

# Kunnskapsstatus om det samlede tjenestetilbudet for barn og unge

Helle Wessel Andersson  
(Red.)

SINTEF Helse  
7465 TRONDHEIM  
Telefon: 4000 2590  
Telefaks: 932 70 800

Rapport 3/05

ISBN 82-446-1162-6  
ISSN 0802-4979

SINTEF © Helse  
Kopiering uten kildehenvisning er forbudt

Forside: Jakob  
Trykk: TAPIR UTTRYKK, Trondheim



# SINTEF RAPPORT

## SINTEF Helse

Postadresse:  
Pb 124, Blindern, 0314 Oslo/  
7465 Trondheim  
Telefon:  
40 00 25 90 (Oslo og Trondheim)  
Telefaks:  
22 06 79 09 (Oslo)  
73 59 63 61 (Trondheim)

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

TITTEL

## Kunnskapsstatus om det samlede tjenestetilbudet for barn og unge

FORFATTER(E)

Helle Wessel Andersson, Solveig Osborg Ose, Ivar Pettersen, Kjerstina Røhme, Marit Sitter, Marian Ådnanes

OPPDRAGSGIVER(E)

Barne og familiedepartementet

RAPPORTNR. STF78 A055025	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF.	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 82-446-1162-6	PROSJEKTNR. 78i03330	ANTALL SIDER OG BILAG 261
ELEKTRONISK ARKIVKODE I:\ph\prosjekt\78i033.30	PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Helle Wessel Andersson		VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)
ARKIVKODE E	DATO 2005-10-20	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Jorid Kalseth, ass. forskningssjef <i>Jorid Kalseth</i>	

### SAMMENDRAG

Rapporten gir en oversikt over forskning og dokumentasjon relatert til helhet og sammenheng i kommunale tjenester for barn og unge.

Følgende overordnede tema belyses:

- Organisering av tjenestetilbud rettet mot barn og unge i kommunene
- Interkommunalt samarbeid om tjenester for barn og unge
- Samarbeid mellom statlige og kommunale tjenester
- Frivillig sektor rettet mot barn og unge i kommunene
- Finansieringsordninger og kommunal variasjon
- Lovgrunnlag og samarbeid
- Hemmende og fremmende faktorer i samarbeidet om barn og unge
- Bruk av verktøy for samhandling
- Brukernes medvirkning og møte med tjenester

Basert på kunnskapsoversikten fremmes forslag til forskning- og kunnskapsbehov for utbedring av kommunale tjenestetilbud rettet mot barn og unge.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Barn og unge	Children and adolescents
GRUPPE 2	Tjenester	Services
EGENVALGTE	Samarbeid	Collaboration
	Brukermedvirkning	User involvement
	Finansiering, lovgrunnlag	Financing, legislation



# Forord

Den foreliggende kunnskapsstatusen om det samlede tjenestetilbudet for barn og unge er utarbeidet på oppdrag fra Barne- og familiedepartementet. Prosjektet er gjennomført i perioden fra januar til oktober 2005.

Prosjektet har hatt en referansegruppe med representanter fra følgende departement og direktorat: Barne- og familiedepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Utdannings- og forskningsdepartementet, Arbeids- og sosialdepartementet, Justisdepartementet, Kommunal- og regionaldepartementet, og Kirke – og kulturdepartementet, Barne- og ungdoms- og familiedirektoratet, Sosial- og helsedirektoratet, og Utdanningsdirektoratet.

Vi har også samarbeidet med interesse- og brukerorganisasjonene Funksjonshemmedes fellesorganisasjon, ved Hanne Witsø, Norsk forbund for utviklingshemmede, ved Helene Holand, Voksne for Barn, ved Karin Källsmyr, og Kommunenes sentralforbund, ved Magne Hustad.

Trondheim 20. oktober, 2005.

Helle Wessel Andersson



# Innholdsfortegnelse

Forord .....	1
Innholdsfortegnelse .....	3
Tabelloverskrift.....	9
Figuroversikt .....	11
Sammendrag .....	13
1    Bakgrunn og ramme .....	25
1.1    Den forebyggende virksomheten.....	25
1.2    Spesielt vektlagte målgrupper .....	25
1.3    Helhetlige og sammenhengende tjenester .....	26
1.4    Barn og unges behov for - og rett til medvirkning .....	26
1.5    Kommunale instanser med ansvar for barn og unge .....	27
1.6    Statlige instanser med ansvar for barn og unge .....	29
1.7    Andre hjelpetilbud til familier og barn .....	32
1.8    Statlige føringer – strategi, handlings- og tiltaksplaner .....	33
2    Organisering av tjenestetilbud i kommunene rettet mot barn og unge. 41	
2.1    Bakgrunn.....	41
2.2    Mål og problemstillinger .....	42
2.3    Datakilder .....	42
2.4    Organisering av kommunale tjenester rettet mot barn og unge og formaliserte samarbeidsmodeller .....	42
2.4.1    Psykisk helsearbeid for barn og unge .....	43
2.4.2    Familiesentermodellen .....	46
2.4.3    Habilitering av barn og unge i kommunene .....	47

2.4.4	Kriminalitetsforebyggende arbeid rettet mot barn og unge .....	50
2.4.5	SLT-modellen.....	50
2.4.6	Andre modeller for samordning av tjenester til barn og unge og samarbeids relasjoner .....	52
2.5	I hvilken grad lett tilgjengelige tjenester er utbygd i kommunene .....	54
2.5.1	Helsestasjon for ungdom.....	54
2.5.2	Familiesenter – nasjonalt nettverk av familiesenterkommuner .....	56
2.5.3	SLT i kommunene .....	56
2.6	Oppsummering .....	57
3	Interkommunalt samarbeid om tjenester for barn og unge .....	59
3.1	Offentlige dokumenter om interkommunalt samarbeid.....	59
3.2	Kilder vedrørende interkommunalt samarbeid.....	59
3.3	Omfang og innhold i interkommunalt samarbeid .....	60
3.3.1	Omfang av interkommunalt samarbeid ifølge Kommunal organisasjonsdatabase .....	60
3.3.2	Omfang av interkommunalt samarbeid ifølge Database for interkommunalt samarbeid (KRD) .....	61
3.4	Interkommunalt samarbeid om opplæring.....	62
3.5	Interkommunalt samarbeid om kultur.....	62
3.6	Interkommunalt samarbeid om sosiale tjenester og barnevern .....	62
3.6.1	Pågående forsøk på interkommunalt samarbeid vedrørende barnevern og sosiale tjenester ...	64
3.6.2	Interkommunalt samarbeid via nettbaserte løsninger.....	67
3.7	Oppsummering .....	68
4	Samarbeid mellom statlige og kommunale tjenester.....	69
4.1	Offentlige dokumenter om samarbeid mellom forvaltningsnivå .....	69
4.2	Kilder vedrørende samarbeid mellom forvaltningsnivå .....	70
4.2.1	Samarbeid mellom kommunale tjenester og psykisk helsevern .....	70
4.2.2	Eksempler på pågående samarbeidstiltak mellom kommunale tjenester og psykisk helsevern .....	75
4.3	Samarbeid om re -og habilitering.....	75
4.3.1	Omfang av samarbeid.....	76
4.3.2	Eksempler på tiltak i forhold til å bedre samarbeidet.....	76
4.4	Samarbeid om opplæringstjenester .....	76



4.4.1	Omfang av samarbeid .....	77
4.4.2	Eksempel på pågående samarbeidstiltak vedrørende opplæringstjenester.....	77
4.5	Samarbeid om barnevern .....	78
4.5.1	Omfang av samarbeid .....	78
4.5.2	Samarbeidsinitiativ i det nye Bufetat.....	79
4.5.3	Andre organisatoriske endringer.....	79
4.5.4	R-BUP sin rolle.....	79
4.6	Samarbeid om kriminalitetsforebygging .....	80
4.6.1	Eksempel på pågående samarbeid vedrørende kriminalitetsforebyggende tiltak.....	80
4.7	Oppsummering .....	81
5	Frivillig sektor rettet mot barn og unge i kommunene.....	85
5.1	Definisjoner og avgrensning .....	85
5.2	Offentlige dokumenter om samhandling mellom frivillige organisasjoner og kommuner .....	86
5.3	Frivillige barne- og ungdomsorganisasjoner.....	87
5.4	Kilder vedrørende kommuners samarbeid med frivillige organisasjoner.....	88
5.5	Omfang av samarbeid mellom kommuner og frivillige organisasjoner .....	88
5.5.1	Omfang av samarbeid ifølge Kommunal organisasjonsdatabase.....	88
5.5.2	Frivillighetssentralene kobler frivillighet og kommunal sektor – i stort omfang .....	89
5.5.3	Frivillighetssentralenes omfang av aktiviteter for barn og unge .....	90
5.5.4	Samarbeid mellom kommuner og frivillige barne- og ungdomsorganisasjoner.....	90
5.5.5	Studier av kommuner som har satset mye på samspill og samhandling mellom kommune og frivillig sektor.....	92
5.5.6	Delprosjekt under Justisdepartementets satsning på kriminalitetsforebyggende tiltak .....	94
5.5.7	Dilemmaer og utfordringer ved økt samarbeid mellom kommuner og frivillige organisasjoner	95
5.6	Oppsummering .....	95
6	Finansieringsordninger og kommunal variasjon.....	97
6.1	Innledning .....	97
6.2	Finansieringsordninger av kommunale tjenester .....	97
6.3	Nærmere om de enkelte tjenester rettet mot barn og unge i kommunene .....	99

6.4	Hva forklarer variasjon i ressursinnsats for kommunale tjenester rettet mot barn og unge? .....	115
6.4.1	Innledning .....	115
6.4.2	Om forskjeller i ressursinnsats .....	116
6.4.3	Om forholdet mellom ressursbruk i kommunale sektorer .....	117
6.4.4	Hva forklarer variasjonene i ressursbruk? .....	117
6.5	Oppsummering og konklusjoner .....	121
7	Lovgrunnlag og samarbeid .....	123
7.1	Innledning .....	123
7.2	Lovgrunnlag for kommunale tjenester til barn og unge .....	124
7.2.1	Taushetsplikt .....	125
7.2.2	Sentrale bestemmelser om taushetsplikt .....	127
7.3	Viktige unntaksbestemmelser .....	129
7.3.1	Begrensninger i taushetsplikten når det ikke er behov for beskyttelse, jf. § 13 a .....	129
7.3.2	Begrensninger i taushetsplikten ut fra private eller offentlige interesser, jf. § 13 b. ....	131
7.4	Taushetsplikten, en barriere for samarbeid? .....	134
7.4.1	Innledning .....	134
7.4.2	Konklusjoner basert på lovteksten .....	134
7.4.3	Praksis og dokumenterte forsøk .....	137
7.5	Oppsummering .....	140
8	Faktorer som hemmer eller fremmer samarbeidet om barn og unge ..	141
8.1	Innledning .....	141
8.2	Metode, definisjoner og avgrensninger .....	141
8.3	Undersøkelser av faktorer som hemmer eller fremmer samarbeid .....	144
8.4	Tiltak og modeller for bedre samarbeid .....	154
8.5	Vurdering og oppsummering norske undersøkelser .....	169
8.5.1	Oppsummering undersøkelser om faktorer som hemmer/fremmer samarbeid .....	170
8.5.2	Oppsummering om tiltak og modeller for bedre samarbeid .....	172
8.6	Internasjonal forskning .....	174

8.6.1	Søkekilder og søkeord.....	174
8.6.2	Ulike modeller for å oppnå helhetlige tjenester.....	175
8.6.3	Vel dokumentert behov for samarbeid.....	175
8.6.4	Ulike modeller for å oppnå en mer helhetlig tjeneste.....	175
8.6.5	Finnes det dokumentasjon på at helhetlig virksomhet gir bedre tjenester?.....	176
8.6.6	Faktorer som fremmer helhet i tjenestene.....	177
8.6.7	Faktorer som hemmer en koordinert helhetlig tjeneste.....	177
8.6.8	Oppsummering internasjonal forskning.....	179
8.7	Litteraturoversikt. Forhold som hemmer/fremmer samarbeid om barn og unge.....	181
9	Bruk av verktøy for samhandling.....	193
9.1	Bakgrunn.....	193
9.2	Problemstillinger.....	193
9.3	Målsetting.....	194
9.4	Kunnskapskilder.....	194
9.5	Individuell plan.....	194
9.5.1	Lovgrunnlag og formål med individuell plan.....	195
9.5.2	Individuell plan i offentlige dokumenter.....	195
9.5.3	Brukernes erfaringer med individuell plan.....	196
9.5.4	Erfaringer med individuell plan i kommunene.....	200
9.6	Erfaringer med individuell plan hos statlige myndigheter.....	201
9.7	Ansvarsgruppe.....	202
9.7.1	Brukernes erfaringer med ansvarsgruppe.....	203
9.7.2	Erfaringer med ansvarsgruppe i kommunene.....	207
9.7.3	Erfaringer med ansvarsgruppe hos statlige myndigheter.....	208
9.8	Firfotmodellen.....	208
9.8.1	Brukernes erfaringer med firfotmodellen.....	208
9.8.2	Fagpersonenes erfaringer med firfotmodellen.....	208
9.8.3	Pågående prosjekter.....	208
9.9	Koordinering av psykososialt arbeid.....	209
9.9.1	Brukernes erfaringer med KPA.....	209

9.9.2	Erfaringer med KPA i kommunene .....	210
9.9.3	Erfaringer med KPA hos statlige myndigheter.....	210
9.10	Case management .....	210
9.10.1	Brukernes og fagpersonenes erfaringer med case management .....	210
9.11	Oppsummering .....	210
10	Brukernes medvirkning og møte med tjenester.....	213
10.1	Mål og problemstillinger .....	214
10.1.1	Fremstilling .....	214
10.2	Brukermedvirkning og brukererfaringer .....	215
10.2.1	Brukermedvirkning .....	215
10.2.2	Brukererfaringer og brukertilfredshet .....	222
10.3	Brukerorganisasjonenes aktivitet og metoder for økt medvirkning.....	229
10.4	Internasjonal forskning på brukermidvirkning for barn og ungdom .....	231
10.5	Oppsummering .....	233
11	Forskning - og kunnskapsbehov .....	235
11.1	Dokumentasjon vedrørende tjenestenes organisering og samarbeid .....	235
11.2	Kunnskap om erfaringer med interkommunalt samarbeid.....	236
11.3	Dokumentasjon av samarbeid mellom kommunale og statlige tjenester .....	236
11.4	Økonomiske analyser, vurdering av nye finansieringsordninger og studier av ressursbruk.....	238
11.5	Kunnskap om betydningen av taushetspliktbestemmelsen.....	238
11.6	Bruk av verktøy for samhandling – dokumentasjon av erfaringer .....	239
11.7	Tiltak for økt brukermidvirkning blant barn og unge .....	239
12	Referanser .....	241
12.1	Aktuelle nettadresser.....	257

## Tabelloverskrift

Tabell 2.1	Organisering av psykisk helsearbeid til barn og unge i kommunene. 2002. ...	44
Tabell 2.2	Har kommunen en person med klart ansvar for å samordne kommunenes psykiske helsearbeid (koordinator) for barn/unge på systemnivå? Etter overordnet modell for organisering av arbeidet for barn og unge. Prosent.....	45
Tabell 2.3	Har kommunen etablert ansvarsgrupper som metode for å samordne kommunenes psykiske helsearbeid for barn/unge? Etter overordnet modell for organisering av arbeidet for barn og unge. Prosent. ....	45
Tabell 2.4	Har kommunen tverrfaglige team for barn/unge med problemer relatert til psykisk helse? Etter overordnet modell for organisering av arbeidet for barn og unge. Prosent. ....	46
Tabell 2.5	Er koordineringsenheten lett for brukere og samarbeidspartnere å finne fram til, og å komme i kontakt med? Antall enheter og prosent. ....	49
Tabell 2.6	Antall kommuner med helsestasjon for ungdom, og omfang av særskilte tiltak. 2000-2003.....	54
Tabell 2.7	Antall og prosentandel kommuner med helsestasjoner for ungdom kategorisert etter fylke. 2005.....	55
Tabell 2.8	Antall kommuner med SLT- koordinator fordelt på fylke. ....	57
Tabell 3.1	Kommuner som benytter interkommunalt samarbeid i forhold til tjenester for barn og unge, 2004. Prosent. ....	60
Tabell 3.2	Fordeling av ulike typer kommunale samarbeidstiltak*.....	61
Tabell 3.3	Formaliserte interkommunale samarbeidstiltak vedrørende sosialtjeneste og barnevern.....	63
Tabell 3.4	Pågående forsøk på interkommunalt samarbeid vedrørende barnevern.....	65
Tabell 4.1	Etablert samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og psykisk helsevern vedrørende psykisk helsetilbud til barn og unge (N=434). ....	70
Tabell 4.2	Etablert samarbeid mellom helsestasjons- og skolehelsetjeneste og psykisk helsevern (N=434). ....	71
Tabell 4.3	Kommuner som har samarbeid med Aetat om tilbudet til mennesker med psykiske lidelser (N=434). ....	71
Tabell 5.1	Samarbeid mellom frivillige organisasjoner og kommuner – 6 case. ....	91
Tabell 5.2	Samarbeid mellom frivillige organisasjoner og ti kommuner (Vaagen, 2005). ....	94

Tabell 6.1	Variasjoner i utvalgte kommunale tjenester, gjennomsnitt, variasjonskoeffisient og variasjonsbredde, 2003. ....	116
Tabell 6.2	Korrelasjonsmatrise for kommunale tjenester rettet mot barn og unge, 2003. ....	117
Tabell 6.3	Regresjonsanalyse av utgifter til tjenester for barn og unge. Estimeringsmetode: minste kvadraters metode. 2003. ....	119
Tabell 8.1	Oppgaver og mandat for barnevernets og psykisk helsevern for barn og unge (Eidsheim, 2001). ....	149
Tabell 8.2	Kunnskapsgrunnlaget – undersøkelser der en har studert faktorer som hemmer/fremmer samarbeid. ....	181
Tabell 8.3	Kunnskapsgrunnlaget – undersøkelser som presenterer erfaringer fra tiltak og modeller for bedre samarbeid. ....	188

## Figuroversikt

Figur 6.1	Andel av utgiftene til kommunale tjenester av totale utgifter til barn og unge, 2003. ....	99
Figur 6.2	Utgifter i barnehager per barn 1-5 år (uveide gjennomsnitt), i faste 2003 kroner, 1997 - 2003. ....	102
Figur 6.3	Utgifter i barnehager per barn 1-5 år (uveide gjennomsnitt), etter kommunestørrelse, 2003. ....	102
Figur 6.4	Utgifter i barnehager per barn 1-5 år (uveide gjennomsnitt), etter frie inntekter per innbygger, 2003. ....	103
Figur 6.5	Dekningsgrad i barnehager (uveide gjennomsnitt) etter kommunestørrelse i 2003. ....	103
Figur 6.6	Dekningsrad i barnehager (uveide gjennomsnitt), etter nivå på frie inntekter per innbygger, 2003. ....	104
Figur 6.7	Antall barn med barnevernstiltak etter alder, 2003. ....	106
Figur 6.8	Antall barn med tiltak pr 31.12, 1992 - 2003. ....	106
Figur 6.9	Utgifter til barnevern per barn og unge 0-17 år (uveid gjennomsnitt), etter kommunestørrelse, 2003. ....	107
Figur 6.10	Utgifter til barnevern per barn og unge 0-17 år (uveid gjennomsnitt), etter nivå på frie inntekter per innbygger, 2003. ....	107
Figur 6.11	Barn med fylkeskommunale barnevernstiltak per 1 000 barn 0-19 år, 2003. ....	108
Figur 6.12	Utgifter til grunnskolen per elev, etter kommunestørrelse, 2003. ....	110
Figur 6.13	Utgifter til grunnskolen per elev, etter frie inntekter per innbygger, 2003. ....	110
Figur 6.14	Utvikling i utgifter til SFO per elev i faste 2003 kroner (uveid gjennomsnitt), 1994 - 2003. ....	111
Figur 6.15	Utgifter til SFO per elev, etter kommunestørrelse, 2003. ....	112
Figur 6.16	Utgifter til SFO per elev (uveid gjennomsnitt), etter nivå på frie inntekter per innbygger, 2003. ....	112
Figur 6.17	Utgifter til helsetjenesten og skolehelsetjenesten per barn og unge 0-19 år (uveid gjennomsnitt), etter kommunestørrelse, 2003. ....	113
Figur 6.18	Utgifter helsetjenesten og skolehelsetjenesten per barn og unge 0-19 år (uveide gjennomsnitt), etter nivå på frie inntekter per innbygger, 2003. ....	113
Figur 6.19	Utgifter til aktivisering av barn og unge i faste 2003 kroner (uveide gjennomsnitt), 1991 - 2003. ....	114

Figur 6.20	Utgifter til aktivisering av barn og unge (uveide gjennomsnitt), etter kommunestørrelse, 2003. ....	114
Figur 6.21	Utgifter til aktivisering av barn og unge (uveide gjennomsnitt), etter nivå på frie inntekter per innbygger, 2003. ....	115



# Sammendrag

Denne utredningen fokuserer spesielt på tiltak rettet mot barn og unge som er i en risikosituasjon for å få problemer, og barn og unge som allerede har utviklet problemer. Felles for disse gruppene er at de har behov for tiltak fra flere tjenester. De er eksempler på brukergrupper som gir etater som skole, sosial/helse, fritid/kultur, videregående skole, politi og påtalemyndighet, særlige utfordringer i forhold til å skulle samordne og koordinere forebyggende aktivitet og tjenestetilbud. Rapporten gir en oversikt over forskning og dokumentasjon relatert til helhet og sammenheng i kommunale tjenester for barn og unge, ved å belyse følgende problemstillinger:

- Hvordan er kommunale tjenestene for barn og unge organisert?
- Formaliserte samarbeidsrelasjoner og modeller for samarbeid og samordning.
- I hvilken grad er lett tilgjengelige tjenestetilbud utbygd i kommunene?
- Hva er omfanget av interkommunalt samarbeid, og hva karakteriserer dette samarbeidet?
- Hva er omfanget og innholdet i samarbeidet mellom kommunale og statlige tjenester?
- Hva er omfanget av samarbeid mellom kommuner og frivillig sektor, og hvilken rolle har frivillig sektor i dette samarbeidet?
- Er forskjeller i tjenestetilbud mellom kommuner avhengig av om tjenesten finansieres i stor grad av øremerkede tilskudd?
- Er det store forskjeller mellom kommuner i det *samlede tjenestetilbudet* for barn og unge?
- Hvordan kan taushetsplikten virke begrensende på samhandling mellom tjenester?
- Hvordan brukes muligheten til å gi taushetsbelagte opplysninger?
- Hvilke faktorer hemmer/fremmer samarbeid mellom ulike instanser, og hva er erfaringene fra ulike tiltak /modeller for bedre samarbeid om barn og unge?
- Hva er erfaringene med bruk av ulike verktøy for samhandling?
- Hvordan er barn og unges erfaringer/interesser ivaretatt i offentlige planleggingsprosesser og i utviklingen av tjenestetilbudet på første - og andrelinjenivå?
- Hvordan jobber sentrale brukerorganisasjoner for å påvirke til økt brukermedvirkning?
- Hvordan kan det kommunale tjenestetilbudet for barn og unge utbedres?

Problemstillingene besvares gjennom prosjektets ti delstudier/kapitler. Kunnskapsinnhenting er primært basert på litteratursøk i BIBSYS, samt materiale som har blitt overlevert fra representanter i referansegruppen, eller fra de bruker- og interesseorganisasjonene som har vært involvert. Kunnskapsstatus er i tillegg basert på datakilder og relevant litteratur fra tidligere gjennomførte studier ved SINTEF Helse, samt databaser som

er tilgjengelig på internett. Vi har også i noen grad benyttet forskernettverk for innhenting av aktuelt materiale. Kunnskapsgrunnlaget omfatter ikke eventuell pågående forskning og evalueringsarbeid som kan være tilgjengelig via andre kilder.

## **1 ORGANISERING AV TJENESTETILBUD I KOMMUNENE RETTET MOT BARN, UNGE OG FAMILIER (KAP. 2)**

### ORGANISERING , FORMALISERTE SAMARBEIDSRELASJONER OG LETT TILGJENGELIGE TJENESTER

I denne delstudien presenteres ulike tverrfaglige samarbeidsmodeller som benyttes i kommunene, og omfang av disse modellene, samt andre tilgjengelige tjenester og lavterskeltilbud for barn og unge. I tråd med den generelle organisasjonsutviklingen av kommunale tjenester, eksisterer et stort mangfold av organisasjonsmodeller. Samtidig er det klare sentrale føringer i forhold til vektlegging og stimulering av helhetlige, sammenhengende og koordinerte offentlige tjenestetilbud til barn og unge.

Familiesentermodellen representerer en ny modell for å tydeliggjøre og samordne det forebyggende arbeidet overfor barn og unge. Det er i dag etablert seks områdenettverk med omlag 40 kommuner som benytter familiesentermodellen for å arbeide med barn og barnefamilier på en tverrfaglig og samordnet måte.

Barn og unge med kronisk sykdom og nedsatt funksjonsevne trenger et bredt, planlagt og langsiktig habiliteringstilbud. Ifølge Lov om helsetjenesten i kommunene er medisinsk habilitering og rehabilitering et obligatorisk virksomhetsområde i den kommunale helse-tjenesten. Kommunen skal videre ha oversikt over habiliteringsbehov i kommunen, og er pålagt å etablere en koordineringsfunksjon for re – og habiliteringsvirksomheten på systemnivå. Kartlegging av den koordinerende enhet for re – og habiliteringsvirksomheten i kommunene i tre fylker i 2004 viser at kun 49 prosent (41 kommuner) av kommunene har etablert en koordinerende enhet for virksomheten mens fem prosent av kommunene (fire kommuner) oppgir at dette er under planlegging. Den organisasjonsmessige forankringen av koordineringsfunksjonen er i stor grad dominert av helsesektoren.

Når det gjelder kriminalitetsforebyggende arbeid benytter mange kommuner SLT- modellen i sitt kriminalitetsforebyggende arbeid rettet mot barn og unge i kommunene. SLT står for Samordning av Lokale Kriminalitetsforebyggende Tiltak, og er en forpliktende tverretattlig samarbeidsmodell mellom kommune, politi og andre offentlige etater. Det er i dag 135 kommuner med SLT- koordinatører.

Blant lett tilgjengelige tjenester til målgruppen barn og unge, er helsestasjon for ungdom det tjenestetilbud som i størst grad er utbygd i kommunene. I 2005 er det etablert 319 helsestasjoner for ungdom. I enkelte fylker har samtlige kommuner dette tilbudet, i andre er andelen noe lavere.

Kunnskapsoversikten har avdekket manglende,- eller lite tilgjengelige overikter over hvordan kommunale tjenester for barn og unge er organisert.

## **2. INTERKOMMUNALT SAMARBEID OM TJENESTER FOR BARN OG UNGE (KAP. 3)**

Kapitlet fokuserer på omfanget av interkommunalt samarbeid mellom tjenester for barn og unge. Dette er belyst gjennom presentasjon av data fra to offentlige datakilder: Kommunal organisasjonsdatabase og Database for interkommunalt samarbeid. Det er supplert med informasjon om forsøksvirksomhet slik det framkommer i offentlige dokumenter og på Kommunal- og regionaldepartementets hjemmesider, samt i en studie gjort av Stien & Hansen (2001). Tilgjengelig statistikk viser at det generelt sett er vanlig med interkommunalt samarbeid innenfor enkelte tekniske tjenester, men at det samarbeides lite om individrettede tjenester som for eksempel barnehage og SFO. Databasene viser ikke tall fra PP- tjeneste og sosialtjenesten/barnevern.

Det er flest interkommunale samarbeid vedrørende administrasjon, styring og fellesutgifter. Kommunehelse er rangert som nest viktigste område å samarbeide om. Dette dreier seg først og fremst om tjenester som ikke direkte berører barn og unge, eksempelvis interkommunal legevakt og jordmor. Tolv prosent av samarbeidstiltakene er imidlertid innenfor opplæring, og dreier seg først og fremst om tiltak vedrørende PP- tjeneste. Barnevern og barnehager representerer kun henholdsvis 1 og 0,3 prosent av tiltakene, målt i 2002. De siste årene er det imidlertid etablert en rekke samarbeidstiltak, først og fremst innen barnevern, som ikke er registrert i databasen.

Når det gjelder interkommunalt samarbeid vedrørende PPT (som representerer den største satsningen), har den viktigste begrunnelsen for interkommunalt samarbeid vært å lage større og mer kompetente tjenesteenheter, samt å bedre mulighetene for å rekruttere/beholde fagfolk innen tjenesteområdet. Den økende satsingen på interkommunale løsninger innen barnevern, har i stor grad de samme begrunnelsene som innen PPT, nemlig å øke faglighet.

Mye forsøksvirksomhet er i gang, og det gjenstår å se hvilke erfaringer man har med de ulike modellene for samarbeid.

### **3. SAMARBEID MELLOM STATLIGE OG KOMMUNALE TJENESTER FOR BARN OG UNGE (KAP. 4)**

Omfanget av samarbeid mellom ulike kommunale og statlige tjenester rettet mot barn og unge er belyst gjennom presentasjon av nyere kvantitative studier og evalueringer, i tillegg til en begrenset offentlig statistikk på området. Både studiene og statistikken vedrører i størst grad psykisk helsetilbud til barn og unge. Det finnes lite dokumentasjon av *omfang* av samarbeid mellom forvaltningsnivå når det gjelder skole/PPT, sosiale tjenester/barnevern samt kriminalitetsforebygging.

#### **SAMARBEID OM BARN OG UNGES PSYKISKE HELSE**

Ifølge Hjulet (SSB) har 60 prosent av kommunene i landet et fast og strukturert samarbeid med psykisk helsevern for barn og unge (BUP). Det er imidlertid store forskjeller mellom kommunegrupper. Hjulet sier ingenting om hyppighet i kontakt mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjeneste, eller hvilke kommunale tjenester det dreier seg om. Det er gjort noen studier der omfang av samarbeid mellom kommunale tjenester og psykisk helsevern er et deltema, og hvor resultatene er basert på et mindre utvalg av kommuner.

Det er initiert nye tiltak i regi av Opptrappingsplanen i psykisk helse, som retter seg spesifikt mot barn og unge, og samarbeid mellom sektorer og forvaltningsnivå. Det ene tiltaket dreier seg om tverrfaglig samarbeid ut fra prinsippet om "En dør inn til kommunale og spesialiserte tjenester for barn og unge med psykiske lidelser" (Stavanger), og det andre dreier seg om å styrke samarbeidet mellom barne- og familieetaten (BFE) i Oslo kommune og barne- og ungdomspsykiatrien ved Ullevål universitetssykehus (BUP).

#### **SAMARBEID OM RE - OG HABILITERINGSTJENESTER**

Det finnes ikke offentlig statistikk vedrørende omfang av samarbeid knyttet til habilitering og rehabiliteringstjenester. En studie gjennomført av SKUR er nybrottsarbeid på området som omhandler koordineringsfunksjonen for re- /habiliteringsvirksomheten i kommunene (Moen, 2004). Studien er gjennomført i 73 kommuner, og konkluderer blant annet med at tilfeldighet og mangel på systematikk preger praksis når det gjelder kommunal koordinerende enhet sitt samarbeid med statlige instanser, inkludert spesialisthelsetjenesten.

#### **SAMARBEID OM OPPLÆRINGSTJENESTER**

Skole, barnehage og PP-tjenesten utgjør opplæringstjenestene på kommunalt nivå. På statlig nivå utgjør Statped et støttesystem som skal gi faglig spesialpedagogisk bistand til det kommunale nivået. Vi har ikke funnet noen offentlig statistikk eller aktuelle studier som viser omfang av samarbeid mellom kommunale tjenester og Statped.

## SAMARBEID OM BARNEVERN

Samarbeidet mellom kommunalt barnevern og statlige tjenester, dreier seg i stor grad om samarbeid med psykisk helsevern (BUP). Det finnes ikke tilgjengelige studier som sier noe om *omfang* av samarbeid mellom kommunalt barnevern og andre statlige tjenester.

**4. OMFANG AV SAMARBEID MELLOM KOMMUNER OG FRIVILLIGE ORGANISASJONER (KAP. 5)**

Omfanget av, og innholdet i samarbeid mellom frivillige organisasjoner og kommuner er belyst gjennom en presentasjon av data fra Kommunal organisasjonsdatabase, samt en håndfull nyere studier. Under halvparten av kommunene samarbeider med lokallag, bygdelag eller velforeninger (2004). Frivillige organisasjoner har imidlertid ikke noen sentral plass når det gjelder kommunal tjenesteyting. Kommunal organisasjonsdatabase fanger imidlertid ikke opp andre frivillighetstiltak, for eksempel utviklingen av de såkalte frivillighetssentralene. Disse kan sies å representere et "flaggskip" for en offentlig styrt kobling av kommune og lokal frivillighet. I 2004 ble det gitt støtte til 258 frivillighetssentraler rundt om i landet.

Når det gjelder barne- og ungdomsorganisasjonene, finnes noe dokumentasjon på omfang og rolle lokalt i en survey gjennomført i 100 kommuner, og blant alle frivillige barne- og ungdomsorganisasjoner. Foreliggende resultater indikerer at det er liten grad av systematisk samarbeid mellom frivillige barne- og ungdomsorganisasjoner og kommunene om løsning av oppgaver.

**5. FINANSIERINGSORDNINGER OG KOMMUNAL VARIASJON (KAP. 6)**

En vesentlig kilde til kunnskapen om kommunale tjenester rettet mot barn og unge kommer fra offentlig statistikk. I dette kapitlet har vi brukt offentlig tilgjengelig statistikk for å se på følgende tjenester: barnehage, barnevern, grunnskole, SFO, helsestasjon og skolehelse-tjeneste og aktivisering av barn og unge.

Fra deskriptive fremstillinger finner vi at utgiftene til barnehager naturlig nok øker over tid. Antall barnevernstiltak øker og det samme gjør utgiftene til SFO med unntak av det siste året (2003). Utgiftene til aktivisering for barn og unge har økt i perioden 1997 til 2001, men vi observerer en nedgang i 2002 og 2003 i utgiftene til disse tjenestene.

Vi finner det samme mønsteret for barnehager, grunnskole, helsestasjon og skolehelse-tjenester: Utgiftene er høyere jo mindre kommunene er, og høyere jo høyere nivå på de frie inntektene. For barnevernstjenester og SFO observerer vi det motsatte. Jo større kommuner jo mer bruker de på disse tjenestene, mens kommuner med høyt nivå på frie inntekter har lavere utgifter til disse tjenestene.

Variasjonen i kommunale tjenester rettet mot barn og unge er minst i grunnskolen og i barnehagesektoren. Størst forskjeller observerer vi i aktiviseringstilbud for barn og unge. Grunnskolen og barnehagesektoren representerer to ytterpunkter i forhold til finansiering gjennom øremerkede tilskudd. Grunnskolen er finansiert nesten utelukkende gjennom kommunenes frie inntekter, barnehagene finansieres i mye større grad av statlige øremerkede tilskudd. Til tross for forskjellene i finansieringsgrunnlag viser analysene at forskjellene i ressursinnsats mellom de to sektorene er relativt liten. Det er viktig å bemerke at vi her kun betrakter utgifter per innbygger i målgruppene og ikke har studert dekningsgradene for barnehagene.

Kommuner ser ikke ut til å substituere satsning på en tjeneste med en annen. Kommuner som bruker store ressurser i en sektor ser ut til i gjennomsnitt å ha høy ressursbruk også i andre sektorer. Gjennom regresjonsanalyser prøver vi å identifisere bakenforliggende årsaker til variasjoner i ressursbruk. Analysene viser at forskjeller i kommunale inntekter og kommunestørrelse er de viktigste årsakene til variasjon i ressursinnsats. For grunnskolen er også bosettingsmønster en viktig faktor.

Totalt kan vi si at særlig for grunnskolen forklarer ulike rammebetingelser mye av variasjonen i ressursbruk mellom kommunene. Siden dette er den dominerende sektoren, forklares også relativt mye av variasjonen i det totale tjenestetilbudet til barn og unge av ulike rammebetingelser. En del av variasjonen mellom kommunene i forhold til utgifter til barnehager og SFO kan også relateres til ulikheter i rammebetingelsene. Særlig for utgifter til aktivisering av barn og unge og helsestasjon og skolehelsetjeneste må det ligge andre forklaringer bak variasjonen i tillegg til ulike rammebetingelser. For aktivisering kan dette for eksempel være innsats av ildsjeler, mens helsestasjon og skolehelsetjeneste for eksempel kan slite med ubesatte stillinger, noe som kan forklare lav ressursinnsats.

## **6. LOVGRUNNLAG OG SAMARBEID (KAP. 7)**

Basert på juristers vurderinger, ser ikke lovbestemmelsene ut til å hindre samarbeid mellom ulike etater og forvaltningsnivå i særlig grad. De fleste ser likevel ut til å være enige om at forenklinger i lovverket er viktig fordi reglene er kompliserte og spredt på en mengde lover. De færreste som skal bruke lovverket i det daglige arbeidet har juridisk kompetanse. Det er også sannsynligvis mer krevende for de som sporadisk kommer bort i problematikken om taushetsplikt, enn for de som arbeider med dette til daglig.

Det finnes lite empirisk materiale på erfaringer av bruk av taushetspliktsbestemmelsene. Dette gjelder både når vi ser på samarbeid innenfor ulike tjenesteområder og bruk av bestemmelsene generelt. Grunnet tynt materiale er det vanskelig å si i hvilken grad taushetspliktsbestemmelsene hemmer samarbeid. I de fleste tilfeller er taushetsplikten behandlet som en del av en større evaluering og det eksisterer svært få rapporter som ser spesielt på dette temaet. En gjennomgang av litteraturen tyder på at eventuelle barrierer sannsynligvis er direkte avhengig av aktørene som skal samarbeide. Dette kan være avhengig av holdninger hos enkeltpersoner, ulike kulturer mellom samarbeidende etater og grunnleggende forskjeller i arbeidsmåter mellom ulike profesjoner.

Konklusjonen er at reglene er kompliserte og trenger sannsynligvis å forenkles da de som anvender reglene i liten grad er jurister. Vi vet for lite om praktiseringen av taushetspliktsbestemmelsene når ulike organer/etater skal samarbeide, til å kunne si om bestemmelsene er reelle barrierer eller om det er andre forhold som hindrer samarbeid.

## **7. FAKTORER SOM HEMMER ELLER FREMMER SAMARBEID OM BARN OG UNGE (KAP. 8)**

Kunnskapsoversikten gir et bilde av forskning og utredningsarbeid vedrørende samarbeid mellom instanser og aktører som jobber med barn, unge og deres familier. Oversikten omfatter undersøkelser av forhold og faktorer som hemmer /fremmer samarbeid, og i tillegg dokumentasjon publisert i løpet av de siste ti årene, om modeller og tiltak for å styrke samarbeid.

Det er forholdsvis stor variasjon mellom undersøkelsene i forhold til hvilke instanser og målgrupper som har dannet utgangspunkt for studien. Forskningsgrunnlaget dekker de mest sentrale kommunale instansene som barnehage, skole, PP- tjeneste, barneverntjeneste og helsesøstertjenesten. Det foreligger i tillegg flere undersøkelser som har fokusert på samarbeid mellom forvaltningsnivå, særlig på samarbeidet mellom kommunale tjenester og psykisk helsevern for barn og unge. Forskningsoversikten gir således en bred dokumentasjon av faktorer som hemmer eller fremmer samarbeid om barn, unge og deres familier.

Når det gjelder målgrupper, er de aller fleste studiene rettet mot samarbeidet om barn som er i risikosituasjon for å utvikle, - eller som allerede har utviklet problemer, og barn med spesielle behov (sekundær- og tertiærforebyggende arbeid). Dette er barn som trenger fra flere tjenester, og som derfor stiller tjenesteapparatet overfor utfordringer i forhold til samordning og koordinering av tiltak. Faktorer som er identifisert, som enten hemmende eller fremmende i samarbeid mellom instansene, gjelder imidlertid ofte på tvers av tjenester og målgrupper.

Utfordringer i samarbeid om barn som har behov for sammensatte og koordinerte tiltak er knyttet til at fagpersoner har for lite kunnskap om hverandre, domenekonflikter, maktubalanse, ulik problemforståelse, uklar rolle - og ansvarsfordeling, samt manglende samarbeidskompetanse.

Resultater fra norske studier underbygges av den internasjonale litteraturen på feltet. Studier, spesielt fra Storbritannia, viser at det finnes en rekke nøkkelfaktorer som virker gunstig i forhold til organisering av helhetlige tjenester. Forskningen foreslår at helhetlig virksomhet fremmes av klare og realistiske mål, som er forstått og akseptert av alle involverte tjenester, klart definerte roller og ansvar, forpliktelse og involvering fra personellgruppene, samt sterkt lederskap. Videre fremheves betydningen av gode kommunikasjonssystemer på alle nivåer.

## **8. ERFARINGER MED BRUK AV VERKTØY FOR SAMORDNING OG SAMARBEID (KAP. 9)**

### *Individuell plan*

Bruk av individuell plan er i følge undersøkelser som foreligger økende, og dette gjelder både innen kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Samtidig er det et stort antall barn/unge som har rett til individuell plan, men som per i dag ikke mottar dette tilbudet. Når det gjelder erfaringer med individuell plan i forhold til barn/unge finnes det i all hovedsak kun undersøkelser som dokumenterer dette for gruppen barn/unge med psykiske lidelser. Det foreligger slik vi kjenner til ikke studier som spesifikt har kartlagt bruk av individuell plan blant barn/unge med for eksempel funksjonshemminger og rusproblemer. Det er gjennomført for få studier som omhandler kommunale fagpersoners erfaringer med individuelt planarbeid for barn/unge til å kunne konkludere. Det finnes eksempler på undersøkelser gjennomført blant fagpersoner i kommuner. Disse studiene omfatter i hovedsak erfaringer med individuelt planarbeid i forhold til voksne, og utelates derfor fra kunnskapsstatusen. Det foreligger ikke tilgjengelig kunnskap om ansatte i statlige helseforetak/institusjoner/instanser/etater sine erfaringer med å arbeide med individuell plan for barn og unge.

### *Ansvarsgruppe*

Når det gjelder hvilke erfaringer barn og unge og deres foresatte har med ansvarsgruppearbeid viser flere studier at erfaringene er tvetydige og at det er mange faktorer som er med og avgjør om ansvarsgruppearbeid oppleves fruktbart. Det finnes ikke data som dokumenterer hvor mange barn og unge som har en ansvarsgruppe, men undersøkelser tyder på at bruk av ansvarsgrupper er utbredt, særlig som en måte å organisere det kommunale tjenestetilbudet på. Det foreligger betydelig mindre dokumentert datamateriale av kommunale og statlige fagpersoners erfaringer med ansvarsgruppemodellen sammenlignet med brukeres (foresattes) erfaringer.

### *Andre verktøy*

Verktøyet koordinering av psykososialt arbeid (KPA) er under utprøving for gruppen barn/unge, men det foreligger foreløpig ikke dokumentert kunnskap om dette. Det foreligger ikke dokumentert kunnskap om erfaringer i bruk av firfotmodellen eller case management.

## **9. BRUKERNES MEDVIRKNING OG MØTE MED TILTAK OG TJENESTER (KAP. 10)**

Å øke barn og unges deltakelse og medvirkning i kommunale planleggings- og beslutningsprosesser har vært en klar målsetting de siste tiårene. Sentrale myndigheter har initiert flere prosjekter for å stimulere dette arbeidet i kommunene. Barne- og familiedepartementet har støttet lokalt utviklingsarbeid og bidratt til ide- og erfaringsutveksling gjennom konferanser og utgivelse av informasjonsmateriell. I fylker og kommuner er det i dag et mangfold av ulike styreverv, råd, utvalg og prosjekter hvor barn og unge kan delta. Om lag tre fjerdedeler av landets kommuner har opprettet et innflytelsesorgan for barn og ungdom (nettstedet ung.no).

Det er ulike dimensjoner som påvirker hvordan brukerne opplever relasjonen til offentlige instanser. Studier viser at det å bli hørt og tatt på alvor, samt å bli møtt på en anerkjennende måte, er viktige faktorer i relasjonen mellom bruker og hjelper. Videre oppleves stabilitet i kontaktforholdet og kontinuitet i tjenestene som viktige faktorer når det gjelder tilfredshet med tjenestene. Å stadig måtte fortelle sin historie for nye instanser og tjenesteytere oppleves brukerne som negativt. Videre opplever mange foreldre informasjonsvikt i møte med hjelpeapparatet. Det eksisterer mange barrierer for å finne fram i systemet og få etablert tilstrekkelige tilbud. Silingsmekanismer som er ment å forhindre misbruk av ordninger, rammer de som har rett til ordningene. Forskingen viser et behov for en uavhengig instans og koordinerende enhet, som kan gi råd og informasjon, og følge opp saker.

Studier som omhandler brukermedvirkning viser at det kan være berettiget å stille spørsmål om brukermedvirkning i egentlig forstand forekommer. Mens foreldre til funksjonshemmede barn ser på sitt forhold til hjelpeapparatet som en form for kamp, som et slit, ser stort sett offentlig ansatte hjelpere på forholdet som samarbeid. Studier som presenterer barn, unge og foresattes erfaringer i forhold til samarbeid, samordning og koordinering mellom ulike tjenester og instanser, viser at det her er et klart forbedringspotensial.

Som en del av kunnskapsgrunnlaget om brukermedvirkning presenteres eksempler på brukerorganisasjonenes aktivitet, metoder, og innsats i forhold til brukermedvirkning. Interesseorganisasjonen Voksne for Barn (VfB) jobber for økt brukermedvirkning for barn og unge med psykiske problemer ved å arrangere kurs og seminarer om temaet, samt gjennom prosjektarbeid. En del av denne aktiviteten gjennomføres på oppdrag fra myndighetene. De siste årene har organisasjonen jobbet direkte med økt brukermedvirkning gjennom prosjektet ARENA, som er finansiert av Sosial- og helsedirektoratet. Gjennom prosjektet jobber VfB med å systematisere brukererfaringer og brukerkunnskap, og å finne frem til gode metoder for brukermedvirkning både på individ og systemnivå.

Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO) jobber for samfunnsmessig likestilling og deltagelse for funksjonshemmede. FFO jobber politisk gjennom representasjon i forvaltningen, politiske organer, styrer og råd. Oppvekst, helse og opplæring er noen av flere sentrale interessepolitiske områder for organisasjonen. Som et prosjekt under regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede (1998- 2001) opprettet FFO i 2000 et Rettighetscenter. Senteret fungerer som et rådgivnings- og kompetansesenter i rettighetsspørsmål som gjelder funksjonshemming og kronisk sykdom, og gir informasjon om barn og unges rettigheter.

Kapitlet gir også eksempler på forskning fra andre land, der fokus er på barn og unges medvirkning i utforming av tiltak og tjenestetilbud. Litteraturen er dominert av studier fra Storbritannia. Den internasjonale forskningen gir beskrivelser og analyser av hvordan man best kan involvere barn og unge i beslutningsprosesser rundt tjenestene. Samtidig viser flere studier at barn og unge i realiteten har liten innflytelse både på utforming av tjenesten og hvordan den ytes. Funksjonshemmede barn og unge fra etniske minoritetsgrupper har spesielt liten innflytelse. En viktig årsak til dette er at en mangler gode metoder for å involvere de unge. Flere forskere har vært opptatt av at brukermedvirkning for barn og unge forutsetter opplæring av voksne, slik at de kan gi barn og unge muligheter til å medvirke, og videre at det finnes en organisasjonskultur som fremmer brukermedvirkning. Andre faktorer som er trukket frem som viktige for å lykkes med brukermedvirkning er ressurser, - til opplæring av personell, finansiering av prosjekter, og til evaluering av prosedyrene. I den internasjonale forskningen er det påpekt at hovedutfordringen i fremtiden er å jobbe frem brukermedvirkning i en form der barns deltagelse er en integrert del av organisasjonens kultur og struktur.

## **10. KUNNSKAP- OG FORSKNINGSBEHOV (KAP. 11)**

I dette siste kapitlet fremmes forslag til tiltak og forskning for utbedring av tjenester for barn og unge. Forslagene er basert på kunnskapsstatus, og en overordnet målsetting om helhetlige og sammenhengende tjenester som ivaretar barn og unges rett til medvirkning.

#### DOKUMENTASJON VEDRØRENDE TJENESTENES ORGANISERING OG SAMARBEID

Kunnskapsoversikten har avdekket manglende, - eller lite tilgjengelige oversikter over hvordan kommunale tjenester for barn og unge er organisert. Det er behov for å utarbeide en nasjonal oversikt over omfanget av en felles organisering av tjenester til barn og unge i kommunene.

#### SPRE KUNNSKAP OM DE GODE EKSEMPLENE

Forskningsoversikten viser eksempler på effektive organiseringstiltak og modeller for samarbeid mellom instanser. Både familiesentermodellen og SLT- modellen er verd å trekke frem i denne sammenheng. Det er viktig å sørge for at erfaringer og kunnskap med disse modellene gjøres kjent, og at de gode eksemplene spres til landets kommuner.

#### FORSKNING RETTET MOT TILTAK OG MODELLER FOR Å OPPNÅ BEDRE SAMARBEID

Kunnskapsstatusen har identifisert en rekke faktorer som virker hemmende eller fremmende på samarbeid mellom instanser. Kunnskap om disse faktorene gjør det mulig å sette inn tiltak for å effektivisere og forbedre samarbeid.

Det er behov for videre arbeid rettet mot utprøving av tiltak og modeller for bedre samarbeid mellom instanser som jobber med barn, unge og deres familier. Et slikt fokus er viktig i forhold til målsettinger om helhetlige tjenester, tidlig identifikasjon av barn som har hjelpebehov, og effektiv forebygging. Det foreslås at fremtidig forskning spesielt rettes mot tiltak eller modeller der målet er å øke samarbeidskompetansen i kommunen, samt kunnskap om andre tjenester og lovgrunnlag.

#### KUNNSKAP OM DEN ENKELTE TJENESTES ROLLE OG BIDRAG I FOREBYGGING

Et overordnet spørsmål i den fremtidige forskningen bør imidlertid være hvordan man gjennom samarbeid mellom tjenester kan utvikle den primære helse- og sosialtjeneste til effektivt å forebygge. Problemstillingen innebærer blant annet et behov for å definere de ulike kommunale tjenestenes bidrag og rolle i forhold til forebygging, hva som er status, og hva som er utfordringene. Det er i denne sammenheng nødvendig med nærmere studier av både prosesser, flaskehals og tiltak for realisering.

#### DE KOMMUNALE TJENESTENES KOMPETANSE OG RESSURSBRUK I ARBEID MED UTSATTE GRUPPER

Kunnskapsoversikten har fokusert på det samlede tjenestetilbudet for barn og unge generelt. Det finnes imidlertid lite kunnskap om hvilke tiltak og tjenester de kommunale instansene tilbyr utsatte grupper barn og ungdom. Fremtidige undersøkelser bør fokusere på hvordan kommunale tjenester for ulike brukergrupper av barn og unge fungerer, med spesiell vekt på kompetanse og ressursbruk.

#### KUNNSKAP OM ERFARINGER MED INTERKOMMUNALT SAMARBEID

Det finnes lite tilgjengelig dokumentasjon på erfaringer fra interkommunalt samarbeid om tjenester til barn og unge. Spesielt vedrørende PPT, der man i mange år, og i utstrakt grad, har praktisert interkommunalt samarbeid, og innen barnevern, der det nå drives utstrakt forsøksvirksomhet, ville det være formålstjenlig med systematiske evalueringer, gjerne større prosjekter som sammenligner ulike modeller for samarbeid.

De offentlige datakildene vedrørende interkommunalt samarbeid er mangelfulle. Kommunal- og regionaldepartementets database for interkommunalt samarbeid bør oppdateres. Even-



tuelt bør også Kommunal organisasjonsdatabase inkludere PP- tjenesten og sosialtjeneste barnevern i forhold til spørsmål om interkommunalt samarbeid.

#### DOKUMENTASJON AV SAMARBEID MELLOM KOMMUNALE OG STATLIGE TJENESTER

Med økt vekt på forebygging, og større ansvar til kommunene, følger også et økt behov for kontakt med spesialistenheter, både i forhold til samarbeid om tiltak overfor brukere, men ikke minst i forhold til oppfølging og veiledning av kommunalt personell. Kunnskapsstatusen viser at dette er aktuelle problemstillinger både fra de kommunale og de statlige tjenestenes ståsted. Det varierer imidlertid i hvilken grad dette er dokumentert i studier. Dette antyder at det både trengs ytterligere dokumentasjon av samarbeidet mellom kommunale og statlige tjenester, og at det trengs samarbeidstiltak i tjenestene. Vi skal i det følgende se på hver enkelt tjeneste i forhold til denne utfordringen.

Når det gjelder psykisk helsearbeid for barn og unge, er det godt dokumentert at det eksisterer et udekket behov for samarbeid mellom kommunale tjenester (helsestasjon, PPT, barnevern, skole, fastlege) og spesialisthelsetjenesten. Det trengs tiltak i forhold til å få i stand avtaler om regelmessig og formalisert samarbeid mellom kommunale tjenester og tjenester i psykisk helsevern. Det trengs mer kontakt, inkludert veiledning og opplæring overfor kommunalt personell.

#### RE- OG HABILITERING – OMFATTENDE STUDIER AV SAMARBEID

Når det gjelder statlige og kommunale tjenester vedrørende re - og habilitering av barn og unge, finnes lite dokumentasjon av omfang, innhold, behov og erfaringer med samarbeid. Det er behov for mer forskning både vedrørende arbeidet med individuelle planer på tvers av forvaltningsnivå, og habiliteringstjenestens oppfølging av de kommunale tjenestene i forhold til tiltak overfor barn og unge, samt oppfølging og veiledning av kommunalt personell.

#### OPPLÆRING – GRUNDIGERE STUDIER AV SAMARBEID

Det foreligger ikke relevante undersøkelser av omfang, - innhold og behov for samarbeid vedrørende opplæringstjenester (skole, barnehage, PPT).

Basert på lokale evalueringer i de ulike regionene, identifiseres imidlertid en rekke behov som kommunene har når det gjelder tjenester fra Statped. Hovedinntrykket er at kommunene opplever at kompetansesentrene ikke i tilstrekkelig grad imøtekommer de behov for bistand som PP- tjenesten har. Det trengs studier der en fokuserer på samarbeidet mellom de statlige og kommunale opplæringstjenestene, og på faktorer som sikrer gode læringsvilkår for barn og unge som trenger særskilt hjelp.

#### BARNEVERN – DOKUMENTASJON AV DE STORE ORGANISATORISKE ENDRINGENE

De omfattende organisatoriske endringene som følge av fjerning av fylkeskommunalt nivå, større ansvar til kommunalt barnevern, og opprettelse av Bufetat krever dokumentasjon i forhold til effekter. Det samme gjelder i forhold til utbredelse av "Felles dør" – tiltak i kommunene. Når det gjelder samarbeidsforhold trengs det dokumentasjon i forhold til både omfang av samarbeid, innhold og eventuelle udekkede behov for samarbeid. Region Midt-Norges uttalte satsning på å styrke samarbeidet mellom barneverntjenesten, rusomsorgen og BUP må også dokumenteres.

## SAMARBEID MELLOM FRIVILLIGE ORGANISASJONER OG KOMMUNER

Når det gjelder samarbeidet mellom kommuner og frivillig sektor er det gjort fyldige evalueringer i case – kommuner, men det fins ingen nasjonal kartlegging av omfang av samarbeid. Det trengs en nasjonal kartlegging av omfang og innhold i samarbeidstiltak mellom kommuner og frivillige organisasjoner. Når det gjelder bruk av frivillige organisasjoner i kommunal tjenesteproduksjon er dette et område i utvikling, og som utfordrer den tradisjonelle norske velferdsstaten. Man bør se på erfaringer med utvikling av denne sektoren i norske kommuner (i tillegg til erfaringer i det kontinentale Europa). I modellforsøk bør man også være bevisst problemet med at samarbeid mellom frivillige organisasjoner og kommuner ofte foregår sektorvis, og ofte kan blokkere for samarbeidsrelasjoner på tvers av tjenester. En hypotese er at de siste årenes fokus på flat struktur i kommunene bidrar til at dette i mindre grad er et problem. I tillegg til at kommunesektoren mangler en uttalt politikk for å stimulere frivillige aktiviteter, synes de også å mangle planer for en strategisk bruk av frivillige. Det bør oppfordres til at slike planer utarbeides.

## ØKONOMISKE ANALYSER, VURDERING AV NYE FINANSIERINGSORDNINGER OG STUDIER AV RESSURSBRUK

Generelt finnes det lite forskning på tjenester rettet mot barn og unge i kommunal-økonomiske analyser med unntak av barnehagesektoren og grunnskolen. Det mye utnyttet informasjon i offentlig tilgjengelig statistikk, som kan bidra til å øke kunnskapen om det kommunale tjenestetilbudet til barn og unge. Dersom aktivisering av barn og unge gjennom for eksempel fritidsklubber og støtte til barne- og ungdomsorganisasjoner anses som viktig, bør andre finansieringsordninger vurderes (for eksempel øremerking) for å redusere forskjellene i ressursinnsatsen på dette feltet mellom kommunene.

En bør fremskaffe kunnskap om variasjoner mellom kommunene når det gjelder ressursbruk på tjenester for barn og unge. For eksempel undersøke ressursbruken i barnevernet og SFO. Hvorfor bruker større kommuner mer på disse tjenestene, mens kommuner med høyt nivå på frie inntekter har lavere utgifter til disse tjenestene? Er det et "storbyfenomen" eller et resultat av lokale prioriteringer? I denne sammenheng vil det også være interessant å undersøke hva som kjennetegner kommuner som har relativt høy ressursinnsats innenfor tjenester rettet mot barn og unge. Det bør også gjennomføres grundigere analyser av ressursinnsats per bruker og dekningsgrader, for å utnytte informasjonen som ligger i statistikken. Dessuten, grundige analyser på kommunale tjenester rettet mot barn og unge i forhold til andre kommunale tjenester, for å undersøke om tjenester til barn og unge nedprioriteres til fordel for tjenester rettet mot andre brukere i kommuner med visse kjennetegn.

## KUNNSKAP OM BETYDNINGEN AV TAUSHETSPLIKTBESTEMMELSEN

Det finnes lite empirisk materiale på erfaringer av bruk av taushetspliktsbestemmelsene. Dette gjelder både når vi ser på samarbeid innenfor ulike tjenesteområder og bruk av bestemmelsene generelt. For økt kunnskap om hvilken betydning taushetsplikten har for det forebyggende samarbeidet om barn og unge foreslås flere tiltak.

En bør undersøke hvordan taushetspliktsbestemmelsene praktiseres når ulike etater samarbeider. Vi mangler bred og god kunnskap fra de fleste kommunale tjenesteområder, i tillegg til erfaringer fra samarbeid mellom ulike forvaltningsnivå. En må sikre at fremtidige evalueringer av ulike samarbeidsforsøk omfatter erfaringer med praksis rundt taushetspliktsbestemmelsene.

## BRUK AV VERKTØY FOR SAMHANDLING – DOKUMENTASJON AV ERFARINGER

*Individuell plan*

I kunnskapsgrunnlaget finnes en del data som beskriver i hvilken grad barn/unge med psykiske problemer har en individuell plan som del av sitt totale tjenestetilbud. I psykisk helsevern er det lagt opp til kontinuerlige datainnsamlinger som i fremtiden kan si noe om omfanget av individuelle planer. Tilsvarende kartleggingsdata finnes ikke fra kommunehelsetjenesten. Dokumentasjonen for omfanget av planer for hele gruppen av barn/unge med behov for en individuell plan (ikke kun de med psykiske lidelser) er meget begrenset. I tillegg til behovet for data som beskriver omfang, er det ut i fra et brukerperspektiv behov for ytterligere dokumentasjon av brukernes opplevde nytte av en plan. Det er videre behov for undersøkelser som kan dokumentere i hvilken grad individuell plan fører til bedre kvalitet i det totale tjenestetilbudet, og hvorvidt sektorvise planer (individuell opplæringsplan, individuell behandlingsplan osv) danner grunnlag for utarbeidelse av individuell plan.

*Ansvarsgruppe*

For å styrke kunnskapen om ansvarsgrupper som samarbeidsmodell, er det behov for å undersøke nærmere omfanget av bruk av ansvarsgrupper. Det er et stort behov for bedre dokumentasjon av fagpersoners (både kommunalt og statlig ansattes) erfaringer med verktøyet.

*Erfaringer relatert til bruk av andre verktøy*

Det er behov for økt kunnskap både i forhold til grad av bruk, - samt erfaringene knyttet til bruk av samarbeidsverktøyene "Firfotmodellen", "Koordinering av psykososialt arbeid" og "Case management".

## TILTAK FOR ØKT BRUKERMEDVIRKNING BLANT BARN OG UNGE

Kunnskapsoversikten synliggjør en rekke tema som en bør se på i videre arbeid for økt brukermedvirkning for barn og unge i Norge. Det bør jobbes videre med utvikling av metoder for innhenting av barn og unges synspunkter. I dette arbeidet må en bevisst søke å finne metoder og prosedyrer som sikrer likeverdig deltagelse for alle barn. Metodene må tilpasset barn i ulike grupper, som for eksempel små barn, funksjonshemmede og barn i etniske minoritetsgrupper. Det vil i denne sammenheng være behov for ressurser til opplæring av tjenesteytere i forhold til brukermedvirkning.

Det foreligger ingen studier som viser at iverksatte metoder eller prosedyrer for brukermedvirkning fungerer. I hvilken grad blir brukerens synspunkt tatt inn i planleggings- og styringsprosesser, og i hvilken grad får de gjennomslag. Har barn og unge noen reell innflytelse? Hvem hører barnas stemmer? Det er behov for å gjennomføre evalueringer av effekter av barn og unges medvirkning.



# 1 Bakgrunn og ramme

## 1.1 Den forebyggende virksomheten

Helhetlig og sammenhengende forebyggende arbeid overfor barn og unge er avhengig av et tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid. Effektivt forebyggende arbeid vil også kreve god utnyttelse av eksisterende ressurser og kompetanse. Sentrale elementer i det forebyggende arbeidet er tidlig identifikasjon av barn i risikosituasjoner eller utsatte barn, god kjennskap til tilstøtende tjenesters funksjoner og kompetanse, samt viderehenvisning av barn/familier som har behov for spesialisert hjelp. Velfungerende hjelpetilbud vil kreve at det er en klar ansvars- og oppgavefordeling mellom de ulike tjenestene. Dette gjelder både samarbeidet mellom tjenester innen kommunen, og samarbeidet på tvers av forvaltningsnivå.

Den primærforebyggende innsatsen kjennetegnes av at man griper inn i de forhold som øker risikoen for plager og vansker før problemer er utviklet. Primærforebyggende tiltak vil omfatte miljørettet innsats for å fjerne eller redusere risikoforhold, og individrettede eller grupperettede tiltak for å styrke motstandskraft. Primærforebyggende aktivitet vil således omfatte arbeid og tiltak som har som mål å hindre at barn og ungdommer utvikler psykiske plager og atferdsproblemer, samt tiltak rettet mot rus og kriminalitet. Sekundærforebyggende tiltak har som mål å oppdage vansker og problemer tidlig, slik at en kan hindre at problemene utvikler seg videre, eller gir tilleggsproblemer. Resultater er ofte bedre jo tidligere man kan iverksette slike tiltak. Hovedmålsettingen med tertiærforebyggende arbeid er å hjelpe barn og unge som har utviklet problemer eller plager, slik at de får et best mulig funksjonsnivå (Sætre et al., 1996).

## 1.2 Spesielt vektlagte målgrupper

Utredningen har særlig fokus på tiltak rettet mot barn og unge som er i en risikosituasjon for å utvikle problemer, samt barn og unge som har utviklet problemer. De aktuelle målgrupper i denne sammenheng er:

- barn i risikosituasjoner for å utvikle psykiske problemer
- barn/familier i minoritetsgrupper
- barn av foreldre med psykisk sykdom eller rusmiddelbruk
- småbarn i risikofamilier
- ungdommer i risikosonen for uønsket atferd/kriminalitet
- barn og ungdommer som har utviklet psykiske problemer
- barn med spesielle behov; herunder barn og ungdommer med behov for spesialundervisning og funksjonshemmede

Felles for disse gruppene barn og unge er at de har behov for tiltak fra flere tjenester. De er eksempler på brukergrupper som gir etater som skole, sosial/helse, fritid/kultur, videregående skole, politi og påtalemyndighet, særlige utfordringer i forhold til å skulle samordne og koordinere forebyggende aktivitet og tjenestetilbud.

Det er da også disse gruppene som har fått størst oppmerksomhet i de seneste offentlige dokumentene om tjenester for barn og unge (se for eksempel Regjeringens strategiplan for barn – og unges psykiske helse, 2003; St prp nr. 63 (1997- 98), St meld nr. 16 (2002-2003); St meld nr. 17 (1999-2000); St meld nr. 23 (1997-1998); St meld nr. 40 (2002-2003)).

Barn med behov for hjelp fra flere tjenester er også fremhevet i nyere rapporter og dokumenter fra brukerorganisasjoner og profesjonsforeninger (Voksne for Barn, 2002, Voksne for Barn 2004, Norsk psykologforening, 2004, Den norske lægeforening, 2004).

### 1.3 Helhetlige og sammenhengende tjenester

Fra statlig hold ønsker man å styrke samarbeidet mellom barnevernet, rus, psykisk helsevern, barnehage, skole, rehabiliteringstjeneste og politi for å skape helhetlige tjenester til utsatte barn og unge (Innst. O. nr. 64, 2002-2003). Videre vil Regjeringen satse på å styrke kontakten mellom familievernet og barneverntjenesten (Innst. S. nr. 121 (2002-2003)). Barne- og familiedepartementet har understreket betydningen av at forebygging integreres i normalt tilbudet for barn og unge. Departementet inviterer kommunene til å skape et mer helhetlig hjelpeapparat (Innst. S. nr. 121 (2002-2003)).

Økt samhandling mellom virksomheter lokalt, og mellom virksomheter på ulike forvaltningsnivå, er et prioritert politisk område. Kontroll og koordinering, autoritetsformer, arbeidsdeling og samarbeidsmekanismer er sentrale begreper, gitt gjennom både politiske og faglige føringer i oppvekstfeltet (Sørhaug, 2004; Nordisk Ministerråd, 2001).

I kunnskapsstatusen legges det særlig vekt på å fremstille kunnskap om faktorer og forhold som har betydning for samordningen, samarbeidet og ressursutnyttelsen mellom instanser innen kommunen, der følgende kommunale tjenester er aktuelle; barnevernet, barnehagen, skolen (med skolefritidsordningen), fritidssektoren, pedagogisk- psykologisk tjeneste, fastlegen, helsestasjons- og skolehelsetjenesten, samt frivillig sektor. Disse tjenestenes evne til å samarbeide, samordne og koordinere sin virksomhet i forhold til tiltak og tjenester, vil være av stor betydning for et effektivt forebyggende arbeid, og kan være avgjørende for mange barns videre utvikling og muligheter.

De kommunale tjenestene kan ofte ha behov for å samarbeide med tjenester på andre forvaltningsnivå for å kunne gi barn og ungdom et adekvat helhetlig tilbud. Kunnskapsstatusen omfatter derfor også fylkeskommunale og statlige tjenester (som for eksempel psykisk helsevern for barn og unge, habiliteringstjenesten, politiet).

### 1.4 Barn og unges behov for - og rett til medvirkning

Helhet handler også om brukerperspektivet. Et hvert tilbud må ta utgangspunkt i brukernes behov. Brukeropplevelsen av tjenestekvaliteten er sentral for å forstå hvordan tjenestesystemene fungerer og kan forbedres. Brukerperspektivet innebærer å se fra brukernes ståsted, og står i motsetning til å treffe avgjørelser utelukkende på basis av tjenesteperspektiver og faglig kunnskap (Rønning og Solheim, 1998).

Opplysninger om hvordan brukerne opplever å bli ivaretatt er et viktig element i evalueringen av helhetlige tjenester. I prioriterte politiske målsettinger er det lagt vekt på at den kvalitative styrkingen av tjenestene skal ta utgangspunkt i brukernes behov (St. prp. nr. 63 1996- 97) og at barn og ungdom skal få økt deltagelse og større innflytelse (St. meld. nr. 39 2002). Det legges vekt på at brukerne skal medvirke både i planlegging, organisering og drift av tjenestene (St. prp. nr. 63, 1997- 98). I FNs barnekonvensjon, som nå er en del av norsk lovverk, fremheves også barnets rettigheter til å bli hørt.

I hvilken grad de tjenesteytende instansene og aktørene greier å koordinere sin virksomhet, sørge for kontinuitet og samordning av tiltak, kan være av avgjørende betydning for om

barnet og familien får den hjelpen de har behov for. Det at brukerne selv må fungere som en "formidlingssentral" mellom de ulike fagpersoner og instanser, der de stadig må presentere seg og sitt problem i møtet med nye aktører og instanser, gir også misnøye og mistillit til tjenesteapparatet (St. meld. nr. 23, vedlegg 3, 1997-1998; Grotle, 2003). Betydningen av sammenhengende behandlings- og tiltakskjeder for tilfredshet med tjenestetilbudet er også dokumentert fra internasjonal forskning (Heflinger et al., 1996). Opplysninger om hvordan brukerne opplever å bli ivaretatt er et viktig element i evalueringen av samarbeidet mellom tjenesteytende instanser.

## 1.5 Kommunale instanser med ansvar for barn og unge

### BARNEHAGEN

Barnehagen skal være en pedagogisk tilrettelagt virksomhet som skal gi barn gode utviklings- og aktivitetsmuligheter i nært samarbeid med barnas hjem. Kommunene har ansvar for utbygging og drift av barnehager, og har også plikt til å sørge for at kommunene har tilstrekkelig antall barnehageplasser. Barnehagens samarbeid med andre instanser er forankret i barnhageloven (Rundskriv Q- 0902 B, 1995), som gir prinsipper for samarbeid med foreldre, foreldreråd, PP- tjeneste, barnverntjeneste og kommune. Dette understreker den forpliktelse barnehagen har i forhold til å delta i samarbeid med andre organer og instanser som har med barn å gjøre.

### SKOLE- FRITIDSORDNING (SFO)

Fra høsten 1997 ble det besluttet innføring av 10- årig grunnskole, og skolestartalder ble endret fra sju til seks år (Ot.prp. nr. 46 1996-97; St. meld. nr. 29 1994-1995). I henhold til Opplæringsloven § 13-7 skal kommunene ha et tilbud om skolefritidsordning (SFO) før og etter skoletid for 1- til 4. årstrinn, og et tilbud til barn med særskilte behov for 1. til 7. årstrinn (LOV- 1998-07-17-61).

De statlige føringene vektlegger at SFO skal bidra til helhet og sammenheng for barn ved å samarbeide med skole, hjem, samt kultur og fritidstiltak i lokalmiljøet (St. meld. nr. 40 1992-93). Det er også lagt vekt på at SFO skal inngå i det forebyggende arbeidet for barn i risikosituasjoner (St. meld. nr. 40 1992-93).

### SKOLEN

De overordnede prinsippene for skolene er likeverdig, inkluderende og tilpasset opplæring (Opplæringsloven § 1-2). Barn og unge skal møte utfordringer i samsvar med sine forutsetninger, uavhengig av sosial og kulturell bakgrunn, individuelle forutsetninger og funksjonsevne. Skolen skal bidra til mestring, og være et positivt bidrag til barn og unges fysiske og psykiske helse. Skolen skal aktivt og systematisk jobbe for å fremme godt miljø.

Strategi for læringsmiljøet i grunnopplæringen (2005-2008): "Læringsmiljø i skole og lærebedrift" er utarbeidet av Utdanningsdirektoratet (2005) for å hjelpe den enkelte skole til å skape gode læringsmiljø. Strategien vektlegger en helhetlig tilnærming til arbeide med læringsmiljøet, og at tiltakene skal være kunnskapsbaserte.

### PEDAGOGISK- PSYKOLOGISK TJENESTE

PP- tjenestens virksomhet er hjemlet i Opplæringsloven av 1998. De overordnede målformuleringene for tjenesten er knyttet til barn og unges utvikling og læring. Mål for

tjenesten knyttes også til helhet og sammenheng i tiltak for barn og unge (Faglig enhet for PP- tjenesten, 2001<sup>1</sup>). I arbeid med barn og unge med psykiske vansker skal PP- tjenesten være en aktiv støttespiller overfor andre hjelpeinstanser, og overfor skole og barnehage, i forhold til forebyggende arbeid og planarbeid. Alle kommuner skal ha en pedagogisk-psykologisk tjeneste. Tjenesten er den sentrale hjelpeinstans for barnehager, skoler og foresatte. PP- tjenesten har sammensatte oppgaver knyttet til den enkelte barn/elev, til gruppe/klasse og barnehage/skole som system, og som sentral aktør i forhold til andre instanser og etater.

PP- tjenesten har sitt lovgrunnlag i Opplæringslovens § 5-6 hvor det står at hver kommune og fylkeskommune skal ha en PP- tjeneste. Det står videre i denne lovparagrafen at "Tenesta skal hjelpa skolen i arbeidet med kompetanseutvikling og organisasjonsutvikling for å leggje opplæringa betre til rette for elevar med særlege behov. Den pedagogisk-psykologiske tenesta skal sørgje for at det blir utarbeidd sakkunnig vurdering der lova krev det".

De overordnede målformuleringene for tjenesten er knyttet til barn og unges utvikling og læring. Mål for tjenesten knyttes også til helhet og sammenheng i tiltak for barn og unge (Faglig enhet for PP- tjenesten, 2001). I arbeid med barn og unge med psykiske vansker skal PP- tjenesten være en aktiv støttespiller overfor andre hjelpeinstanser, og overfor skole og barnehage, i forhold til forebyggende arbeid og planarbeid.

#### HELSESTASJONS- OG SKOLEHELSETJENESTEN

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en lovpålagt deltjeneste som inngår som en del av kommunens plikt til å drive forebyggende og helsefremmende arbeid. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er et helhetlig tilbud til barn og ungdom. Tjenesten har en viktig funksjon i å avdekke tidlige utviklingsavvik og bidra til habilitering av barn og unge med nedsatt funksjonsevne. Gjennom Opptreppingsplanen for psykisk helse (St. prp. nr. 63, 1997-98) styrkes tjenesten med 800 årsverk, for å bedre være tilgjengelig for barn og unge med psykososiale problemer.

Ny forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten trådte i kraft 1. juli 2003. Det er her understreket at tjenesten har et ansvar for å drive forebyggende psykososialt arbeid, og stilles krav om at helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal samarbeide med fastlegen, andre kommunale tjenester, fylkeskommunene og spesialisthelsetjenesten. Det fremgår av forskriften (Kapittel IV, Administrative bestemmelser) at "Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal i et tverrfaglig samarbeid bidra til å skape et godt oppvekstmiljø for ungdom gjennom tiltak for å styrke foreldrenes mestring av foreldrerollen, fremme barns- og ungdoms lærings- og utviklingsmiljø og bidra til å legge til rette for godt psykososialt og fysisk arbeidsmiljø i skolen" (FOR, 2003-04-03 nr 450).

#### FASTLEGEN

Fastlegen har i følge forskrift om fastlegeordning i kommunene ansvar for allmennlege-tilbudet til personer på sin liste, og skal i følge merknad til forskriften ha et koordinerende ansvar for legetjenesten til disse pasientene, herunder samordning av individrettet forebyggende arbeid, undersøkelse og behandling (FOR, 2000-04-14, nr 328). Fastlegen har i dag en viktig funksjon i forhold til å vurdere behov for behandling i spesialisthelsetjenesten. Fastlegen skal for eksempel henvise et barn til psykisk helsevern når det foreligger mistanke om en tilstand som krever utredning eller behandling utover det en kan gi i 1. linjen. Henvising av en pasient til riktig kompetanse på riktig tidspunkt vil kreve samarbeid både med andre kommunale instanser, samt effektiv og god samhandling mellom tjenestenivåene.

---

<sup>1</sup> Faglig enhet for PP- tjenesten er nå lagt inn under Utdanningsdirektoratet.



## DET KOMMUNALE BARNEVERNET

Barnevernet skal etter lov om barneverntjenesten av 1992, "Sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid". Barnevernet har en viktig funksjon i det forebyggende helsearbeidet. Barnevernet skal samarbeide med andre sektorer og forvaltningsnivå når slikt samarbeid kan løse lovpålagte oppgaver. Barnevernet skal også samarbeide med frivillige organisasjoner i forhold til barn og unge.

Den kommunale barneverntjenesten har ansvar for barnet ved omsorgsovertagelse, og kan ses på som en oppdragsgiver for barnverninstitusjonen som utøver den daglige omsorgen, og iverksetter fattede vedtak. Institusjonene skal sørge for at barneverntjenesten får løpende informasjon om barnets situasjon. Dette samarbeidet foregår gjennom møter der ansatte i kommunal barneverntjeneste besøker institusjonen og snakker både med barnet og de ansatte (Verpe & Engja, 2004). Samarbeidet mellom barnevernet og andre deler av forvaltningen og hjelpeapparatet er avgjørende for å finne hensiktsmessige løsninger for det enkelte barn og familien. Barnevernet har den nødvendige myndighet som sikrer at tiltakene som iverksettes faktisk gjennomføres. De ulike delene av hjelpeapparatet har nødvendig spesialkompetanse, avhengig av det enkelte barns individuelle behov.

Barneverntjenesten har skjerpet forvaltningsmessig taushetsplikt, dvs. at de ikke kan gi opplysninger til andre forvaltningsorganer om en "persons forbindelse med organet" uten at det er innhentet samtykkeerklæring fra klienten. Imidlertid åpner barnevernloven for at opplysninger til andre forvaltningsorganer gis når dette fremmer barneverntjenestens oppgaver, eller er nødvendig for å forebygge fare for liv og helse. Barnevernlovens meldepliktsbestemmelser blir ulikt praktisert, og behovet for bedre kompetanse om praktisering av disse bestemmelsene innen alle deler av hjelpeapparatet er presisert (NOU 2003: 3). Skolen, barnehagen, PP-tjenesten, helsestasjon, kommunelegen og politi er barnevernets mest sentrale samarbeidsinstanser (Harsheim & Østtveiten, 1995).

## SOSIALTJENESTEN

Sosialtjenesten drives etter Lov om sosiale tjenester (Sosialtjenesteloven), og har som formål å fremme økonomisk og sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til økt likeverd og likestilling, og forebygge sosiale problemer.

Sosialtjenesten yter økonomisk sosialhjelp til mennesker som har behov for dette. Sosialtjenesten yter også tiltak overfor rusmisbrukere, som råd og veiledning, støttekontakt, samt kan bistå i forhold til å finne adekvate behandlingstilbud. Som barneverntjenesten har også sosialtjenesten skjerpet forvaltningsmessig taushetsplikt. Sosialloven inneholder bestemmelsen om at informasjon og opplysninger kan gis til andre forvaltningsorganer når dette fremmer sosialtjenestens oppgaver, eller når det foreligger fare for liv eller helseskade.

## 1.6 Statlige instanser med ansvar for barn og unge

### PSYKISK HELSEVERN FOR BARN OG UNGE

Med psykisk helsevern menes spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker på grunn av psykisk lidelse (jfr. psykisk helsevernloven). Psykisk helsevern for barn og unge kan være organisert på forskjellige måter. Tjenesten kan bestå av flere enheter, som for eksempel akuttavdeling, langtidssavdeling og poliklinikk, og har da vanligvis betegnelsen klinikk. Tjenesten kan også bestå av kun en type enhet, en faglig selvstendig poliklinikk (BUP). Behandlingshjem er en tredje institusjonstype i psykisk helsevern for barn og unge.

I 2004 mottok om lag 39 000 barn og unge et behandlingstilbud i psykisk helsevern, hvorav de aller fleste (ca 95 prosent) mottok et poliklinisk behandlingstilbud (Kalseth, 2005). Poliklinikken skal i samarbeid med andre instanser i det området den betjener – ta del i det forebyggende arbeidet i tilknytning til barn og unges psykiske helse. Poliklinikken har en viktig funksjon som samarbeidspartner og rådgivende instans for skoler, barnehager, helsestasjoner, PP- tjeneste, habiliteringsteam og barnevern.

#### BARNEVERNINSTITUSJONER

Fra 1. januar 2004 overtok staten det fylkeskommunale ansvaret og oppgaver på barnevernfeltet for barnevernet. Barne- ungdoms- og familieetaten (Bufetat) har ansvaret for å etablere og drive barneverninstitusjonene, mens fylkesmannen fører tilsyn med institusjonene.

Seks av ti barneverninstitusjoner i landet eies av staten, mens de øvrige eies av private organisasjoner og stiftelser. Barnverninstitusjonene er oftest små, fra 4-30 plasser. Det finnes ulike typer institusjoner som spedbarnshjem, barnehjem for barn fra 1-12 år, ungdomshjem for aldersgruppen 13-18 år, og bo og arbeidskollektiv for ungdom over 14 år. Foreløpige tall fra SSB viser at i alt 4 226 barn og unge mottok hjelp fra det statlig regionale barnevernet i 2004. Som ansvarlig for barnets daglige omsorg har institusjonen ansvar for å samarbeide med instanser som barnehage, skole og med de øvrige hjelpeinstanser som er involvert i barnet. Dette samarbeidet utøves ved møtevirksomhet og samtaler. Fordi institusjonen har et heldøgnsansvar for barn vil det naturlig medføre behov for samarbeid på mange arenaer. Personalet ved institusjonene vil her ha et samarbeids- og oppfølgingsansvar. Personalet vil i forhold til dette kunne møte en rekke dilemmaer, som f.eks. forvaltning av taushetsplikten.

#### BARNE- UNGDOMS- OG FAMILIEETATEN (BUFETAT)

Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat) er organisert i fem regioner, med Bufdir som hovedkontor i Oslo. Bufetat har kontakt med kommunene gjennom 26 fagteam som er spredt ut over landet. Disse teamene skal jobbe nært sammen med det kommunale barnevernet og andre tjenester for barn, ungdom og familier. Tiltak som inngår i Bufetat er fosterhjemstjeneste, familie- og nærmiljøbaserte barneverntiltak, statlige barneverninstitusjoner og familievernkontorer.

#### FAMILIEVERNTJENESTEN

Familievernet er en spesialisttjeneste som har familierelaterte problemer som sitt fagfelt. Fra 01.01. 2004 overtok staten de fylkeskommunale oppgavene på familievernområdet (Innst. O. nr. 64, 2002-2003). Familievernkantorene er en lavterskelstjeneste som skal gi tilbud om behandling og rådgivning når det foreligger vansker, konflikter eller kriser i familien. Klientene kan oppsøke familievernkantorene uten henvisning, og tilbudet er gratis både når det gjelder familieveiledning og mekling. Kantorene har en viktig rolle i å løse ekteskapskonflikter, og å forebygge skilsmisser og samlivsbrudd. Familievernkantorene kan også drive utadrettet virksomhet om familierelaterte tema, som for eksempel veiledning, informasjon og undervisning rettet mot hjelpeapparat og publikum. Det finnes i alt 65 familievernkantor. Familievernkantorene drives av den statlige, regionale familievernmyndigheten, eller den som statlig regional familiemyndighet inngår avtale med om drift av familievernkantor (Lov om familievernkantorer, 1997-06-19).

## HABILITERINGSTJENESTE

Habilitering og rehabilitering inngår i helseforetakenes obligatoriske virksomhetsområde etter lov om spesialisthelsetjeneste. Habilitering og rehabilitering kan forståes som *"tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet"* (St. medl. nr. 21 (1998-99)).

Det kommunale hjelpeapparatet har ansvar for all habilitering som ikke forutsetter spesialistkompetanse, samtidig som spesialisthelsetjenesten forutsetter å bidra til å bygge opp kompetansen i kommunene (Veileder i habilitering av barn og unge, Statens Helsetilsyn 1998, side 67). I " Forskrift om individuelle planer", gjeldende fra 01. 07. 2001, er kravene til spesialisthelsetjenesten i forhold til organisering, systematiske opplegg for kvalitetssikring, brukermedvirkning og tverretattlig samarbeid, også med etater utenfor helsetjenesten, utdypet og presisert. Videre, i "Forskrift om habilitering og rehabilitering" (2001), er det presisert et krav om at tjenestetilbud skal gis ambulant, altså på brukernes hjemsted, når dette er mest formålstjenlig.

Pasientgrupper for habiliteringstjenester er funksjonshemmede og kronisk syke barn og ungdommer fra 0- 18 år, som har behov for tverrfaglige, sammensatte tjenester. Barnehabiliteringstjenesten arbeider tett opp mot foreldre, primærhelsetjenesten, skole, barnehage, PP- tjeneste, Statped, sosialkontorer og barnevern, somatisk helsetjeneste, og brukerorganisasjoner.

## STATLIG PEDAGOGISKE STØTTESYSTEM (STATPED)

Statped har som overordnet oppdrag å gi veiledning og støtte til de lokalt ansvarlige opplæringsinstansene, slik at kvaliteten på tilbudet for barn og unge (og voksne) med særskilte opplæringsbehov skal bli best mulig. Statped prioriterer bistand til brukere med de største og mest sammensatte vanskene, der det også er minst rimelig å forvente at lokale instanser har tilstrekkelig kompetanse. Statped består av statlig eide kompetansesenter og spesialpedagogiske enheter. Enhetene i støttesystemet har ulike funksjoner og ulike faglige ansvarsområder. Noen av enhetene er nasjonale kompetansesenter, mens andre dekker en region. Sentra som har kompetansesenterfunksjon yter tjenester på individ- og systemnivå. Det vil si ulike typer tiltak rettet mot elever, og de som har ansvar for elever med særskilte opplæringsbehov i kommuner og fylkeskommuner. Individrettet arbeid danner utgangspunkt for systemrettet arbeid, og godt samarbeid på tvers av fagområder er en viktig forutsetning for å oppnå gode resultat. Kompetansesentrene jobber også med forsøks- og utviklingsarbeid i forhold til det spesialpedagogiske fagfeltet i samarbeid med høgskole og universitetsmiljø. Fra og med juni 2004 er Statped integrert i Utdanningsdirektoratet ([www.statped.no](http://www.statped.no); St.meld nr. 30, 2003-2004; St. prp. nr. 1 2004-2005).

## REGIONSENTER FOR BARN OG UNGES PSYKISKE HELSE (R-BUP)

R-BUP mottar bevilgninger fra staten for sin virksomhet. Regionsentrene skal bidra til å utvikle, kvalitetssikre og forvalte vitenskapelig og praksisnær kunnskap og kompetanse innen alle sentrale områder i arbeid med barn og unges psykiske helse, samt å bidra til at slik kompetanse er tilgjengelig. R-BUP skal også bidra til å øke rekrutteringen av personell til psykisk helsearbeid, styrke psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene, samt bidra til å styrke andre fagfelt av betydning for barn og unges psykiske helse.

## POLITIET

Politiet har som hovedansvar å bekjempe kriminalitet i samfunnet. Politiet skal samarbeide med andre etater og organisasjoner for å forebygge rusmisbruk, kriminalitet og trafikk-

ulykker. Politiets virksomhet skal ses i sammenheng med samfunnets helhetlige forebyggende innsats, og i forhold til effektiv utnyttelse av tilgjengelige ressurser. Politiets bidrag i samarbeid med andre instanser som har ansvar for barn og unge er viktig for et strategisk og effektivt arbeid rettet mot de sosiale mekanismer som kan virke inn på og utløse rusmisbruk og kriminalitet (Balchen, 1998). Samarbeidet mellom politiet og øvrige instanser er viktig for å sikre barn og unge trygge oppvekstvilkår. Skolen er en særdeles viktig samarbeidspartner for politiet. Politiets forebyggende arbeid er i stor grad rettet mot barn og unge, og gjennom involvering i skolen kan politiet nå ut til en stor gruppe av disse. Gjennom kontakt med skolen har politiet også mulighet til å komme i kontakt med elevenes foresatte. Det finnes formelle føringer for politiets samarbeid med skolen (f.eks St. prp. nr. 1 (1995-96)).

#### DET KRIMINALITETSFOREBYGGENDE RÅD

Det kriminalitetsforebyggende råd (KRÅD) er knyttet til Justisdepartementet, og er regjeringens spesialorgan for forebygging av kriminalitet og oppnevnes i statsråd for tre år av gangen. Rådet er faglig uavhengig, det vil si at det er rådet som bestemmer hva som står på dagsorden, og som vedtar hvilke felt gitt i mandatet som skal prioriteres. Det kriminalitetsforebyggende råds hovedansvar har vært, og er, forebyggende tiltak overfor barn og ungdom. Rådet har i hovedsak en rolle som rådgiver i forhold til departementer og andre offentlige myndigheter. Flaggskipet i denne sammenheng er SLT, - samordning av lokale kriminalitetsforebyggende tiltak. SLT er en modell for samordning som KRÅD har utviklet, og som nå er i ferd med å bli implementert i de fleste av landets kommuner. Kommunene er derfor viktige adressater for rådgivningen.

### 1.7 Andre hjelpetilbud til familier og barn

#### KRISESENTER

Krisesentrene er hjelpetilbud til kvinner som har vært utsatt for vold. I 2003 var det 50 krisesenter spredt rundt om i landet (NOU 2003:31). Krisesenteret skal være et lavterskeltilbud, som skal dekke hjelpebehov som er dårlig dekket gjennom det primære hjelpeapparatet. Hjelpetilbudene omfatter rådgivning, fellesskap og botilbud. Individuelle samtaler eller gruppesamtaler tilbys også ved de fleste sentrene. Noen av sentrene har jobbet systematisk med å utvikle tiltak overfor barn. Det finnes imidlertid ikke en oppdatert oversikt over hvilke sentre som yter slike tiltak, - og hvilke tjenester det dreier seg om (Jonassen & Stefansen, 2003). Krisesentrene har nære samarbeidsrelasjoner til barnevernet (Skjørten & Paul, 2001; Jonassen & Stefansen, 2003). Den offentlige tilskuddsordningen er delt mellom staten, kommunene, i noen grad fylkeskommuner og andre bidragsyter. De fleste sentrene er finansiert av mer enn en kommune, imidlertid er det 55 kommuner som ikke bidrar med finansiering av krisesenter (Jonassen & Stefansen, 2003).

#### INCESTSENTERET

Incestsentra er i hovedsak et dagtilbud til mennesker som har opplevd seksuelle overgrep, og til de pårørende til barn og unge som har vært utsatt for dette. Senteret skal gi støtte og hjelp gjennom individuelle samtaler eller i samtale, - eller selvhjelpsgrupper. Ved senteret jobber man også i forhold til kartlegging av hjelpebehov, samt å finne frem til det adekvate hjelpetilbudet. Tjenesten omfatter i tillegg forebyggende barne- og familiearbeid gjennom temakvelder, "Åpent hus", nettverksarbeid, veiledning, kurs og lignende. Incestsenteret er et supplement til det offentlige hjelpeapparatet. Det kreves ikke betaling eller henvisning fra lege og senteret fremstår slik som et lavterskeltilbud. Sentrene er finansiert gjennom tilskudd fra kommuner, fylkeskommuner og helseregioner, gaver fra private og fra organisa-

sjoner, samt gjennom statlige tilskudd. Fra 01.01.05 ble tilskuddsordningen og forvaltningen av krisesentrene endret. Det statlige tilskuddet økte til 80 prosent, og forvaltningen ble lagt til Barne- ungdoms – og familiedirektoratet.

#### ARBEIDSMARKEDSETATEN (AETAT)

Aetatets hovedoppgave er å bistå arbeidssøkere med å få ny jobb raskest mulig. Aetat tilrettelegger for aktiv jobbsøking, yter personlig oppfølging og veiledning, og kvalifiserer arbeidssøkere. Aetat har omfattende kunnskap om arbeidsmarkedet, og er et rådgivende organ for Arbeids- og sosialdepartementet. I tillegg samarbeider Aetat tett med arbeidsgivere, myndigheter og organisasjoner for å forebygge arbeidsledighet. Aetat er en viktig instans for unge arbeidssøkende.

### 1.8 Statlige føringer – strategi, handlings- og tiltaksplaner

Myndighetenes fokus på økt innsats for barn og unge er dokumentert gjennom en rekke stortingsmeldinger og handlingsplaner. Behovet for bedre samordning og samarbeid er fremhevet. I det følgende gis en kort presentasjon av offentlige publikasjoner som er aktuelle i forhold til målsettinger om et helhetlig, samlet tjenestetilbud, og barn og unges rett til medvirkning.

#### SATSNING PÅ BARN OG UNGDOM. REGJERINGENS MÅL OG INNSATSOMRÅDER I STATSBUDEJETT 2005. BARNE- OG FAMILIEDEPARTEMENTET

I denne oversikten gis informasjon om Regjeringens mål og innsatsområder i barne- og ungdomspolitikken i statsbudsjettet for 2005. Publikasjonen presenterer en helhetlig og samordnet barne- og ungdomspolitik med budsjettall fra 12 departementers ansvarsområder. Oversikten skal være et verktøy som stimulerer til bedre samordning av tiltak og tilbud overfor barn og unge, både på statlig, regionalt og kommunalt nivå.

#### HANDLINGSPLAN FOR FYSISK AKTIVITET 2005-2009. SAMMEN OM FYSISK AKTIVITET

Handlingsplanen skal bidra til å begrense faktorer som skaper fysisk inaktivitet, og fremme fysisk aktivitet i befolkningen. Dette skal oppnås gjennom en samlet strategi som omfatter tiltak på flere samfunnsområder og arenaer, som for eksempel barnehage, skole, nærmiljø og fritid. Dette krever et samarbeid mellom ulike sektorer og forvaltningsnivå. Utfordringene er blant annet knyttet hvordan få til et samspill mellom offentlig, privat og frivillig virksomhet om en helsefremmende utvikling i kommuner. Innsatsområder omfatter blant annet bedre muligheter for fysisk aktivitet i barnehage og skole, og en sektorovergripende og samordnet innsats for å fremme fysisk aktivitet i befolkningen.

#### NOU 2005: 3, FRA STYKKEVIS TIL HELT

Et offentlig utvalg har utredet samhandlingen mellom den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og vurdert hvilke endringer i rammebetingelsene som er nødvendige for å få en bedre samhandling mellom tjenester og et mer helhetlig tjenestetilbud for brukerne. For utvalgets tilrådninger legges til grunn et overordnet mål om at *"alle skal sikres god tilgang til gode tjenester når de trenger det"* (side 129), at *"Primærhelsetjenesten er fundamentet i helsetjenesten"* (side 129), at *"Det må være likeverdighet mellom aktørene"* (side 129), og at *"Tjenestene må være faglig gode og trygge"* (side 130). Utvalgets forslag til tiltak gjelder tre hovedområder: a) styrking av brukerperspektivet gjennom blant annet bedre informasjon, medvirkning og innflytelse, b) målrettede tiltak for bedre samhandling, blant annet gjennom styrking av lederansvar, og formaliserte samarbeidsav-

taler og møteplasser mellom nivåene, samt c) økonomiske insentiver i form av øremerkede tilskudd for samhandlingstiltak og justering av takster og finansieringsordninger.

#### HANDLINGSPLAN SAMMEN MOT BARNE- OG UNGDOMSKRIMINALITET 2005

Seks departement har gått sammen om å utarbeide denne handlingsplanen med 21 tiltak mot barne- og ungdomskriminalitet. Planen fokuserer på den unge lovbrøyer under 18 år. Målet er å hindre at den enkelte utvikler en kriminell karriere, samt å beskytte omgivelsene mot kriminalitet begått av mindreårige. Tidlig aksjonering mot barn og unge i risikozonen, og et langt bedre samarbeid mellom de ulike instansene er hovedbudskapet i handlingsplanen. Gjennom konkrete løsninger og forpliktende samarbeid mellom ulike fagområder og forvaltningsnivå, ønsker man å bidra til å sikre samfunnets forpliktelser overfor mindreårige lovbrøyttere. Regjeringen ønsker gjennom individrettede og samordnede tiltak å ivareta hensynet til den unge lovbrøytteren, så vel som til samfunnet som helhet.

#### HANDLINGSPLAN FOR FOREBYGGING AV UØNSKET SVANGERSKAP OG ABORT 2004-2008

Forebyggig av uønsket svangerskap har vært et prioritert område for myndighetene. Handlingsplanenes hovedmål er å redusere aborttallene. Ungdommer er en av hovedmålgruppene for handlingsplanen. Planen skal bidra til å styrke arbeid som pågår rundt i kommunene i forhold til å forebygge uønsket svangerskap og abort. Innsatsen er først og fremst basert på primærforebyggende arbeid, der det blant annet dreier seg om å sørge for at barn og unge får kunnskap om kropp og seksualitet, og at denne kunnskapen gis med respekt både for menneskeverd og modningsnivå. I tillegg vil en jobbe for å trene opp unge mennesker i valg omkring seksualitet og etiske verdier. Det fokuseres på bruk av ulike metoder for den forebyggende innsatsen, der både brukervedvirkning og etablering av lavterskeltilbud er essensielt.

#### ST. MELD NR. 42 (2004-2005) POLITIETS ROLLE OG OPPGAVER

Meldingen ble lansert i juni 2005 og beskriver og drøfter politi- og lensmannsetatens rolle og oppgaver, samt viser hvordan politi- og lensmannsetaten kan møte utfordringer den står overfor i løpet av de fem til 10 neste årene. Det legges også vekt på etatens samarbeid og samhandling med andre i det forebyggende arbeidet mot barne- og ungdomskriminalitet.

#### STRATEGIPLAN, HABILITERING AV BARN 2004

Planen legger vekt på behovet for å bedre tjenestetilbudet til barn med nedsatt funksjonsevne, ved å bidra til helhetlige og sammenhengende tilbud, økt kompetanse og tilstrekkelige tjenester. Tiltak som er presentert i strategiplanene omfatter bedre samhandling mellom habiliteringstjenesten/andre spesialisthelsetjenester og kommunehelsetjenesten, mellom habiliteringstjenesten og Statped, og PP- tjenesten og de øvrige sektorer som yter tjenester til barn med funksjonshemninger.

#### NOU 2004:18, HELHET OG PLAN I SOSIAL- OG HELSETJENESTENE. SAMORDNING OG SAMHANDLING I KOMMUNALE SOSIAL- OG HELSETJENESTER

I utredningen legges det frem forslag til harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivningen. Målet med en slik harmonisering er blant annet å sikre helhetlige tilbud til brukere med sammensatte behov, og bedre kommunenes muligheter for å gjennomføre dette. Det skal sikres ensartet regulering av likeartede tjenester. Det tas videre standpunkt til om forslagene om harmonisering bør skje innenfor eksisterende lover, eller i en ny felles lov for de kommunale helse- og sosialtjenester. I mandatet ligger det videre at lovforslaget

skal baseres på at kommunene skal ha stor frihet til å velge organisering av tjenester, og at det skal tas hensyn til behovet for- og plikten til samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Utvalget påpeker utfordringer relatert til samordning av tjenester som er hjemlet både i kommunehelsetjenesteloven (LOV- 1982-11-19-66) og i sosialtjenesteloven (LOV-1991-12-13-81), og at brukernes behov for helhetlige tjenester bedre kan imøtekommes ved et enhetlig og samlet regelverk for disse tjenestene. Utvalget fremmer tre alternative modellforslag for en bedre harmonisering av lovverket: a) videreføre dagens system med to lover, men i harmoniserte versjoner der en primært harmoniserer regler om taushetsplikt, klage og tilsyn, b) en ny felles lov for kommunal helse- og sosialtjeneste som begrenses til å omfatte organisering av tjenestene, og hvilke tjenester kommunene skal være forpliktet til å yte, - kombinert med en ny sosialpersonellov på linje med Helsepersonelloven, evt at Helsepersonelloven utvides til å omfatte sosialpersonell, og c) erstatte dagens to lover med en felles harmonisert lov som regulerer kommunens ansvar, krav til tjenestene, tjenestemottagers rettigheter, beslutningsprosess og klagegang.

#### REGJERINGENS HANDLINGSPLAN MOT RUSMIDDELPROBLEMER 2003-2005

Hovedmål i rusmiddelpolitikken i Norge er en betydelig reduksjon av de sosiale og helsemessige skadene av rusmiddelbruk. Det er lagt opp til at målet skal nås blant annet ved økt vektlegging av forebyggende aktivitet. Forebyggende arbeid blant barn og ungdom er et sentralt område i denne handlingsplanen. I handlingsplanen er det påpekt at en av de store utfordringene i dagens rusmiddelpolitikk er å styrke den forebyggende innsatsen i kommunene og lokalsamfunnet. Det er vektlagt at "innsatsen på feltet må utgjøre en sammenhengende tiltakskjede hvor foreldre, nærmiljø, frivillige organisasjoner, kommunale, fylkeskommunale og statlige instanser danner en kjede av tiltak som utfyller hverandre" (side 14).

#### ST. MELD NR. 13 (2004-2005). OM INCESTSENTRA - TILBUD, FINANSIERING OG FORVALTNING

Bakgrunnen for denne stortingsmeldingen er forslag til endringer av hvilke tilbud incestsentrene skal gi, hvordan tilbudet skal organiseres og finansieres, og hvorvidt tilbudet skal lovfestes (Stortingsvedtak 413/2004). Regjeringen foreslår gjennom stortingsmeldingen at incestsentrene skal få øremerket statsstøtte på 80 prosent av driftskostnadene, og at forvaltningen legges til Barne- ungdoms- og familiedepartementet. Regjeringen tilrår ikke lovregulering av virksomheten ved incestsentra.

#### ST.MELD NR. 30 KULTUR FOR LÆRING (2003-2004)

I denne meldingen fokuseres det på kvaliteten ved skolen, og behovet for å ruste skolen for større mangfold av elever og foresatte, og slik at individuelle forskjeller kan verdsettes, og ulikheter håndteres. Løsninger tilpasset den enkelte elev er viktige tiltak i denne sammenheng. Idealet som presenteres i meldingen er at alle elever får tilpasset og differensiert opplæring ut fra egne forutsetninger og behov. I meldingen presenteres flere tiltak som er viktige for å nå målet om en bedre tilpasset opplæring. Departementet ønsker å styrke PP-tjenestens rolle, og at skoleeier legger til rette for modeller der PP- tjenestens systemrettede innsats styrkes. Videre, ta initiativ til forsøk/modeller for tverrfaglig samarbeid om atferdsproblematikk i skolen, med formål å styrke den tilpassede opplæringen og redusere behovet for spesialundervisning. Departementet ønsker å videreutvikle Statped som et nasjonalt tjenesteytende system, og samtidig arbeide for at det utvikles god samhandling og en tydelig oppgave- og ansvarsfordeling mellom Statped og den statlige spesialisthelsetjenesten. Bedre samordning av ulike instansers arbeid knyttet til tilpasset opplæring er presentert som et av departementets forslag.

#### OPPTRAPPINGSPLANEN FOR PSYKISK HELSE (ST. PRP. NR. 63, 1997-98; ST. PRP. NR. 1, 2003-2004)

Hovedlinjene i Opptrappingsplanen for psykisk helse er økt vekt på forebygging, brukerperspektivet, samt fokus på helhet, sammenheng og samarbeid i tjenester for mennesker med psykiske vansker. Planen understreker betydningen av at det etableres et godt samarbeid og god sammenheng mellom spesialiserte tjenester og tjenester som tilbys i kommunen.

#### REGJERINGENS STRATEGIPLAN FOR BARN OG UNGES PSYKISKE HELSE (2003)

Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse (2003) er en forsterkning av opptrappingsplanen (St. prp. nr. 63, 1997-98) i forhold til tiltak for å styrke barn og unges psykiske helse. Planen har en klar forebyggende profil. Planen omfatter alle samfunnsarenaer hvor barn og ungdom befinner seg. Regjeringen har valgt å satse på følgende tre områder; i) barn og unges møte med samfunnet, ii) barn og unges møte med tjenestene, iii) kunnskap og kompetanse i tråd med barn og unges behov. Strategiplanen bygger på flere perspektiver; mestringsperspektivet, brukerperspektivet, kunnskapsperspektivet og helhetsperspektivet.

Brukerperspektivet tar utgangspunkt i barn, unge og familiers møte med samfunnet og tjenesteapparatet. Brukermedvirkning er nedfelt som prinsipp i norsk lovverk, og handler om betydningen av at barn og unge selv er sentrale ved utforming av tiltak og fremtidige valg. Å medvirke i egen sak innebærer å få god informasjon gjennom deltagelser slik at en kan gjøre egne valg (samtykke) etter evne, funksjonsnivå og alder.

Helhetsperspektivet understreker behovet for å se barn og unge i en kontekst, dvs. i sammenheng med deres familie, sosiale nettverk og nærmiljø. På tjenestenivå handler det om både organisering av og samspill mellom berørte tjenester, om kontinuitet, oversikt og tilgjengelighet av tjenestene. Strategiplanene skal bidra til å sikre et mer helhetlig tjenestetilbud som er tilpasset brukernes behov. Planen omfatter tiltak om bedre informasjon til barn og unge om deres rettigheter, i tråd med FN s barnekonvensjon, kartlegging av barn og unges erfaringer med møtet med tjenestene, samt opplæring av talspersoner for barn og unge.

#### NOU 2003: 31, RETTEN TIL ET LIV UTEN VOLD

Denne utredningen omfatter familievernkantorenes arbeid med vold. Familievernkantorene har en viktig rolle i å gi barn som vokser opp i en situasjon hvor far begår vold mot mor. Det offentlige utvalget som står bak utredningen anbefaler at kunnskap økes om samarbeidsrutinene mellom familievernkantorene og øvrige instanser når det gjelder vold i nære relasjoner. Forslag om en felles forvaltning av krisesenter, Alternativ til Vold, barnevernet og familievernet gjennom Statens barnevern og familievern kan bidra til utvikling på dette punkt.

#### HANDLINGSPLAN MOT RASISME OG DISKRIMINERING (2002-2006)

Handlingsplanen presenterer overordnede mål for myndighetenes arbeid mot rasisme og diskriminering. De sentrale målene er å sikre menneskerettigheter, bekjempe rasisme og diskriminering, samt jobbe for bedre integrering i samfunnet. I handlingsplanen fremstilles betydningen av oppvekst og skolegang som grunnlag for deltagelse i samfunnsliv og for å trygge levekår for barn og unge, og at barnehagen og skolen er spesielt viktige arenaer for forebyggende og holdningsskapende arbeid. Det er en målsetting at skoleverket fremmer like muligheter for alle, og aktivt motvirker rasisme og diskriminering. Ett av flere tiltak i denne sammenheng er utarbeidelse av nye læremidler til bruk i skolens generelle holdnings-



skapende arbeid, med fokus på rasisme og diskriminering. Andre aktuelle tiltak er økt bevissthet og kunnskap om minoriteter hos politiet, ved opprettelse av et dialogforum bestående av representanter for Politidirektoratet og representanter fra relevante frivillige organisasjoner. Dette forumet skal videre bistå i opprettelsen av lokale fora i de enkelte politidistrikt. Videre vil en bevilge midler til flerkulturelle barne- og ungdomsaktiviteter, samt rette en særlig innsats mot ungdom i større bysamfunn.

#### LIKEVERDIG UTDANNING I PRAKSIS! STRATEGI FOR BEDRE LÆRING OG STØRRE DELTAGELSE AV SPRÅKLIGE MINORITETER I BARNEHAGE, SKOLE OG UTDANNING 2004-2009

Denne strategiplanen tar utgangspunkt i at minoritetsspråklige kommer relativt dårlig ut både med hensyn til deltagelse i, - og læringsutbytte av utdanning. Planen forklarer hvorfor det er slik, og presenterer tiltak som settes inn for å redusere forskjellene mellom minoritetsspråklige og majoritetsspråklige. Planen har fem hovedmål; 1. bedre språkforståelse blant minoritetsspråklige barn i førskolealder, 2. bedre skoleprestasjonene til minoritetsspråklige elever, 3. øke andelen blant minoritetsspråklige elever og lærlinger som påbegynner og fullfører videregående opplæring, 4. øke andelen av minoritetsspråklige studenter i høyere utdanning, 5. bedre norskerferdighetene til minoritetsspråklige voksne. Strategiplanen er resultat av et samarbeid mellom Utdannings- og forskningsdepartementet, Barne- og familiedepartementet, og Kommunal- og regionaldepartementet.

#### ST. MELD. NR. 40 (2002-2003). NEDBYGGING AV FUNKSJONSHEMMENDE BARRIERER. STRATEGIER, MÅL OG TILTAK I POLITIKKEN FOR PERSONER MED NEDSATT FUNKSJONSEVNE

Denne stortingsmeldingen presenter Regjeringens strategier, politiske mål og tiltak for personer med nedsatte funksjonsevner, der like muligheter til aktivitet og deltagelse er et hovedmål. Det er en visjon at personer med nedsatt funksjonsevne skal ha muligheter til personlig utvikling, deltagelse og livsutfoldelse på linje med andre samfunnsborgere. Meldingen presenterer en rekke tiltak som skal bedre situasjonen for mennesker med funksjonshemming. Når det gjelder barn og barnefamilier vektlegges behovet for å lette tilgangen på tjenester, styrke koordineringen av de tjenester som ytes, øke kompetansen i hjelpeapparatet, samt å bygge ut det psykososiale tilbudet. Styrket brukervedvirkning er en av de strategiene som trekkes frem for at tilbudene skal bli bedre tilpasset brukernes ønsker og behov.

#### ST. MELD NR. 16 (2002-2003). RESEPT FOR ET SUNNERE NORGE. FOLKEHELSEPOLITIKKEN

Denne stortingsmeldingen fokuserer på folkehelsearbeidet i Norge, og presenterer "Den store helsepolitikken: forebygge mer for å reparere mindre". Helsetjenestens bidrag i det forebyggende arbeidet har en sentral plass. Helsestasjons- og skolehelsetjenestens viktige rolle i å forebygge psykiske og fysiske plager presiseres, sammen med en presisering av at tverrsektorielt og tverrfaglig samarbeid er et viktig satsningsområde for tjenestene. Meldingen viser i denne sammenheng også til et behov for å se barn og unges helse i sammenheng med forhold i oppvekstmiljø og samfunn, og et behov for tettere samarbeid mellom forebyggende helsetjenester og andre tjenester og aktører, rekruttering av personell med psykososial kompetanse, og oppdatering av kompetansen til eksisterende personell, samt ha et reelt tilbud til all ungdom i aldersgruppen 13-20 år. Det forebyggende helsearbeidet kan styrkes blant annet gjennom tettere samarbeid med andre relevante tjenester.

#### ST. MELD. NR. 29 (2002-2003). OM FAMILIEN - FORPLIKTENDE SAMLIV OG FORELDRESKAP

I denne stortingsmeldingen fokuserer på styrking av det forebyggende familiearbeidet. Meldingen er basert på myndighetenes ønsker om å bidra til at færre ekteskap og samliv skal

gå i oppløsning. Det legges vekt på helhetlig forebyggende familiearbeid ved å utvide ordningen med samlivstiltak, styrking av familievernets kompetanse og kapasitet, samt ved videreutvikling av et familieveiledningsprogram. Familieverntjenesten er sentral i forhold til arbeid med relasjonelle problemer i familien. Stortingsmeldingen påpeker et behov for en styrking av midler til gjennomføring av en systematisk og helhetlig kompetanseutvikling for ansatte i tjenesten, og at familievernet synliggjør sin profesjonelle kompetanse overfor andre faggrupper og etater. Familievernet skal også jobbe for å videreutvikle samarbeide med tilstøtende tjenester, som for eksempel barnevernet, psykisk helsevern og rusomsorgen.

#### ST. MELD. NR. 6. (2002-2003). TILTAKSPLAN MOT FATTIGDOM

Myndighetenes mål om at ingen skal leve i fattigdom i Norge er nedfelt i denne stortingsmeldingen, som omfatter tiltak for å bekjempe fattigdom. Planen omfatter innsats for inkludering av barn og ungdom. Fordi barn er avhengige av foreldrenes inntekt og hvordan den disponeres, er en opptatt av at den forebyggende innsatsen må rettes både mot foreldrene og barna. Når det gjelder barna legges det først og fremst vekt på arbeid som sikrer at alle barn skal kunne delta på viktige sosiale arenaer uavhengig av foreldrenes økonomiske situasjon. Det påpekes i denne sammenheng et behov for at skole, frivillige organisasjoner og nærmiljø legger opp til aktiviteter og kulturtilbud der det ikke koster for mye å delta. Innsats for barn omfatter også tiltak rettet mot rusmiddelproblemer, der det gjennom en egen handlingsplan legges opp til en mer målrettet og samordnet innsats i det rusmiddelforebyggende arbeidet blant ungdom i kommunene.

#### ST. MELD NR. 40 (2001-2002). OM BARNE OG UNGDOMSVERNET

Meldingen er en tilbakemelding fra barne- og familiedepartementet til Stortinget om barnvernet, basert på blant annet Befringutvalgets utredning "Barnevernet i Norge - tilstandsvurderinger, nye perspektiver og forslag til reformer" (NOU 2000: 12). Barne- og familiedepartementet understreker i denne meldingen betydningen av samarbeidet på tvers, dvs. mellom de ulike etatene og hjelpetjenestene. Godt tverretattlig samarbeid fremheves som viktig blant annet for å dempe eventuell skepsis til barnevernet, og for å skape et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud.

*"Eit godt samarbeid i kommunen vil gjere sitt til å skape gjensidig tryggleik om kva andre kommunale tjenester står for og kan tilby.....Tverrfagleg og tverretattleg samarbeid er heilt nødvendig for å skape gode velferdstilbod for barn og foreldre", (Kap. 2.7).*

#### ST.MELD. NR. 39 (2001-2002). OPPVEKST OG LEVEKÅR FOR BARN OG UNGDOM I NORGE

Meldingen er en oppfølging av Stortingets behandling av St. meld. nr. 17 (199-2000) Handlingsplan mot barne- og ungdomskriminalitet og St. meld. nr. 50 (1998-99) Utjanningsmeldinga der det ble fattet vedtak om en stortingsmelding om en helhetlig ungdomspolitik, og fordeling av levekår for barn og unge. Et annet viktig grunnlag for meldingen er en forpliktelse gjennom FN's barnekonvensjon om å fremme barn og ungdoms rettigheter på en rekke områder. Å styrke barn og unges oppvekstvilkår, blant annet ved å sikre alle barn mulighet til deltagelse og innflytelse, er et sentralt mål i den barne- og ungdomspolitikken som presenteres i meldingen. Videre understrekes betydningen av at etater og sektorer, både offentlige og private, må samarbeide bredt i det forebyggede og helsefremmende arbeidet for å oppnå et godt oppvekstmiljø.

NOU 2001: 22, FRA BRUKER TIL BORGER. EN STRATEGI FOR NEDBYGGING AV FUNKSJONSHEMMEDE BARRIERER

Utredningen omhandler en vurdering av ulike strategier og virkemidler for å fremme målet om full deltagelse og likestilling for funksjonshemmede, og en beskrivelse av de strukturelle og institusjonelle rammene funksjonshemmede møter. Utvalget som står bak utredningen vurderer i tillegg om de rettigheter funksjonshemmede har er tilstrekkelig ivaretatt, og fremlegger strategier og virkemidler for å fremme mål knyttet til levekår, deltagelse og likestilling for funksjonshemmede. Kapittel 12 i utredningen omhandler barnehage, grunnskole og videregående opplæring. Utvalget konkluderer med at det har skjedd en betydelig forbedring i skolen i forhold til barn og unges individuelle rettigheter, men at mye gjenstår før skolen har nådd målet om å være en inkluderende skole. Kapittel 15 i utredningen omhandler helse- og sosialtjenesten, og gir en vurdering av hvordan helsetjenestene fungerer for barn og unge med funksjonshemninger. I meldingen understrekes behovet for et helhetlig og koordinert helsetilbud for mennesker med funksjonshemninger.

ST. MELD. NR. 17 (1999-2000). HANDLINGSPLAN MOT BARNE- OG UNGDOMSKRIMINALITET

I denne handlingsplanen er det fremsatt forventninger om at kommunale myndigheter legger opp til et planmessig arbeid for å styrke oppvekstmiljøet for barn og ungdom, og dermed forebygging. Et viktig mål med handlingsplanen er å gi en samlet fremstilling av hvordan myndighetene vil styrke og videreutvikle innsatsen for å forebygge og bekjempe barne- og ungdomskriminalitet. Innsatsen spenner over et vidt felt, fra forebyggende barne- og ungdomsarbeid til reaksjoner på kriminelle handlinger. Det fokuseres særlig på behovet for en bedre koordinering og samordning av arbeidet, både på lokalt og sentralt nivå, og i forhold til samarbeidet mellom lokale og sentrale myndigheter. Skolen er i denne sammenheng tildelt en særlig sentral rolle, fordi skolen har mulighet til å komme i kontakt med alle barn og deres foreldre eller foresatte "Skolen må tilrettelegge for et trygt og stimulerende oppvekstmiljø, og stimulere samarbeidet med hjem og instanser i nærmiljøet". Helsestasjons- og skolehelsetjenesten trekkes frem som særdeles viktig i det forebyggende og helsefremmende arbeidet i kommunen.

ST. MELD. NR. 21 (1998-99), ANSVAR OG MEISTRING. MOT EIN HEISKAPELEG REHABILITERINGS-POLITIKK

Denne stortingsmeldingen vektlegger at flere instanser og etater, både innenfor og utenfor helse- og sosialtjenesten, er viktige bidragsytere i habiliteringsarbeidet, blant annet skole, barnehage, boligetat og PP- tjenesten.

ST. MELD NR. 23 (1997-98), OM OPPLÆRING FOR BARN, UNGE OG VAKSNE MED SÆRSKILDE BEHOV

*"Eleven i sentrum. Korleis kan vi gjere møtet mellom den som skal lære bort og den som skal ta lærdom inn som sitt eige - best mogleg? ....Ei samordna kjede av ulike hjelpeinstansar må kvar for seg ha styrke til å gjere dei oppgåvene dei er sette til, med fokus på eleven og på møtet mellom eleven og læraren"* (St. meld nr. 23, 1997-98, Forord).

Stortingsmeldingen omhandler organiseringen av det spesialpedagogiske arbeidet til barn, unge og voksne med særskilte behov, særlig med tanke på det faglige hjelpe- og støttetilbudet fra PP- tjenesten og fra de statlige kompetansesentra. Meldingen tar utgangspunkt i prinsippet om tilpasset opplæring for alle, samt retten til spesialundervisning for de som etter en sakkyndig vurdering har behov for et spesialpedagogisk tilbud. Meldingen har særlig fokus på organiseringen av det faglige hjelpe- og støtteapparatet på lokalt og nasjonalt plan. Det fremmes behov for å sette fokus på forholdet mellom PP- tjenesten, skolen og kompe-

tansesentrene, slik at de samlet utgjør en helhet i arbeidet med barn, unge og voksne med særskilte behov. Meldingen setter søkelyset på brukere av spesialpedagogiske tjenester, deres behov for helhetlige løsninger, uavhengig av den eksisterende ansvarsdelingen og tjenestestrukturen.

ST. MELD. NR. 25 (1996-1997). ÅPENHET OG HELHET. OM PSYKISKE LIDELSER OG TJENESTETILBUDENE

Denne stortingsmeldingen bidro i stor grad til å sette psykisk helse på den politiske dagsordenen. Meldingen omhandler psykisk helse og tjenester for mennesker med psykiske problemer. Meldingen dokumenterte mangler ved tilbudene, og konkluderte med at det var svikt i alle ledd, og et stort behov for å utbedre tjenestene. I sin vurdering la departementet vekt på at samarbeid og samordning av tjenester bør være viktige tema i planleggingen av de kommunale tjenestene. Nødvendigheten av at man gjennom fagutdanningene vektlegger tema samordning og samarbeid på tvers av profesjongrensener, deltjenester, sektorer og nivåer ble også poengtert. Stortingsmeldingen ble fulgt opp av Opptappingsplan for psykiske helse 1999 - 2006 (St. prp. nr. 63 1997-1998). Høsten 2003 ble det vedtatt at Opptappingsplanen skulle utvides til 2008 (St. prp. nr. 1 2003-2004).

## 2 Organisering av tjenestetilbud i kommunene rettet mot barn og unge

MARIT SITTER

### 2.1 Bakgrunn

Kommunal organisering av tjenester rettet mot barn og unge må ses i lys av den generelle organisasjonsutviklingen i kommunene de senere årene.

Etter revisjonen av kommuneloven i 1992 har norske kommuner fått større handlingsrom vedrørende måter å organisere de kommunale tjenestene på. Kommunene har større frihet til å organisere virksomheten i tråd med det som oppfattes som mest hensiktsmessig. Økt grad av rammefinansiering av kommunal sektor gir i tillegg større valgfrihet i forhold til utforming av tjenester, og større handlingsrom i prioritering av oppgaver tilpasset lokale forutsetninger og behov (St. prp. nr. 64, 2003-2004). I årene etter revisjonen av kommuneloven har omorganiseringer i kommunal sektor foregått i stor skala (Bukve & Offerdal, 2002).

Organisasjons- og arbeidsformer i kommuner og fylkeskommuner har vært i stadig endring de siste årene. På 1990-tallet gjennomførte 74 prosent av kommunene endringer i administrativ organisering, og i perioden 2000 til 2004 ble det iverksatt endringer i 61 prosent av kommunene. Utviklingen i perioden 2000 til 2004 har vært entydig. Trenden har vært endring bort fra organisering i etater og fagavdelinger, over til en "flat struktur" eller "to-nivå -modell" (Hovik & Stigen, 2004).

Hovedtanken bak "flat struktur" er at lederne for de utøvende tjenestene eller resultatenehetene kobles direkte opp til rådmannsnivået, uten et mellomliggende etat-sjefnivå. Resultatenhetene får ofte delegert betydelige fullmakter innenfor et klart ansvars- eller resultatområde. Organisasjonsstrukturen blir dermed mer spesialisert og antallet administrative enheter som rapporterer direkte til rådmannsnivået øker.

I 2004 hadde omlag 40 prosent av kommunene en organisasjonsmodell der lederne for de utøvende tjenestene rapporterer direkte til rådmannsnivået, mens omlag 60 prosent har ett eller flere ledernivå imellom (Hovik & Stigen, 2004).

Oppdeling i flere resultatenheter stiller kommunene overfor utfordringer når det gjelder å ivareta hensynet til helhet og sammenheng i organisasjonen. Utvikling av formelle styrings- og koordineringstiltak samt kulturbygging og bevisstgjøring i organisasjonen med hensyn på samordning og helhet er sentrale virkemiddel. Rådmannens rolle når det gjelder koordinering står også sentralt.

Det er stor variasjon mellom kommunene når det gjelder eksistensen av samordningstiltak. Enkelte kommuner har etablert ulike arenaer og nettverk som lederne for resultatenhetene er forpliktet til å delta i, andre mangler formalisert samarbeid mellom resultatenhetene (Opedal, et al., 2002). En studie av organisering og samarbeid om det psykiske helsearbeidet i kommunene (Myrvold & Helgesen, 2005), viser at i de fleste kommuner med flat struktur spiller rådmannsnivået ikke en slik samordnende rolle som forutsatt i modellen.

En annen utfordring i organisasjoner med flat struktur, er å unngå såkalt enhetsegoisme, det vil si at enheter med delegert myndighet velger å la være å samarbeide med andre om å finne optimale faglige løsninger. Fullmakter til å overføre resultatenehetenes over- og under-skudd til året etter, kan gå ut over nødvendig faglig samarbeid mellom resultatenehetene. Brukere med sammensatte behov og flere tjenester vil være utsatt ved utvikling av enhets-egoisme.

Helhet kan skapes ved å etablere styrings- og koordineringstiltak enten som felles møte-arenaer, eller som individuell dialog mellom et koordinerende rådmannsnivå og enhetsledere. Dersom det både er mangel på et rådmannsnivå med koordinerende funksjon og institusjonaliserte ordninger for koordinering, blir samordningen på systemnivå mangelfull.

Tverrfaglig samarbeid på tvers av etatsgrensene representerer også utfordringer med hensyn til taushetsplikt og utveksling av informasjon og opplysninger. Dette omhandles nærmere i kapittel 8.

## 2.2 Mål og problemstillinger

Denne delstudien omhandler kommunenes organisering av tjenestetilbudet til barn, unge og deres familier. Det vil spesielt settes fokus på tjenester rettet mot barn og unge med sammensatte behov, hvor samordning, koordinering og helhetsperspektivet står sentralt. Videre vil vi presentere tverrfaglige samarbeidsmodeller som benyttes i kommunene. Avslutningsvis vil vi se på omfang av disse modellene, samt tilgjengelige tjenester og lavterskeltilbud for barn og unge.

### PROBLEMSTILLINGER

- Hvordan er kommunale tjenester rettet mot barn og unge organisert? Hovedfokus rettes mot tjenester til barn og unge med sammensatte behov.
- Formaliserte samarbeidsrelasjoner og modeller for samarbeid og samordning.
- I hvilken grad er lett tilgjengelige tjenestetilbud utbygd i kommunene?

## 2.3 Datakilder

Det er benyttet ulike datakilder i arbeidet med å kartlegge kommunal organisering, samarbeidsrelasjoner og lavterskeltilbud. Offentlige dokumenter, databaser, tilgjengelig informasjon fra kommunale og sentrale offentlige etaters informasjonskanaler som nettsider, publikasjoner og informasjonsmateriell. Videre er Statistisk sentralbyrås statistikk benyttet, forskningsbaserte prosjekter, vitenskapelige publikasjoner og rapporter samt annen relevant litteratur. Det har også vært rettet forespørsler til prosjektets kontaktperson i Kommunenes sentralforbund.

## 2.4 Organisering av kommunale tjenester rettet mot barn og unge og formaliserte samarbeidsmodeller

Alle barn og unge vil i løpet av oppvesten være i kontakt med ulike enkelttjenester i kommunen der de bor. Helsestasjonstjenesten møter alle barn gjennom spedbarnskontroller, vaksinasjonsprogram og alderskontroller. Barn i skolen er i kontakt med skolehelsetjenesten, og samtlige barn får tildelt en kommunal fastlege. Videre vil svært mange barn ha tilknytning til kommunale barnehager og SFO, og barn i skolepliktig alder er i hovedsak i den offentlige skolen.

Enkelte barn og unge vil i tillegg til de omtalte enkelttjenester komme i kontakt med kommunale tjenester som PP- tjeneste, barnevern, sosialtjeneste og spesialisttjenester som psykisk helsevern, statlig barnevern, Statped, Bufetat, habiliteringstjeneste, familievern-tjenesten, somatiske sykehus og politi.

For barn og unge med behov for sammensatte og flere tjenester, vil det kunne være av stor betydning hvordan disse tjenestene forholder seg til hverandre, i hvilken grad de samarbeider og hvordan de formelt er organisert. For denne gruppen av brukere vil behovet for samordning og helhetlige løsninger være stort, uavhengig av den eksisterende ansvarsdelingen og tjenestestrukturen i kommunen.

Betydningen av helhetlige, sammenhengende og koordinerte offentlige tjenestetilbud påpekes og gjentas i nær samtlige offentlige utredninger og dokumenter som angår tjenester til barn og unge de senere årene (St. meld. nr. 25 (1996-97), St. prp. nr. 63, (1997-98), St. meld. nr. 23 (1997-98), St. meld. Nr. 21 (1998-99), St. meld. nr. 39 (2001-2002), St. meld. nr. 40 (2002-2003), St. meld. Nr. 16 (2002-2003), Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse (2003), Strategiplan Habilitering av barn (2004), NOU 2005:3; Handlingsplan Sammen mot barne- og ungdomskriminalitet (2005)).

I denne delen av kapitlet vil vi derfor se nærmere på hvordan tjenestene til barn og unge med behov for et sammensatt tjenestetilbud er organisert. Vi skal se nærmere på følgende tjenesteområder:

- Psykisk helsearbeid for barn og unge
- Habilitering av barn og unge
- Kriminalitetsforebyggende arbeid for barn og unge

#### 2.4.1 Psykisk helsearbeid for barn og unge

Utbyggingen av kommunale tjenester for mennesker med psykiske lidelser startet for alvor på midten av 1990-tallet, og skjøt fart med Opptrappingsplanen for psykisk helse fra 1999 (Almvik & Borge, 2000; Myrvold, 2004). Før opptrappingsplanen var det kommunale arbeidet på området i all hovedsak knyttet til pleie- og omsorgsetaten i kommunene, hvor psykiatriske sykepleiere utgjorde den dominerende profesjonen i tillegg til allmennlegenes ansvarsområde. Dette var primært tjenester rettet mot voksne.

I Opptrappingsplanen for psykisk helse er det satt fokus på å styrke kommunale tjenester til barn og unge. Dette gjøres ved å øke kapasiteten i helsestasjons- og skolehelsetjenesten med 50 prosent (800 årsverk), og å styrke psykososiale tjenester, støttekontakttilbud samt kultur- og fritidstiltak med 260 årsverk i løpet av planperioden (1999- 2008), (St. prp. nr. 63, 1997-98).

Opptrappingsplanen legger betydelig vekt på normalisering av livssituasjonen for mennesker med psykiske lidelser, og understreker at kommunen ikke bør etablere særtjenester eller særomsorg for denne gruppen innbyggere. Det anbefales at tjenestene bør ivaretas innenfor de organisasjonsformer kommunene har valgt for sine øvrige tjenester. Samtidig står kommunene fritt til å finne hensiktsmessige organisasjonsformer etter at Kommuneleien ble endret i 1992.

NIBR- rapporten "Tilbudet til mennesker med psykiske problemer. Kommunenes arbeid med integrering og koordinering" (Myrvold, 2004), presenterer resultater fra en spørreskjemaundersøkelse til norske kommuner angående organisering, samordning og samarbeid innenfor det kommunale psykiske helsearbeidet. Rapporten er en underveisrapportering fra prosjektet "Evaluering av Opptrappingsplanens effekter på kommunenes organisering av psykisk helsearbeid", finansiert av Norges forskningsråd, under programmet for evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse.

## ORGANISERING AV PSYKISKE HELSEARBEID FOR BARN OG UNGE

Studien viser et fragmentert bilde av kommunenes organisering av det psykiske helsearbeidet til barn og unge i 2002. Tabellen nedenfor viser hvordan det psykiske helsearbeidet til barn og unge er organisert i kommunene på registreringstidspunktet.

Tabell 2.1 Organisering av psykisk helsearbeid til barn og unge i kommunene. 2002.

Hovedansvaret for psykisk helsearbeid for barn og unge er lagt til:	Antall kommuner	Prosent
En egen enhet for psykisk helsearbeid	22	9
En egen tjeneste for psykisk helsearbeid innenfor:	71	58
• Helse (primært helsestasjonen)	(9)	(28)
• Sosialtjenesten	(35)	(4)
• Pleie og omsorgstjenesten	(1)	(14)
• Barnevernstjenesten	(14)	(.5)
• Helse- og sosialtjenesten	(7)	(6)
• Oppvekstetat/barne- og ungdomstjenesten/miljøarbeidertjenesten	(0)	(0)
• Forebyggende enhet	(1)	(.5)
• Rehabiliteringsavdeling	(2)	(1)
• Familieetat/-avdeling	(4)	(2)
• Annet /ikke oppgitt	(6)	(2)
I stab hos rådmannen /helse- og sosialsjef	6	2
Integrert modell	52	21
Ingen konkret modell for psykisk helsearbeid rettet mot barn og unge	12	5
Ubesvart	15	6
<b>Totalt</b>	<b>254</b>	<b>101</b>

Kilde: Myrvold, NIBR- rapport 2004:12

I ni prosent av kommunene er arbeidet organisert i en egen enhet for psykisk helsearbeid. I all hovedsak er dette i samme enhet som psykisk helsearbeid for voksne. Nær 60 prosent av kommunene har en egen tjeneste med ansvar for psykisk helsearbeid blant barn og unge plassert innenfor en etablert kommunal tjenesteenheter. Omtrent halvparten av disse (28 prosent av alle kommunene i undersøkelsen) oppgir at tjenesten er forankret i helse-tjenesten, og en fjerdedel i pleie og omsorgstjenesten. Ellers er det et stort mangfold blant kommunene med hensyn til hvor det psykiske helsearbeidet rettet mot barn og unge er forankret: i sosialetaten, i en kombinert helse- og sosialetat, i oppvekstetaten, i barnevernet, i familieetaten mv. Videre er det 21 prosent av kommunene som har en integrert modell hvor det psykiske helsearbeidet skal ivaretas av det ordinære tjenesteapparatet, og fem prosent oppgir å ikke ha noen konkret modell for dette arbeidet. Det kan imidlertid være vanskelig å skille mellom bevisst integrert modell og ingen modell, og kommunene vurderer trolig ulikt ved registrering.

## KOORDINERENDE TILTAK

I rapporten fremkommer det videre at mange kommuner har valgt å styrke samordningen av tjenester ved å oppnevne koordinatorene for det psykiske helsearbeidet. Blant kommunene som har besvart spørreskjemaene, er det separate koordinatorene for voksne og barn/unge i



11 prosent (27 kommuner) av kommunene, mens det er felleskoordinator for voksne og barn/unge i 42 prosent (107 kommuner) av kommunene. Dette betyr at nær halvparten av kommunene ikke har noen koordinator på systemnivå med ansvar for å samordne tjenestene for barn og unge.

Tabell 2.2 viser andel kommuner som har koordinator for målgruppen barn og unge fordelt på ulike organisasjonsmodeller.

Tabell 2.2 Har kommunen en person med klart ansvar for å samordne kommunenes psykiske helsearbeid (koordinator) for barn/unge på systemnivå? Etter overordnet modell for organisering av arbeidet for barn og unge. Prosent.

	Egen enhet	Egen tjeneste	I stab	Integrert tjeneste	Ingen modell	Totalt
Har koordinator for barn og unge	18	25	17	42	33	28
Har ikke koordinator for barn og unge	82	76	83	58	67	72
Totalt	100	101	100	100	100	100
(N)	(22)	(143)	(6)	(52)	(12)	(235)

Kilde: Myrvold, (2004)

Totalt har 28 prosent av kommunene koordinator for barn og unge. Blant kommuner med en integrert tjeneste i forhold til målgruppen er det 42 prosent som har koordinator. Dette er den høyeste andelen blant de ulike organisasjonsformene.

Undersøkelsen viser også bruk av ansvarsgruppe som koordinerende tiltak blant kommunene. Tabell 2.3 gjengir i hvilken grad kommunene har etablert ansvarsgruppe for sine brukere blant barn og unge og fordelingen mellom ulike organisasjonsmodeller.

Tabell 2.3 Har kommunen etablert ansvarsgrupper som metode for å samordne kommunenes psykiske helsearbeid for barn/unge? Etter overordnet modell for organisering av arbeidet for barn og unge. Prosent.

	Egen enhet	Egen tjeneste	I stab	Integrert tjeneste	Ingen modell	Totalt
Har ansvarsgruppe for de aller fleste	18	24	0	31	27	25
Har ansvarsgrupper for noen	55	65	67	52	36	60
Nei, har ikke ansvarsgrupper	27	11	33	17	36	16
Totalt	100	101	100	100	99	101
(N)	(22)	(132)	(6)	(52)	(11)	(235)

Kilde: Myrvold, (2004)

Ansvarsgrupper brukes av en relativt stor andel av kommunene for å samordne psykisk helsearbeid til barn og unge. Kommuner som har organisert dette arbeidet som integrerte tjenester bruker ansvarsgrupper i størst grad.

Bruk av tverrfaglige team er et annet virkemiddel for å oppnå koordinerte tjenestetilbud i kommunene. Tabell 2.4 viser andel med tverrfaglige team fordelt etter organisasjonsmodell.

Tabell 2.4 Har kommunen tverrfaglige team for barn/unge med problemer relatert til psykisk helse? Etter overordnet modell for organisering av arbeidet for barn og unge. Prosent.

	Egen enhet	Egen tjeneste	I stab	Integrert tjeneste	Ingen modell	Totalt
Har tverrfaglige team for barn /unge	46	44	50	52	42	46
Har ikke tverrfaglige team for barn / unge	55	56	50	48	58	54
Totalt	101	100	100	100	100	100
(N)	(22)	(147)	(6)	(52)	(12)	(239)

Kilde: Myrvold, (2004)

Studien viser at 46 prosent av kommunene som deltar i undersøkelsen har etablert tverrfaglige team i arbeidet med barn og unge med problemer relatert til psykisk helse. De aller fleste av disse teamene er fellesteam for voksne og barn/unge, kun 14 prosent har egne team for barn og unge.

Studien har også kartlagt hvilke tjenesteområder som er representert i de tverrfaglige teamene. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten, barnevernet samt sosialtjenesten er representert i de aller fleste kommunene som har slike team. Legetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten er også relativt hyppig involvert (59 og 53 prosent), mens PP- tjenesten, barnehager og skoler ikke står like sentralt (43 og 39 prosent). Tjenesteområdet kultur er kun med i ett av fire team.

En kvalitativ studie av syv kommuner (Myrvold & Helgesen, 2005) viser de samme resultatene som den landsdekkende kartleggingen. Studien fokuserer på kommunenes implementering av Opptrappingsplanen for psykisk helse, med særlig vekt på organiseringen av ulike tiltak innenfor det psykiske helsearbeidet. Undersøkelsen viser at casekommunene i stor grad ivaretar det psykiske helsearbeidet overfor barn og unge innenfor de etablerte tjenestene. Kommunene har ikke dannet egne organisasjonsmessige strukturer rundt dette arbeidet. Det psykiske helsearbeidet er i hovedsak forankret i helsesøstrenes arbeid i skolene og ved helsestasjon for ungdom. Felles for de sju kommunene er at psykisk helsearbeid for barn og unge tidligere ikke har vært så lett å identifisere som eget arbeidsfelt, men at det nå oppleves økt interesse rundt arbeidet.

#### 2.4.2 Familiesentermodellen

For å styrke arbeidet rettet mot barn, unge og deres familier ble det i 2001 i regi av Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2008), etablert et statlig forsøk med kommunale familiesentre. En viktig årsak til at prosjektet ble satt i gang, var at ansvaret for det psykiske helsearbeidet for barn og unge hadde en mer utydelig forankring i kommuneorganisasjonen enn for voksne.

Sosial- og helsedepartementet, senere helsedepartementet ga R-BUP Nord ved Universitetet i Tromsø i oppdrag å bistå med etablering og evaluering av familiesenterkommunene. Følgende seks forsøkskommuner var med i prosjektet: Nordreisa, Fauske, Bodø, Ringsaker, Nes og Furuset bydel i Oslo. Valg av forsøkskommuner var delvis knyttet til hvor langt de var kommet i utviklingen av tverrfaglig samarbeid om familier, barn og unge. Fra 2003 ble forsøket utvidet for å styrke tilbudet til ungdom, spesielt i forhold til utsatt ungdom. Prosjektperioden startet 1.1.02 og ble avsluttet 1.1.05 (Haugland, 2004).

Et familiesenter skal være et lavterskeltilbud og en møteplass for tjenester som forebyggende barnevern, PP- tjenesten, åpen barnehage, svangerskapskontroll, helsestasjon og familierådgivning. Familiesenteret er en modell for å arbeide med barn og barnefamilier på en tverrfaglig og samordnet måte. Det er forutsatt at tilbudet skal være bredt og tverrfaglig,

med psykologisk, sosialfaglig og medisinsk kompetanse og samarbeid med frivillige organisasjoner. Familiesenteret skal være en lett tilgjengelig møteplass i nærmiljøet og skal fungere som et informasjonssenter og et kompetansesenter, samt være en arena for tilpassede tilbud og tiltak til de som trenger det. Det er et hovedmål å kunne tilby tidlig hjelp, før problemene blir for store.

Familiesenteret arbeider forebyggende på flere nivå gjennom åpen barnehage, helsestasjoner med tidlig kartlegging, ulike typer foreldrekurs, selvhjelpsgrupper, terapeutiske grupper, tverrfaglige team med ansvar for veiledning og oppfølging av barn, unge og familier med særskilte behov.

Familiesenteret jobber ut i fra et helhetlig perspektiv på løsninger. Dette innebærer at en forsøker å skape løsninger i et fellesskap av fagfolk og brukere. Det er et viktig mål å samle og utnytte den kompetansen som finnes hos fagfolk, i familien, og i nettverket, for slik å kunne gi hjelpen i den sammenheng problemene oppstår. Det er et sterkt fokus på brukerne som aktører i egne liv, der målet vil være å hjelpe familien til å mestre sine egne utfordringer ("empowerment strategi").

Modellen bygger på et verdigrunnlag der foreldre og barn har hovedansvaret for barns fostring, utvikling og læring, hvor ressurser og beskyttelsesfaktorer er sentrale i arbeidet, hvor folk tar ansvar og kontroll over eget liv, hvor barn, unge og foreldre skal ha rett til innflytelse og et menneskesyn som tror på at alle kan forandre seg (Lenschow, 2004). I tillegg bygger modellen på tverrfaglig arbeid, tilgjengelighet og brukermedvirkning.

#### 2.4.3 Habilitering av barn og unge i kommunene

Barn og unge med kronisk sykdom og nedsatt funksjonsevne trenger et bredt, planlagt og langsiktig habiliteringstilbud. Det kommunale hjelpeapparat har basisansvar for habilitering av barn og unge. Ifølge Lov om helsetjenesten i kommunene er medisinsk habilitering og rehabilitering et obligatorisk virksomhetsområde i den kommunale helsetjenesten. Kommunen skal videre ha oversikt over habiliteringsbehov i kommunen, og er pålagt å etablere en koordineringsfunksjon for re - og habiliteringsvirksomheten på systemnivå (Forskrift om habilitering og rehabilitering, av 1.7. 2001).

#### ORGANISERING AV HABILITERINGSARBEIDET

I Statens helsetilsyns *Veileder i habilitering av barn og unge* (1998) skisseres prinsipper for plan og organisering av habiliteringsarbeidet i kommunene. Veilederen er et resultat av et delprosjekt under Regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede 1994-1997.

Følgende prinsipper er skissert:

For å organisere og utvikle tjenesten, er det i følge veilederen nødvendig med en samlet plan for habiliteringsvirksomheten på overordnet nivå i kommunen. Planen bør samordnes med plan for rehabiliteringsvirksomheten og til sammen utgjøre en del av kommunens helse- og sosialplan. Planen bør vise kommunens ansvar og hvordan oppgavene organiseres.

Habiliteringsvirksomheten må organiseres på en måte som er tilpasset kommunistørrelsen og behov for tjenesten forøvrig. Synliggjøring av tjenesten bør i følge veilederen ivaretas gjennom planverk og organisatorisk forankring. Tjenesten bør være samlet i en egen seksjon eller avdeling, eventuelt kan en koordinator for tjenesten være aktuelt i små kommuner. Interkommunalt samarbeid kan også være en måte å organisere habiliteringsarbeidet på. Det vil være naturlig å organisere habilitering og rehabilitering sammen, ifølge veilederen.

Videre påpekes det i veilederen at det vil være hensiktsmessig å opprette et samarbeidsforum i kommunen med deltakelse fra de ulike tjenestene som har ansvar og oppgaver i forhold til (re)habilitering. Helsetjenesten, undervisningsetaten, PP- tjenesten, sosialkontoret, trygdekontoret, teknisk etat, kulturetaten, arbeidsmarkedsetaten er aktuelle tjenester som bør være representert i slikt forum. Veilederen påpeker at de forskjellige

etatene bør være representert på ledernivå. Brukerorganisasjonene bør også delta med minst en representant i samarbeidsforumet.

Samarbeidsforumet bør ha en leder, fortrinnsvis en lege, som har ansvar for å ivareta planarbeidet på overordnet nivå samt sørge for at alle områder innen fagfeltet trekkes med.

Det bør også være en felles koordinator med ansvar for den samlede, utøvende (re)habiliteringsvirksomheten i kommunen. Koordinatoren bør ha et overordnet ansvar for samordning av tverrfaglige og tverretatlige tiltak slik det fastlegges i overordnet habiliteringsplan. Koordinatoren for (re)habiliteringsvirksomheten i kommunen bør ha et nært samarbeid med og sete i samarbeidsforumet.

St. meld. nr. 21 (1998-99) "Ansvar og meistring. Mot en heilskapeleg rehabiliteringspolitikk" skisserer at koordineringsfunksjon blant annet kan innebære å:

- Registrere rehabiliteringsbehov.
- Sikre at helhetlige individuelle planer blir utarbeidet og gjennomført.
- Initiere, administrere og følge opp tverrfaglige grupper rundt den enkelte.
- Initiere og følge opp lokale tiltak for kompetanseutvikling på tvers av faggrupper og sektorer.
- Være et knutepunkt for samarbeid mellom kommune og regionalt helseforetak om brukere med rehabiliteringsbehov.
- Koordinere samarbeidet mellom helse- og sosialtjenesten og eksempelvis de lokale, statlige etatene og være sentral i forhold til utviklingen av tverrstatlige samarbeidsforum på ledernivå.
- Lede tverrfaglige team for rehabilitering.
- Fungere som lokal pådriver i planlegging og utvikling av feltet.

#### OMFANG AV HABILITERINGSARBEID OG KOORDINERENDE ENHET

En kartleggingsundersøkelse om rehabilitering i kommunene foretatt i 1997 (Feiring et al., 1997) viste at det var store ulikheter mellom kommunene når det gjaldt utbygging, omfang og tilbud av tjenester under habilitering. De færreste kommuner hadde på registreringstidspunktet iverksatt en oppbygging av habiliteringsvirksomhet på en måte som ivaretok brukernes samlede behov på en tilfredsstillende måte.

SKUR<sup>2</sup>-rapporten "Færrest mulig kontordører å gå gjennom..." er en kartlegging av den koordinerende enhet for re - og habiliteringsvirksomheten i kommunene i 2004 (Moen, 2004). Kartleggingen søker å fremskaffe kunnskap om hvor langt kommunene er kommet i sitt arbeid med koordineringen av sin re - og habiliteringsvirksomhet, og hvordan dette arbeidet foregår. Bakgrunnen for undersøkelsen er Forskrift for habilitering og rehabilitering, som trådte i kraft 1. juli 2001.

Undersøkelsen baserer seg på telefonintervju med representanter for den koordinerende enhet for re - og habiliteringsvirksomheten i kommunene i følgende tre fylker: Troms, Møre og Romsdal og Buskerud. Til sammen 73 av 84 kommuner er med i undersøkelsen.

Undersøkelsen omhandler kommunenes planlegging av re - og habiliteringsvirksomheten, i hvilken utstrekning koordinerende enheter er etablert i kommunene, hvordan kommunene ivaretar koordineringsfunksjonen, hvor godt synlige og lett tilgjengelige den koordinerende enheten er, hvilke oppgaver de koordinerende enhetene ivaretar og samarbeider med andre instanser.

---

<sup>2</sup> Statens kunnskaps- og utviklingscenter for helhetlig rehabilitering.

Kartleggingen viser at kun 49 prosent (41 kommuner) av kommunene har etablert en koordinerende enhet for re- og habiliteringsvirksomheten, mens fem prosent av kommunene (4 kommuner) oppgir at dette er under planlegging. Opplysninger mangler fra 13 prosent av kommunene (11 kommuner).

Ikke alle kommuner tilfredsstillers intensjonene med koordineringsfunksjonen slik det fremgår av Forskrift om habilitering og rehabilitering. Av de 41 kommunene som oppgir at de har etablert en koordinerende enhet, har fem kommuner kun oversikt over helsetjenestens tilbud, eller "medisinsk rehabilitering".

Når det gjelder ivaretagelse av funksjonen, så har 20 kommuner valgt å ivareta denne gjennom et fast overordnet, tverrfaglig team. 18 kommuner har valgt å ivareta funksjonen gjennom ordinær virksomhet, det vil si at man har lagt funksjonen til allerede eksisterende stilling eller enhet. Fire kommuner har opprettet egne koordinatorene i deltidsstillinger for å ivareta funksjonen, mens en kommune har valgt en organisasjonsmodell for rehabiliteringsteam og koordinator i 25 prosent stilling. Den organisasjonsmessige forankringen av koordineringsfunksjonen er i stor grad dominert av helsesektoren. Det samme gjelder for de faste tverrfaglige teamene, hvor 90 prosent av representantene kommer fra helsesektoren, 7 prosent fra sosialsektoren og en av totalt 97 deltakere i teamene kommer fra Opplæringssektoren. Det samme gjelder for Aetat og Trygdeetat.

#### TJENESTENS TILGJENGELIGHET

I Forskrift om habilitering og rehabilitering § 8 blir det presisert at "tjenestene som tilbys skal være synlige og lett tilgjengelige for brukere og samarbeidspartnere". Dette kan blant annet handle om fysisk tilgjengelighet, om åpningstider, og om tilgjengelighet på telefon.

Tabell 2.5 viser i hvilken grad tjenestene selv oppfatter seg som tilgjengelige (Moen, 2004).

Tabell 2.5 Er koordineringsenheten lett for brukere og samarbeidspartnere å finne fram til, og å komme i kontakt med? Antall enheter og prosent.

Er koordineringsenheten lett tilgjengelig/lett å komme i kontakt med?	Prosent	Antall
Ja	29	12
Relativt lett	31	13
Nei	40	17
Totalt	100	42

Kilde: (Moen, 2004)

Studien viser at andelen enheter som oppfatter seg som lett tilgjengelige er færre enn andelen som ikke oppfatter seg som godt synlig. Kun 29 prosent oppfatter seg som lett tilgjengelige, mens 31 prosent mener tilgjengeligheten er relativt god, men uttrykker tvil vedrørende hvorvidt enhetens grad av tilgjengelighet er tilstrekkelig. Den største andelen (40 prosent) mener enheten ikke er lett tilgjengelig eller lett å komme i kontakt med.

Studien konkluderer med at kommunene synes å ha for liten forståelse for at synlighet og tilgjengelighet er sentrale komponenter for at den koordinerende enhet skal fungere etter intensjonen.

Videre slås det fast at kartleggingen har avdekket at avstanden fremdeles er stor mellom intensjonene i Rehabiliteringsmeldinga og Forskrift om habilitering og rehabilitering, og praksis i kommunene, når det gjelder koordinering av re - og habiliteringsvirksomheten på systemnivå. Mange kommuner er ikke bare usikre på hvordan de skal fylle koordineringsrollen, men mange kommuner synes ikke å være klar over hvorfor de er pålagt å opprette en

koordineringsfunksjon for re - og habiliteringsvirksomheten. Det er dermed vanskelig å fylle funksjonen slik at en når målet om god systemkoordinering.

I følge Strategiplan for habilitering av barn (2004) vil det blitt satt ytterligere fokus på kommunenes innsats for utvikling av habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i forhold til barn med nedsatt funksjonsevne i kommunene. Dette på grunnlag av vurdering og evaluering av hvilken betydning Forskrift om habilitering og rehabilitering har hatt for utviklingen.

#### 2.4.4 Kriminalitetsforebyggende arbeid rettet mot barn og unge

Et mindretall av barn og unge blir årlig registrert for en forbrytelse. Den årlige kriminalstatistikken viser imidlertid at kriminalitetsutviklingen for barn og unge har vist en økning siden siste halvdel av 1990-tallet. Dette gjelder spesielt narkotikaforbrytelser, men også voldsforbrytelser og ran (Falck, 2002). I følge handlingsplanen "Sammen mot barne- og ungdomskriminalitet" (2005-2008) steg antallet straffereaksjoner for unge under 18 år med 39 prosent i perioden 1997-2003. Dette skyltes hovedsakelig flere narkotikaforbrytelser. Ungdom under 18 år fikk nesten tre ganger så mange straffereaksjoner for narkotikalovbrudd i 2003 som i 1997. Straffereaksjoner for vinningslovbrudd var på nesten samme nivå, mens straff for vold og skadeverk økte med henholdsvis 83 og 73 prosent i løpet av perioden.

Kommunene står overfor klare utfordringer både i forhold til forebygging av kriminell atferd og det å ivareta unge som er i ferd med å utvikle en kriminell karriere. Kommunale tjenester som sosialtjeneste, barnevern og skole er instanser som vil stå sentralt i arbeidet med denne gruppen barn og unge. I et forebyggende perspektiv vil samarbeid og koordinering av tiltak mellom kommunale instanser og politi være sentralt.

Vi vil i denne delen av rapporten beskrive SLT- modellen som er en nasjonal tverretattlig samarbeidsmodell. Modellen involverer tjenester på flere forvaltningsnivå (kommune og stat), men det synes naturlig å beskrive modellen i dette kapitlet, da den har en sentral forankring i kommunene.

#### 2.4.5 SLT-modellen

Det kriminalitetsforebyggende råd<sup>3</sup> (KRÅD) har siden 1996 hatt forebyggende strategier og tiltak overfor barn og ungdom som hovedarbeidsområde. KRÅD har i samarbeid med fem departementer utviklet en tverretattlig samarbeidsmodell (SLT) for lokalt kriminalitetsforebyggende arbeid.

SLT står for Samordning av Lokale kriminalitetsforebyggende Tiltak. Dette er en forpliktende tverretattlig samarbeidsmodell mellom kommune, politi og andre offentlige etater. Frivillige organisasjoner og næringsliv er også sentrale aktører. Formålet med modellen er å koordinere, målrette og øke effektiviteten i den forebyggende innsatsen mot kriminalitet i nærmiljøet gjennom en forpliktende og formalisert samordning. SLT har barn og unge som sin viktigste målgruppe, både enkeltindivid og grupper. SLT skal bidra til å forebygge at barn og unge blir kriminelle. SLT har som sitt første anliggende å identifisere problemområder og utfordringer kommunen har i forhold til barn og unge i faresonen og iverksette tiltak overfor dem.

---

<sup>3</sup> Det kriminalitetsforebyggende råd har i år eksistert i 25 år og er regjeringens spesialorgan for forebygging av kriminalitet. Rådet oppnevnes i statsråd for tre år av gangen. Den 1. juli i år ble rådet re- oppnevnt for en ny periode - 2005-2008. Administrativt er rådet knyttet til Justisdepartementet.

Samordning av lokale kriminalitetsforebyggende tiltak er ingen ny ide. I Danmark har dette arbeidet vært drevet siden tidlig på 1970-tallet og kalles SSP som står for samarbeid mellom Skole, Sosialetat og Politi. På begynnelsen av 1990-tallet startet KRÅD i Norge et prosjekt i syv kommuner hvor de gjennom tre år prøvde ut en modell for samarbeid om lokale kriminalitetsforebyggende tiltak. Sentrale aktører i prosjektet var: skole, barnevern, helse- og sosialetat og politiet.

Gjennom prosjektet har man gjort tre erfaringer som peker seg spesielt ut (KRÅDs nettside, SLT-perm):

- SLT er en modell for samordning, ikke et aktivitetsprogram. Målet er å få mer effekt ut av allerede igangsatte tiltak ved at forskjellige etater støtter og utfyller hverandres arbeid, ikke å sette i gang så mange nye aktiviteter som mulig.
- Samordningen fungerer bare optimalt dersom det forankres på topp-plan innen kommunen og i politiet. Det må ligge en bevisst politisk vilje bak samordningen, og kommunens og politiets ledelse må sitte sentralt i modellens styrende organ. Dersom ikke ansvaret plasseres på topp-plan blir det fort glemt og oppfattet som et særannliggende for spesielle ildsjeler. Samtidig er det viktig at alle ledd i kommuneorganisasjonen er godt kjent med hva SLT innebærer.
- Samordningen fungerer bare etter hensikten dersom det ansettes en SLT- koordinator som får et overordnet ansvar for å være pådriver i alle ledd av samarbeidet. Koordinatoren skal ikke være aktivitetsleder, men må være inspirator og pådriver i forhold til praktikerne i de ulike etatene. I mindre kommuner vil det likevel i mange tilfeller være slik at koordinatoren har en delt stilling og kan også være tilsatt som aktivitetsleder, utekontakt eller lignende i tillegg til koordinatorrollen. Det er uansett viktig at han har førstehåndskjennskap til alle tiltak i kommunen og at lederne for disse tiltakene kjenner han.

#### ORGANISERING AV SLT

Erfaringer som er gjort med SLT- arbeidet i Norge sammen med kunnskapene fra Danmark gir en modell for samordning av tiltak som bør organiseres på tre nivå (KRÅDs nettside, SLT-perm):

Den overordnede styringen av SLT- arbeidet må forankres gjennom en styringsgruppe på høyeste nivå innen lokalsamfunnet. Deltakere her kan være ordfører/rådmann, øverste politimyndighet, andre relevante toppledere med oppvekst som fagfelt samt koordinatoren. Styringsgruppens oppgaver er å etablere de overordnede rammene for kommunens totale innsats for forebygging av kriminalitet.

På neste nivå; arbeidsutvalget, - er oppgaven praktisk koordinering av det kriminalitetsforebyggende arbeidet. Deltakerne i arbeidsutvalget må være sentralt plassert i sine respektive virksomheter/avdelinger for å kunne fatte beslutninger, og sette inn ressurser innenfor gitte rammer.

Det utførende nivå står for det direkte kriminalitetsforebyggende arbeidet. I praksis vil det omfatte førstelinjetjenesten, med de avdelinger og ansatte som arbeider direkte med de unge. Styringen og prioriteringene vil skje gjennom de enkelte virksomhetene. Det er derfor avgjørende viktig at kommunikasjonen fungerer fra styringsgruppe og arbeidsutvalg fram til utføringsnivået.

Flere kommuner har etter hvert tatt i bruk SLT- modellen for å koordinere sitt kriminalitetsforebyggende arbeid. En oversikt over antall kommuner som benytter modellen presenteres i kapittel 2.5.3.

Nedenfor presenteres Haugesund som et eksempel på en kommune hvor modellen er tatt i bruk, og hvor forebyggingsaspektet også omfatter rus (kommunens nettside).

### **Rus- og kriminalitetsforebyggende arbeid blant barn og unge i Haugesund - SLT arbeidet**

*I Haugesund kommune har en de siste årene satset sterkt på rusforebyggende arbeid blant barn og unge.*

*SLT arbeidet står for Samordning av Lokale rus- og kriminalitetsforebyggende Tiltak for barn og unge i Haugesund. Arbeidet med rus- og kriminalitetsforebyggende tiltak startet opp høsten 2000 og innebærer et nært samarbeid med politiet og ungdomsskolene i byen.*

*For Haugesund kommune er målet å få alle instanser til å dra i felles retning og til å ta et felles ansvar for å finne tiltak som hindrer at flere barn- og unge søker seg til rus og kriminalitets miljøer. Kommunen ønsker også å trekke ungdommen selv, foreldre, organisasjoner og andre interesserte med i dette arbeidet. Ordføreren er leder for dette arbeidet. Sammen med rådmann, politimester, sektorsjefer og sentrale politikere er det nedsatt en styringsgruppe. Hensikten er at så mange som mulig skal jobbe sammen for å bedre barn og unges oppvekstvilkår og for å forebygge at problemer oppstår. Det skal utarbeides en handlingsplan og gjennomføres en større spørreundersøkelse blant byens ungdommer.*

*Noen av tiltakene som har vært iverksatt i denne perioden er blant annet "Leiren på Tveit" i juni måned. Da blir alle 7. klassinger invitert inn til Tveit. Her er hovedtema overgangen fra barneskole til ungdomsskole. Et annet tiltak er høstturene på ungdomsskolen. Disse turene skal knytte sosiale bånd mellom de nye klassene som er opprettet og styrke samholdet. I tillegg til disse arbeides det hele tiden med prosjekter rettet mot barn og unge i Haugesund.*

#### 2.4.6 Andre modeller for samordning av tjenester til barn og unge og samarbeidsrelasjoner

##### FELLES SAMLET TJENESTE FOR BARN OG UNGE

I enkelte kommuner har man i arbeidet med barn og unge samlet ressursene i en felles barne- og ungdomsforvaltning. I en slik organisasjonsmodell inkluderes tjenester som helsestasjon, PP- tjeneste, barnevernstjeneste, sosialtjeneste og kommunehelsetjeneste. Dette er tjenester som kan framstå med navn som for eksempel Barne- og familietjenesten, Familie og forebygging, Barn og familie og Senter for oppvekst.

Fordelene med en felles organisasjonsmodell vil være færre forvaltningsmessige barrierer i forhold til tverrfaglig samarbeid, flere felles arenaer for samhandling mellom de inkluderte tjenestene og større mulighet for å kunne planlegge og styre virksomheten i et helhetlig perspektiv. Fra brukernes side vil en "felles dør" inn mot tjenesteapparatet lette og forenkle tilgangen til tjenestene.

Gjennom arbeidet med Kunnskapsstatus har vi ikke funnet en nasjonal oversikt over omfanget av en felles organisering av tjenester til barn og unge i kommunene.

Det finnes trolig ulike varianter av samorganiserte tjenester til barn og unge i kommunene med ulik grad av integrasjon. En samlet oversikt over ulike former for samorganiserte tjenester ansees som nyttig og nødvendig i arbeidet med å kartlegge hvordan kommunene generelt har organisert sine tjenester.

Trondheim kommune er blant kommunene som har samlet tjenestene til barn og unge i en felles tjeneste. Slik står tjenesten beskrevet på kommunens nettside:



**Trondheim kommunes organisering av tjenesten til barn og unge**

*Barne- og familietjenesten er etablert som en samlet tjeneste for barn og unge og deres familier fra 1. januar 2004. Barne- og familietjenesten har ansvar for barneverntjenester, pedagogisk- psykologiske tjenester (PPT), kommunehelsetjenester og sosiale tjenester for barn og unge og deres familier.*

**Barne- og familietjenesten, forvaltning**

*er organisert i 4 bydelsvise kontor, med åpningstid 8.00 - 15.30, mandag til fredag. Bydelskontoret har ansvar for å tildele, avlastning og hjelp for tilrettelegging av fritid i familier med barn og unge med store funksjonsnedsettelse, støtte og omsorgstiltak etter barnevernloven, hjemmesykepleie og omsorgslønn, samt vurdere behov for individuell plan, og sakkyndig vurdering av behov for spesialundervisning.*

**Barne- og familietjenesten, tiltak**

*gir direkte hjelp til barn og unge, foreldrestøtte, helsestasjons- og skolehelsetjenester for barn og unge 0-20 år, helseundersøkelser og rådgivning til gravide, samt hjelp til skoler og barnehager for å legge til rette for læring og utvikling hos barn og unge med særlige behov. Tilbudet er tilgjengelig ved direkte henvendelse til skolehelsetjenesten eller helsestasjonen. I tillegg er ulike støttetiltak organisert i byomfattende enheter.*

**NETTUNGEN - MODELLEN**

Nettungen er en modell for et formalisert tverrsektorielt samarbeid. Modellen er resultatet av et avsluttet samarbeidsprosjekt mellom Sosial- og familieavdelingen hos Fylkesmannen i Buskerud og NOVA. 12 kommuner, fylket og noen organisasjoner i Buskerud deltok i prosjektet. Det ble utviklet en metode for kartlegging av tilbud og ressurser, og et verktøy som støtter disse prosessene.

Modellen er beskrevet i Temaheftet "Fra ide til virkelighet" (NOVA, 2002), og på nettsiden [nettungen.no](http://nettungen.no).

Målsettingen med Nettungen - modellen er å gi kommunene et grunnlag for en godt fungerende tiltakskjede for det forebyggende arbeidet blant barn, unge og foreldre, basert på kommunens ressurser og de behov som er tilstede hos kommunens innbyggere.

Alle landets fylkesmenn har fått invitasjon til å delta i implementeringsprosjektet Nettungen.

Tilbakemeldingen fra kommuner som har tatt i bruk modellen, viser at de har fått et redskap som er godt egnet til å koordinere, vitalisere og videreutvikle innsatsen på det forebyggende området.

Kartleggingen av tilbud og ressurser øker mulighetene for å avdekke behov og er et godt hjelpemiddel i alt planarbeid som involverer målgruppen. I tillegg til å skaffe seg oppdatert oversikt over alle tilbudsressurser får man også informasjon om kompetanse som finnes på ulike områder. En slik oversikt gir derfor muligheter for bedre ressursutnyttelse, og er et viktig grunnlag for arbeidet i de tverrsektorielle koordineringsgruppene.

**METODEN**

Modellen tilpasses organiseringen i den enkelte kommune og det enkelte fylket, men metoden legger en klar struktur for koordinering og utvikling av det forebyggende arbeidet. Tanken er at det i hver kommune og sentralt i fylket skal være et formalisert samarbeid omkring det forebyggende barne- og ungdomsarbeidet. En bredt sammensatt tverrsektoriell gruppe skal ha det koordinerende ansvaret for dette arbeidet. Den systematiske arbeidsmetoden som er innbakt i modellen oppfordrer til utvidet samarbeid med organisasjoner og brukergrupper.

Kartlegging av offentlige og private tilbud og ressurser er et nødvendig utgangspunkt for å tilpasse, planlegge og benytte seg av tilbudene. Kartleggingen følger en nivå-tankegang og foretas på tre nivåer:

- tilbud til alle barn og familier
- tilbud til de som trenger mer hjelp og støtte (utsatte familier)
- hjelpetilbud

Dette kan visualiseres gjennom en rapport som er tilgjengelig i internettverktøyet.

## 2.5 I hvilken grad lett tilgjengelige tjenester er utbygd i kommunene

Oversiktlige og lett tilgjengelige tilbud forutsetter at det finnes informasjon og kunnskap om tilbudene og tjenesten. Tilgjengelighet handler om åpningstider, hvor du kan nå tjenesten, om kontinuiteten i tilbudet i form av faste kontaktpersoner og om måten brukerne blir møtt på (holdninger, språklig tilgjengelighet). Tilgjengelighet innebærer også at nødvendig hjelp gis på et tidligst mulig tidspunkt.

I denne delen av rapporten skal vi se på omfang av lavterskeltilbud eller lett tilgjengelige tjenester, der det også finnes bred kompetanse i forhold til forebygging.

Det vil bli satt fokus på følgende tjenester:

- Helsestasjon for ungdom
- Familiesentermodellen
- SLT- modellen

### 2.5.1 Helsestasjon for ungdom

Helsestasjon for ungdom er en helsetjeneste for brukere i alderen 13 til 20 år der rådgivning, veiledning, undersøkelser og behandling er tilrettelagt i forhold til målgruppens behov. Tjenesten skal være et supplement til, og ikke en erstatning for skolehelsetjenesten (Lov om kommunehelsetjenesten). Tilbudet skal ha lav terskel og være lett tilgjengelig for den aktuelle brukergruppen. Tjenesten er ikke lovpålagt, slik at det er opp til den enkelte kommune å vurdere om det vil være aktuelt å opprette en helsestasjon for ungdom.

I styrings- og informasjonshjulet for sosial- og helsetjenesten, utgitt av Statistisk sentralbyrå (SSB), presenteres tall for omfang av og særskilte tiltak ved helsestasjon for ungdom. Tabell 2.6 viser antall kommuner som har dette tilbudet i perioden 2000-2003, samt hvilke særskilte tiltak som inngår som en del av tilbudet ved helsestasjon for ungdom.

Tabell 2.6 Antall kommuner med helsestasjon for ungdom, og omfang av særskilte tiltak. 2000-2003.

	2000	2002	2003
Kommuner med tilbud om helsestasjon for ungdom	171	230	255
<u>Av dette kommuner med:</u>			
▪ Samlivsundervisning	131	191	216
▪ Særskilte tiltak med sikte på å forebygge psykiske vansker	92	144	172
▪ Særskilte tiltak med sikte på forebygging av rusproblematikk	74	123	142

Kilde er Statistisk sentralbyrås kommunehelsetatistikk.

1) Helsestasjon for ungdom er en helsetjeneste for ungdom der rådgivning, veiledning, undersøkelser og behandling er tilrettelagt for deres behov og på deres premisser. Tilbudet skal være et supplement til, og ikke en erstatning for, den obligatoriske skolehelsetjenesten jf. Lov om kommunehelsetjenesten.

2) Bydeler er ikke inkludert i tallene i tabellen.

Tall fra SSB viser at antall kommuner med et helsestasjonstilbud for ungdom årlig har økt i perioden 2000 til 2003. I 2000 hadde omlag 40 prosent av kommunene dette tilbudet, mens tilsvarende tall i 2003 var nær 59 prosent.

I følge SSB er det særlig kommuner med lavt folketall som ikke har opprettet helsestasjon for ungdom. Normalt vil behovet være særlig stort i kommuner med mange tenåringer. I 2002 bodde 82 prosent av ungdom mellom 13 og 20 år i kommuner med dette tilbudet. Parallelt med at andelen kommuner med helsestasjon for ungdom har økt de senere årene, ser vi at stadig flere kommuner har samlivsundervisning og særskilte tiltak med sikte på å forebygge psykiske vansker og rusproblematikk som en del av tilbudet ved helsestasjonen.

En annen kilde som presenterer oversikt over tilbudet om helsestasjon for ungdom i Norge er nettstedet unghelse.no. Dette er en nettside med hovedtema ungdom og helse.

Sosial- og helsedirektoratet står i samarbeid med Ungdomsinformasjonen i Nordland bak denne tjenesten. Tjenesten unghelse.no er et ledd i gjennomføringen av Handlingsplan for forebygging av uønskede svangerskap og abort. Nettsiden gir informasjon om kropp, seksualitet og prevensjon, og gir ungdom anledning til å kommentere og diskutere aktuelle tema om ungdom og helse. På nettsiden presenteres samtlige av landets helsestasjoner for ungdom i 2005.

Tabell 2.7 viser antall kommuner med helsestasjon for ungdom fordelt på fylke.

Tabell 2.7 Antall og prosentandel kommuner med helsestasjoner for ungdom kategorisert etter fylke. 2005.

Fylke	Kommuner med helsestasjon for ungdom (N)	Prosentandel kommuner med helsestasjon for ungdom
Østfold	13	94
Akershus	25	100
Oslo <sup>1)</sup>	21	100
Hedmark	16	73
Oppland	14	54
Buskerud	19	90
Vestfold	10	71
Telemark	13	72
Aust-Agder	11	73
Vest-Agder	5	40
Rogaland	15	56
Hordaland <sup>1)</sup>	34	82
Sogn og Fjordane	14	54
Møre og Romsdal	18	50
Sør-Trøndelag <sup>1)</sup>	23	60
Nord-Trøndelag	14	58
Nordland	24	51
Troms	13	52
Finnmark	17	89
Totalt <sup>2)</sup>	319	-

Kilde: Unghelse.no

1) Oslo har helsestasjon for ungdom i samtlige 21 bydeler, Bergen kommune har 8 helsestasjoner for ungdom og Trondheim kommune har 5 helsestasjoner for ungdom. I kolonne tre betraktes Oslo, Bergen og Trondheim som en kommune.

2) Det beregnes ikke prosentandel totalt da enkelte mindre kommuner har felles helsestasjoner og større kommuner har flere helsestasjoner.

Tabellen viser at det totalt er 319 helsestasjoner for ungdom på landsbasis i 2005. Enkelte større kommuner har flere helsestasjoner, mens samarbeid om en felles helsestasjon for

ungdom forekommer i en del mindre kommuner. I kolonne tre i tabell 2.7 over presenteres antall kommuner med tilbud om helsestasjon for ungdom i et fylke i relasjon til totalt antall kommuner i fylket. Prosentandel kommuner med dette tilbudet varierer tydelig mellom fylkene. Mens 40 prosent av kommunene i Vest-Agder har helsestasjoner for ungdom, har samtlige kommuner dette tilbudet i Akershus fylkeskommune.

Unginfo Nordland administrerer også spørretjenesten Klara Klok. Her kan ungdom helt anonymt stille spørsmål om temaene helse, forhold og familie, rusmidler og seksualitet, og få svar fra fagpersoner.

### 2.5.2 Familiesenter – nasjonalt nettverk av familiesenterkommuner

Et familiesenter skal være en lett tilgjengelig møteplass hvor familiene skal kunne etablere og styrke sosiale nettverk, og ha lett tilgang til ulike tjenester som barnefamilier kan ha bruk for. Familiesentermodellen og prosjektet med seks familiesenterkommuner ble presentert tidligere i dette kapitlet. Her settes fokus på omfang av tjenesten i landet forøvrig.

Enkelte kommuner i Norge har i lengre tid drevet etter lignende modeller. Sandefjord kommune har eksempelvis drevet Varden barnestasjon (nå Varden barne- og familiesenter) siden 1992 og Bærum kommune var også tidlig ute (Lenschow, 2004). Det er vokst fram lignende modeller flere steder i landet og flere kommuner er i gang med å etablere slike samordnede tiltak. At nærmere 30 kommuner hadde ønske om å delta i forsøket som ble avsluttet ved utgangen av 2004, viser at interessen i kommunene ikke har vært ubetydelig.

I R- BUPs oppdrag, fra den gang Sosial- og helsedepartementet, om å bistå og evaluere forsøket med seks familiesenterkommuner, inngikk også å starte opp arbeidet med å danne et nasjonalt nettverk av kommuner som hadde vist interesse for familiesenterarbeidet.

Det er i dag etablert 6 områdenettverk som har med seg kommuner fra Mandal i sør til Tana i nord. I 2004 var det 40 kommuner som deltok i nettverket. I nettverkene brukes forsøkskommunene som erfaringsformidlere og inspiratorer.

I kommende sluttevalueringssrapport fra familiesenterprosjektet ventes mer detaljert informasjon om det nasjonale nettverket, og hvordan kommunene er fordelt i ulike deler av landet.

### 2.5.3 SLT i kommunene

SLT-modellen ble presentert tidligere i kapitlet og er en forpliktende tverretattlig samarbeidsmodell mellom kommuner, politi og andre offentlige etater. Modellen er utviklet av det kriminalitetsforebyggende råd (KRÅD) i samarbeid med fem departementer.

Høsten 2004 var det registrert 98 kommuner som har innført SLT- modellen og flere kommuner var på dette tidspunkt i startfasen. Det er både små og store kommuner som har innført SLT i tillegg til at flere kommuner har slått seg sammen i et felles SLT- arbeid i form av regioner.

Tabellen nedenfor viser antall kommuner i hvert fylke som har SLT- koordinatorene. Tallmaterialet er hentet fra KRÅDs nettside ([www.krad.no](http://www.krad.no)).

Tabell 2.8 Antall kommuner med SLT- koordinator fordelt på fylke.

Fylke	Antall kommuner med SLT-koordinatorer	Prosentandel kommuner med SLT-koordinatorer
Østfold	9	50
Akershus	11	50
Oslo (sentralt og bydeler)	10	-
Hedmark	5	23
Oppland	4	15
Buskerud	4	19
Telemark	4	22
Vestfold	7	50
Aust-Agder	4	27
Vest-Agder	6	40
Rogaland	16	59
Hordaland	11	33
Sogn og Fjordane	12	44
Møre og Romsdal	5	13
Sør-Trøndelag	11	44
Nord-Trøndelag	4	17
Nordland	5	11
Troms	6	24
Finnmark	1	5
Totalt <sup>1)</sup>	135	-

Kilde: KRÅD s nettside., 2005.

1) Det beregnes ikke prosentandel totalt da Oslo kommune har flere koordinatore.

Totalt viser tabellen at det er 135 SLT-koordinatorer på landsbasis i 2005. Antall kommuner som har opprettet en slik funksjon varierer i de ulike fylkene. Rogaland har den største andelen kommuner med SLT- koordinator (59 prosent), mens Finnmark har den laveste andelen kommuner (fem prosent).

## 2.6 Oppsummering

Dette kapitlet har omhandlet kommunenes organisering av tjenestetilbudet til barn, unge og deres familier, med spesielt fokus på tjenester rettet mot barn og unge med sammensatte behov. Det er presentert ulike tverrfaglige samarbeidsmodeller som benyttes i kommunene, og omfang av disse modellene, samt andre tilgjengelige tjenester og lavterskeltilbud for barn og unge.

Etter revisjonen av kommuneloven i 1992 har norske kommuner fått større handlingsrom vedrørende måter å organisere de kommunale tjenestene på. Kommunene har større frihet til å organisere virksomheten i tråd med det som oppfattes som mest hensiktsmessig.

I tråd med den generelle organisasjonsutviklingen av kommunale tjenester, vil det eksistere et stort mangfold av organisasjonsmodeller for tjenestene til barn og unge. Samtidig er det klare sentrale føringer i forhold til vektlegging og stimulering av helhetlige, sammenhengende og koordinerte offentlige tjenestetilbud til barn og unge.

En nasjonal kartlegging av organisering, samordning og samarbeid innenfor det kommunale psykiske helsearbeid (Myrvold, 2004), viser et fragmentert bilde av norske kommuner. I ni prosent av kommunene er arbeidet organisert i en egen enhet for psykisk helsearbeid, mens nær 60 prosent har en egen tjeneste plassert innenfor en etablert kommunal tjenesteenhet. Videre har 21 prosent av kommunene en integrert modell hvor det psykiske helsearbeidet skal ivaretas av det ordinære tjenesteapparatet.

I rapporten fremkommer det videre at omlag halvparten av kommunene har valgt å styrke samordningen av tjenester ved å oppnevne koordinatorene for det psykiske helsearbeidet. Koordinerende tiltak er mest utbredt i kommuner med integrerte tjenestemodeller.

For å tydeliggjøre og forankre det psykiske helsearbeidet for barn og unge i kommuneorganisasjonene, ble det i 2001 i regi av Opptappingsplanen for psykisk helse, etablert et statlig forsøk med kommunale familiesentre. Prosjektet ble avsluttet ved inngangen til 2005, og det er i dag etablert 6 områdenettverk med omlag 40 kommuner som benytter familiesentermodellen for å arbeide med barn og barnefamilier på en tverrfaglig og samordnet måte.

Barn og unge med kronisk sykdom og nedsatt funksjonsevne trenger et bredt, planlagt og langsiktig habiliteringstilbud. Ifølge Lov om helsetjenesten i kommunene er medisinsk habilitering og rehabilitering et obligatorisk virksomhetsområde i den kommunale helsetjenesten. Kommunen skal videre ha oversikt over habiliteringsbehov i kommunen, og er pålagt å etablere en koordineringsfunksjon for re - og habiliteringsvirksomheten på systemnivå (Forskrift om habilitering og rehabilitering, av 1.7.2001).

En kartlegging av den koordinerende enhet for re -og habiliteringsvirksomheten i kommunene i tre fylker i 2004 (Moen, 2004) viser at kun 49 prosent (41 kommuner) av kommunene har etablert en koordinerende enhet for re - og habiliteringsvirksomheten, mens fem prosent av kommunene (fire kommuner) oppgir at dette er under planlegging. Den organisasjonsmessige forankringen av koordineringsfunksjonen er i stor grad dominert av helsesektoren. Studien konkluderer med at resultatene gir grunn til å hevde at det i kommunene er et manglende fokus på eller en tilsynelatende mangel på forståelse for at synlighet og tilgjengelighet er sentrale komponenter for at den koordinerende enhet skal fungere etter intensjonen. Videre slås det fast at kartleggingen har avdekket at avstanden fremdeles er stor mellom intensjonene i Rehabiliteringsmeldinga og Forskrift om habilitering og rehabilitering, og praksis i kommunene når det gjelder koordinering av re - og habiliteringsvirksomheten på systemnivå. Mange kommuner er ikke bare usikre på hvordan de skal fylle koordineringsrollen, men mange kommuner synes ikke å være klar over hvorfor de er pålagt å opprette en koordineringsfunksjon for re - og habiliteringsvirksomheten. Det er dermed vanskelig å fylle funksjonen slik at en når målet om god systemkoordinering

Mange kommuner benytter SLT -modellen i sitt kriminalitetsforebyggende arbeid rettet mot barn og unge i kommunene. SLT står for Samordning av Lokale kriminalitetsforebyggende Tiltak og er en forpliktende tverretattlig samarbeidsmodell mellom kommune, politi og andre offentlige etater. Det er i dag 135 kommuner med SLT- koordinatorene (nettstedet krad.no).

Blant lett tilgjengelige tjenester for målgruppen barn og unge, er helsestasjon for ungdom det tjenestetilbudet som i størst grad er utbygd i kommunene. I 2005 er det etablert 319 helsestasjoner for ungdom. I enkelte fylker har samtlige kommuner dette tilbudet, i andre er andelen noe lavere (nettstedet unghelse.no).

Kunnskapsoversikten har avdekket manglende, - eller lite tilgjengelige oversikter over hvordan kommunale tjenester for barn og unge er organisert, som en nasjonal oversikt over omfanget av en felles organisering av tjenester til barn og unge i kommunene.

## 3 Interkommunalt samarbeid om tjenester for barn og unge

MARIAN ÅDNANES

I takt med at kommunene får stadig flere oppgaver og utfordringer som tjenesteytere, har myndighetene tilført økt handlingsrom i forhold til hvordan man løser kommunale oppgaver. Interkommunalt samarbeid er en måte å løse problemet som små kommuner gjerne har med mangel på spesialisert fagkompetanse, mens det for større kommuner kan være en måte å effektivisere tjenestene på. For øvrig kan interkommunalt samarbeid være en forberedelse til kommunesammenslåing, eller et alternativ for å unngå kommunesammenslåing.

I det følgende kapittel ser vi på omfanget av interkommunalt samarbeid om tjenester til barn og unge, og dels også på innholdet i slikt samarbeid.

### 3.1 Offentlige dokumenter om interkommunalt samarbeid

Interkommunalt samarbeid er ikke noe nytt, men antallet tiltak og forsøksvirksomhet har økt noe de siste årene. Grunnlag, motiver for og sentrale problemstillinger ved interkommunalt samarbeid utredes i NOU 2000:22, Om oppgavefordeling mellom stat, region og kommune. De siste årenes kommuneproposisjoner (Stortingsproposisjon 60, 2004-2005; Stortingsproposisjon 64, 2003-2004) påpeker at for å kunne gjennomføre den politikken som ønskes, anses interkommunalt samarbeid eller sammenslutning mellom kommuner som løsninger. Det er en overordnet målsetting at alle innbyggerne skal gis likeverdige tjenester av god kvalitet og tilgjengelighet, tilpasset individuelle behov. Dersom man skal oppnå dette, mener myndighetene at dagens kommunestruktur på mange måter er lite hensiktsmessig. Det understrekes at en viktig utfordring for kommunene framover vil være å sikre seg kompetent arbeidskraft, som en forutsetning for å kunne yte kvalitativt gode tjenester. Mange kommuner, særlig de mindre, vil imidlertid ha problemer med å tilby fagmiljøer som kan takle utfordringene.

### 3.2 Kilder vedrørende interkommunalt samarbeid

Vi har registrert to offentlige databaser vedrørende interkommunalt samarbeid: Kommunal organisasjonsdatabase (<http://krd.vestforsk.no/>), og Database for Interkommunalt samarbeid ([www.kommunesamarbeid.no](http://www.kommunesamarbeid.no)). Når det gjelder førstenevnte database, har denne ikke informasjon om interkommunalt samarbeid innen sosial- og barneverntjenesten, eller PP-tjeneste. Database for interkommunalt samarbeid er langt fra komplett, ettersom kommuner i liten grad har benyttet den til å registrere nye prosjekter etter at den første kartleggingen ble gjort av Brandtzæg & Sanda (2003). Vi supplerte derfor kunnskapsgrunnlaget med en oversikt over tiltak, slik det er framstilt i Kommunal- og regionaldepartementets hjemmeside ([www.dep.no/krd/norsk/tema/kommune/forsok](http://www.dep.no/krd/norsk/tema/kommune/forsok)), og i en oversikt i Stortingsproposisjon 60 (2004-2005) samt en oversikt i Stien & Hansen (2002).

For øvrig ble litteratursøk foretatt i BIBSYS' følgende baser: Bibliotekbasen, Forskpub, Forskpro. Følgende søkebegrep er brukt: "interkommunal?". Søket ble avgrenset til de siste fem år (2000-2005).

### 3.3 Omfang og innhold i interkommunalt samarbeid

Ifølge et nytt notat om interkommunalt samarbeid (Kommunenes Sentralforbund, 2005), er det mest vanlig at kommunene samarbeider om oppgaver innen teknisk sektor og konkrete oppgaver som revisjon, oljevernberedskap, felles legevakt, næringsmiddelkontroll avfall og vann og avløp, områder hvor det er klare stordriftsfordeler, samt noen områder hvor staten har pålagt samarbeid. Samarbeid om de tunge tjenestene innen omsorg, skole og sosial samt strategiske oppgaver som styring/administrasjon, økonomi og planlegging er mindre vanlig.

Weigård (1991) viser i sin rapport om interkommunalt samarbeid at det tidligere (før 1990) var mest samarbeid på det tekniske området, mens hans materiale viste en jevnere fordeling mellom sektorene. Mens teknisk sektor fremdeles hadde flest tiltak (21 prosent), hadde undervisningssektoren 18 prosent, og helse 16 prosent av tiltakene. En jevnere fordeling mellom sektorene ble for øvrig bekreftet i Sandas rapport fra 1996.

Det har det ikke vært noen vesentlig utvikling på området interkommunalt samarbeid de siste årene (Kommunenes Sentralforbund, 2005). Det foregår et omfattende samarbeid, men undersøkelser viser at det stort sett samarbeides om de samme oppgavene i dag som for 10 år siden, med andre ord konkrete oppgaver med liten grad av helhetlig strategisk betydning, eller oppgaver som ikke berører lokalisering eller medfører økonomiske utlegg for kommunene (Kommunenes Sentralforbund, 2005).

#### 3.3.1 Omfang av interkommunalt samarbeid ifølge Kommunal organisasjonsdatabase

Data fra Kommunal organisasjonsdatabase, viser interkommunalt samarbeid i forhold til utvalgte tjenester. Som nevnt viser databasen ikke data vedrørende barnevern og PP-tjeneste. Tabellen under viser prosentandeler av kommuner som benytter interkommunalt samarbeid i forhold til andre typer oppgaver overfor barn og unge.

Tabell 3.1 Kommuner som benytter interkommunalt samarbeid i forhold til tjenester for barn og unge, 2004. Prosent.

Oppgave	Små kommuner	Mellomstore kommuner	Store kommuner	Total prosent/ant.
Aktivitetstilbud for funksjonshemmede	12,3	11,5	10,5	11,5 (331)
Kino	5,9	2,9	6,7	4,9 (341)
Drift av idrettsbygg	2,7	3,8	4,5	3,6 (330)
Barnehager	1,8	2,3	1,2	1,8 (332)
Kulturhus	0,0	1,9	1,3	1,1 (274)
SFO	0,9	1,5	0,0	0,9 (340)

Kilde: Kommunal organisasjonsdatabase fra 2004 (<http://krd.vestforsk.no/>)

Kommunal organisasjonsdatabase viser at det eksisterer lite interkommunalt samarbeid om oppgaver rettet mot barn og unge. 11,5 prosent av kommunene oppgir at de samarbeider om aktivitetstilbud for funksjonshemmede. Dette samarbeidet kan i enkelte tilfeller begrense seg til at tilbud som gis brukere i egen kommune også er åpent for brukere i andre kommuner, ifølge rapporten basert på tall fra organisasjonsdatabasen (Hovik & Stigen, 2004). Tallene viser at det er svært få kommuner som samarbeider om barnehager, SFO etc.



Rapporten konkluderer videre at det er vanlig med interkommunalt samarbeid innenfor enkelte tekniske tjenester, men at det samarbeides lite om individrettede tjenester som barnehage, SFO (samt omsorgstjenester og eldresenter). I neste punkt skal vi imidlertid se at det ifølge Database for interkommunalt samarbeid eksisterer utbredt samarbeid innenfor PPT.

Det framgår forøvrig av data fra Kommunal organisasjonsdatabase at interkommunalt samarbeid ikke er mer utbredt i små enn det er i store kommuner. Ifølge Hovik & Stigen (2004) er heller det motsatte tilfelle, med noen unntak, og spesielt innenfor informasjonsteknologi.

### 3.3.2 Omfang av interkommunalt samarbeid ifølge Database for interkommunalt samarbeid (KRD)

Database for interkommunalt samarbeid er laget i samarbeid mellom Kommunal- og regionaldepartementet og Kommunenes Sentralforbund. Den gir en oversikt over et bredt utvalg av eksisterende samarbeidstiltak, men er ingen komplett oversikt. Formålet med databasen er å bidra til erfaringsformidling mellom kommuner om ulike samarbeider.

Utgangspunktet for basen er data om vellykkede samarbeidstiltak i Norge pr. 1.1.2002, som ble samlet inn av Telemarksforskning gjennom en spørreundersøkelse høsten 2002, (Brandtzæg & Sanda, 2003). Kartleggingen ble gjort via de såkalte regionrådene eller eventuelt andre samarbeidskonstellasjoner. Analysematerialet består av 303 kommuner.

Brandtzæg & Sanda (2003) viser i sin rapport en fordeling av ulike typer kommunale tjenestesamarbeid i henhold til inndeling i KOSTRA (kommunale nøkkeltall på nivå 2). Resultatene gir et litt annet bilde av interkommunalt samarbeid enn det som presenteres i Kommunal organisasjonsdatabase, først og fremst fordi Grunnskoleopplæring er med i statistikken, en tjeneste med mange interkommunale samarbeidstiltak innen PPT. Tabellen under viser fordelingen rangert.

Tabell 3.2 Fordeling av ulike typer kommunale samarbeidstiltak\*.

Samarbeidssektor	Prosent
Administrasjon, styring og fellesutgifter (f. eks revisjon, innkjøp, felles landsbrukskontor og IKT)	25
Kommunehelse (for eksempel næringsmiddeltilsyn, legevakt og jordmortjeneste)	15
Vann, avløp og renovasjon/avfall	15
<b>Grunnskoleopplæring</b> (inkluderer PPT og voksenopplæring)	<b>12</b>
Brann- og ulykkesvern	10
Tilrettelegging og bistand for næringslivet	9
<b>Kultur</b>	<b>5</b>
<b>Sosialtjeneste</b>	<b>3</b>
Kulturminne, natur og nærmiljø (for eksempel arealplanlegging, byggesak og geodata)	2
Samferdsel	2
<b>Barnevern</b>	<b>1</b>
Pleie og omsorg	1
<b>Barnehager</b>	<b>0,3</b>
Total (prosent/N)	100 (N=303)

\* Kilde: Brandtzæg & Sanda (2003). I henhold til inndeling i KOSTRA (kommunale nøkkeltall på nivå 2). Tabellen er rangert.

Tjenester som vedrører barn og unge er uthevet i tabellen. Vi ser av tabellen at det fins flest interkommunale samarbeid vedrørende administrasjon, styring og fellesutgifter. Kommune-helse er rangert som nest viktigste område å samarbeide om. Dette dreier seg først og fremst om tjenester som ikke direkte berører barn og unge spesielt: interkommunal lege-vakt, jordmor etc. Tolv prosent av samarbeidstiltakene dreier seg imidlertid om grunnskole, inkludert tiltak vedrørende PPT. Barnevern og barnehager representerer, ifølge Sandas kart-legging, kun henholdsvis 1 og 0,3 prosent av tiltakene.

Når det gjelder motiv for interkommunalt samarbeid, viser Brandtzæg & Sandas (2003) undersøkelse at alle argumenter er knyttet til stordriftsfordeler som man kan oppnå gjennom lavere kostnader, større inntekter eller bedre kvalitet på oppgaveløsningen. Det er imidlertid økt faglig kvalitet som har størst fokus. Vi skal i det følgende se på den enkelte aktuelle kommunale tjeneste vedrørende barn og unge.

### 3.4 Interkommunalt samarbeid om opplæring

Innen området Grunnskole (grunnskole, barnehage og PPT), foregår det mange inter-kommunale samarbeid om Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT). Ifølge oversikten hos Brandtzæg & Sanda (2003) ble totalt 37 samarbeidstiltak innrapportert, hvorav 31 tiltak innen PP- tjenesten. I tillegg er det rapportert ett tiltak om førskole for hørselshemmede. I databasen er det per i dag registrert 25 samarbeidstiltak innen Pedagogisk-psykologisk tjeneste. Disse involverer til sammen 124 kommuner.

Samarbeidet mellom PPT- kontor i ulike fylker utgjør, i første rekke sakkyndighetsoppgaver og faglig veiledning i forbindelse med spesialpedagogiske tilbud/opplegg etter skoleloven Brandtzæg & Sanda (2003). Det viktigste motivet for samarbeid i denne sektoren, ifølge undersøkelsen, er å lage større og mer kompetente tjenesteenheter på et område som kan defineres som en type 2. linjetjeneste. Det er dessuten et viktig motiv å rekruttere og beholde fagfolk. Dette motivet oppgis som sterkere her enn i de andre sektorene.

### 3.5 Interkommunalt samarbeid om kultur

Rapporten til Brandtzæg & Sanda rapporterer 15 vellykkede samarbeid innen kulturfeltet. Det dreier seg om samarbeidstiltak fordelt på syv tema: kultur- /musikk-skole, teaterproduksjon og kunstformidling, regionale kulturtiltak, museumsdrift, bibliotek-tjeneste, ungdoms-arbeid og kinodrift. Tre av de fire tiltakene innen kultur-/musikk-skole er rettet mot barn og unge.

### 3.6 Interkommunalt samarbeid om sosiale tjenester og barnevern

Når det gjelder etablert samarbeid innen sosialtjeneste og barnevern rapporterer Database for kommunesamarbeid en rekke samarbeidstiltak hvorav to av tiltakene dreier seg om flyktninger, og undervisning til barn og voksne, samt tolketjeneste og kulturtiltak. Når det gjelder barnevern, rapporteres tre tiltak hvorav to omfatter samarbeid om barnevernsvakt/akuttberedskap mens det tredje dekker større deler av kommunenes arbeid med barnevern. I tillegg til disse samarbeidstiltakene har vi inkludert tiltak i oversikt hos Stien & Hansen (2002). Tabellen under gir en oversikt over alle registrerte samarbeidstiltak vedrørende sosialtjeneste og barnevern.

Tabell 3.3 Formaliserte interkommunale samarbeidstiltak vedrørende sosialtjeneste og barnevern.

Kommuner	Samarbeid
Austrheim, Fedje, Lindås, Masfjorden, Modalen, Radøy	Barnevernteam
Sju kommuner i Nordhordland (Nordhordland interkommunale Barnevernteam)	Barnevernteam
Nøtterøy, Stikke, Tjøme, Tønsberg,	Flyktingtjeneste
Eidsvoll, Nannestad, Ullensaker	Flyktingtjeneste
Bamble, Porsgrunn, Siljan og Skien	Barnevernvakt
Andebu, Hof, Holmestrand, Horten, Nøtterøy, Re, Sande (Vestfold), Sandefjord, Stokke, Tjøme, Tønsberg	Barnevernvakt
Rørø, Os, Tolga, Tynset og Alvdal	Barnevernveiledning der Tynset kommune holder veileder og lokale. Gruppa møtes en gang i måneden, og samlingene brukes til saksveiledning og gjennomgang av relevant teori
Tolga, Tynset og Alvdal	Direkte samarbeid i barneversaker
Sju kommuner i Hedmark	Barnevernvakt
Gjerstad, Tvedestrand, Vegårshei, Åmli	Samarbeidet omhandler undersøkelse av bekymringsmeldinger til barnevernet, bygge opp om kompetanse innenfor barneversfeltet, bistå kommunene i forberedelsessaker
Aukra, Midsund, Sandøy	Samarbeid for eksempel om veiledning
Dovre, Lesja	Kommunene bistår hverandre hovedsakelig i vanskelige undersøkelsessaker etter Barnevernloven.
Hedmark (sør)	Barnevernforum Sør samarbeider om opplæring, informasjon. Ansvarer går på omgang
Ølen, Etne, Sveio, Tysvær, Vindafjord og Bokn (Haugaland Interkommunale barneverssamarbeid)	Barnevern
Brønnøysund, Bindal, Sømna, Vevelstad og Vega	Felles jurist som bistår alle kommunene i barneversaker
Leka, Nærøy og Vikna	Formalisert samarbeid
Fem kommuner i nedre Buskerud	Barnevernvakt felles med kontor i Drammen
Flå, Nes, Gol, Hemsedal, Ål, Hol	Barnevernforum – et samarbeidsforum for barnevernansatte. Månedlige møter med tema erfaringsutveksling og veiledning
Gamvik, Lebesby, Tana, Nesseby	Nettverksgruppe for saksbehandlere som møtes en gang i måneden for å diskutere felles problemstillinger og ha kollegaveiledning
Berlevåg, Båtsfjord, Vardø	Felles barnevernveiledning med ekstern veileder hver 6 uke.
Kommuner i Finnmark	Lederforum for sosial- og barnevernledere

Kommuner	Samarbeid
5 kommuner i Oppland	Samarbeid om tilsynsførerordning for barn og unge i fosterhjem
Kommunene i Nord-Gudbrandsdalen	Gruppeveiledning fra fylkesbarnevernet
Kommuner i Valdres	Barnevernfaglig forum
Midt-Gudbrandsdalen	Barnevernfaglig forum
Kåfjord, Nordreisa, Skjervøy, Kvæningen	Jevnlige fellesmøter der ansatte får veiledning og diskuterer ulike sakskompleks. Ansvaret går på omgang
Lyngen, Storfjord, Karlsøy, Balsfjord	Som over
Storfjord og andre "Nord-kommuner"	Prosjekt for barn med alvorlige atferdsvansker
10 kommuner i Midt-Troms	Samarbeid med vekt på jevnlig møter og aktiviteter basert på kommunalt vedtatte opplæringsplaner
Kommuner i Sør-Troms (bl.a. Harstad og Kvæfjord)	Samarbeid rundt opplæring og igangsetting av tiltaket familieråd
Bjarkøy og Harstad	Barnevern og sosialtjeneste
Fredrikstad storkommune	Barnevernvakt som opererer på vegne av samtlige 5 kommunedeler
Indre Østfold	Barnevernvakt

Kilde: <http://www.kommunesamarbeid.no/>; Stien & Hansen, 2002

### 3.6.1 Pågående forsøk på interkommunalt samarbeid vedrørende barnevern og sosiale tjenester

På sine nettsider gjør Kommunal og regionaldepartementet (<http://www.dep.no/krd/norsk/tema/kommune/forsok/>) rede for på hvordan interkommunalt samarbeid om barnevern kan foregå.

Kommuner kan ha avtale om å samarbeide om en felles barnevernstilling, men at vedtaksmyndighet beholdes innenfor hver kommune. En annen løsning kan være at en kommune overfører sin myndighet etter barnevernloven til en annen kommune. Dette må gjøres gjennom forsøk etter forsøksloven, fordi barnevernloven sier at hver kommune skal ha en administrativ leder for barneverntjenesten. Det kan for eksempel være en mindre kommune som overfører myndighet til en større for å avhjelpe problemer med tjenesteproduksjonen i kommunen, eller flere (mindre) kommuner som overfører myndighet til en annen kommune. En tredje løsning kan være at flere kommuner går sammen om et ambulerende "team" som kan fungere som barneverntjeneste for flere kommuner. Teamet kan ikke fatte vedtak – hver kommune må ha vedtaksmyndigheten etter barnevernloven. En fjerde løsning kan være at det opprettes et interkommunalt samarbeidsorgan etter kommuneloven § 27. Hvis et slikt organ skal kunne treffe vedtak i barnevernssaker, slik at vedtaksmyndigheten flyttes ut av den enkelte kommune og over til samarbeidsorganet, trengs forsøk etter forsøksloven både i forhold til kommuneloven og barneverntjenesteloven.

Tabellen under gir en oversikt over pågående forsøk innenfor barnevern.

Tabell 3.4 Pågående forsøk på interkommunalt samarbeid vedrørende barnevern.

Kommuner	Innhold i det interkommunale samarbeidet	Forsøksperiode
Bømlo, Fitjar og Stord	Et interkommunalt samarbeidsorgan der retten til å fatte vedtak etter barnevernloven blir flyttet fra den enkelte kommune til Sunnhordaland interkommunale barneverntjeneste.	2003-2007
Leksvik og Mosvik	Leksvik kommune vil være ansvarlig for å utføre de oppgaver Mosvik kommune har etter barnevernloven.	2003-2007
Tolga, Tynset og Alvdal	Barneverntjeneste for de tre kommunene som en avdeling i sosialtjenesten i Tynset kommune.	2003-2007
Nome, Sauherad og Bø	Den interkommunale sammenslutningen Midt-Telemark barnevernkontor er ansvarlig for å utføre de oppgaver kommunene har etter barnevernloven. Midt-Telemarkrådet fungerer som styre for barnevernkontoret, og har myndighet til å treffe vedtak etter barnevernloven på de områder som tilligger kommunene. Styret kan delegerer sin myndighet til lederen av barnevernkontoret.	2004-2008
Fyresdal, Kviteseid, Nissedal, Seljord, Tokke og Vinje	Den interkommunale sammenslutningen Barnevernsamarbeidet i Vest-Telemark har myndighet til å treffe vedtak, og ansvar for å utføre de oppgavene kommunene har, etter barneverntjenesteloven. Barnevernsamarbeidet kan delegerer sin myndighet til lederen av barnevernkontoret.	2004-2008
Flesberg og Rollag	En sammenslåing av sosialtjenesten og barneverntjenesten som innbærer at ansvaret for barneverntjenesten og sosialtjenesten overføres fra Rollag til Flesberg kommune. Formålet er å prøve ut en samorganisering av tjenestetilbudet, for å styrke og utvikle de aktuelle tjenestene og for å rekruttere og beholde fagutdannet personale. Forsøket innebærer blant annet et unntak fra barneverntjenestelovens krav om at hver kommune skal ha egen administrativ leder for barneverntjenesten.	2002-2005
Agdenes, Orkdal og Skaun	Et interkommunalt styre er ansvarlig for å utføre oppgavene kommunene har etter kapittel 5 og 6 i lov om sosiale tjenester, samt tjenester etter samme lov §§ 4-2 a) og 4-5 rettet mot brukergruppene etter kapittel 5 og 6. Formålet med forsøket er å styrke og effektivisere sosialtjenesten i regionen, og å etablere samarbeid mellom flere kommuner og staten for å samorganisere tjenestetilbudet mellom kommunene, Aetat og trygdeetaten i regionen for å gi brukere med sammensatte problemer et bedre tjenestetilbud.	2005
Kongsvinger og Eidskog	Kongsvinger kommune har ansvaret for å utføre de oppgaver Eidskog kommune har etter barnevernloven. Forsøket innebærer et unntak fra barnevernloven § 2-1 om at det i hver kommune skal være en administrasjon med en leder som har ansvar for oppgaver etter barnevernloven. Formålet med forsøket er å prøve ut en samorganisering av tjenestetilbudet for å styrke og utvikle de aktuelle tjenestene og for å rekruttere og beholde fagutdannet personale.	2004-2008
Hjartdal og Notodden	Notodden kommune har ansvaret for å utføre de oppgaver Hjartdal kommune har etter barnevernloven. Forsøket innebærer et unntak fra barnevernloven § 2-1 om at det i hver kommune skal være en administrasjon med en leder som har ansvar for oppgaver etter barnevernloven. Formålet med forsøket er å prøve ut en samorganisering av tjenestetilbudet for å styrke og utvikle de aktuelle tjenestene og for å rekruttere og beholde fagutdannet personale.	2004-2007

Kommuner	Innhold i det interkommunale samarbeidet	Forsøksperiode
Flatanger, Fosnes, Namdalseid, Namsos og Overhalla (Midtre Namdal regionråd)	Forsøk med overføring av myndighet til et interkommunalt barnevernkontor; Barneverntjenesten i Midtre Namdal. Kontoret er lokalisert i Namsos. Formålet med samarbeidet er å prøve ut en felles organisering og interkommunalt ansvar for tjenestetilbudet for å styrke og utvikle barneverntjenesten i regionen. Et større og mer robust fagmiljø skal bidra til en åpen og tilgjengelig tjeneste for brukerne, en aktiv forebyggende innsats i alle kommunene, bedre kompetanse og samarbeid med andre hjelpeinstanser, habilitet og rettssikkerhet i saksbehandlingen og en rask og effektiv saksbehandling.	2004-2008
Leka, Nærøy og Vikna	Vikna kommune har ansvaret for å utføre de oppgaver Leka og Nærøy kommuner har etter barnevernloven. Forsøket innebærer et unntak fra barnevernloven § 2-1 om at det i hver kommune skal være en administrasjon med en leder som har ansvar for oppgaver etter barnevernloven. Formålet med forsøket er å prøve ut en samorganisering av tjenestetilbudet for å styrke og utvikle de aktuelle tjenestene og for å rekruttere og beholde fagutdannet personale.	2005-2009
Levanger og Verdal (Innherrred samkommune)	Samarbeidsprosjektet er organisert med utgangspunkt i kommuneloven § 27 om interkommunalt samarbeid, men med et tillegg om at samarbeidsorganet (samkommunen) kan utøve forvaltningsmyndighet innen bestemte områder. Samarbeider blant annet om kommunehelsetjenesten, sosialtjenesten, barnevernstjenesten, voksenopplæring og PP-tjenesten og fra 2005 også servicekontor.	2004-2008
Rødøy, Lurøy og Træna <sup>4</sup>	Vedtatt sommer 2005 om å samarbeide om barnevern på bakgrunn av følgende begrunnelse: " Barnevernet står overfor store utfordringer. Dette har de siste årene vist seg i en generell kostnadsøkning. Kostnadsøkningen skyldes et økende behov for barnevernets tjenester, men også et kvalitativt bedre barnevern som er i stand til å fange opp problemer. Denne utviklingen forventes å forsette. For barnevernet er det et overordnet mål å styrke det forebyggende arbeidet for å dempe effekten av kostnadsutviklingen."	Er vedtatt etablert
Kristiansund, Averøy og Frei	Prosjektet "Nye metoder for endringsarbeid" som har som formål å etablere interkommunal tiltaksgruppe bestående av fire tiltakskonsulenter. Teamet skal skoleres for å igangsette og drive veiledning for foreldre. Prosjektet vil under opplæringsperioden gi tilbud til en gruppe på seks familier. Teamet vil prøve ut metoden familierådslag med målgruppe sammensatt av småbarnsforeldre med kontakt med barneverntjeneste, helsestasjon/skolehelsetjeneste og flyktnings-tjenesten. Prosjektet integreres som en del av virksomheten i barnevernet i de tre kommunene. Prosjektet støttes av Bufetat .	2005-2007

Kilder: <http://www.dep.no/krd/norsk/tema/kommune/forsok/>, oversikt over forsøk i vedlegg 5 i Stortingsproposisjon nr. 60 (2004-2005).

Et spesielt prosjekt som er avsluttet, og dermed ikke inngår i tabellen over, er det såkalte "Småkommuneprojektet" i regi av Fylkesmannen i Nordland (2002-2004). Prosjektet skulle bidra til å sikre kvalitet på tjenester, og god rettssikkerhet for brukere av sosial- og barnevernstjenestene i små kommuner. Det skulle bidra til å utvikle varige strukturer for samarbeid, bidra til utvikling, synliggjøring og formidling av kunnskapsgrunnlaget i småkommuner, bidra til utvikling av modeller, strukturer for dialog og utviklingsarbeid mellom småkommunene, undervisnings- og forskningsmiljøene. Evalueringsrapport skal foreligge ved utgangen av 2005.

<sup>4</sup> Kommunene er for øvrig en del av det såkalt "småkommuneprojektet" som er et samarbeid mellom fylkesmannen og 15 kommuner i Nordland KS, Høgskolen i Bodø og Nordlandsforskning (se omtale under tabellen).

Av forsøksprosjektene som pågår (tabellen over), har vi bare funnet en evaluering, og det er samarbeidet mellom Flesberg og Rollag kommune (se omtale av forsøket i tabellen over). Evalueringen, som er gjennomført av Telemarksforskning (Flermoen & Sanda, 2004), konkluderer at samorganiseringen er en god løsning for begge kommunene. Det å få økt stabilitet blant fagfolkene, og styrke fagmiljøet, var en sentral målsetting for samorganiseringen. Den gode bemanningssituasjonen koples direkte til samarbeidsprosjektet. De ansatte har fått flere kolleger å forholde seg til, og det innebærer blant annet at de kan drøfte saker, og utveksle kunnskap og erfaring. Man konstaterer også at brukerne raskt har tilpasset seg ordningen med hovedkontor og avdelingskontor, og at denne ordningen ikke oppfattes som et dårligere tjenestetilbud. Når det gjelder forhold til samarbeidspartnere rapporteres dette å være enten bedre, eller det samme som før. Utgiftfordelingen mellom kommunene synes å fungere bra. I forbindelse med styringsstruktur for den felles sosial- og barneverntjenesten har det imidlertid kommet fram at virkningene er forskjellige for kommunene: som godt synlig og med økt styrke (Flesberg) og med redusert kontakt med politisk og administrativ ledelse, samt fjernere fra de andre sektorene (Rollag).

### 3.6.2 Interkommunalt samarbeid via nettbaserte løsninger

#### *PPT kontorer knyttet sammen i et virtuelt større kontor*

Det er etablert et prosjektsamarbeid mellom Nordnorsk kompetansesenter og PP- tjenesten i Båtsfjord, Berlevåg og Vadsø. Prosjektet er ifølge hjemmesiden til Nordnorsk Kompetansesenter (<http://www.statped.no/nordnorsk/>) ment å skulle effektivisere samhandling, kompetanseoppbygging og rådgivnings- og veiledningsfunksjoner ved bruk av avstandsoverbyggende teknologi uten geografiske sperrer og strabasiose reiser langs en værhard Finnmarkskyst. Prosjektet knytter sammen små PPT -kontorer i et virtuelt større kontor som kan dra nytte av hverandres kompetanse i saker der det er behov for mer faglig styrke enn det enkelte kontor sitter inne med. Dette for å styrke kommunene slik at de i større grad blir selvhjulpne i sitt veilederansvar ovenfor skolene, fagpersoner og foreldre.

Erfaringene som gjøres gjennom prosjektet hvor avstandsoverbyggende teknologi brukes, vil kunne nyttiggjøres i andre opplæringsssammenhenger hvor adgangen til kompetente fagpersoner og fagmiljøer for mindre samfunn ofte er et stort problem.

Informasjon om prosjektet og resultatene derfra vil bli formidlet gjennom det fysiske og elektroniske nettet som både PPT og Nordnorsk kompetansesenter (NNK) er knyttet til. I tillegg har NNK en sentral rolle i utvikling og bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) i Statlig spesialpedagogisk støttesystem (Statped), samt bruk av IKT i spesialpedagogisk arbeid. Erfaringene fra prosjektet vil dermed også kunne formidles i en slik sammenheng.

#### *Interkommunal driftssentral for sensitive data*

De tre kommunene Re, Hof og Andebu har etablert et nytt og banebrytende samarbeid om behandling og sikring av sensitive personopplysninger. Prosjektet er beskrevet på <http://www.hoykom.no>. Sensitive personopplysninger innenfor sosial, barnevern, pleie og omsorg og PP- tjenesten fra flere kommuner er samlet i en felles database. Det er etablert felles brukerstøtte som tar i mot og følger opp alle henvendelser fra brukerne. Videre har kommunene startet et samarbeid om felles rutiner, maler, koder med mer.

En slik interkommunal sensitiv driftssentral er den første i sitt slag i Norge, og er et viktig bidrag til effektiviserings- og moderniseringsarbeidet i offentlig sektor. Prosjektet som er et prosjekt innenfor 9-kommunesamarbeidet i Vestfold, er støttet av Høykom-programmet.

#### *Modernisering av sosial- og barneverntjenesten i Nordfjordkommunene*

De syv Nordfjordkommunene Bremanger, Eid, Gloppen, Hornindal, Selje, Stryn og Vågsøy samarbeider om et prosjekt for å modernisere sosial- og barneverntjenesten, ved å ta i bruk

felles fagsystem og interaktiv video for saksbehandling. I forbindelse med Høykom - satsingen har Nordfjordkommunene gjennomført flere fellesprosjekt, og blant annet tatt i bruk et fiberbasert interkommunalt nett mellom kommunene. Prosjektet vil ta i bruk felles fagsystem for sosial- og barneverntjenesten samt interaktiv video i møter, saksbehandling og saksrettleiing på tvers av kommunegrensene. Prosjektet vil også prøve ut saksbehandling/saksveiledning på tvers av kommunale og statlige etater, og med private aktører.

### 3.7 Oppsummering

I dette kapitlet har vi sett på omfanget av interkommunalt samarbeid mellom tjenester som vedrører barn og unge. Vi har belyst dette gjennom presentasjon av data fra to datakilder: Kommunal organisasjonsdatabase og Database for interkommunalt samarbeid. Vi har supplert med informasjon om forsøksvirksomhet slik det framkommer i offentlige dokumenter og på Kommunal- og regionaldepartementets hjemmesider, samt i en studie gjort av Stien & Hansen (2002).

Tall fra Kommunal organisasjonsdatabase baserer seg på svar fra 340 kommuner, og viser at det generelt sett er vanlig med interkommunalt samarbeid innenfor enkelte tekniske tjenester, men at det samarbeides lite om individrettede tjenester som for eksempel barnehage og SFO (Hovik & Stigen, 2004). Databasen viser ikke tall fra PP- tjeneste og sosialtjenesten/barnevern.

Tall fra Database for interkommunalt samarbeid baserer seg i utgangspunktet på Brandtzæg & Sanda (2003) sin kartlegging med svar fra 303 kommuner i 2002. Denne kartleggingen viser at det er flest interkommunale samarbeid vedrørende administrasjon, styring og fellesutgifter. Kommunehelse er rangert som nest viktigste område å samarbeide om. Dette dreier seg først og fremst om tjenester som ikke direkte berører barn og unge, eksempelvis interkommunal legevakt og jordmor. Tolv prosent av samarbeidstiltakene er imidlertid innenfor Opplæring, og dreier seg først og fremst om tiltak vedrørende PP-tjeneste. Barnevern og barnehager representerer kun henholdsvis 1 og 0,3 prosent av tiltakene, målt i 2002. De siste årene er det imidlertid en rekke samarbeidstiltak som har blitt etablert, først og fremst innen barnevern, som ikke er blitt registrert i databasen.

Når det gjelder motiv for interkommunalt samarbeid vedrørende PPT (som representerer den største satsningen), viser Brandtzæg & Sanda (2003) at det viktigste begrunnelsen har vært å lage større og mer kompetente tjenesteenheter, samt å bedre mulighetene for å rekruttere/beholde fagfolk innen tjenesteområdet. Samarbeidet om PPT utgjør i første rekke sakskyndighetsoppgaver og faglig veiledning i forbindelse med spesialpedagogisk tilbud/opplegg etter skoleloven.

Den økende satsingen på interkommunale løsninger innen barnevern, har i stor grad de samme begrunnelsene som innen PPT, nemlig å øke faglighet. Dette gjøres gjennom: 1. samarbeid om felles barnevernstilling (men beholde vedtaksmyndighet innenfor hver kommune), 2. en eller flere kommuner overfører sin myndighet etter barnevernloven til en annen kommune for å avhjelpe problemer med tjenesteproduksjonen i kommunen (ved hjelp av forsøksloven), 3. flere kommuner går sammen om et ambulerende "team" som kan fungere som barneverntjeneste for flere kommuner. 4. et interkommunalt samarbeidsorgan.

Mye forsøksvirksomhet er i gang, og det gjenstår å se på hvilke erfaringer man har med de ulike modellene for samarbeid.



## 4 Samarbeid mellom statlige og kommunale tjenester

MARIAN ÅDNANES

Samarbeid på tvers av forvaltningsnivå er viktig for utvikling av helhetlige tjenestetilbud. Et godt samspill har avgjørende betydning i forhold til barn og unge som mottar tjenester fra flere forvaltningsnivå.

I det følgende ser vi på *omfanget* av samarbeid mellom ulike kommunale og statlige tjenester<sup>5</sup> vedrørende barn og unge, og dels også innholdet i slikt samarbeid. For å belyse dette benyttes først og fremst offentlige data, og nyere kvantitative studier og evalueringer. Fokuset i framstillingen er å se på omfang av samarbeid mellom kommunale tjenester og sentrale instanser som: behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten, ambulerende team, Aetat, Statped, og Bufetat<sup>6</sup>.

Vi vil til slutt i kapitlet gi eksempler på aktuelle og pågående tiltak, og forvaltningsmessige endringer, der målet er å oppnå mer samarbeid mellom kommunale og statlige tjenester rettet mot barn og unge.

### 4.1 Offentlige dokumenter om samarbeid mellom forvaltningsnivå

Oppgavefordelingen mellom stat, fylke og kommune er under debatt og endring (jfr. NOU 2000:22, St.meld. nr. 31, 2000-2001, St.meld. nr. 19, 2001-2002, og NOU 2005:3). Endringene har også betydning for oppgavefordeling og organisering på barne- og ungdomsområdet.

I lov om helseforetak, vedtatt i april 2001 (Ot.prp. 66, 2000-2001) vektlegges det statlige helsepolitiske ansvaret i forhold til å samordne og styrke samarbeidet mellom de ulike delene av helsetjenesten. Når det gjelder psykisk helsevern presiseres at det er et overordnet mål å utvikle en spesialisthelsetjeneste som fungerer på kommunenes og brukernes premisser. Derfor legges hovedvekten i det konkrete utbyggings- og omstrukturingsarbeidet innen psykisk helsevern på å sikre et helhetlig tilbud til den enkelte bruker, hvor samarbeid med kommunale og andre førstelinjetjenester står sentralt. Denne typen samarbeid er viktig for alle deler av spesialisthelsetjenesten, og de statlige regionale helseforetakene må derfor søke å fungere på disse premissene.

---

<sup>5</sup> Fylkesnivået er utelatt, på bakgrunn av de forvaltningsmessige endringene som innebar at fylkeskommunens ansvarsområde innen helseomsorg ble overført til staten i januar 2002. Videre ble barnevern, rusmisbruk og familievern, overført til Staten fra januar 2004.

<sup>6</sup> Barne-, ungdoms- og familieetat direkte underlagt Barne- og familiedirektoratet.

## 4.2 Kilder vedrørende samarbeid mellom forvaltningsnivå

Når det gjelder data vedrørende omfang av samarbeid mellom forvaltningsnivå er flere kilder benyttet: SSBs Hjulet, data fra survey i alle landets kommuner i forbindelse med evaluering av Opptrappingsplanen i Psykisk helse (SINTEF Helse og NIBR), litteratursøk i Bibsys, departementenes hjemmesider samt gjennomgang av årsrapporter.

SSBs Hjulet gir informasjon om samarbeid mellom psykisk helsevern og helsestasjons- og skolehelsetjenesten, samt mellom Aetat og kommunene vedrørende personer med psykiske lidelser.

Litteratursøk etter aktuelle studier vedrørende omfang av samarbeid mellom kommunale og statlige tjenester til barn og unge er foretatt i BIBSYS' følgende baser: Bibliotekbasen, Forskpub, Forskpro. Følgende søkebegrep er brukt: "samarbeid kommune", og "samarbeid", kombinert med hver enkelt kommunal tjeneste: skole, barnehage, SFO, PPT, barnevern, sosialkontor, sosialtjeneste, helsestasjon, skolehelsetjeneste. For øvrig ble det søkt etter: "kommune habilitering" og "habilitering samarbeid". Når det gjelder samarbeid med politietaten ble det søkt etter: "politi samarbeid", "politi kommune", "kriminal? samarbeid" og "kriminal? kommune".

Søket ble avgrenset til de siste fem år (2000-2005). Selv om studiene gjerne omfatter flere problemstillinger, vil vi her kun omtale resultater som omhandler omfang av samarbeid, og til dels også innholdet i samarbeid mellom kommune og stat.

Vi har også sett etter større, pågående tiltak der samarbeid mellom forvaltningsnivå er det sentrale. Her har vi benyttet departementenes hjemmesider, med lenker til publikasjoner eller annen offentliggjøring av tiltak. I tillegg har vi sett på hjemmesidene til Bufdir/Bufetat samt de underliggende regionkontorene og Statped, samt de mest sentrale kompetanse-sentra underlagt Statped.

For øvrig er årsrapporter benyttet for å skaffe et inntrykk, der vi ikke har funnet annen statistikk eller litteratur som omhandler temaet omfang av samarbeid.

### 4.2.1 Samarbeid mellom kommunale tjenester og psykisk helsevern

#### SAMARBEID IFØLGE OFFENTLIG STATISTIKK

I forbindelse med Opptrappingsplanen i psykisk helse har Sosial- og helsedirektoratet gjennomført kartlegging av kommunene i forhold til en rekke målsettinger i planen. Noen av disse variablene er tilgjengelig i Statistisk Sentralbyrå (SSB) sin database Hjulet. Når det gjelder samarbeid vedrørende barn og unge er følgende spørsmål stilt: Har kommunen fast, strukturert samarbeid med spesialisthelsetjenesten (psykisk helsevern) om barn og unge?

Tabell 4.1 Etablert samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og psykisk helsevern vedrørende psykisk helsetilbud til barn og unge (N=434).

	Har samarbeid med spesialisthelsetjenesten (prosent)	N
Færre enn 3 000 innbyggere	57	90
Mellom 3 000 og 15 000 innbyggere	84	131
Mellom 15 000 og 40 000 innbyggere	53	24
Over 40 000 innbyggere	76	13
Total	60	258

Kilde: Hjulet, SSB.

Tabellen viser at totalt 60 prosent av kommunene svarer at de har etablert et fast og strukturert samarbeid med psykisk helsevern for barn og unge. Det er imidlertid ganske store forskjeller mellom kommunegrupper her. I størst grad er det etablert samarbeid blant kommuner som har mellom 3 000 og 15 000 innbyggere, der hele 84 prosent oppgir at de har slikt samarbeid. Også blant de største kommunene er slikt samarbeid utbredt. Minst samarbeid er det i kommuner mellom 15 000 og 40 000 innbyggere, samt kommuner med færre enn 3 000 innbyggere.

Når det gjelder samarbeid mellom kommunal helsestasjons- og skolehelsetjeneste og psykisk helsevern er følgende spørsmålet stilt til kommunene: Har helsestasjons- og skolehelsetjenesten etablert rutinemessig forpliktende samarbeid (med formelle avtaler, regler og rutiner) med spesialisthelsetjenesten (for eksempel habiliteringsteam, barne- og ungdomspsykiatriske avdelinger og andre sykehusavdelinger)?

Tabell 4.2 Etablert samarbeid mellom helsestasjons- og skolehelsetjeneste og psykisk helsevern (N=434).

	Samarbeid mellom helsestasjons- og skolehelsetjeneste og psykisk helsevern (prosent)	N
Færre enn 3 000 innbyggere	57	90
Mellom 3 000 og 15 000 innbyggere	66	140
Mellom 15 000 og 40 000 innbyggere	67	30
Over 40 000 innbyggere	65	11
Total	62	271

Kilde: Hjulet, SSB.

Over 60 prosent av kommunene svarer at det fins et etablert samarbeid mellom helsestasjons- og skolehelsetjenesten i kommunen og spesialisthelsetjenesten, mens i underkant av 40 prosent svarer at slikt samarbeid ikke eksisterer. Det er i mindre grad etablert samarbeid med spesialisthelsetjenesten i de minste kommunene, sett i forhold til kommuner med mer enn 3000 innbyggere. I disse er det etablert slikt samarbeid i om lag 2 av 3 kommuner.

Når det gjelder aldersgruppen 16-18 år er det aktuelt med samarbeid mellom kommunen og Aetat. I SSBs database Hjulet fins data om kommunenes *totale* samarbeid med Aetat (ikke bare i forhold til denne aldersgruppen). Data er basert på følgende spørsmål: Har kommunen samarbeid med Aetat om tilbudet til mennesker med psykiske lidelser (regelmessige møter og/eller kontakt etter behov). Tabellen viser kommuner som samarbeider, sett i forhold til kommunestørrelse.

Tabell 4.3 Kommuner som har samarbeid med Aetat om tilbudet til mennesker med psykiske lidelser (N=434).

	Har samarbeid med Aetat (prosent)	N
Færre enn 3 000 innbyggere	74	118
Mellom 3 000 og 15 000 innbyggere	84	179
Mellom 15 000 og 40 000 innbyggere	73	33
Over 40 000 innbyggere	82	14
Total	79	344

Kilde: Hjulet (SSB)

Tabellen viser at totalt 79 prosent av kommunene oppgir at de har et samarbeid med Aetat, basert på regelmessige møter og/eller kontakt etter behov. I størst grad er det etablert samarbeid i kommuner med innbyggertall mellom 3 000 og 15 000 innbyggere samt i de største kommunene.

Data som SINTEF Helse og NIBR har samlet inn viser at kommuner som har samarbeids-møter på et overordnet nivå, og ofte har samarbeidsmøter med Aetat om enkeltbrukere, har betydelig høyere antall brukere per 1 000 innbyggere som får sysselsettingstiltak enn kommuner som ikke har en slik samarbeidsform (Ose & Kalseth, 2004).

#### STUDIER SOM VISER OMFANG AV SAMARBEID MELLOM KOMMUNALE TJENESTER OG PSYKISK HELSEVERN

I en studie av behandlernes og brukernes vurderinger av behandlingstilbudet, ser man også på samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten (BUP) og kommunale tjenester (Andersson, Ose, & Sitter, 2005). Materialet består av 5 997 barn, registrert som pasienter ved 61 av landets i alt 70 aktuelle poliklinikker.

Det går fram av studien at det for nær halvparten av pasientene hadde vært kontakt mellom BUP og pedagog i skolen. Videre var det kontakt med PP- tjeneste for 37 prosent av barna. Øvrige tjenester var mindre sentrale. Det var kontakt med BUP og barnevern vedrørende en fjerdedel av pasientene, og med fastlege vedrørende 19 prosent av pasientene, og med helsesøster og spesialpedagog vedrørende 13 prosent av pasientene. Studien sier ikke noe om hyppigheten av kontakt.

Behandlerne oppga videre at det for i alt 10 prosent av pasientene var et udekket behov for samarbeid mellom BUP og PP- tjenesten, og at 7 prosent av pasientene hadde et udekket behov for samarbeid mellom helsesøstertjenesten og BUP. Behandlernes etterspørsel etter samarbeid med barnevernet omfattet 7 prosent av pasientene.

Ifølge behandlerne var det om lag en tredjedel av pasientene som var omfattet av et "middels bra" eller "dårlig" samarbeid mellom BUP og en av de kommunale instansene. Særlig var samarbeidet med PP- tjeneste, barnevern, fastlege og sosial omsorgstjeneste vurdert til å fungere mindre optimalt (vurdert til "middels bra" eller "dårlig" for mellom 37 og 44 prosent av pasientene)

I en studie som vurderer Opptappingsplanens effekt på det psykiske helsearbeidet for barn og unge i kommunene, ser man også på omfanget av samarbeid mellom kommunale tjenester (PPT og helsesøstertjenesten) og BUP (Andersson, Røhme & Hatling, 2005). Materialet består av spørreskjemaundersøkelse om blant annet arbeidsformer og organisering blant ledere ved PP- tjenesten (N=40), og blant ledende helsesøstre (N=55). Videre er studien basert på en kartlegging av barn og ungdommer ved henholdsvis helsesøster-tjenesten (N=3 065) og PPT (N=3 168) våren 2004.

Det går fram av studien at helsesøstertjenesten har faste, formaliserte møter med BUP i 38 av 55 kommuner (69 prosent). Videre oppgir 40 av de 55 kommunene at BUP aldri deltar i utarbeidelsen av individuelle planer.

I PP- tjenesten er det 23 av 40 kommuner (57 prosent) som oppgir at de har faste, formaliserte møter med BUP. Her oppgir 15 av de 40 kommunene at BUP aldri deltar i utarbeidelsen av individuelle planer.

Basert på pasientdataene viser studien videre at helsesøster samarbeider med BUP vedrørende 18 prosent av barna/ungdommene. Studien viser også at det ikke har vært vesentlig endring i perioden 2002-2004, og at det oftere er samarbeid mellom helsesøster og BUP i de minste kommunene (<3000 innbyggere under 18 år). For øvrig dokumenteres høyere sannsynlighet for samarbeid mellom helsesøster og BUP når barnet har tydelige og alvorlige vansker, samt økt sannsynlighet for samarbeid vedrørende barn i skolealder, og da særlig om ungdommer.

Når det gjelder PPT, samarbeider de med BUP vedrørende 23 prosent av pasientene. Omfanget av samarbeid har blitt redusert med 10 prosent fra 2004 til 2002. I likhet med resul-

tatet for helsesøstertjenesten dokumenterer studien betydelig økt sannsynlighet for at PP-tjenesten og BUP samarbeider når barnet/ungdommen har tydelige og alvorlige psykiske vansker, og når det er snakk om barn i skolealder, og særlig ungdommer.

I en helt ny studie av fastlegens tilbud overfor barn og unge med psykiske vansker (Andersson & Tingvoll, 2005), går det fram av intervjuer med fastleger og helsesøstere, at det er lite faste rutiner og strukturert samarbeid mellom fastlegen og andre sentrale instanser. Studien påpeker at initiativ for å øke kontaktflaten mellom BUP og fastlegene styrker samarbeidet og kommunikasjonen, men at det er en utfordring å finne en fast modell, eller faste rutiner for samarbeidet mellom BUP og fastlege. Resultater fra en kvantitativ brukerundersøkelse, presentert i samme studie, underbygger funn fra intervju-materialet. Måling av brukernes tilfredshet viser at fastlegens samarbeid med andre instanser er den dimensjonen ved tilbudet som brukerne er minst fornøyde med. Både helsesøstere og fagpersoner i BUP mener at det psykiske helsetilbudet til barn og unge kan bli bedre gjennom større grad av involvering fra fastlegen i aktuelle saker.

En studie om samarbeid mellom barne- og ungdomspsykiatriskavdeling ved Molde sjukehus og kommunale tjenester med ansvar for barn og unges psykiske helse omfatter kommunene i Romsdal samt fire kommuner på Nordmøre (Gylseth, 2004). Undersøkelsen har flere problemstillinger, som for øvrig er omtalt i kapittel 8. Her er vi interessert i studiens funn vedrørende omfanget av samarbeidet som går på tvers av forvaltningsnivå.

Studien er basert på spørreskjema til personer i 12 kommuner i BUA Molde sitt ansvarsområde. Skjemaet ble tilsendt 164 personer, og svarprosenten var på 76. Videre ble spørreskjema tilsendt alle ansatte ved BUA, til sammen 30 ansatte. Svarprosenten var på 100.

Alle ansatte ved BUA oppga å ha vært med på samarbeidsmøter med kommunene, tilsvarende oppga 90 prosent av de kommunale tjenestene at de hadde samarbeidet direkte med BUA i løpet av de siste to årene. Over 40 prosent av de kommunalt ansatte som hadde vært med på slike møter, hadde vært med på mer enn fem samarbeidsmøter de siste to årene, og ca 40 prosent hadde vært med på to til fem slike møter. Tilsvarende svarer 96 prosent av de ansatte ved BUA at de har vært med på over fem slike møter siste to år. Hele 60 prosent hadde vært med på mer enn 20 samarbeidsmøter de siste to årene.

Av de ansatte i kommunale tjenester som har samarbeidet med BUA de siste to åra, er det 95 prosent som hadde slik erfaring knyttet til henvisning av pasient. Når det gjelder samarbeidsmøter oppga 13 prosent at de ikke har deltatt på slike, 6,5 prosent har deltatt en gang, 39 prosent har deltatt 2-5 ganger, og 41 prosent mer enn fem ganger. I BUA oppga mer enn halvparten at de har hatt mer enn 20 samarbeidsmøter med kommunene siste to år.

Når det gjelder samarbeid om pasienter der det er delt ansvar for oppfølging, og der samarbeidet dreier seg om henvendelse til BUA for å få råd, oppga nesten halvparten av de kommuneansatte at de hadde hatt to til fem slike møter de siste to år, og fra 16-23 prosent at de hadde hatt mer enn fem slike samarbeidskontakter. Tilsvarende oppga over 60 prosent av de BUA ansatte at de hadde hatt mer enn 20 møter om pasienter som har kommunal oppfølging.

Forøvrig oppga 54 prosent av respondentene fra de kommunale tjenestene (som oppgir at de har samarbeidet med BUA) at de aldri hadde mottatt råd på initiativ fra BUA, 34 prosent hadde mottatt råd mer enn to ganger siste to år. 47 prosent av hadde ikke mottatt opplæring fra BUA. 17 prosent hadde mottatt opplæring ved mer enn to anledninger. I BUA oppga 30 prosent at de hadde hatt mer enn 20 møter der de har gitt rådgivning i tilknytning til barn man samarbeider om, og 62 prosent at de hadde hatt mer enn 10 slike møter siste to år.

Også BUA rapporterer minst samarbeid omkring opplæring: 24 prosent hadde ikke drevet med opplæring, og 45 prosent en til fem ganger. Nesten alle (93 prosent) hadde gitt råd ved kontakt fra kommunetjeneste for anonym drøfting av saker, men bare 25 prosent av de ansatte hadde deltatt i slik rådgivning mer enn 10 ganger siste år.

Når det gjelder hvilken instans/team man hadde mest kontakt med, oppgis fra BUA sin side at man hadde mest (og omtrent like mye) kontakt med helsesøstertjenesten, PP- tjenesten, barneverntjenesten og skole. Alle medarbeidere i BUA hadde hatt kontakt med alle disse tjenestene. Over 58 prosent av medarbeiderne hadde hatt kontakt med hver enkelt av disse tjenestene mer enn 10 ganger siste to år. Noe mindre kontakt var det med fastleger og barnehager. Når det gjelder faggrupper, rapporterer BUA mest kontakt med barneverns- pedagog/sosionom, så kommer pedagog, psykolog, sykepleier/helsesøster og lege. Kommunene rapporterer mest kontakt med psykologer (som var den mest tallrike gruppen ved BUA), deretter lege, pedagog, sosionom, barnevernspedagog, ergoterapeut og miljø- terapeut.

Fra de kommunale tjenestene sin del var det rapportert mest kontakt med generaliste teamet, individualteamet og nevroteamet i BUA. Dette hadde sammenheng med aldersfordeling av pasienter henvist til BUA, og fordeling av sakene på team.

#### SAMARBEID OM BARN OG UNGE MED HYPERKINETISKE FORSTYRRELSER/ADHD

I en nasjonal kartlegging av tjenestetilbud til barn og ungdom med hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD studeres også samarbeid mellom ulike tjenester, slik behandlere i henholdsvis BUP, behandlingshjem og klinikker samt i PP- tjeneste opplever det (Andersson, Ådnes & Hatling, 2004). Studien ser blant annet på hvilke instanser og aktører som er involvert i samarbeid om tiltak overfor barnet/ungdommen, og hvilke av disse, som etter behandler sin vurdering *burde* vært involvert. Utvalget av pasienter i BUP er på 3 160 barn og unge, mens utvalget i institusjon er på 88. Utvalget i PPT er på 1 608 barn og unge.

Det framgår at behandlere i BUP oppgir at PPT er involvert i over 70 prosent av sakene, mens om lag ett av tre barn også får hjelp av en spesialpedagog. Fastlegen er involvert i samarbeid i 30 prosent av sakene, mens 16 prosent får hjelp fra helsesøster. De øvrige instansene, som somatisk helsevesen og barnehabilitering er i relativt liten grad involvert. Behandleren etterspør større grad av medvirkning fra fastlegen og fra PP- tjenesten, og mener at henholdsvis 7 og 6 prosent av pasientene ville hatt et mer adekvat tilbud dersom disse instansene var involvert.

Av kartleggingen blant behandlere ved behandlingshjemmene og klinikkene går det fram at det er pedagog i skole, PPT og annen BUP- institusjon som i høy grad er involvert i samarbeid om tiltak (over 70 prosent). Annen spesialisthelsetjeneste, som somatisk sykehus og barnehabiliteringen er involvert i om lag en av ti saker. Øvrige kommunale instanser som fastlege og helsesøster, er i mindre grad involvert. Dette er da også de instansene som behandlerne i BUP i størst grad etterspør medvirkning fra. For i alt 17 prosent av sakene, savner behandler medvirkning fra fastlegen, mens bidrag fra helsesøster etterspørres i 10 prosent av sakene.

Når det gjelder PPT sitt arbeid med barn og unge med hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD, opplever saksansvarlig at samarbeidet med andre involverte instanser og aktører ikke fungerer optimalt. For i alt 19 prosent av klientene fungerer samarbeidet mellom PPT og habiliteringstjenesten dårlig. For like mange klienter er det oppgitt å være et dårlig samarbeid med barneavdelinger ved somatiske sykehus.

#### SAMARBEID MELLOM KOMMUNE OG AMBULERENDE TEAM

Når det gjelder samarbeid mellom kommunene og ambulerende team i spesialisthelsetjenesten, finner Ose & Kalseth (2004), og Myrvold (2004) at 56 prosent (N=141) av utvalget svarer at de får besøk av slik team. Av de som får besøk av ambulerende team, er det 66 prosent som får besøk av ambulerende team med ansvar for barn og unge. Til en viss grad er besøk fra ambulerende team fra spesialisthelsetjenesten vanligere i små kommuner (Ose & Kalseth, 2004).

Når det gjelder veiledning fra psykisk helsevern til kommunene vedrørende enkeltbrukere blant barn og unge, viser de samme studiene at kun 6 prosent oppgir at de mottar veiledning fra psykisk helsevern til faste tider. Over halvparten av alle kommuner som har svart (N=277), oppgir at de får veiledning ved behov. Imidlertid er resultatet usikkert ettersom en tredjedel av kommunene i utvalget ikke har svart på dette spørsmålet. En sannsynlig årsak er at det er psykiatrikoordinator for voksne som oftest har besvart skjemaet. Det fins ingen egen tjeneste vedrørende psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene, ettersom arbeidet er fordelt på de ulike eksisterende tjenester.

#### 4.2.2 Eksempler på pågående samarbeidstiltak mellom kommunale tjenester og psykisk helsevern

Regjeringen besluttet våren 2005 å bevilge 50 mill. kroner til ekstraordinære tiltak innen psykisk helse i fire storbyer (Oslo, Stavanger, Bergen og Trondheim). Bakgrunnen for beslutningen, ifølge pressemeldingen, er at styrkingen gjennom Opptrappingsplanen for psykiske helse ikke ser ut til å ha nådd fram til denne gruppen i tilstrekkelig grad. I denne satsingen er det to tiltak som retter seg spesifikt mot barn og unge, og samarbeid mellom sektorer og forvaltningsnivå. Disse er kort som beskrevet under.

##### STYRKING AV BEHANDLINGSTILBUDET FOR DE MEST RESSURSKREVENDE BARN (STAVANGER)

Stavanger kommune ønsker å gi et helhetlig tilbud gjennom å etablere et tettere samarbeid mellom kommunen, fylkeskommunen, barne- ungdomspsykiatrien og barne- og familie-tjenesten til fem barn i barne- og ungdomsskolealder som har omfattende og alvorlige psykiske lidelser, og som har store vansker med å fungere i vanlig skole

Det dreier seg om tverrfaglig samarbeid ut fra prinsippet om "En dør inn til kommunale og spesialiserte tjenester for barn og unge med psykiske lidelser". Tiltaket vil være et samarbeid mellom ulike sektorer i kommunen, Helse Stavanger HF, Rogaland fylkeskommunes skoletilbud, Møllehagen, og Bufetat. Tiltaket skal munne ut i et kunnskaps- og ressurscenter der foreldre og barn og ungdom med alvorlige psykiske lidelser lettere skal få samordnet oppfølging og støtte.

##### STYRKING AV SAMARBEID MELLOM BARNE- OG FAMILIEETATEN (OSLO) OG BUP

På bakgrunn av økende problematikk med alvorlig psykisk syke barn og unge søker man gjennom tiltaket å styrke samarbeidet mellom barne- og familieetaten (BFE) i Oslo kommune og barne- og ungdomspsykiatrien ved Ullevål universitetssykehus (BUP). Barne- og familie-etaten ser et behov for å styrke den praktiske kompetansen i institusjoner som huser barn og unge i denne kategorien. Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten er avgjørende for å etablere et langsiktig hjelpetiltak til en meget utsatt gruppe. Det dreier seg om barn og unge med store problemer og som ofte lever under svært vanskelige forhold.

Det søkes også om å styrke barnevernvaktens kompetanse i forhold til barn med alvorlig psykisk lidelse som de kommer i kontakt med ved å ansette medarbeidere med spesialkompetanse innen psykiatri.

### 4.3 Samarbeid om re -og habilitering

Det kommunale hjelpeapparatet har basisansvar for habilitering og rehabilitering av barn og unge, og er pålagt å etablere en koordineringsfunksjon på systemnivå (Forskrift om habilitering og rehabilitering av 1.7.2001). Kommunens arbeid i forhold til habilitering og rehabilitering er allerede tatt opp i kapittel 2. Her ser vi på kunnskap vedrørende omfang av samarbeid mellom de kommunale og statlige tjenestene, knyttet til habilitering og rehabilitering.

Spesialisthelsetjenesten vil ha det overordnede ansvaret for diagnostikk, behandling og veiledning: barneavdelinger i sykehus, eller andre avdelinger i forhold til særskilte sykdommer. Videre utgjør Barnehabiliteringstjenesten (knyttet til sykehus) samt Statlig spesialpedagogisk støttesystem sentrale statlige tjenester. Når det gjelder sistnevnte omtales denne i punktet under. Barnehabiliteringstjenesten skal sørge for nødvendig undersøkelse og utredning av barn som er henvist (<http://www.barnehabilitering.net/>). De skal gi råd og veiledning i forhold til tiltak til barnet/ungdommen selv, foreldre og til kommunale instanser. Viktigheten av samarbeid mellom de ulike tjenestene går fram av Rundskriv I-3 (2004) fra fire departementer.

#### 4.3.1 Omfang av samarbeid

Vi finner ikke offentlig statistikk vedrørende omfang av samarbeid knyttet til habilitering og rehabiliteringstjenester, og vi har bare funnet et par kvantitative studier registrert i Bibsys (de siste fem årene) vedrørende dette temaet. I en studie gjennomført av SKUR foretas en kartlegging av i hvilken grad koordineringsfunksjonen for re - og habiliteringsvirksomheten er etablert i kommunene (Moen, 2004), som for øvrig er omtalt i kapittel 3. Kartleggingen er gjennomført i fylkene Troms, Møre og Romsdal og Buskerud. 73 av totalt 84 kommuner ble intervjuet (87 %). Studien ser blant annet på om kommunens koordinerende enhet fungerer som et fast kontaktpunkt overfor spesialisthelsetjenesten ved henvendelser angående re - og habilitering. Av de 73 kommunene var det 41 som oppga at de hadde koordinerende enhet. Av disse 41 var det 18 (48 prosent) som oppga at de fungerte som kontaktpunkt overfor spesialisthelsetjenesten. På spørsmål om enheten har et formalisert samarbeid med koordinerende enhet for re - og habilitering i spesialisthelsetjenesten i regionen svarer halvparten av enhetene bekreftende. Studien konkluderer at tilfeldighet og mangel på systematikk preger praksis når det gjelder koordinerende enhet på kommunalt nivå sitt samarbeid med statlige instanser, inkludert spesialisthelsetjenesten.

I en annen rapport fra SKUR presenteres resultat fra en undersøkelse av kommunenes og habiliteringstjenestens kjennskap til og bruk av kompetansesentra for sjeldne funksjonshemninger (Rønning, 2004). Utvalget består av ledende helsesøster, kommunelege 1, leder for pleie- og omsorgssektoren og leder for PPT. Svarprosenten var svært lav. I undersøkelsen konstateres at det er PPT som har størst kjennskap til og bruk av tjenester fra kompetansesentrene/kompetansesystemene, med unntak av Institutt for sjeldne diagnoser (ISD). Her er det kommunelege som har mest kjennskap. Kommunen og habiliteringstjenesten gir en gjennomgående positiv vurdering av alle typer tjenester, men særlig positiv vurdering av tjenester som ytes som følge av definerte behov, for eksempel veiledningsbesøk og hjelp til utredning og diagnostisering. Undersøkelsen understreker behovet for spredning av informasjon om kompetansesystemene på best mulig måte, ettersom kommuner og habiliteringstjenester synes å ha problemer med å navigere i systemet.

#### 4.3.2 Eksempler på tiltak i forhold til å bedre samarbeidet

Når det gjelder samarbeid og samhandling mellom statlige og kommunale tjenester, legger Strategiplan for habilitering av barn (2004), vekt på at habiliteringstjenesten i spesialisthelsetjenesten samarbeider med kommunene om lokale tiltak, og gir veiledning og deltar i planleggingsarbeid både i forhold til organisering i kommunen og tiltak rundt den enkelte bruker – inkludert samarbeid om individuell plan. Her vurderes behov for særskilte tiltak knyttet til det å få etablert gode, faste rutiner for samarbeid mellom ulike nivåer og etater på et tidlig stadium.

### 4.4 Samarbeid om opplæringstjenester

Skole, barnehage, PP- tjenesten utgjør opplæringstjenester på kommunalt nivå. På statlig nivå utgjør Statped et støttesystem som skal gi faglig spesialpedagogisk bistand på høyt nivå



i et nært og forpliktende samarbeid med oppdragsgivere (tjenestene) på det kommunale nivået. Systemet har en opplæringsbasert faglig og administrativ forankring (Statped, 2005). Statped består av 16 statlige, spesialpedagogiske kompetansesentre, samt 14 private enheter som Statped kjøper tjenester av.

Statped skal være en supplerende og spisskompetent tjeneste som bistår kommunene, der hvor disse ikke har tilstrekkelige forutsetninger for å imøtekomme brukernes behov. Regional tjenesteyting må i hovedsak rettes mot PP- tjenesten, men også mot opplæringsansvarlige og mot ulike opplæringsarenaer i kommuner og fylkeskommuner (Utdanningsdirektoratet, 2005).

Utredninger ved sentrene er definert som undersøkelse, observasjon, diagnostisering eller andre former for avklaring av vansker hos barn og unge, samt forslag til tiltak og tjenester, knyttet til å få satt i gang aktuelle tiltak.

#### 4.4.1 Omfang av samarbeid

Vi har ikke funnet offentlig statistikk eller studier som viser omfang av, eller innhold i samarbeid mellom opplæringstjenester i kommunene og det statlige spesialpedagogiske støttesystemet. Statpeds årsmeldinger gir et visst inntrykk av omfanget av kontakt, basert på antallet utredninger. Det framgår av årsmelding for 2003 at totalt 4 505 ordinært finansierte og 136 oppdragsfinansierte utredninger ble registrert i 2003 (Statped (2004)). Statistikken viser en relativt stor økning fra året før, spesielt innenfor områdene språk, tale-, lese og skrivevansker, og sammensatte lærevansker. Årsmeldingen påpeker imidlertid usikkerhet ved statistikken, basert på endringer i registreringstekniske forhold. Når det gjelder geografisk fordeling av utredningssaker i forhold til befolkningstall, viser statistikken en "overrepresentasjon" av saker i Nordland og Finnmark, og en "underrepresentasjon" i Oslo. Det vil si at Oslo har lite rådgivnings- og konsultasjonsvirksomhet, sett i forhold til folketallet. Det samme gjelder til en viss grad for Rogaland og Hordaland. For øvrige fylker er det ikke store forskjeller.

I tillegg til at det statlige spesialpedagogiske støttesystemet bistår i utredning av barn og unge, gjennomføres en rekke kompetansehevende tiltak overfor kommunene. De fleste dreier seg om spesialpedagogisk kompetanseheving. Noen har også økt samarbeid på tvers av forvaltningsnivå som sentral målsetting. Ved litteratursøk har vi ikke funnet evalueringer av slike tiltak (jfr definisjon av litteratursøk pkt. 2.3). En del prosjekter er imidlertid beskrevet på kompetansesentrenes hjemmesider. Under følger noen eksempler på tiltak som har samarbeid på tvers av forvaltningsnivå som delmålsetting.

#### 4.4.2 Eksempel på pågående samarbeidstiltak vedrørende opplæringstjenester

##### SAMHANDLINGSNETTVERK VEDRØRENDE MULTIFUNKSJONSHEMMEDE

I 2001 ble det etablert et samhandlingsnettverk vedrørende brukergruppen multifunksjonshemmede. Nettverket er mellom Nordnorsk kompetansesenter, Døvblindesenteret i Nord-Norge, Spesialpedagogisk senter i Nordland og Samisk spesialpedagogisk støtte. Bakgrunnen er at denne brukergruppen er sammensatt, noe som krever tverrfaglighet, helhetstenkning og spisskompetanse.

Fagnettverket arbeider med utgangspunkt i den kommunale tjenesten, og bidrar til at brukeren får et optimalt opplæringstilbud i lokalmiljøet. Fagkonsulentene har ulik utdanningsbakgrunn og yrkeserfaring. Til sammen utgjør de et tverrfaglig team med bred kompetanse på området.

##### TVERRFAGLIG TIDLIG INTERVENSJON

Prosjektet Tverrfaglig tidlig intervensjon er et samarbeidsprosjekt mellom Nordnorsk Kompetansesenter, Barnehabiliteringen Helse Finnmark, Samisk Spesialpedagogisk Støtte, PPD for Midt-Finnmark og Syns- og Audiopedagogtjenesten. Prosjektet har hatt fokus på

tidlig oppdaging av barn med diffuse eller vage vansker, og hvor omkostningene ved å ikke komme tidlig inn med avdekking og tiltak blir relativt store for både barn og foresatte. Prosjektet har handlet både om hvordan kompetanseinstitusjoner i et fylke sammen kan arbeide for å heve kompetanse og ferdigheter, og om hvordan kommunene selv har valgt å arbeide med utfordringer innen området tverrfaglig tidlig intervensjon.

#### SAMHANDLING GJENNOM KOMSA

Kommunikasjons- og samhandlingsnettverket KomSa eies av Statlig spesialpedagogisk støttesystem, og benyttes daglig av alle ansatte i virksomheten. Systemet er også tilgjengelig for samarbeidsparter fra hele landet, og fagpersoner, brukerorganisasjoner og brukergrupper kan opprette trygge arenaer for kommunikasjon og samhandling. Faglige nettverk fra hele landet benytter KomSa for å etablere sikre, lukkede fora.

#### SAMARBEIDSFORUM

Flere av kompetansesentra under Statped har opprettet såkalte Samarbeidsforum. Samarbeidsforum skal, med utgangspunkt i brukernes og oppdragsgivernes interesser, sørge for å gi ledelsen nødvendige råd i forhold til daglig drift og utvikling av senterets tjenestetilbud, samt bidra til at det etableres og utvikles en god dialog og et godt samarbeid mellom senteret, brukerne og oppdragsgiverne (kommunale tjenester).

## 4.5 Samarbeid om barnevern

Fra januar 2004 er det Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat) som er den aktuelle statlige instanser i forhold til å gi barn, unge og familier som trenger hjelp og støtte, tiltak med høy og riktig kvalitet uansett geografisk plassering i Norge. Det fylkeskommunale barnevernet er lagt ned. Bufetat er organisert i fem regioner med Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) som hovedkontor i Oslo. Bufetat har 26 regionale fagteam for barnevernet. Fagteamene er kommunenes kontakt til det nye barnevernet. Teamene skal arbeide nært sammen med det kommunale barnevernet og andre kommunale tjenester for barn, ungdom og familier.

Fagteamene er tverrfaglig sammensatt med barnevernfaglig, psykologisk og pedagogisk kompetanse slik at en sikrer faglig bredde i arbeidet (<http://www.bufdir.no>). Teamene arbeider med faglig bistand i vanskelige barnevernssaker, bistår kommunene ved å foreta begrensede utredningsoppgaver i kompliserte saker, å finne lokale løsninger i samarbeid med kommunene, å bistå i plasseringsaker utenfor hjemmet, inntak til statlige og private barneverntiltak.

Ved fjerning av det fylkeskommunale nivået har myndighetene satt fram tre viktige målsettinger: at barnevernet skal styrkes og at det forebyggende arbeidet bli prioritert høyere, at samarbeidet mellom forvaltningsnivåene skal vitaliseres i retning av at det eksisterende andrelinjenivået (fylkeskommunen) skulle bruke mer av ressursene sine i kommunen i samarbeid med det kommunale barnevernet. Det tredje var at samarbeidet mellom de ulike tjenestene for barn og unge skulle holdes oppe og utvikles videre (Inst. S. nr. 121 2002-03, s.12).

Kvello & Wendelborg (2003) viser i sin studie at informanter i store og mellomstore kommuner ser større potensialer ved overtakelse av fylkeskommunale og statlige tiltak for å styrke tilbudet. Dilemmaet er imidlertid at kommunene må være store for å makte å ta over slike tiltak og oppgaver, og små kommuner risikerer å ikke ha mulighet til å drive behandlingsprogram og hjelpetiltak nært brukeren. Dermed må de i større grad enn de store kommunene henvise til statlige nivå.

### 4.5.1 Omfang av samarbeid

Når det gjelder samarbeid mellom kommunalt barnevern og statlige tjenester, dreier dette seg i stor grad om samarbeid med psykisk helsevern. Dette samarbeidet er allerede omtalt i

noen grad. I litteratursøk har vi ikke funnet andre studier som viser omfang av samarbeid mellom barnevern og andre enn spesialisthelsetjenesten (BUP). Forøvrig gjennomgår selve litteraturstudien (kapittel 8) en rekke studier som omhandler faktorer som hemmer eller fremmer samarbeid, også samarbeid på tvers av forvaltningsnivå, også i forhold til kommunal barneverntjeneste. Det fins et par studier som omhandler fylkeskommunalt barnevern som ikke er tatt med her på bakgrunn av omorganisering ved den statlige overtakelsen.

#### 4.5.2 Samarbeidsinitiativ i det nye Bufetat

Det varierer noe hva de fem regionene under Bufetat legger vekt på faglig. I region Midt-Norge legges det eksplisitt vekt på samarbeid med helseforetak og kommuner (Bufetat, 2005). Det settes søkelys på det tverretatlige og tverrfaglige samarbeidet i kommunene, samarbeidet med psykiatrien og opplæringssektoren. Regionen oppfordrer til mer forpliktende samarbeid både faglig og økonomisk, men der ansvaret ligger i kommunene. Regionen leder an i arbeidet med å styrke samarbeidet mellom barneverntjenesten, rusomsorgen og BUP. Dette arbeidet er initiert av Helse- og omsorgsdepartementet og Barne- og familiedepartementet.

#### 4.5.3 Andre organisatoriske endringer

Andre store organisatoriske endringer som vedrører sosiale tjenester og barnevern skjer nå på bakgrunn av Ny arbeids- og velferdsordning (NAV). Den store satsningen på felles offentlig servicekontor for brukerne av Aetat og Trygdeetat samt kommunale tjenester som hjelpetjenesten og sosialtjenesten, skal gi bedre service og bedre tjenester for brukerne, bedre rettsikkerhet, gi færrest mulig "dører", og overføre ressurser fra administrative til utøvende oppgaver. Det gjenstår å evaluere hvilke effekter dette har i forhold til barn og unge.

#### 4.5.4 R-BUP sin rolle

I følge en fersk evaluering (Bliksvær et al., 2004), har de fire R- BUP' ene, siden opprettelsen i 1991 i liten grad hatt noen rolle i forhold til kommunene. Mandatet ble imidlertid utvidet i 2003 til også å omfatte forebyggende tiltak, psykisk helse hos barn og unge generelt, samt kompetanseoppbygging hos personalgrupper innen kommunene.

I evalueringen har man også spurt etter det kommunale barnevernets oppfatninger om R-BUP. På bakgrunn av telefonintervjuer med ledere for kommunalt barnevern i 8 kommuner, kom man fram til at kjennskapet til R-BUP varierer, men at landkommunene hadde mindre kjennskap til den enn bykommunene. Mens R- BUP ble oppfattet som mindre sentral, oppfattet man først og fremst Barnevernets utviklingssenter og Atferdssenteret i Oslo som sine viktigste kompetanseinstitusjoner.

Etter endring av R-BUPs mandat, rettes nå større innsats rettes mot kommunene. R-BUP har selv gjort en kartlegging av kommuners kompetanse og kompetansebehov innen området barn og unges psykiske helse i 6 kommuner i Midt-Norge (R-BUP, Midt-Norge, 2004). Det ble blant annet innhentet data fra hjemmesider, plandokumenter (særlig psykiatriplanen), og det ble foretatt halvstrukturerte intervjuer med fagpersoner. Rapporten konstaterer at det i liten grad er blitt en styrking av samarbeidet mellom kommunene og BUP- klinikkene med tanke på kompetanseheving, veiledning og for eksempel arbeidet med individuell plan. De kommunale instansene etterspør bedre samarbeid og utnyttelse av sine ressurser innad i kommunen, samt større nærhet og eierforhold til den psykiatriske kompetanse som befinner seg i BUP klinikkene.

## 4.6 Samarbeid om kriminalitetsforebygging

Politi- og lensmannsetaten er statlig, og skal samarbeide med andre etater, kommunale tjenester og organisasjoner om å bekjempe kriminalitet. På statlig nivå utgjør også KRÅD (kriminalitetsforebyggende råd) et viktig organ hvis hovedansvar er forebyggende tiltak overfor barn og ungdom.

Vi finner ingen offentlig statistikk på omfang og innhold i kontakt mellom politimyndighet og kommunale tjenester. Ved søk i Bibsys (søkebegreper: "politi kommune", "kriminal? kommune", "politi samarbeid" og "kriminal? samarbeid"), finner vi heller ingen relevante studier som kan gi oss en indikasjon på omfang av samarbeid, bortsett fra en evaluering av SLT- modellen som er omtalt i kapittel 2.

Ifølge Stortingsmelding nr. 22 (2000-2001), vedrørende politireformen, og Stortingsmelding nr 42 (2004-2005) om politiets rolle og oppgaver, legges det stor vekt på forebygging og på samhandling. Per i dag pågår det også flere forebyggingsprosjekter som vektlegger nødvendigheten av et forpliktende samarbeid mellom alle offentlige instanser vedrørende barn og unge. Prosjektene representerer en markert satsning, og er beskrevet under.

### 4.6.1 Eksempel på pågående samarbeid vedrørende kriminalitetsforebyggende tiltak

Regjeringens pilotprosjekt "SNU unge lovbytere i tide" med seks delprosjekter, og en årlig budsjetttramme på 3 millioner kroner i 3 år, er et fellesprosjekt for stat, kommune og lokalsamfunn. Prosjektet legger vekt på systematisk forvaltningssamarbeid for å hjelpe unge lovbytere til et liv uten kriminalitet. Prosjektet ble startet opp etter felles beslutning og medfinansiering fra seks departementer i 2003. Prosjektet ledes av Justisdepartementet, og skal vare til 2006. Målgruppene er unge på vei inn i kriminalitet og unge domfelte. Ungdommene skal møtes med konstruktive tiltak i et samarbeid mellom ungdommen selv, hjem, skole, politi, kriminalomsorg, hjelpeapparat og nærmiljø.

Justisdepartementet framhever nødvendigheten av et forpliktende samarbeid mellom alle offentlige instanser som har med barn og unge å gjøre. I tillegg å inkludere organisasjoners frivillige innsats og aktivitet, samt foreldres medvirkning.

Skolen, politiet, barnevernet, og hjelpeapparatet for øvrig, samt de relevante delene av lokalmiljø og fritidssektor må definere og utøve sitt ansvar for å oppnå et felles mål: Nemlig å bryte en negativ utvikling hos den enkelte som har påbegynt en kriminell karriere eller befinner seg i risikosonen. Prosjektene er beskrevet som følger på Justisdepartementets hjemmesider (ett tiltak handler om involvering av frivillige organisasjoner, og er beskrevet under kapittel om samarbeid mellom kommuner og frivillige organisasjoner):

#### DELPROSJEKT 1 – "FELLES ANSVAR"

Prosjektet er lokalisert i Salten politidistrikt, og retter seg mot ungdom i alderen 12-18 år som er på vei inn i kriminalitet. Prosjektets formål: Gjennom tverrfaglig forpliktende samarbeid, basert på prinsippene for "restorative justice", skal den enkelte ungdom (unge lovbytere) få hjelp til å takle sin negative atferd (lovbrudd) og endre den i retning av konstruktiv virksomhet knyttet til utdanning, arbeid, hjem og fritid. I tråd med prinsippene for "restorative justice" involverer prosjektet de som er berørt av lovbruddet som aktive deltakere for å løse den aktuelle konflikten. Målet er å få gjerningspersonen til å oppnå en forsoning med fornærmede og lokalmiljøet. Prosjektet støttes av en tverretattlig ressursgruppe som består blant annet av representanter fra kriminalomsorg, barnevern, politi og påtale, barne- og ungdomspsykiatrien, utekontakten og konfliktrådet. Det er utarbeidet rutiner for rask oversendelse av saker fra politiet til behandling i prosjektet.

#### DELPROSJEKT 2 – "TAK OVER HODET"

Prosjektet vil prøve ut en ny modell for institusjonsbehandling av ungdom med alvorlige atferdsvansker. Modellen inneholder en utredningsdel, en behandlingsdel i institusjon og en oppfølgingsperiode etter utflytting. Institusjonsoppholdet skal i utgangspunktet ha en varig-

het på ca. 6 måneder, oppfølgingen vil vare i 3-4 måneder. Den nye modellen kan på denne måten sies å være en kombinasjon av institusjon og nærmiljøbaserte tiltak. Et planmessig behandlingsarbeid, et mangfoldig tilbud, med høyt kompetente ansatte skal gi de unge og deres foresatte mulighet for endring og motivasjon til å ta ansvar for egne handlinger og eget liv. Prosjektet legges til Nordby bydel i Nordre Aker i Oslo, og er foreløpig på for-prosjekteringsstadiet. Selve behandlingstiltaket forventes å starte opp primo 2006.

#### DELPROSJEKT 4 – "STIFINNER'N JR."

Prosjektet retter seg mot unge lovbrøyttere i alderen 15-18 (22) år som soner sin første dom, sitter i varetekt eller er idømt samfunnsstraff. Det er etablert samarbeid mellom Oslo fengsel v/Stifinnerprosjektet, og Oslo kommune ved Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester, samt barnevernet ved bydel Alna. Oslo kommune skal bidra med barnvernsfaglig kompetanse inn i et Stifinner -prosjekt rettet mot ungdom. Prosjektets mål er at unge lovbrøyttere får en målrettet sonings- og varetektssituasjon hvor den enkeltes behov blir ivarettatt før og etter fengslingen. Det er nybrottsarbeid for barnevernet å arbeide med ungdom mens de soner dom eller sitter i varetekt i fengsel, men det er en unik mulighet til å komme i dialog med disse ungdommene. Prosjektet startet sitt arbeid januar 2005.

#### DELPROSJEKT 5 – "UNG- RISK"

Ung- risk er lokalisert i Bergen, og henvender seg til de yngste lovbrøytterne som soner i Bergen fengsel, eller soner samfunnsstraff, dvs. 15-18 (22) år. I alt vil prosjektet omfatte 12-16 unge domfelte, halvparten rekruttert fra fengslet, halvparten fra friomsorgen. Hovedfokus vil være å tilrettelegge gode, helhetlige tiltak tilpasset den enkeltes livssituasjon for å forebygge gjentakelse og støtte opp under en (re)integrering i samfunnet etter løslatelse. Å utvikle et godt forvaltningssamarbeid mellom kriminalomsorg, barnevern, helse, Aetat m.fl. skal vektlegges. Formålet med prosjektet er, i samarbeid med relevante samarbeidspartnere, å legge til rette for at ungdommen mestrer å ta ansvar for sitt eget liv på en bedre måte, blant annet ved opphør av lovstridig atferd. Hordaland friomsorgskontor vil bidra med 20 prosent koordinatorstilling, mens fengselet vil bidra med 10 prosent stilling. Prosjektet kom i gang høsten 2004.

#### DELPROSJEKT 6 – "UNGFIRER'N"

Ungfirer'n er lokalisert i Trondheim. Formålet med prosjektet er blant annet å utvikle et innhold som øker aktivitetsnivået for/rundt den unge som soner, øke motivasjonsarbeidet inn mot den unge samt etablere forvaltningssamarbeidsrutiner med andre etater. Bærebjelken i prosjektet er et forpliktende, kontraktsfestet samarbeid som er inngått mellom Trondheim fengsel og Trondheim kommune. Fokus er på tilretteleggelse av løslatelsessituasjonen og livet etter soning for ungdom som soner i fengsel. Det utarbeides mestringsstiltak og kompetansegivende tiltak for den enkelte ungdom. Det er utviklet gode rutiner for forvaltningssamarbeid mellom barnevern, Aetat, ungdomspsykiatrisk team, Stavne gård (Trondheim kommune) og Trondheim fengsel. Prosjektet kom i gang høsten 2003.

## 4.7 Oppsummering

I dette kapitlet har vi sett på omfanget av samarbeid mellom ulike kommunale og statlige tjenester vedrørende barn og unge. Dette har vi i hovedsak belyst gjennom presentasjon av nyere kvantitative studier og evalueringer, i tillegg til en begrenset offentlig statistikk på området. Både studiene og statistikken vedrører i størst grad psykisk helsetilbud til barn og unge. Vi finner lite dokumentasjon når det gjelder *omfang* av samarbeid mellom forvaltningsnivå når det gjelder skole/PPT, sosiale tjenester/barnevern og kriminalitetsforebygging.

### *Samarbeid om barn og unges psykiske helse*

Ifølge Hjulet (SSB) har 60 prosent av kommunene i landet et fast og strukturert samarbeid med psykisk helsevern for barn og unge (BUP). Det er imidlertid store forskjeller mellom kommunegrupper. Hjulet sier ingenting om hyppighet i kontakt mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjeneste, eller hvilke kommunale tjenester det dreier seg om. 79 prosent av kommunene oppgir at de har et samarbeid med Aetat i forhold til personer med psykiske lidelser.

Det er gjort noen studier der omfang av samarbeid mellom kommunale tjenester og psykisk helsevern er et deltema. I en studie går det fram at 69 prosent av kommunene i undersøkelsen hadde faste formaliserte møter mellom helsesøstertjeneste og BUP, mens 57 prosent hadde faste formaliserte møter med PPT (Andersson, Røhme & Hatling, 2005). Det går videre fram at helsesøster samarbeider med BUP vedrørende 18 prosent av barna/ungdommene, og med PPT vedrørende 23 prosent av pasientene. Studien dokumenterer betydelig økt sannsynlighet for samarbeid mellom BUP og henholdsvis PP-tjenesten og helsesøstertjenesten når barnet/ungdommen har tydelige og alvorlige psykiske vansker, og når det er snakk om barn i skolealder, og særlig ungdommer. Mens man kunne forvente økt samarbeid mellom tjenestene de siste årene, viser studien at det ikke har vært vesentlig endring i samarbeidet mellom BUP og helsesøstertjenesten i perioden 2002-2004, og faktisk en reduksjon i omfanget av samarbeid mellom BUP og PPT.

I en annen studie framgår det at behandlerne mener det er et udekket behov for samarbeid med PP-tjenesten vedrørende 10 prosent av pasientene mens behovet for samarbeid med helsesøstertjenesten var udekket vedrørende 7 prosent av pasientene (Andersson, Ose & Sitter, 2005). Videre at om lag en tredjedel av pasientene var omfattet av et "middels bra" eller "dårlig" samarbeid.

I en studie av samarbeidet mellom barne- og ungdomsavdelingen (BUA) ved Molde sjukehus og kommunene i Romsdal samt fire kommuner på Nordmøre (Gylseth, 2004), oppgis fra behandlerne i BUA sin side at man hadde mest kontakt med helsesøstertjenesten, PP-tjenesten, barneverntjenesten og skole. Noe mindre kontakt var det med fastleger og barnehager. Behandlerne ved BUA rapporterte mest kontakt med barnevernspedagog/sosionom, dernest pedagog, psykolog, sykepleier/helsesøster og lege. Kommunene på sin side rapporterte mest kontakt med psykologer (som var den mest tallrike gruppen ved BUA). Over halvparten av respondentene fra de kommunale tjenestene (som oppgir at de har samarbeidet med BUA) rapporterer at de hadde aldri hadde mottatt råd på initiativ fra BUA. Behandlerne i BUA bekrefter at det var lite samarbeid omkring opplæring.

Når det gjelder samarbeid mellom kommunene og ambulerende team i spesialisthelsetjenesten, viser en kartlegging at noe over halvparten av kommunene får besøk av slikt team, og at 66 prosent av disse får besøk av ambulerende team med ansvar for barn og unge (Ose & Kalseth, 2004; Myrvold, 2004). Til en viss grad er besøk fra ambulerende team fra spesialisthelsetjenesten vanligere i små kommuner (Ose & Kalseth, 2004).

En nasjonal kartlegging av tjenester til barn og ungdom med hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD, (Andersson, et al., 2004), viser at PPT og skole er av de mest sentrale samarbeidsinstansene for spesialisthelsetjenestene (BUP, klinikker, behandlingshjem). Behandlerne etterspør større grad av medvirkning fra fastlegen og øvrige kommunale instanser. Også saksansvarlig i PPT opplever at samarbeidet med andre involverte instanser og aktører ikke fungerer optimalt. For i alt 19 prosent av klientene fungerer samarbeidet mellom PPT og habiliteringstjenesten dårlig. For like mange klienter er det oppgitt å være et dårlig samarbeid med barneavdelinger ved somatiske sykehus.

En studie av fastlegens tilbud overfor barn og unge med psykiske vansker (Andersson & Tingvoll, 2005) konstaterer at det er lite faste rutiner og strukturert samarbeid mellom fastlegen og andre sentrale instanser, og at det er denne dimensjonen brukerne er minst fornøyde med. Både helsesøstere og fagpersoner i BUP mener at det psykiske helsetilbudet til barn og unge kan bli bedre gjennom større grad av involvering fra fastlegen i aktuelle saker.

Det er initiert nye tiltak i regi av Opptappingsplanen i psykisk helse, som retter seg spesifikt mot barn og unge, og samarbeid mellom sektorer og forvaltningsnivå. Det ene tiltaket dreier seg om tverrfaglig samarbeid "ut fra prinsippet om "En dør inn til kommunale og spesialiserte tjenester for barn og unge med psykiske lidelser" (Stavanger), og det andre dreier seg om å styrke samarbeidet mellom barne- og familieetaten (BFE) i Oslo kommune og barne- og ungdomspsykiatrien ved Ullevål universitetssykehus (BUP).

#### *Samarbeid om re - og habiliteringstjenester*

Det kommunale hjelpeapparatet har basisansvar for habilitering og rehabilitering av barn og unge, og er pålagt å etablere en koordineringsfunksjon på systemnivå. Spesialisthelsetjenesten har overordnet ansvar for diagnostikk, behandling og veiledning. Videre utgjør Barnehabiliteringstjenesten (knyttet til sykehus) samt Statlig spesialpedagogisk støttesystem (Statped) aktuelle statlige tjenester.

Det fins ikke offentlig statistikk vedrørende omfang av samarbeid knyttet til habilitering og rehabiliteringstjenester. En studie gjennomført av SKUR er nybrottsarbeid på området som omhandler koordineringsfunksjonen for re - og habiliteringsvirksomheten i kommunene (Moen, 2004). Studien er gjennomført i 73 kommuner, og konkluderer blant annet at tilfældighet og mangel på systematikk preger praksis når det gjelder koordinerende enhet på kommunalt nivå sitt samarbeid med statlige instanser, inkludert spesialisthelsetjenesten.

#### *Samarbeid om opplæringstjenester*

Vi har ikke funnet noen offentlig statistikk eller aktuelle studier som viser omfang av samarbeid mellom kommunale tjenester og Statped. Det framgår av årsmelding for 2003 at totalt 4 505 ordinært finansierte og 136 oppdragsfinansierte utredninger ble registrert dette året, noe som representerer en relativt stor økning fra året før, spesielt innenfor områdene språk, tale-, lese og skrivevansker, og sammensatte lærevansker.

I tillegg til at det statlige spesialpedagogiske støttesystemet bistår i utredning av barn og unge, gjennomføres en rekke kompetansehevende tiltak overfor kommunene. Mens de fleste har spesialpedagogisk karakter, er noen få innrettet mot økt samarbeid på tvers av forvaltningsnivå. Noen av disse er beskrevet på kompetansesentrene i Statped sine hjemmesider.

#### *Samarbeid om barnevern*

Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat) er den statlige instanser som skal gi tiltak til barn, unge og familier som trenger hjelp og støtte. Bufetat er organisert i fem regioner med Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) som hovedkontor i Oslo, samt 26 regionale fagteam for barnevernet. Fagteamene er kommunenes kontakt til det nye barnevernet, og skal yte bistå det kommunale barnevernet og andre kommunale tjenester for barn, ungdom og familier.

Samarbeidet mellom kommunalt barnevern og statlige tjenester, dreier seg i stor grad om samarbeid med psykisk helsevern (BUP). Basert på litteratursøk er det ikke studier tilgjengelig som sier noe om omfang av samarbeid mellom kommunalt barnevern og andre statlige tjenester.

Når det gjelder satsningsområder innen de fem regionene under Bufetat varierer det noe hva de legger vekt på faglig. I region Midt-Norge legges det eksplisitt vekt på samarbeid med helseforetak og kommuner (årsmelding 2004). Regionen leder for eksempel an i arbeidet med å styrke samarbeidet mellom barneverntjenesten, rusomsorgen og BUP.

I tillegg til at den statlige overtakelsen, og opprettelse av Bufetat, representerer en stor endring for barneverntjenesten, vil også den nye arbeids- og velferdsordningen med felles offentlig servicekontor for brukerne av Aetat og Trygdeetat og kommunale tjenester føre til endringer i hvordan tjenester til barn og unge ytes. Det gjenstår å evaluere disse endringene.

Det skjer endringer også med hensyn til R- BuP som har betydning for kommunale tjenester, ettersom de fire regionsentrene har fått utvidet sitt mandat i retning av større vekt på forebygging samt kompetanseoppbygging hos personellgrupper i kommunene.

#### *Samarbeid om kriminalitetsforebygging*

Vi finner ingen offentlig statistikk som viser omfang og innhold i kontakt mellom politi- og lensmannsetat og kommunale tjenester. Ved søk i Bibsys finner vi heller ingen relevante studier som kan gi oss en indikasjon på omfang av samarbeid, bortsett fra en evaluering av SLT-modellen som er omtalt i kapittel 3. Per i dag pågår det også flere forebyggingsprosjekter som vektlegger nødvendigheten av et forpliktende samarbeid mellom alle offentlige instanser vedrørende barn og unge.



## 5 Frivillig sektor rettet mot barn og unge i kommunene

MARIAN ÅDNANES

Det er en økende bevissthet om betydningen av frivillig sektor for velferden i kommunene. Man ønsker å bruke de frivillige organisasjonene mer enn det man har gjort til nå, både i tjenesteproduksjon, som arenaer for demokrati, og for opplæring.

Vi skal i det følgende se nærmere på det arbeid som gjøres av den frivillige sektor for å styrke oppvekstmiljøet i kommunene. Hva er omfanget av samhandling mellom kommunal og frivillig sektor, og hvordan foregår slik samhandling?

Kapitlet vil først definere og avgrense frivillig sektor, deretter ser vi på sentrale offentlige dokumenter om frivillighet.

### 5.1 Definisjoner og avgrensning

Begrepet frivillig sektor – eller "tredje sektor" beskriver ikke-kommersiell virksomhet, eller organisasjonsformer mellom det offentlige og markedet, og er et samlebegrep for frivillig innsats. Interessen og utviklingen av frivillig sektor har ekspandert siden 1970 tallet, og først og fremst i USA og Europa. Interessen for å utvikle tredje sektor har mange begrunnelser som vi skal komme nærmere inn på under neste overskrift. Den overordnede politiske og ideologiske interessen er knyttet til en revurdering av velferdsstaten sin rolle og omfang. For øvrig er det de frivillige organisasjonene som "sosialt lim" som stadig framheves i norske offentlige dokument. Sosiologisk knyttes slike perspektiv til Putnams teorier omkring sosial kapital – ideen om at deltakelse i organisasjonsliv skaper en sosial kapital – mellom-menneskelig tillit som gjør samarbeid mulig.

I Norge hvor frivillig innsats og dugnadsånd har lange tradisjoner er det de frivillige organisasjonene som utgjør størstedelen av frivillig sektor. Frivillige (eller ideelle) organisasjoner defineres som allmennyttige og ikke-økonomiske organisasjoner (NOU 1988: 17: *Frivillige organisasjoner*). Disse er ikke under offentlig styring, og overfører ikke noe overskudd til eiere eller andre. Det vanlig å skille mellom tre måter å fortolke frivillige organisasjoner på (Wollebæk, et al., 2000): 1) som nonprofit-aktører, 2) som bærere av demokratiske verdier, eller som 3) arenaer for tilhørighet, demokrati og integrasjon. Som nonprofit-aktører er organisasjonene produsenter av varer og tjenester på linje med stat og marked, men overskuddet tilfaller driften, og ikke eierne. Det statlig oppnevnte velferdsutvalget forklarer at selv om utkontraktering er blitt sentralt anliggende i norske kommuner, så har det ikke ført til vesentlig oppsving i samarbeid mellom myndighetene og frivillige aktører (KOU notat, 2002). De forklarer dette med at tyngdepunktet i det norske organisasjonssamfunnet ligger i lokale, medlemsdrevne foreninger og ikke i konsernliknende, profesjonelt drevne organisasjoner (som i mange andre europeiske land). Innenfor EU derimot er man opptatt av utvikling av denne såkalte "sosiale økonomien". I Sverige prøves slike modeller ut i mye større grad enn i Norge.

Når det gjelder samhandling mellom kommunal sektor og frivillig sektor i forhold til barn og unge med ulike behov, vil dette først og fremst dreie seg om kommunens involvering av lokalt baserte organisasjoner eller lokale lag av store, ideelle organisasjoner som for eksempel Røde Kors. Eksempelvis driver Røde Kors i enkelte kommuner såkalte frivillighets-sentraler, som også gjerne driver tiltak overfor barn og unge. Når det gjelder byer kan det også dreie seg om samarbeid med organisasjoner som Kirkens Bymisjon. Videre dreier det seg om barne- og ungdomsorganisasjoner som kommer inn under ordningen om statlige tilskudd til frivillige organisasjoner. Disse er fordelt på en rekke ulike formål: politisk, kristen, bygd, minoritet, rusgift, sang/musikk, elev/student, funksjonshemmede, speider, hobby/friluft. Foruten kategoriene minoritet og funksjonshemmede er de øvrige rettet mot barn og ungdom flest, og vil være opptatt av deltakelse mer enn ivaretagelse av en spesifikk gruppes interesser. Vi kan imidlertid tenke oss at for eksempel kristne eller organisasjoner innen kategorien "bygd" kan satse på, eller gjøre en innsats i forhold til spesifikke grupper i lokalmiljøet. Formålet med tilskuddsordningene ifølge Stortingsmelding 39 (2001-2002) er å legge til rette for barn og ungdoms deltakelse i barne- og ungdomsorganisasjonene. Organisasjonene skal sikres og styrkes som arena for medbestemmelse og demokrati, og som barn og ungdoms redskaper for deltakelse i samfunnet. Tilskuddene skal være en stimulering av aktivitet og medvirke til mangfold i organisasjonslivet.

Videre fins det en rekke nasjonale interesseorganisasjoner med lokallag som vil være opptatt av hvordan ulike grupper ivaretas i lokalsamfunnet, eller (for eksempel Forening for barn med funksjonshemming, ADHD foreningen, Foreningen for hjertesyke barn, Voksne for Barn).

Det er også mange eksempler på ideelle organisasjoner eller opplysningsorganisasjoner som retter innsatsen mot barn og unge gjennom holdningskampanjer i skolen. Et eksempel er Den Norske Kreftforenings undervisningsopplegg VÆR røykFRI (VrF) som gjennomføres i ungdomsskolen. Dette betraktes imidlertid som en indirekte kobling mellom frivillig organisasjon og skole, som ikke stiller krav om samhandling mellom kommunen og organisasjonen. Det offentlige gir gjerne støtte til avgrensede prosjekter til det sentrale ledd av organisasjonen. Prosjektene gjennomføres gjerne avgrenset fra lokale kommunale enheter/styringsnivå. Det er med andre ord ikke nødvendigvis snakk om samhandling mellom kommune og frivillig organisasjon.

Oppsummert vil fokuset i denne framstillingen være lokalbaserte frivillige organisasjoner som samarbeider med kommunen om tilbud eller tiltak som er rettet mot barn og unge. Vi vil være opptatt av samhandling som dreier seg om å ivareta eller forebygge i forhold til spesifikke sårbare eller spesielt utsatte grupper av barn og unge (slik vi har definert målgruppen i kapittel 1).

## 5.2 Offentlige dokumenter om samhandling mellom frivillige organisasjoner og kommuner

Ifølge KOU 2003:2: Velferdskommunen og de frivillige organisasjonene, var det i Norge lenge fravær av et prinsipielt, politisk syn på frivillige aktiviteter. I 1988 kom NOU 1988:17 *Frivillige organisasjoner*, og først da ble organisasjonslivet løftet opp på den offentlige dagsordenen. Denne NOU'en skapte imidlertid ingen praktiske reformer. Først åtte år senere kom Stortingsmelding 27 (1996-97): *Om statens forhold til frivillige organisasjoner*, som skisserer regjeringens syn om at frivillig sektor bør spille en aktivt medvirkende rolle i framtidens velferdssamfunn. Regjeringen begrunner dette synet med en rekke argumenter. For det første at de frivillige organisasjonene har hatt en viktig rolle som samfunnsaktører innen ulike samfunnsområder, og har i stor grad bidratt til den utforming velferdsstaten har fått. For det andre understrekes deres rolle som demokratiske aktører (vakthund) – et beskyttende lag mellom staten og markedet på ene siden og enkeltindividet på den andre, spesielt viktig for beskyttelse av svake grupper (bl.a. barn). Det tredje momentet som nevnes er viktigheten av tilknytning til sosiale fellesskap gjennom organisasjonsdeltakelse. For det fjerde at frivillige sammenslutninger evner å skape tillit samt bygge ned fordommer og motsetninger.

Nært knyttet til dette at organisasjoner evner å skape engasjement og deltakelse, og representerer en sentral arena for kunnskapsformidling og læring, for eksempel gjennom folkeopplysning og informasjonskampanjer. Det sjette argumentet som understrekes er viktigheten av de frivillige sammenslutningenes bidrag til samfunnsmessig mangfold i forhold til kulturell og verdimeessig forankring.

Perioden mellom første og andre verdenskrig var, ifølge stortingsmeldingen, en storhetstid for de frivillige sammenslutningene. Mange sprang ut av arbeiderbevegelsen. Samarbeidet mellom organisasjoner og kommunale myndigheter økte fram til 1940. Med framveksten av den moderne velferdsstaten skjedde det imidlertid en sterk utvidelse av det offentlige ansvarsfeltet, med gradvis økning av offentlig engasjement på områder der frivillige sammenslutninger opprinnelig hadde vært enerådende innen helse- og sosialfeltet, barn og unges oppvekstforhold, idretts- og fritidsaktiviteter, friluftsliv, nærmiljø, naturvern, sang og musikk og andre kulturaktiviteter. Likevel økte tallet på frivillige organisasjoner fra 1945-1985. I tillegg har tallet på interesseorganisasjoner vært økende, nettopp på bakgrunn av den sterke økningen i statens ansvar for velferd. Disse har vært sentrale pådrivere for at velferdsstaten bygget ut sine tilbud, og reduserte behovet for frivillige velferdsytelser. Etter hvert som de offentlige velferdsplanene ble utvidet, ble også frivillige aktiviteter innen kultur, idrett, sang og musikk plassert innenfor mer omfattende offentlige planer. Videre ble det på det helse- og sosialpolitiske feltet ikke naturlig å la de frivillige sammenslutningene rå grunnen alene. Det offentlige skulle ha ansvaret, finansieringen, og dessuten den faglige kunnskapen.

Fra 1. januar 2005 ble statens politikk overfor frivillig sektor samordnet i Kultur- og kirkedepartementet. Formålet var å legge forholdene bedre til rette for frivillig virksomhet i samfunnet. Statlige tilskudd til frivillige organisasjoner skal likevel fortsatt være et ansvar for det enkelte departement. Regjeringen går med dette inn for større frihet for de frivillige organisasjonene, og mindre styring fra statens side. I Stortingsproposisjon 1 fra Kultur- og kirkedepartementet (2004-2005) går det imidlertid fram at en vil legge vekt på: løpende dialog gjennom etablering av møteplass mellom myndigheter og frivillige organisasjoner, gjennomgang av statlige tilskudd til frivillige formål med tanke på forenkling, erfaringsutveksling mellom departementsområdene, etablering av nettportal for informasjon om statstilskudd til frivillighetsformål med den enkelte frivillige som målgruppe, å utrede forslaget om et frivillighetsregister og vurdere behovet for forskning, å vurdere virkemidler for å stimulere utviklingen av frivillighetssentralene til nærmiljøsentraler.

### 5.3 Frivillige barne- og ungdomsorganisasjoner

Ifølge Stortingsmelding 39 (2001-2002): Oppvekst og levekår for barn og unge i Norge, har de frivillige barne- og ungdomsorganisasjonene blitt gitt en sentral rolle i barne- og ungdomspolitikken i Norge helt siden 1945. Samtidig går det fram at det eksisterer lite forskningsbasert kunnskap om frivillige barne- og ungdomsorganisasjoner, deres rolle i samfunnet, og betydning for barn og ungdom. Meldingen legger imidlertid vekt på at innsatsen fra frivillige krefter, fra barn og ungdom, og fra foreldre, er viktige forutsetninger for utvikling av et godt oppvekstmiljø, at de gjør en betydelig innsats både på det praktiske og holdningsskapende området, at de utgjør viktige sosiale møteplasser, og at deltakelse bidrar til skoloring og lederrekruttering, og stimulerer til engasjement og medansvar for andre. Videre at disse organisasjonenes arbeid har en egenverdi for de unges hverdag, samtidig som de er en rekrutteringsbase til viktige oppgaver i sivilsamfunnet. Det går videre fram at kommunen gjennom dialog, medvirkning og bred kontakt med ulike grupper av innbyggere, vil få et bedre grunnlag for å sikre at barn og ungdoms interesser blir ivaretatt i planlegging og politikkkutforming.

## 5.4 Kilder vedrørende kommuners samarbeid med frivillige organisasjoner

Den eneste datakilden vi har identifisert i forhold til å gi informasjon om *omfanget* av samarbeid mellom kommuner og frivillige organisasjoner er: Kommunal organisasjonsdatabase (<http://krd.vestforsk.no/>). Databasen gir imidlertid svært begrenset informasjon vedrørende dette temaet. Vi har plukket ut de variablene som i noen grad beskriver dette feltet.

Videre ble følgende litteratursøk foretatt i Bibsys' følgende baser: Bibliotekbasen, Forskpub, Forskpro, med følgende søkebegrep: "frivillig?" kombinert med "kommune" (her framkom kun 4 publikasjoner etter 1995), samt "frivillig?" kombinert med det enkelte tjenesteområde (skole, barnehage, barnevern etc.), og kombinert med "offentlig".

## 5.5 Omfang av samarbeid mellom kommuner og frivillige organisasjoner

Den frivillige innsatsen i Norge totalt utgjør en noe større andel av befolkningen sammenlignet med en rekke EU-land, mens den *betalte* sysselsettingen innen tredje sektor er mindre enn de andre landene i sammenligningen. Henriksen og Ibsen (2001) anser at Norge (sammen med Sverige og Finland), med dette mønsteret av frivillighet, har en "sosialdemokratisk type frivillig sektor", der den offentlige sektoren forventes å ha ansvaret for å dekke hoveddelen av befolkningens behov for velferdstjenester. Dette mønsteret er imidlertid i endring, med innføring av New Public Management og "bestiller utfører modeller" som skal passes inn. Sannsynligvis må flere frivillige organisasjoner etter hvert ta stilling til om de skal inngå mer forpliktende avtaler med det offentlige om å levere spesifikke tjenester (Eikås et al., 2001).

Samtidig ser vi i økende grad eksempler på at det offentlige forsøker å styrke samarbeidet med frivillig sektor rundt en rekke oppgaver. Innen helse- og sosialfeltet dreier det seg eksempelvis om integrasjon av innvandrere, selvhjelpsaktiviteter, hjelp og omsorg til eldre, transporttjenester for handikappede etc. (KOU notat, 2002). Nylig inngikk Røde kors en intensjonsavtale med Sosial- og helsedirektoratet om å yte hjelp blant annet i forhold til å skaffe et nettverk til personer med psykiske lidelser. Røde Kors samarbeider i denne sammenheng både med offentlige, private og frivillige aktører, og aktivitetene strekker seg fra en til en-tiltak til møtesteder. Av større satsninger har vi allerede beskrevet den såkalte SLT- modellen, som er tatt i bruk i om lag 140 kommuner. Her er frivillige organisasjoner inkludert som samarbeidspartnere med politiet, andre offentlige etater og næringslivet. SLT har barn og ungdom som sin viktigste målgruppe.

Det foregår en del samarbeid mellom kommuner og frivillige organisasjoner. Når det gjelder omfang av dette, og de frivillige organisasjonenes rolle i kommunene, eksisterer det imidlertid usikkerhet (Vaagen, 2005).

### 5.5.1 Omfang av samarbeid ifølge Kommunal organisasjonsdatabase

I kartlegging av kommunens politisk organisering, har man i innsamling av data til Kommunal organisasjonsdatabase spurt om hvilke typer av lokale utvalg kommunen har. Data viser at 143 (43 prosent) av kommunene (N=332) oppga at de samarbeider med lokallag, bygdelag eller velforeninger i 2004. Andelen hadde kun en svak økning i perioden 2000-2004 (4 prosent).

Når det gjelder kommunal tjenesteyting, ivaretas ennå de fleste oppgavene innenfor kommunenes egen driftsorganisasjon. Databasen viser at frivillige organisasjoner ikke har noen sentral plass. Kjøp fra frivillige organisasjoner/ideelle stiftelser er mest utbredt innenfor kinodrift, drift av kulturhus, park- og idrettsanlegg, idrettsbygg og eldrecenter (mellom 14,4 prosent og 7,2 prosent). En mindre andel dreier seg om ivaretagelse av barnehage samt

boligtilbud for funksjonshemmede der henholdsvis 3,6 og 3,0 prosent ivaretas av frivillige organisasjoner.

Kommunal organisasjonsdatabase har også kartlagt informasjonsvirksomhet og alternative deltakelsesmuligheter. Det går fram at data fra 2004 at 38,7 prosent av kommunene oppgir at de har hatt gjentatte/jevnlige møter med representanter for andre lokale interessegrupper og/eller organisasjoner. Gjennomsnittlig antall ganger kommunene har hatt slik kontakt er 4,5 ganger (2004).

### 5.5.2 Frivillighetssentralene kobler frivillighet og kommunal sektor – i stort omfang

Mens Kommunal organisasjonsdatabase ikke fanger opp det faktum at det de siste årene i større grad satses på frivillighet på ulike måter, ser vi dette først og fremst i ekspansjonen av de såkalte frivillighetssentralene. Frivillighetssentralene kan sies å representere et slags "flaggskip" for en utbredt og offentlig styrt kobling av kommune og lokal frivillighet per i dag.

I 1991 vedtok Stortinget å bevilge 90 millioner kroner til et treårig forsøk med "frivillighetssentraler". Etter en noe vaklende start besluttet Stortinget permanent drift. I 2004 ble det gitt støtte til 258 frivillighetssentraler rundt om i landet.

Frivillighetssentralene har som mål å samordne den frivillige innsatsen som privatpersoner og organisasjoner i kommunen utfører, og dermed styrke og fremme det frivillige arbeidet. Folk kan både henvende seg med ønsker om hjelp, og frivillige kan henvende seg for å gjøre en innsats. Institutt for samfunnsforskning i Oslo har foretatt evalueringen av frivillighetssentralene (Kloster, et. al., 2003).

Evalueringen av frivillighetssentraler påpeker det at det var Røde Kors som brakte ideen om å opprette slike sentraler i Norge med seg fra en studiereise i USA. Det var først og fremst de frivillige organisasjonene, primært på helse- og sosialfeltet, som skulle inspireres til økt innsats med disse forsøksmidlene. Blant sentralenes eiere fins menigheter, humanitære organisasjoner, pensjonistorganisasjoner, kvinneorganisasjoner, kommuner og privatpersoner.

For å forstå frivillighetssentralenes utvikling poengterer Kloster og medarbeidere (2003) at brytningen mellom to idé - retninger er sentralt; på den ene siden en vektlegging av "kommunalsosialismen" – desentralisert folkemakt (evalueringen refererer til Slagstad, 1981) – eller kommunitarismen (evalueringen til Etzioni, 1993), og på den andre siden den filantropisk/religiøse tradisjonen (der Røde Kors og andre organisasjoner spiller en sentral rolle). Sentralene utfører oppgaver som ellers hadde krevd kommunal bemanning: enkle vaktmester- og servicetjenester overfor eldre, kontakt med syke, funksjonshemmede og uføre, organisering av selvhjelpsaktiviteter, sosiale arrangement, kontakt med innvandrere. Noen ble såkalte nærmiljøsentraler, med bånd til kultur- fritids-, samt barne- og ungdomsorganisasjonene.

Evalueringen av frivillighetssentralene beskriver et skifte i siste del av 1990 som av ulike årsaker gikk fra en omsorgsorientering, til fordel for en bredere nærmiljøorientering. Det ble oppfordret til en sterkere involvering fra frivillige aktiviteter utenfor helse- og sosialsektoren, som barne- og ungdomsarbeid, velforeninger, sang og musikk, eldreorganisasjoner mm. På bakgrunn av forverret ressursituasjon innen helse- og sosial økte forventningene til frivillige organisasjoner – at offentlig støtte tilsier at man er med å løse offentlige oppgaver – forventninger som også spores i forholdet til sentralene, og at mange har blitt integrert i kommunal helse- og sosialforvaltning, som egen avdeling eller i nært praktisk samarbeid.

Et interessant aspekt, som også reflekterer omfanget av satsning på frivillig sektor er opprettelse av høgskolestudium i Frivillig arbeid, som for eksempel egner seg for lederskap i Frivillighetssentral (ifølge nettsidene til en høgskole). Dette er eksempel på en vitenskapelig-gjøring av aktiviteter som i neste omgang fører til en profesjonalisering (spesifikke yrkesgrupper trenger inn i frivillighetsfeltet). Dette fører igjen til et økt økonomisk press. Denne spiralen knytter frivillige fellesskap tettere til myndighetene som i økende grad blir premissleverandør (Lorentzen, 2003).

Tranvik & Selle (2003) påpeker at framveksten av frivillighetssentralene viser tendensen til at kommunene arbeider for å legge vilkårene til rette for frivillig arbeid innenfor offentlige institusjoner, og dels frikoblet fra de frivillige organisasjonene. Forfatterne mener dette betyr at frivilligheten blir offentliggjort ved at kommunene tapper organisasjonssamfunnet for "arbeidskraft" eller ved at organisasjonsmedlemskap blir uten betydning for muligheten til å delta i lokal frivillighet. Tranvik & Selle trekker også inn skolefritidsordningen som et eksempel på at det offentlige trekker inn både organisasjoner og enkeltpersoner.

### 5.5.3 Frivillighetssentralenes omfang av aktiviteter for barn og unge

Om lag en fjerdedel av Frivillighetssentralenes samlede aktiviteter er såkalte *sosiale omsorgstiltak* som hovedsakelig retter seg mot en bestemt målgruppe, blant dem barn og innvandrere. Tiltakene kjennetegnes av at frivillige organiserer sosiale aktiviteter for en gruppe: vinterleir for ungdommer, reservebesteforeldre for småbarn, aktiviteter for innvandrere. Sosiale omsorgstiltak utgjør, ifølge evalueringen, en grunnpilar i det frivillighetssentralene står for. Videre drives såkalt selvhjelpsarbeid (selvhjelpsgrupper, samtalegrupper, aktivitetsgrupper og likemannsarbeid), men dette er først og fremst rettet mot voksne. Hobbyaktiviteter og kurs omfatter en femtedel av sentralenes samlede aktiviteter. En siste kategori er såkalt nærmiljøvirksomhet, som kan være kulturfestival, byggedager, ungdomsarrangementer etc.

Når det gjelder målgrupper, er småbarnsforeldre og ungdom målgrupper som stadig flere frivillighetssentraler organiserer tilbud til, eksempelvis: småbarnstreff, leksehjelp og barnevaktordninger, ungdomsklubber og "danseverksted". Noen sentraler har også fått midler til såkalt Home-start. Home - Start Familiekontakten (HSF) er et familiestøtteprogram utenfor det offentlige hjelpeapparatet. Koblingen til kommunen er likevel til stede, i og med at tilbudet i mange tilfeller presenteres på kommunenes hjemmesider der HSF er etablert. Tilbudet, ifølge beskrivelsen på hjemmesiden (<http://www.home-start-norge.no/>), retter seg mot småbarnsfamilier med minst ett barn under skolealder. Hjelpen ytes av familiekontakter (frivillige) to-fire timer pr. uke i familiens eget hjem. Familiekontakten må gjennomgå et forberedelseskurs på 30 timer. HSF fokuserer på muligheter og ressurser i familien, arbeider sammen med familien, og oppmuntrer til utvidelse av eget nettverk. Ideen bak HSF er at familien har behov for en likeverdig person, som selv har foreldreerfaring, og som kan dele sorger og gleder. Det er familien som selv definerer hva de trenger støtte til.

### 5.5.4 Samarbeid mellom kommuner og frivillige barne- og ungdomsorganisasjoner

I en evaluering utført av Agenda Utredning & utvikling (2004), studeres ikke *omfanget* av samarbeid mellom frivillige organisasjoner for barn og unge direkte. Det gis imidlertid et mer indirekte perspektiv på koblingen mellom kommuner og frivillige organisasjoner ved at man studerer *organisasjonenes virkninger for lokalsamfunnet*. Studien er blant annet basert på en spørreundersøkelse i 100 kommuner, og blant alle frivillige barne- og ungdomsorganisasjoner som får støtte samt studiebesøk i seks kommuner. Det er sang og musikk, friluftsliv og speiding, kristen eller religiøs virksomhet samt teater og lignende som utgjør de hyppigste aktivitetene. Mellom 87 og 96 prosent av kommunene oppgir at lagene er aktive innenfor slike områder. Rundt 25 prosent av kommunene oppgir at lagene er aktive vedrørende henholdsvis partipolitisk og annen politisk virksomhet. Om lag halvparten av kommunene oppgir aktivitet i forhold til lokalt miljøarbeid. Når man i evalueringen ber kommunene om å vurdere organisasjonenes betydning for lokalsamfunnet, er det 80 prosent av utvalget (N=100) som svarer at barne- og ungdomsorganisasjonene har svært stor betydning, og 14 prosent som mener de har ganske stor betydning. Det går også fram av studien at kommunene mener de frivillige lagene og foreningene har stor betydning for barn og unge selv, og aller størst betydning for de under 15 år. For øvrig oppgir 97 prosent av organisasjonene at de selv opplever at de har stor innflytelse i samfunnet. Det ble gjort studiebesøk i seks kommuner for å se på organisasjonenes plass og rolle i lokalsamfunnene. Erfaringene er presentert i tabellen under.

Tabell 5.1 Samarbeid mellom frivillige organisasjoner og kommuner – 6 case<sup>7</sup>.

Kommune	Virkninger for lokalsamfunnet	Analyse/utfordringer
Vennesla: Mest kristelige barne- og ungdomslag og speidere	Frivillige barne- og ungdomsorganisasjoner bidrar med et tilbud som er av vesentlig betydning for lokalsamfunnet Vennesla, for eksempel ved stor dugnadsinnsats ved offentlige arrangementer. Organisasjonene er sterke kulturbærere, og sørger for kontinuitet og trygghet. Det er imidlertid lite mangfold og fornyelse i tilbudet	Bør ta på seg nye og mer krevende oppgaver i forhold til mer utsatte grupper. Dette krever imidlertid profesjonalitet, og lønnet innsats. Samarbeidet med kommunen vil da begrenses, og gjør det også mindre aktuelt med mer omfattende og forpliktende offentlig-privat samarbeid.
Porsgrunn: Mest kristelige barne- og ungdomslag	Verdibærere overfor medlemmer og deltakere, men frivillighetens grenser og muligheter avhenger ofte i stor grad av ildsjelene.	Desperat behov for fornyelse mht til tilbud og tilknytningsformer. Skolen tar over en del av organisasjonenes arbeid og fornyer arbeidsformen. Mange mener det var feil å gi organisasjonene oppgaver med å løse nærmiljø - oppgaver, og at det derfor heller ikke er aktuelt med omfattende offentlig-privat samarbeid.
Grorud bydel, Oslo: Flest lag innenfor idrett og musikk	Det er ikke så mye kontakt mellom kommunen og frivillige lag og foreninger. Heller ikke organisert samarbeid. Det er mest idrettslag, og disse tar ikke ansvar for de som dropper ut. På grunn av den flerkulturelt sammensatte populasjon er det ikke mange tradisjonelle (bl.a. kristne) foreninger og lag.	De frivillige tilbudene klarer ikke utfordringene med kommunens barn og unge i grensesonen. Det er for lite oppfølging av foreldre, og det trengs fagfolk.
Årdal: Svært få lag tilknyttet tradisjonelle barne- og ungdomsorganisasjoner	Det er svært få tradisjonelle frivillige barne- og ungdomsorganisasjonene i kommunen. Idrettslag og fritidsklubber er de dominerende tilbudene. Et interessant trekk at idrettslagene, skolene og lensmannsetaten samarbeider godt.	Ingen utfordringer er nevnt.
Ringsaker: Flest lag innen idrett, musikk og fritidsklubber. Bygdeungdomslagen er står sterkt.	Kommunen har satset mye på forebyggende tiltak, også gjennom forsøk på samarbeid med frivillige organisasjoner. Bakgrunnen har vært problematiske utviklingstrekk knyttet til blant annet innvandrerhets, og ungdomsmiljøer med synlige problemer.	Utfordring for organisasjonene at skolen overtar organisasjonenes rolle og program. Kommunens forsøk på offentlig-privat samarbeid fungerer i liten grad, dels på grunn av dårlig økonomi i organisasjonene, og dels på grunn av påkjønning for frivillige. Tiltak blir avhengig av kommunal innsats.
Fauske: Mest idrettslag, og motor-, hobby- og friluftaktiviteter	Tiltak som har hatt størst betydning for lokalsamfunnet har vært den målrettede og samordnede kommunale innsatsen på bakgrunn av erkjennelse av ungdomsproblemene i sentrum av Fauske. Ulike idrettslag spiller også en markert rolle i lokalsamfunnet.	Krise i foreningslivet med liten fornyelse og ingen nye medlemsorganisasjoner. Problemer med fast oppmøte. Dreining fra medlemsaktivitet til lavterskelaktivitet.

<sup>7</sup> Kilde: Studie gjennomført av Agenda Utredning & Utvikling (2004) som også involverte besøk i seks case- kommuner.

Hovedinntrykket, på bakgrunn av Agendas presentasjon av 6 case-kommuner, er at de frivillige barne- og ungdomsorganisasjonene står overfor en rekke utfordringer. Det virker som at det i stor grad er behov for fornyelse, både i forhold til hvilket tilbud de kan gi, og hvem de samarbeider med. Utfordringene blir for store i forhold til barn og unge i grensesonen. Det er for lite oppfølging av foreldre, og det trengs fagfolk. Mens organisasjonene sliter med dette, opplever enkelte samtidig at skolen overtar organisasjonenes rolle, og at skolen er viktigere som sted for demokratiforsting.

Ifølge Agendas studie er det gjennomgående trekket når det gjelder samarbeid mellom frivillige barne- og ungdomsorganisasjoner og kommunene, at det er liten grad av systematisk samarbeid om løsning av oppgaver. Det var forholdsvis få eksempler på inngåelse av offentlig-privat samarbeidsavtaler. Tvert imot var det i flere av de seks case-kommunene utlyst midler for slikt samarbeid, uten at det meldte seg søkere fra lagene og foreningene.

På problemstillingen hvorvidt det skapes levende lokalsamfunn ved organisasjonenes virksomhet, oppsummerer studien at det er vanskelig å påvise konkret om og på hvilken måte organisasjonenes virksomhet har virkninger i lokalsamfunnet. Både organisasjonene og kommunene gir uttrykk for at virksomheten har positive effekter. Det pekes på at den såkalte Frifondstøtten, til bestemte utadrettede aktiviteter og programmer har en større direkte virkning enn grunnstøtten, som virker indirekte. Det konkluderes imidlertid at gode støtteordninger langt fra er tilstrekkelige forutsenning for å oppnå vitalisering av foreningslivet, men at det trengs utvikling, omlegging og fornyelse av arbeidsformer.

#### 5.5.5 Studier av kommuner som har satsset mye på samspill og samhandling mellom kommune og frivillig sektor

I to studier av til sammen 12 norske kommuner, viser Vaagen (2003; 2005) eksempler på kommuner som har satsset mye på samspill og samhandling med frivillig sektor. Bakgrunnen for den ferskeste studien er at KS i KOU:2003 (Velferd, virkelighet og Visjoner) har pekt på en rekke utfordringer for kommunesektoren innenfor kommunenes kjerneoppgaver som tjenesteyting, samfunnsutvikling og demokratiutvikling. Velferdsutvalget anbefaler et økt samarbeid med de frivillige organisasjonene for bedre å kunne møte disse utfordringene. Satsningene er ikke kun rettet mot barn og unge, men inkluderer i stor grad barn og unge som målgruppe.

En av problemstillingene i Vaagens studier (2003; 2005) er hvilken betydning – kvantitativt og kvalitativt, det frivillige liv har for lokalsamfunnene og kommunene. Problemstillingene belyses ved hjelp av offentlige tilgjengelige kilder som offentlige planer, saksdokumenter og internettbasert materiale samt samtaler med informerte aktører i de til sammen 13 norske kommunene.

Vaagen anslår at den frivillige innsatsen i antall årsverk utgjør ca fem til seks prosent av antall personer som bor i kommunen, noe som for en kommune på 30 000 innbyggere betyr frivillig arbeid tilsvarende 1 500 årsverk. Den kvalitative verdien av det frivillige arbeidet er vanskeligere å måle, men har sannsynligvis størst betydning som en arena for skaping og vedlikehold av sosial kapital, og som demokratisk utviklingsarena.

I Vaagens undersøkelse i de to norske kommunene Engerdal, Dovre, og den svenske kommunen Rättvik (2003) oppsummeres at de frivillige organisasjonene har et stort omfang og aktivitetsnivå, og en viktig rolle i produksjon av velferdstjenester til befolkningen. Alle har et sterkt fokus på kultur og fritid der barn og unge er hovedmålgruppe, samt på trivsels- og velferdstiltak der eldre er hovedmålgruppe. I alle kommunene er det velforeninger og grendelag som arbeider aktivt for å videreutvikle grenda/kommunedelen som et attraktivt bosted. Forholdsvis få foreninger arbeider med å utvikle grenda som arbeidssted og med funksjoner og oppgaver som har med lokal tjenesteforsyning og velferdsproduksjon å gjøre. De frivillige organisasjonene er stort sett bevisst at de har en viktig rolle som trivselsskaper og arenabygger i sin egen kommune/lokalsamfunn, men de føler seg ikke alltid like godt ivaretatt og inkludert av kommunene/offentlige myndigheter verken når det gjelder økonomiske støtte eller andre former for anerkjennelse. I ingen av kommunene har frivillige



organisasjoner påtatt seg et mer omfattende ansvar for utvikling og drift av tradisjonelle offentlige velferdstjenester, men dette temaet er på dagsorden i noen av foreningene, og i noen grad også i kommunene.

Når det gjelder den situasjonen nasjonalt mener Vaagen at de frivillige foreningene i størst grad ivaretar velferdsproduksjon knyttet til folks fritid (sangkor, idrett og lignende), noe som skaper godt lim og sosialt samhold i mindre kommuner. Vaagen foreslår utvikling av modellområder eller prøvekommuner for å teste ut resultatskapingen innenfor dette tradisjonelle området for frivillig sektor.

Når det gjelder tjenesteproduksjon knyttet til tradisjonelt offentlige oppgaver, påpeker Vaagen påpeker at dette området kan utvikles, ikke minst ved at Norge ser på erfaringer i det kontinentale Europa. Det er ikke uvanlig i norske kommuner å sette ut oppgaver til private ved at kommunen inngår avtaler med ideelle organisasjoner.

Videre påpeker Vaagen at man ser tendenser til at velforeninger og grendelag i Norge er i ferd med å påta seg ansvar eksempel for idrettsanlegg og lignende, noe som videre kan få betydning for den reiselivsmessige infrastrukturen, og sånn sett bidra til næringsutvikling. Vaagen påpeker at kommunene har et sentralt ansvar for å inkludere "tredje sektor" i planleggingsarbeid som har med utvikling av lokalsamfunn å gjøre, dersom man ønsker å utnytte kraften i det ideelle arbeidet, for eksempel som i Sverige der det er etablert et institutt for sosial økonomi, et nettverk for sosial økonomi i Dalarna, og en nasjonal organisasjon som heter "Ideell Arena".

Foreningene har utfordringer i forhold til nyrekruttering, spesielt i forhold til unge mennesker, og det er dels problematisk med mobilisering til dugnadsarbeid. I viktige saker for foreningen eller grenda, er det fortsatt sterk mobiliseringsvilje og god dugnadsånd. Vaagen påpeker for øvrig at EU-programmene har bidratt til en kraftig mobilisering og synliggjøring av den frivillige sektoren i Sverige de siste årene, og at dette kan gi gode grenseoverskridende modeller, eksempler og arbeidsformer for overføring til norske forhold. EU-programmene har også bidratt til internasjonalisering av foreningene.

I studien fra 2005, som inkluderer 10 norske og 3 svenske kommuner, presiserer Vaagen at betydningen av det frivillige liv, både kvantitativt og kvalitativt av en slik karakter at det har stor betydning både for velferdsproduksjon og tjenesteyting i disse kommunene. Tabellen under gir en oversikt over hvilke samhandlingsprosjekter det dreier seg om.

Tabell 5.2 Samarbeid mellom frivillige organisasjoner og ti kommuner (Vaagen, 2005).

Kommune	Resultat av samarbeidet mellom frivillige organisasjoner og kommunen
Oslo	Systematisk planarbeid som har resultert i to kommunale frivillighetsmeldinger. Man har blant annet kommet fram til 8 hovedstrategier for kommunens samhandling med frivillig sektor.
Bærum	Har utviklet det frivillige arbeidet blant annet gjennom samarbeid med Røde Kors og bymisjonen, utvikling av Frivillighetssentral, Home-Start og Flyktningeguide, samt utvikling av sosiale partnerskap gjennom prosjektet "Tid for Andre"
Fredrikstad	Etablert lokalsamfunnsutvalg som møteplasser for demokrati og dialog, noe som har fremmet frivillighet og deltakelse.
Skien	Eablering av "Humanitetens Hus" som møteplass og arena. For eksempel som møteplass for mødre med innvandrers- eller flyktningbakgrunn, for koordinering og tilhold for natteravnere, kurs og informasjon til skoler og andre, tiltak for unge muslimske jenter, temamøter, flyktningefamilienettverk, tiltak for ensomme unge, er blant aktivitetene.
Sandefjord	Utarbeidet frivillighetsmelding og etablert arena for frivillighet, der følgende 6 prosjekter ble prioritert: Ungdom og frivillig arbeid, strukturert samarbeid i nærmiljøet for bedre bomiljø, etablere frivillighetsskole, integrering av innvandrere i Sandefjord, styrke SFO-ordningen i barneskolen ved frivillig innsats, psykiatriske brukere som frivillig medhjelper.
Skedsmo	Eablering av kommunalt frivillighetsforum og kulturforum som lokal møteplass og samarbeidsarena for alle frivillige lag og foreninger, slik at både frivillig og kommunal sektor skal kunne styrkes.
Hamar	Utvikler helhetlig policy overfor tredje sektor basert på gjensidige avtaleforhold eller samarbeidskontrakter. Kommunen ønsker at frivillige organisasjoner skal ta hånd om viktige samfunnsoppgaver som ligger innenfor eller tett inntil kommunens virksomhetsområder – oppbygging av gode lokale nettverk og lokaldemokrati der innbyggerne blir ansvarliggjort og samfunnsengasjerte, og selv tar initiativ til å løse viktige samfunnsoppgaver. Eksempelvis et samarbeid mellom ishockeyklubb og kommunen i forbindelse med barnehagene og skolen i forhold til klubbens anlegg samt tilbud til barn som "sliter" i hverdagen, ved at ungdom involveres i driften som "hjelpere" og "assistenter". Det inngås også avtaler om dagtilbud drevet av klubben rettet mot enkelte barn.
Øystre Slidre	Samhandling mellom idrettslag, kommune og næringsliv som gir verdiskaping og bo-lyst. Idrettslaget er hovedaktøren i det frivillige organisasjonslivet, og arbeidet og aktivitetene knyttet til de store world cup-arrangementene utgjør hovedaktiviteten.
Sunn dal	Etablert frivillighetsforum som møteplass mellom kommune og foreningsliv. Om lag 90 personer bidrar med frivillig innsats gjennom frivillighetssentralen, og disse legger ned en arbeidsinnsats tilsvarende 7 500 timer i året.
Tingvoll	Har gjennom aktivt prosjektutviklingsarbeid lagt grunnlag for et godt samspill mellom kommune og frivillige organisasjoner i arbeidet med tjenesteproduksjon og samfunnsutvikling.

Kilde: Studie gjennomført av Vaagen (2005).

### 5.5.6 Delprosjekt under Justisdepartementets satsning på kriminalitetsforebyggende tiltak

I delprosjektet "Mindre kriminalitet i lokalsamfunnet" har Askim Rotary klubb med bakgrunn i en bekymring for kriminalitetsutviklingen generelt og blant barn- og unge spesielt, engasjert seg i temaet: Hva bør og kan et lokalsamfunn selv utføre av tiltak for å forebygge kriminalitet? Det ble besluttet å arbeide fram et eget prosjekt i Askim som hadde som mål å utvikle, prøve ut, evaluere og spre erfaringer fra hvordan et lokalsamfunn selv kan mobilisere for å oppnå reduksjon i kriminaliteten, spesielt blant barn- og unge. Prosjektets målsetting er å utvikle nye måter for kriminalitetsforebygging i lokalsamfunnet gjennom samarbeid mellom

frivillige organisasjoner og kommunale instanser. I løpet av høsten 2004 er det igangsatt konkrete tiltak/aktiviteter rettet mot henholdsvis senstartere og tidligstartere. Prosjektet har også fokus på å legge til rette for møteplasser hvor ulike relevante grupper kan diskutere utfordringene: Det kan være dialogseminar på skolene med ungdomsgruppen, temamøter med politikerne, stormøter i lokalsamfunnet, arenaer for å bringe sammen ulike deler av fagmiljøer og lignende.

#### 5.5.7 Dilemmaer og utfordringer ved økt samarbeid mellom kommuner og frivillige organisasjoner

I Velferdsutvalgets utredning (KOU notat, 2002) oppsummeres en rekke dilemmaer mellom velferdspolitik og frivillig egenart. Det har for det første skjedd en *individualisering* der medlemskap i frivillige organisasjoner anses som et kundeforhold samtidig som offentlig politikk i økende grad legger vekt på brukerinteresser, for eksempel formidlet av frivillige sammenslutninger. I tabellen over så vi eksempler på organisasjoner som var frustrert over at medlemmene ikke deltok tilstrekkelig for å få utført de oppgavene de skulle. Videre oppgir Velferdsutvalget det som et problem at velferdsstaten mangler et helhetlig syn på verdien av uavhengig, frivillig engasjement. Videre påpeker de at kommunesektoren mangler en uttalt politikk for å stimulere frivillige aktiviteter. Til sist påpekes at flat struktur i organisasjons-samfunnet skaper problemer ved at man risikerer at den offentlige støtten konserverer frivillige strukturer som er i forandring.

Et annet dilemma er at tradisjonelt så har kommunale relasjoner til frivillige organisasjoner vært preget av sektorisering – en segmentering som kan blokkere for samarbeidsrelasjoner på tvers av sektorene. Ifølge Velferdsutvalget kan dette skyldes organisasjonene selv, men også motvilje mot tverrsektorielt samarbeid i forvaltningen. Utvalget påpeker at det med nye offentlige satsinger (som integrering av innvandrere, forebyggende helsearbeid, aksjoner mot vold etc.) øker behovet for samarbeid på tvers av sektorene.

### 5.6 Oppsummering

I dette kapitlet har vi sett på omfanget av, og innholdet i samarbeid mellom frivillige organisasjoner og kommuner. Vi har belyst dette gjennom presentasjon av data fra Kommunal organisasjonsdatabase samt en håndfull nyere studier som ser på dette emnet.

Når det gjelder omfanget av samarbeid mellom kommuner og frivillige organisasjoner, viser Kommunal organisasjonsdatabase at noe under halvparten av kommunene samarbeider med lokallag, bygdelag eller velforeninger (2004). Databasen viser for øvrig at frivillige organisasjoner ikke har noen sentral plass når det gjelder kommunal tjenesteyting. Kommunal organisasjonsdatabase fanger imidlertid ikke opp andre frivillighetstiltak, for eksempel utviklingen av de såkalte frivillighetssentralene. Disse kan sies å representere et "flaggskip" for en offentlig styrt kobling av kommune og lokal frivillighet. I 2004 ble det gitt støtte til 258 frivillighetssentraler rundt om i landet.

Frivillighetssentralene har som mål å samordne den frivillige innsatsen som privatpersoner og organisasjoner i kommunen utfører, og dermed styrke og fremme det frivillige arbeidet. Sentralene utfører oppgaver som ellers hadde krevd kommunal bemanning: enkle vaktmester- og servicetjenester overfor eldre, kontakt med syke, funksjonshemmede og uføre, organisering av selvhjelpsaktiviteter, sosiale arrangement, kontakt med innvandrere. Noen har blitt såkalte nærmiljøsentraler, med bånd til kultur- fritids-, samt barne- og ungdomsorganisasjonene. Om lag en fjerdedel av Frivillighetssentralenes samlede aktiviteter er såkalte *sosiale omsorgstiltak* som hovedsakelig retter seg mot en bestemt målgruppe, blant dem barn og innvandrere. Noen frivillighetssentraler har fått midler til såkalt Home-start Familiekontakten (HSF), som er et familiestøtteprogram utenfor det offentlige hjelpeapparatet der frivillige avlaster utvalgte familier etter kommunal behovsprøving. Noen få sentraler retter seg bare mot ungdom, og noen bare mot barn/ungdom med innvandrerbakgrunn.

Når det gjelder barne- og ungdomsorganisasjonene, finner vi noe dokumentasjon på omfang og rolle lokalt i en survey gjennomført i 100 kommuner, og blant alle frivillige barne- og ungdomsorganisasjoner (Agenda Utredning). Studien viser at mellom 87 og 96 prosent av kommunene oppgir at lagene er aktive innenfor områdene sang og musikk, friluftsliv og speiding, kristen eller religiøs virksomhet samt teater og lignende. Rundt 25 prosent av kommunene oppgir at lagene er aktive vedrørende henholdsvis partipolitisk og annen politisk virksomhet, og om lag halvparten av kommunene oppgir aktivitet i forhold til lokalt miljøarbeid. De fleste kommunene, og barne- og ungdomsorganisasjonene selv mener de har svært stor betydning for lokalsamfunnet. Til tross for dette, gir Agendas dypdykk i 6 kommuner inntrykk av at de frivillige barne- og ungdomsorganisasjonene står overfor en rekke utfordringer. Dette går på behov for fornyelse, både i forhold til hvilket tilbud de kan gi, og hvem de samarbeider med. Inntrykket er at utfordringene blir for store i forhold til barn og unge i grensesonen. Det er for lite oppfølging av foreldre, og det trengs fagfolk. Det påpekes også at skolen overtar organisasjonenes rolle. For øvrig er det, ifølge studien, et gjennomgående trekk at det er liten grad av systematisk samarbeid mellom frivillige barne- og ungdomsorganisasjoner og kommunene om løsning av oppgaver.

Vaagen sine to studier i til sammen 12 norske kommuner bekrefter til dels bildet av lokale frivillige organisasjoners rolle, med et sterkt fokus på kultur og fritid der barn og unge er hovedmålgruppe (2003, 2005). Vaagen bekrefter bildet av at svært få organisasjoner er involvert i utvikling av kommunen som arbeidssted og med funksjoner og oppgaver som har med lokal tjenesteforsyning og velferdsproduksjon å gjøre. Mens de har en viktig rolle som trivselsskaper og arenabygger, påtar de seg ikke ansvar for utvikling og drift av tradisjonelle offentlige velferdstjenester. Foreløpig er dette temaet på dagsorden i noen av foreningene, og i noen grad også i kommunene. Vaagen påpeker at tjenesteproduksjon knyttet til tradisjonelt offentlige oppgaver, er et område som kan utvikles, ikke minst ved at Norge ser på erfaringer i det kontinentale Europa. Når det gjelder det tradisjonelle området for frivillig sektor, nemlig velferdsproduksjon knyttet til folks fritid (sangkor, idrett osv.), foreslår Vaagen utvikling av modellområder eller prøvekommuner for å teste ut resultatutviklingen av slik virksomhet.

Ifølge Velferdsutvalget er det flere dilemmaer knyttet til kobling av frivillig og offentlig forvaltning (KOU notat, 2002): individualisering ved økt vekt på (for)brukerinteresser, at velferdsstaten mangler helhetlig syn på verdien av uavhengig, frivillig engasjement, at kommunesektoren mangler en uttalt politikk for å stimulere frivillige aktiviteter og at offentlige støtteordninger ikke er tilpasset mangfoldigheten i organisasjonslivet. Velferdsutvalget påpeker også at samarbeid mellom frivillige organisasjoner og kommuner ofte foregår sektorvis, og at dette kan blokkere for samarbeidsrelasjoner på tvers. Man kan imidlertid tenke seg at de siste årenes fokus på flat struktur i kommunene bidrar til at dette blir et mindre problem.

## 6 Finansieringsordninger og kommunal variasjon

IVAR PETTERSEN OG SOLVEIG OSBORG OSE

### 6.1 Innledning

En del av kunnskapen som finnes om kommunale tjenester rettet mot barn og unge kommer fra offentlig statistikk. Her kan vi både finne ut hvor stor andel av kommunens utgifter som går til å finansiere tjenester til barn og unge og hvor omfattende tjenestene til barn og unge er i forhold til hverandre. Det er også viktig å si noe om forskjellene mellom kommunene. Er det slik at det er stor variasjon i hvor mye av de kommunale midlene som benyttes i tjenesteproduksjon rettet mot barn og unge, og er denne variasjonen avhengig av hvordan tjenesten er finansiert, kommunestørrelse og inntektsgrunnlaget til kommunene? I dette kapitlet nyttiggjør vi informasjonen som ligger i ulike datakilder til å kunne si noe om variasjoner i tjenestetilbudet mellom kommuner.

Det er viktig å påpeke at vi i denne gjennomgangen ikke ser på kvaliteten på tjenestene eller effektiviteten i produksjonen av tjenestene. For å kunne vurdere kvalitet trengs helt andre metodiske tilnærminger, og dette faller utenfor prosjektets rammer. Vi konsentreres oss utelukkende om kvantitative størrelser og metoder.

I kapittel 6.2 ser vi kort på finansieringsordninger av kommunale tjenester generelt, oppsummerer problemstillingene og beskriver metode og datagrunnlag. Deretter går vi i kapittel 6.3 nærmere inn på de enkelte tjenestene rettet mot barn og unge i kommunene og foretar deskriptive beskrivelser av utvikling over tid og kommunale variasjoner i forhold til kommunestørrelse og økonomiske rammebetingelser. I kapittel 6.4 ser vi nærmere på hva som forklarer variasjon i ressursinnsatsen for de kommunale tjenestene rettet mot barn og unge. Her ser vi både på hvilke av disse tjenestene som varierer sterkest mellom kommunene i forhold til utgiftene (standardisert etter målgruppe), forholdet mellom ressursinnsatsen mellom tjenestene og regresjonsanalyser for å se hvordan ulike rammebetingelser forklarer variasjonen mellom kommunene for 2003. I kapittel 6.5 oppsummerer vi funnene.

### 6.2 Finansieringsordninger av kommunale tjenester

Overføringer av tilskudd til kommunene skjer nå gjennom redusert bruk av øremerkede tilskudd og økning i de frie inntektene (summen av rammeoverføringer, skatteinntekter og andre inntekter). Dette skal gi kommunene større handlefrihet, redusert rapporteringspålegg og gi bedre og billigere lokale løsninger. De øremerkede tilskuddene forbeholdes omstillingsperioder og særlige satsningsområder i en begrenset periode.<sup>8</sup> Ulempene med å gi kommu-

---

<sup>8</sup> Bakgrunnen for denne vridningen er at over tid bygger det seg opp et komplekst system av overføringer som til dels kan bli uoversiktlig og krevende for kommunene å forholde seg til. På et tidspunkt må derfor dette ryddes opp i slik at det gis rom for nye viktige øremerkinger. En tilsvarende gjennomgang og endring skjedde i 1986 da 50 øremerkede tilskudd ble erstattet med rammetilskudd.

nene denne friheten kan bla være at det kan oppstå store variasjoner i tjenestetilbudet mellom kommunene. Det er variasjoner i tjenestene mellom kommuner som er hovedfokus i dette kapitlet.

Gjennom å se på kvantitative størrelser for tjenesteproduksjonen rettet mot barn og unge, kan vi si noe om hva som fører til forskjeller mellom kommunene. En hypotese er at det er mindre grad av forskjeller mellom tjenester der en stor andel av overføringene er øremerkede. Det kan også være at tjenestene prioriteres høyere dersom kommunene har større handlefrihet i forhold til lokale tilpasninger. Dette betyr at finansieringsordningene kan ha betydning for prioriteringen mellom de ulike tjenestene. Det er også mulig at tjenestetilbudet er relativt likt mellom kommuner, målt i utgifter per bruker eller per innbygger, og at det derfor ikke vil føre til store skjevheter å gi kommunene større lokal prioriteringsevne gjennom redusert øremerking av midlene.

### Oppsummert

Problemstilling 1: Er forskjellene i tjenestetilbudet mellom kommuner avhengig av om tjenesten finansieres i stor grad gjennom øremerkede tilskudd?

Problemstilling 2: Er det store forskjeller i det *samlede tjenestetilbudet* for barn og unge mellom kommunene?

### Metode og datagrunnlag

Det er viktig at en finner en måte å sammenlikne kommuner på. Dette er mulig å gjøre ved å gruppere kommunene etter relativt likhet i rammebetingelsene. Fordi de lokale rammebetingelsene er forskjellige, vil mulighetene for å produsere et bestemt tjenestetilbud variere fra kommune til kommune. Det samme vil kostnadene som er forbundet med denne tjenesteproduksjonen. Faktorer som generelt har betydning for den kommunale tjenesteproduksjonen er *inntekter* (ulikt skattegrunnlag, varierende overføringer fra staten, gjeldsforhold m.m.), *behov og etterspørsel* (ulik størrelse på målgruppene, andel av målgruppene som etterspør tjenestene varierer og faktorer som påvirker behovet for ulike tjenester varierer), *kostnader* (kommunestørrelse(skalaeffekter), bosetningsstruktur, pris på innsatsfaktoren (lønn, etc.), klima m. m.) og selvsagt *politiske prioriteringer*<sup>9</sup>, og forskjeller i *produktivitet* (forholdet mellom ressursinnsats og produksjon).

Vi tar hensyn til rammebetingelsene når vi sammenlikner tjenestetilbudet i de ulike kommunene. Rammebetingelsene må holdes konstant for å skille ut de faktorene som skyldes kommunens egne disposisjoner, for eksempel ulike politiske prioriteringer eller varierende produktivitet i tjenesteproduksjonen. Dette kan gjøres ved hjelp av statistiske analysemetoder, for eksempel regresjonsanalyse, der faktorer som beskriver rammebetingelsene bringes inn i modellen som kontrollvariabler. I mer deskriptive framstillinger kan noe av det samme oppnås ved å klassifisere kommunene i grupper med relativt like rammebetingelser og deretter sammenlikne variasjonene i ressursbruk innenfor disse gruppene. Vi benytter begge innfallsvinklene, dvs både deskriptive framstillinger (kapittel 7.3) og regresjonsanalyser (kapittel 7.4).

Kommuneregnskapet gir detaljert informasjon om overføringer og utgifter til kommunene. Her finner vi utgifter til barnehager, grunnskolen, barnevernet, SFO, Helsestasjon og skolehelsetjeneste og aktivisering av barn og unge.

En slik fremstilling av forskjellene mellom kommunene kan også være med på å synliggjøre eventuelle prioriteringer *mellom* tjenestetilbudet for barn og unge. Er det for eksempel indikasjon på at barnehagesatsningen går på bekostning av andre tjenester som skal dekke

---

<sup>9</sup> Den viktigste begrunnelsen for det kommunale selvstyret er å gi de lokale beslutningsmyndighetene muligheter til å tilpasse tjenesteproduksjonen etter lokalbefolkningens ønsker og behov. Selv om både nasjonale standarder, lovpålagte oppgaver og øremerkede tilskudd setter grenser for kommunenes handlefrihet er det likevel betydelig rom for lokale prioriteringer.

barn og unges behov? Eller er det slik, som også vanligvis finnes i interkommunale studier, at kommuner som er "god" på ett område også har god tilgjengelighet av tjenester på andre områder?

### 6.3 Nærmere om de enkelte tjenester rettet mot barn og unge i kommunene

I dette avsnittet ser vi først på tallene for de enkelte kommunale tjenestene rettet mot barn og unge. Hvilke av tjenestene vi finner informasjon om er avhengig av inndelingen av KOSTRA funksjonene.

For 2003 finnes det informasjon om utgifter til følgende tjenester:

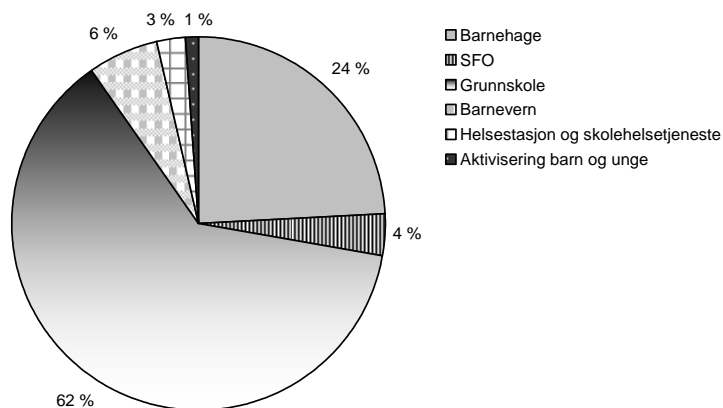
- Barnehage
- Grunnskole
- Barnevern
- SFO
- Helsestasjon og skolehelsetjeneste
- Aktivisering barn og unge<sup>10</sup>

PP- tjenesten rapporteres sammen med grunnskolen, eksklusiv PPT innsats i barnehager og voksenopplæring som rapporteres under disse. Det er derfor ikke mulig å få separate tall på PP- tjenesten.

Støttekontakt rapporteres under aktivisering av eldre og funksjonshemmede og under tiltak i familien i barnevernstatistikken.

Vi vet at de kommunale tjenestene til barn og unge står for i gjennomsnitt 28 prosent av utgiftene til kommunene i 2003. De aller største utgiftene påløper i produksjon av pleie- og omsorgstjenester. Vi sammenlikner nå størrelsen på de kommunale tjenestene i listen over for å se disse i forhold til hverandre.

Figur 6.1 Andel av utgiftene til kommunale tjenester av totale utgifter til barn og unge, 2003.



<sup>10</sup> Barneparker, fritidsklubber, MC klubber, fritidsverksteder, støtte til barne- og ungdomsorganisasjoner og tilskudd til folkehøgskoler.

Fra figur 6.1 ser vi at i overkant av 60 prosent av de totale utgiftene som går med til produksjon av tjenester til barn og unge, går til grunnskolen. 24 prosent av utgiftene går til barnehager, mens seks prosent går til produksjon av barneverntjenester. Fire prosent går til SFO mens tre prosent går til helsestasjonene og skolehelsetjenesten. Rundt en prosent av utgiftene av de samlede utgiftene til produksjon av tjenester til barn og unge går til aktivisering av barn og unge. Dette gjelder altså i gjennomsnitt og vi viser i det følgende at det er store variasjoner mellom kommuner.

Basert på KOSTRA tall konstruerer vi følgende variabler for de ulike tjenestene:

- Barnehage: Utgifter til barnehage per barn 1-5 år
- Grunnskole: Utgifter per elev (6-15 år)
- Barnevern: Utgifter til barnevern per barn/unge 0-17 år
- SFO: Utgifter per elev (6-15 år)
- Helsestasjon og skolehelsetjeneste: Utgifter per barn/unge 0-19 år
- Aktiviseringstilbud til barn og unge<sup>11</sup>: Utgifter per barn og unge 0-17 år

Disse variablene benyttes både i de deskriptive fremstillingene nedenfor og i kapittel 6.4.

## BARNEHAGER

De siste 20 årene har det skjedd store endringer i barnehagesektoren. Barnehager har i denne perioden gått fra å være et tilbud for de få til å omfatte nær 70 prosent av alle førskolebarn. Målet med den pågående utbyggingen er at alle familier som ønsker det skal få et barnehagetilbud til sine barn. Barnehageforliket som ble inngått av partiene på Stortinget i juni 2003 forutsatte at full barnehagedekning skulle nås i løpet av 2005. Lavere pris har ført til økt etterspørsel etter barnehageplasser, og en ytterligere reduksjon av prisene vil sannsynligvis føre til enda høyere etterspørsel. I tillegg ønsker mange flere foreldre hel-dagsplasser slik at det tar lengre tid enn forventet å nå målet om full barnehagedekning. Regjeringens mål er at sektoren skal være fullt utbygd i 2006. (Ot.prp. nr. 72, 2004-2005, kap 2.3). Barnehageforliket førte til at det ble vedtatt endringer i barnehageloven, jf. Ot.prp. nr. 76 (2002-2003). Endringene gjaldt blant annet innføring av en plikt for kommunene til å sørge for et tilstrekkelig antall barnehageplasser i kommunen, plikt for kommunene å legge til rette for en samordnet opptaksprosess og plikt til å sørge for likeverdig behandling av barnehager i forhold til offentlige tilskudd. I tillegg ble det gitt hjemmel for å gi forskrifter om foreldrebetaling. (Ot.prp. 72,2004-2005, kap 3.1).

## FINANSIERING AV BARNEHAGESEKTOREN

Barnehager blir i hovedsak finansiert av tre kilder: kommune, stat og foreldre. Det finnes dermed to eksterne kilder når det gjelder barnehager – foreldrebetaling og statstilskudd.

Allerede ved innføringen av inntektssystemet i 1986 var det et mål at barnehagetilskuddet skulle innlemmes i rammeoverføringen til kommunene. Årsaken til at det øremerkede tilskuddet likevel har blitt videreført har sammenheng med det store antallet private barnehager og at sektoren er i en utbyggingsfase (Ot.prp. nr. 72, 2004-2005, kap 2.4). I kommunalkomiteens behandling av kommuneproposisjonen for 2003 ble det flertall på Stortinget for overgang til rammefinansiering av barnehagesektorene. Stortinget har vedtatt at det statlige tilskuddet til drift av barnehager fra 1.januar 2006 skal gis som en del av kommunens frie inntekter. I kommuneproposisjonen for 2006 (Stortingsproposisjon nr. 60, 2004-2005) foreslår regjeringen å utsette omleggingen av finansieringsordningen med ett år, dvs til 1. januar 2007. Dette begrunnes med at barnehagesektoren ikke vil være fullt utbygd

<sup>11</sup> Barneparker, fritidsklubber, MC klubber, fritidsverksteder, støtte til barne-og ungdomsorganisasjoner og tilskudd til folkehøgskoler.



før ved utgangen av 2006 og at det er viktig med stabile og forutsigbare økonomiske rammevilkår også i sluttfasen av utbyggingen.

Offentlige myndigheter er i dag den viktigste og største finansieringskilden for barnehagene, både private og offentlige eide. I statsbudsjettet for 2005 ble det bevilget fra staten – via kommunene totalt 11,8 milliarder kroner i tilskudd til sektoren. Det statlige driftstilskuddet var 9,6 mrd mens 736 mill var tilskudd til tiltak for barn med nedsatt funksjonsevne og 1,2 mrd ble gitt i skjønnsmidler. I tillegg består den offentlige finansieringen av en kommunal egenfinansiering på omtrent 4,5 mrd kroner.

Forskrift om likeverdig behandling av barnehager i forhold til offentlige tilskudd (fra 1. mai 2004), gir kommunen et finansieringsansvar for ikke-kommunale barnehager. Den kommunale finansieringen skal som hovedregel sørge for at barnehagene, uavhengig av eierskap, får dekket kostnader til drift som ikke dekkes av foreldrebetaling og andre offentlige tilskudd.

Det er i flere sammenhenger blitt påpekt at det i dag ikke er samsvar mellom myndighetsansvar og det finansielle ansvaret i sektoren. Kommunene har en plikt til å sørge for at det finnes et tilstrekkelig antall barnehageplasser i kommunen, men hovedtyngden av finansieringen gis via et øremerket tilskudd fra staten. For å rette på dette planlegges altså tilskuddet å inngå i rammeoverføringene til kommunene. Mange uttrykker bekymring for kommunens finansieringsansvar for barnehagesektorene dersom det i minst mulig grad skal legges bindinger på kommunenes oppgaveløsning. Det er frykt for at en stram kommuneøkonomi skal svekke kvaliteten på barnehage tilbudene.

I 2004 ble 24 prosent av utgiftene til barnehagene finansiert av foreldrebetaling (Oppholdsbetaling), mens 55 prosent ble finansiert gjennom statlig tilskudd (øremerkede tilskudd). De resterende 22 prosentene ble finansiert av kommunale driftsmidler. Fra 2003 til 2004 har andelen kommunale driftsmidler gått ned pga at de statlige overføringene har økt. Tallene er uveide gjennomsnitt for alle kommunene som har levert data.

#### BARNEHAGESTATISTIKK

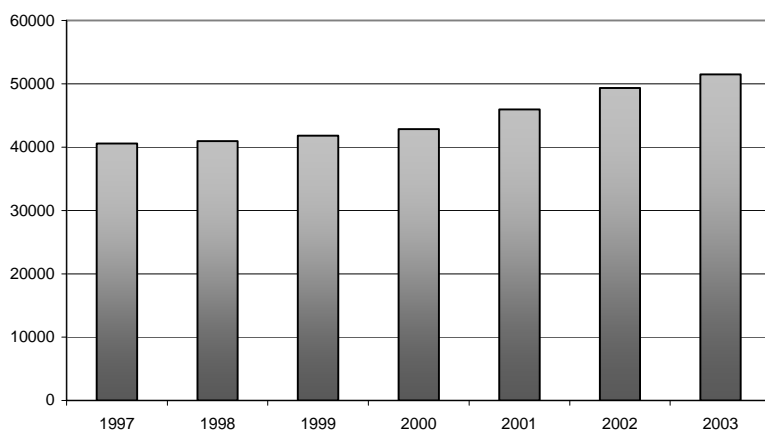
Vi benytter to ulike kilder, barnehagestatistikken og KOSTRA tall.

Barne- og familiedepartementet (BFD) står ansvarlig for innsamlingen av dataene. Dette fordi i tillegg til grunnlag for statistikk er rapporten en del av søknaden om statsstøtte som den enkelte barnehage sender til BFD. Alle godkjente barnehager er derfor pliktige til å rapportere for å få utbetalt statsstøtte. BFD samler derfor inn med hjemmel i bevilgningsreglementets § 17. Her finnes det mye informasjon: for eksempel antall barnehager, eierformer og antall barn i barnehager i tillegg til personelltall. Vi bruker tall fra denne statistikken til å konstruere dekningsgraden, dvs antall barn i barnehager i forhold til antall barn i barnehagealder (1-5 år).

Fra KOSTRA tallene finner vi brutto driftsutgifter til barnehager og vi bruker utgifter per barn i alderen 1-5 år som mål på ressursinnsatsen i barnehagesektoren i de enkelte kommunene.

## UTVIKLING OVER TID OG KOMMUNALE VARIASJONER

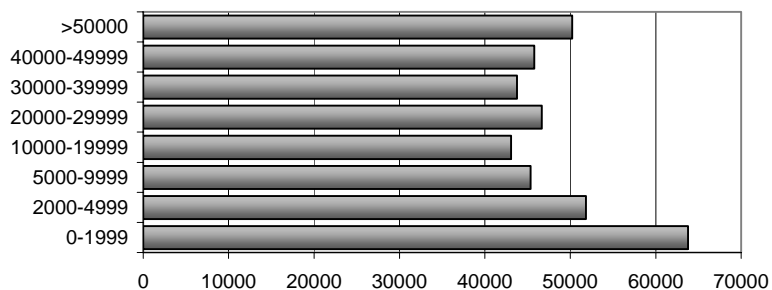
Figur 6.2 Utgifter i barnehager per barn 1-5 år (uveide gjennomsnitt), i faste 2003 kroner, 1997 - 2003.



Her ser vi at det har vært en økning i utgifter hvert år i perioden, se figur 6.2. Dette er utgifter kommunen har til barnehager, uavhengig av finansiering. Vi vet at det har vært en reduksjon fra 2002 i hvor mye kommunene bruker av egne midler fordi de statlige overføringene har økt i forbindelse med barnehagesatsningen.

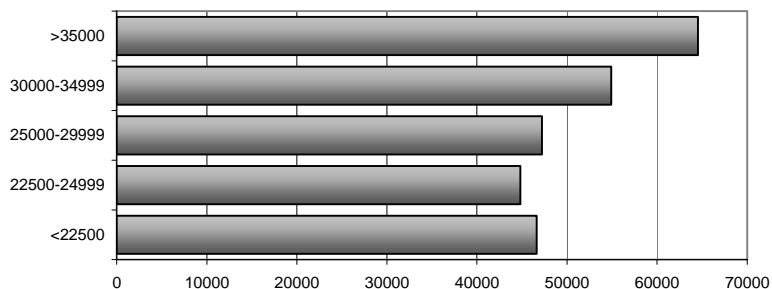
Når vi kun ser på 2003 tallene, kan vi undersøke variasjoner mellom kommuner i utgifter per barn i barnehager. Vi ser både på kommunal variasjon i forhold til kommunestørrelse og i forhold til inntektsgrunnet gjennom frie inntekter.

Figur 6.3 Utgifter i barnehager per barn 1-5 år (uveide gjennomsnitt), etter kommunestørrelse, 2003.



Fra figur 6.3 ser vi at de minste kommunene har de høyeste utgiftene per barn i barnehagealder. De mellomstore kommunene har de laveste utgiftene, mens de aller største kommunene har noe høyere utgifter. Dette er naturlig da det er dyrere å etablere barnehageplasser i svært små kommuner med relativt færre barn. Små kommuner har i liten grad muligheter til å utnytte stordriftsfordeler i produksjon av barnehagetjenester. Årsaken til høy ressursbruk i store kommuner kan skyldes sosiale forhold i urbane strøk.

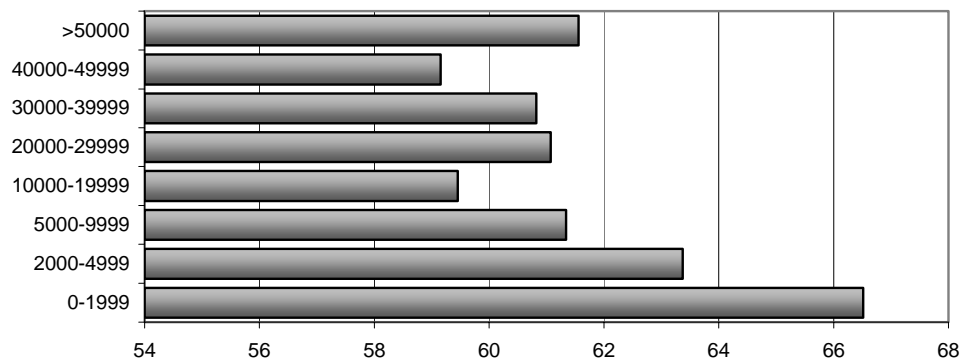
Figur 6.4 Utgifter i barnehager per barn 1-5 år (uveide gjennomsnitt), etter frie inntekter per innbygger, 2003.



Fra figur 6.4 ser vi at det er de "rikeste" kommunene målt i frie inntekter per innbygger som bruker mest på barnehager. Sammenhengen er lineær med unntak av kommunene med lavere inntekter enn 22 500 per innbygger. Dvs. at til rikere kommunene er, isolert sett, jo mer bruker de på barnehager.

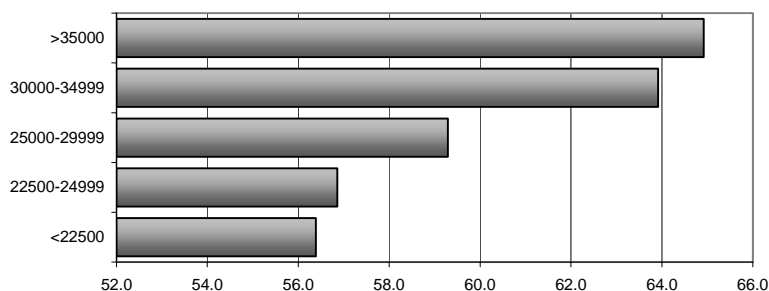
Vi kan også undersøke om vi ser det samme for dekningsgrader. Dette er antall barn i barnehager i forhold til antall barn i barnehagealder og er hentet fra barnehagestatistikken.

Figur 6.5 Dekningsgrad i barnehager (uveide gjennomsnitt) etter kommunestørrelse i 2003.



Fra figur 6.5 ser vi at de minste kommunene har større dekning enn større kommuner. De små kommunene har dermed både høyest dekningsgrad og de høyeste utgiftene per barn i barnehagealder. Her ser vi også en nesten lineær sammenheng der dekningsgraden er lavere jo større kommunen er. Dette må ses i sammenheng med inntektene. Grundigere analyser må utføres for å finne ut hva som forklarer denne variasjonen, se kapittel 6.4.

Figur 6.6 Dekningsrad i barnehager (uveide gjennomsnitt), etter nivå på frie inntekter per innbygger, 2003.



Som vi ser fra figur 6.6 er det typisk "rike" kommuner som har høyest dekning på barnehager. En stor del de frie inntektene er skatteinntekter slik at for eksempel kommuner med høy sysselsetting, og dermed stort behov for barnehageplasser, er de med høyest dekning. Dette betyr at det er de kommunene med høyest nivå på frie inntekter per innbygger er de samme kommunene som bruker mye på barnehager (høye utgifter) og har høy dekningsgrad (antall barn i barnehager i forhold til antall barn i alderen 1-5 år).

## BARNEVERN TJENESTEN

Barnevernet skal være en garanti for at alle barn og unge sikres omsorg, trygghet og utviklingsmuligheter. Barnevernets ansvar og arbeidsoppgaver finner vi i barnevernloven (Lov av 17. juli 1992 nr. 100). Det er barneverntjenesten i kommunen som har ansvaret for det kommunale barnevernet. Fra 1. januar 2004 overtok staten ansvaret for det tidligere fylkeskommunale barnevernet.

Barnevernet har som sin spesielle oppgave å ta vare på de mest utsatte barna. Det skal beskytte barn mot omsorgssvikt og motvirke at barn lider fysisk og psykisk overlast. Blir barnevernet kjent med slike forhold, har det en lovbestemt plikt til straks å undersøke hvordan barnet har det, og om nødvendig sette i verk tiltak. Etter loven har barneverntjenesten plikt til å gjennomgå en melding snarest, og hvis nødvendig, gjennomføre en nærmere undersøkelse senest innen 3 mnd. Dersom det er nødvendig å sette i verk tiltak, skal dette gjøres senest 6 uker etter at undersøkelsen er avsluttet. Fordi lovgiverne ser det som så viktig at barna får hjelp i tide, kan kommunen ilegges mulkt dersom fristene ikke overholdes. Barnevernets arbeid er en blanding av støtte og kontroll. Det skal gi hjelp og støtte for at hjemmet skal kunne make sitt oppdrageransvar, men det har også plikt til å gripe inn hvis dette ikke nytter.

## FINANSIERING AV BARNEVERNET

Barnevernet finansieres nå gjennom rammeoverføringene til kommunene, ikke gjennom øremerkede bevilgninger.

Kommunene har delfinansieringsplikt, mens staten har det samme ansvaret som fylkeskommunene hadde før overtakelsen i 2004.

## DATA OM BARNEVERNTJENESTEN

Barnevernsstatistikken ble første gang publisert i 1900, og var frem til 1954 en summarisk statistikk laget på bakgrunn av årsmeldinger fra vergerådene. Frem til 1915 ble statistikken laget av Kirke- og undervisningsdepartementet, senere av Statistisk sentralbyrå. Fra 1954 har barnevernstatistikken blitt utarbeidet på bakgrunn av årlige oppgaver fra kommunene. Fra og med 1992 ble dataomfanget sterkt utvidet, og omleggingen førte også til brudd i noen av tidsseriene slik at tall på nye brukere fra før og etter 1992 ikke direkte kan sammenliknes. I 1993 ble registreringskjemaet endret som følge av ny barnevernlov. Den nye loven åpnet for at barn kan plasseres utenfor hjemmet uten at fylkesnemden først må fatte vedtak om å ta over omsorgen (Kommunedatabasen, NSD).

I barnevernsstatistikken skal man fylle ut et skjema per barn som er under undersøkelse av barnevernet og/eller barn med tiltak etter lov om barneverntjenester. Barnet er enhet i statistikken og det blir benyttet fullt fødselsnummer. Man kan sette i verk tiltak for barn under 18 år, eller forlenge et tiltak som alt er i gang frem til barnet er 23 år, dersom ungdommen samtykker i dette. Registreringen blir gjort av barneverntjenesten i kommunene som sender oppgavene rekommandert til SSB, enten som en datafil levert på diskett, eller på papirskjema som blir levert optisk. Statistikken inneholder opplysninger om hvem som meldte saken som førte til undersøkelse, saksinnholdet i meldingen, resultatet av undersøkelsen. For barn som har mottatt tiltak i statistikkåret, registrerer man hvilken type tiltak dette er (hjelpetiltak/omsorgstiltak) m.m. Man registrerer også om foreldrene er blitt fratatt ansvaret for barnet i statistikkåret.

I beskrivelsen av datamaterialet finner vi også noen nyttige begrepsdefinisjoner som vi gjengir i det følgende.

**Meldinger.** En melding til barnevernet er en skriftlig eller muntlig kontrakt til barneverntjenesten om et identifiserbart barn, hvor det er rimelig grunn til å tro at det kan gi grunnlag for tiltak etter lov om barnevernstjenester. Fra og med 1997 registrerer man ikke innkomne meldinger til barnevernet, men spør nå bare om hvem som meldte saken, og innholdet i meldingen for de barna hvor barnevernstjenesten starter eller avslutter undersøkelsen i statistikkåret.

**Undersøkelser.** Barnevernstjenesten har rett og plikt til å starte en undersøkelse når det er rimelig grunn til å tro at barn lever under slike forhold at det kan bli aktuelt med tiltak etter lov om barnevernstjenester. Dersom barneverntjenesten gjør flere undersøkelser om samme barn, er det den første undersøkelsen i statistikkåret som skal registreres.

**Hjelpetiltak.** Hjelpetiltak er etter lov om barneverntjenester hjemlet i § 4-4. Hjelpetiltak kan for eksempel være økonomisk stønad, barnehage, støttekontakt, tilsyn, besøks-hjem/avlastningshjem, hjemmekonsulent, avlastningsinstitusjon, foreldre-/barnehageplasser (mødrehjem), poliklinisk behandling i barne- og ungdomspsykiatrisk institusjon, hjelp til bolig mv. Den nye barnevernloven som kom i 1993 åpnet for at barn kan plasseres bort fra hjemmet, for eksempel i fosterhjem, uten at man må treffe vedtak om å ta omsorgen. En slik plassering etter § 4-4 femte ledd, vil da bli et hjelpetiltak.

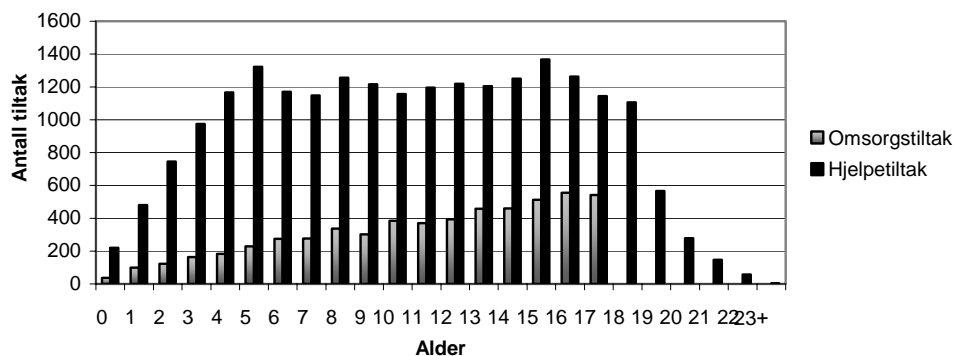
**Omsorgstiltak.** Omsorgstiltak er etter lov om barnevernstjenesten grunngitt i § 4-12. Alle vedtak om å ta omsorgen for barnet og plassere det til oppfostring bort fra hjemmet skal nå avgjøres i fylkesnemda, Omsorgstiltak er tiltak hjemlet i § 4-12 som for eksempel beredskapshjem, fosterhjem, barne-/ungdomshjem, bo-/arbeidskollektiv, rusmiddelinstitusjon, barne- og ungdomspsykiatrisk institusjon, psykiatrisk institusjon eller andre omsorgstiltak borte fra hjemmet.

Vi bruker data fra 1993 til 2003 for å illustrere utviklingen i antall barnevernssaker. Vi henviser til Årbok for barnevernet) for en mer detaljert utnyttelse av datamaterialet fra barnevernsstatistikken (Barnevernboka, 2003).

UTVIKLING OVER TID OG KOMMUNALE VARIASJONER

Vi illustrerer først antall barn med omsorgstiltak og hjelpetiltak etter alder.

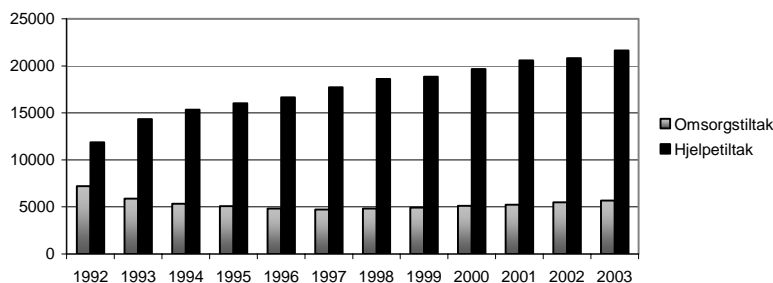
Figur 6.7 Antall barn med barnevernstiltak etter alder, 2003.



Som vi ser fra figur 6.7 er det ingen over 18 år som mottar omsorgstiltak, men det er en del over 18 som har hjelpetiltak. Antall omsorgstiltak øker med alder og det er da de eldste som mottar flest tiltak. Ser vi på hjelpetiltak er det noe mindre systematisk variasjon, men typisk er det færrest i de yngste og de eldste alderskategoriene.

Vi kan også se på utviklingen i antall barn som har tiltak over tid.

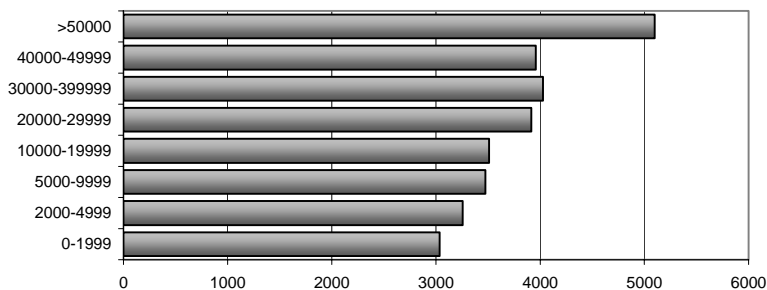
Figur 6.8 Antall barn med tiltak pr 31.12, 1992 - 2003.



Tallet på antall barn som mottar hjelpetiltak og omsorgstiltak stiger. Ved utgangen av 2003 var det i overkant av 21 600 barn som mottok et hjelpetiltak. Dette tilsvarer en økning på nesten fire prosent fra året før, eller en økning på over 800 tiltak. I 2003 var det nesten 5 700 barn og unge som mottok et omsorgstiltak. Dette er en økning på over tre prosent fra året før, eller en økning med 180 tiltak fra 2002.

Vi ser videre på utgifter per barn og unge i barnevernstjenester. Det er vanskelig å lage en sammenliknbar tidsserie på utviklingen i utgifter til barnevernet. Vi konsentrerer oss derfor om kommunal tverrsnittsvariasjon i 2003.

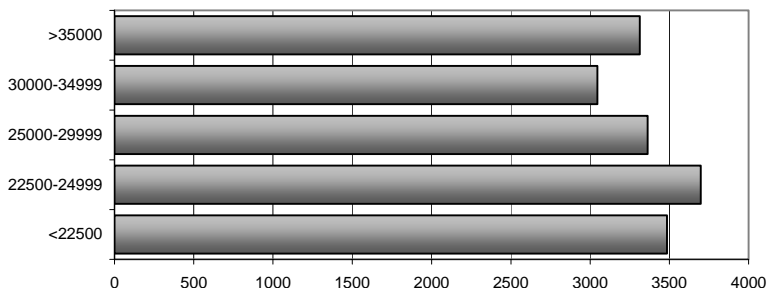
Figur 6.9 Utgifter til barnevern per barn og unge 0-17 år (uveid gjennomsnitt), etter kommunestørrelse, 2003.



Her ser vi at de minste kommunene bruker minst på barneverntjenester per innbygger i alderen 0-17 år<sup>12</sup>. De største kommunene bruker helt klart mest på denne tjenesten, og sammenhengen har lineære trekk, dvs. at jo større kommunen er jo mer bruker de i gjennomsnitt på barnevernstjenester. Sosiale forhold i de største kommunene kan forklare hvorfor de har størst ressursbruk innenfor barnevern. Dette er det motsatte av mønsteret vi så for barnehager, der små kommuner typisk har høyere utgifter per barn.

Vi ser videre på kommunale variasjoner etter nivå på frie inntekter per innbygger.

Figur 6.10 Utgifter til barnevern per barn og unge 0-17 år (uveid gjennomsnitt), etter nivå på frie inntekter per innbygger, 2003.



Fra figur 6.10 ser vi at det ikke er noen sterk systematisk sammenheng mellom kommunens frie inntekter og utgiftene til barnevernet. Det er likevel tendenser til at utgiftene er noe høyere i kommuner som har relativt lavere nivå på frie inntekter.

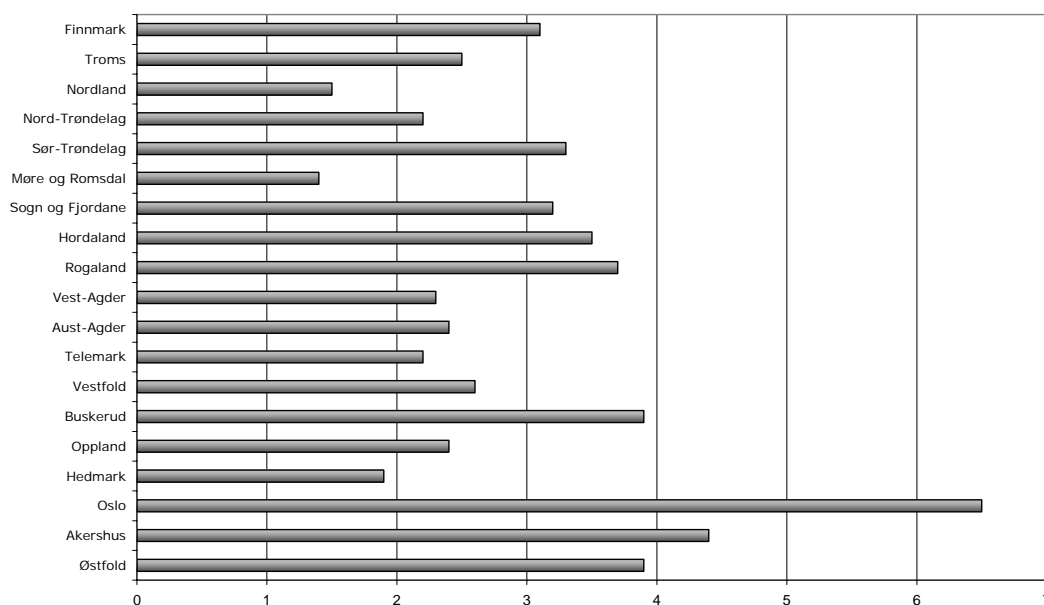
<sup>12</sup> Vi vet fra figur 5.7 at det er også noen eldre enn 17 år som mottar tjenester fra barnevernet, men har valgt å sammenlikne kommunene etter hovedaldersgruppen av brukere av tjenesten.

## STATLIG BARNEVERN

I Ot.prp. nr 9 (2002-2003) foreslo regjeringen at staten skulle overta det fylkeskommunale barnevernansvaret fra 01.01.04. Vi kan derfor se kort på hvor omfattende det fylkeskommunale barnevernet var i 2003.

4 010 barn var omfattet av det fylkeskommunale barnevernet i 2003. Av disse var 1 746 på barnevernsinstitusjon og 1 513 på fylkeskommunale fosterhjem, mens 751 mottok hjemmebaserte tiltak. I gjennomsnitt var det 3 barn per 1 000 barn 0-19 år som mottok et fylkeskommunalt tiltak i hvert fylke, men det er store forskjeller mellom fylkene.

Figur 6.11 Barn med fylkeskommunale barnevernstiltak per 1 000 barn 0-19 år, 2003.



Figur 6.11 viser at Oslo klart hadde flest barnevernstiltak per 1 000 barn og unge i alderen 0-19 år. Møre og Romsdal, Nordland og Hedmark ligger klart lavest i forhold til antall barn og unge. I tillegg til Oslo, ligger Akershus, Buskerud og Østfold høyt i forhold til antall barn og unge i disse fylkene.

## GRUNNSKOLE

Grunnskoleopplæring er obligatorisk. Barnet skal vanligvis gå på skolen fra begynnelsen av skoleåret i det kalenderåret da det fyller seks år, dersom det ikke får tilsvarende opplæring på annen måte. Opplæringsplikten varer i ti år, vanligvis til det året eleven fyller 16 år.

Hvert år i august begynner omtrent 60 000 barn på skolen, noe som betyr at dette er den offentlige instansen det er mulig å nå flest barn og unge.

Norge bruker mye ressurser på utdanning, og det er få av OECD landene som bruker mer på utdanning, målt i utgifter per elev. Norge har også en høy læretetthet som er hovedforklaringen på det høye utgiftsnivået. Både i de største byene, i tettstedene og i områder med mer spredt bosetting er det mange lærerårsverk i forhold til elevtallet. Norske elever har relativt få timer undervisning sammenlignet med elevene i andre OECD-land. Se mer om dette i St meld nr 30 (2003-2004) elevtall, skolestruktur og kommunenes utgifter til grunnskolen s 18. Om ressursbruk, kvalitet m.m. se også [www.skoleporten.no](http://www.skoleporten.no).



Opplæringsloven (LOV-1998-07-17-61) begrenser forskjellene i kommunenes grunnskoletilbud, men kommunene har likevel et visst handlingsrom. Dette gjelder spesielt undervisning over minimum, og pedagogiske styrkingstiltak i form av spesialundervisning. Prinsipielt skal ikke en kommunes økonomi ha noen betydning for innvilgning av spesialundervisning, men i praksis åpner den skjønsmessige behandlingen av sakene for ulikheter mellom kommuner. Kvaliteten på skolebøker og læremateriell generelt er vagt regulert i opplæringsloven. Dette åpner for at kommunene prioriterer denne delen av skoletilbudet ulikt. Det samme gjelder kvaliteten på bibliotektilbudet i skolen. Loven stiller ikke krav til innhold i et skolebibliotek, bare eksistensen av det.

Valg av skolestruktur er en viktig lokal beslutning som kan påvirkes av kommunale inntekter. En desentralisert skolestruktur med få elever per skole og per klasse, medfører høyere utgifter per elev, enn en mer sentralisert skolestruktur. Riktignok legger bestemmelsene i opplæringsloven om avstand mellom hjem og skole føringer på skolestrukturen, men kommunene har utvilsomt betydelig handlefrihet innenfor lovens rammer.

Lovreguleringer i andre kommunale sektorer er mindre detaljstyrt og sikrer bare eksistensen av et tilbud til en gitt standard. Ressursinnsatsen i grunnskolesektoren kan derfor være avhengig av lokale prioriteringer. Sterke reguleringer av grunnskolen binder likevel en stor del av kommunenes budsjett i grunnskolesektoren. Som vi så i figur 6.1 står grunnskolen for over 60 prosent av utgiftene til produksjon av kommunale tjenester til barn og unge.

#### FINANSIERING AV GRUNNSKOLEN

Statens sektorspesifikke virkemidler innenfor kommunal tjenesteproduksjon består av lovreguleringer og øremerkede tilskudd. I grunnskolen er det liten grad av øremerkede tilskudd. Lovreguleringen i grunnskolen er derfor det viktigste sektorspesifikke virkemiddelet for å ivareta målet om et likeverdig skoletilbud.

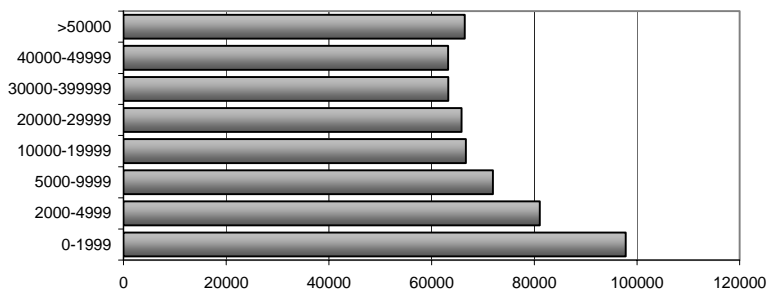
#### DATA OM GRUNNSKOLEN

Vi bruker brutto driftsutgifter fra KOSTRA, hentet fra NSDs kommunedatabase. Det finnes mye statistikk om grunnskolen, men vi benytter ikke disse data og beskriver de derfor ikke.

#### KOMMUNALE VARIASJONER

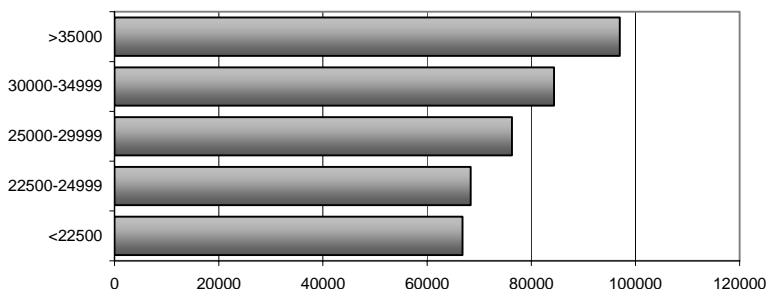
Det er vanskelig å lage en sammenliknbar tidsserie for utgifter per elev i grunnskolen. Dette skyldes at utgiftsbegrepene er endret over tid og det er vanskelig å foreta justeringer som er nødvendig for å kunne se på utviklingen de senere årene. Vi ser derfor bare på kommunal variasjon for 2003 for denne tjenesten.

Figur 6.12 Utgifter til grunnskolen per elev, etter kommunestørrelse, 2003.



Her ser vi at utgiftene per elev er høyere for de små kommunene. Dette er naturlig da det er dyrere å produsere tjenesten i mindre kommuner. Som vi skal se i kapittel 6.4 er det kommunale variasjoner i denne tjenesten det er lettest å forklare med ulikheter i rammebetingelsene.

Figur 6.13 Utgifter til grunnskolen per elev, etter frie inntekter per innbygger, 2003.



Vi ser fra figur 6.13 at det er en klar lineær sammenheng mellom nivå på frie inntekter og utgifter per elev. Jo "rikere" kommunen er jo mer bruker de på grunnskolen per elev. Dette er det samme mønsteret som vi ser for barnehagene, se figur 7.4.

Borge og Pettersen (1998) viser at forskjeller i kommunale inntekter er en viktig forklaringsfaktor i forhold til variasjoner i ressursinnsats i grunnskolen. De viser at en økning i kommunale inntekter på 10 prosent i gjennomsnitt øker utgifter per elev med fire prosent.

### SKOLEFRITIDSORDNING (SFO)

SFO er hjemlet i Opplæringsloven som et frivillig tilbud før og etter skoletid for elever på 1. - 4. trinn og for funksjonshemmede elever til og med 7. trinn. SFO skal gi de yngste elevene i grunnskolen omsorg og tilsyn i den tiden elevene ikke er på skolen og de foresatte er på arbeid, og legge til rette for lek, kultur- og fritidsaktiviteter. Elever på 1. og 2. trinn bruker tilbudet mest.

Bestemmelsene i lov og forskrift gir den enkelte kommune ansvaret for å utforme tilbudet fra lokale forutsetninger og behov. Kommunen kan selv drive SFO eller godkjenne private ordninger og kommunene bestemmer rammene for SFO. Kvaliteten i SFO- tilbudet er evaluert av Kvello og Wendelborg (2002). Denne rapporten viste at det var store kvalitetsforskjeller. Aktivitetene i SFO preges av mye frilek, liten grad av tilrettelegging for leksehjelp og lite kontakt mellom SFO og lokale kultur- og fritidsaktiviteter. Rapporten viser videre at foreldregruppen i hovedsak er tilfreds med tilbudet. De foresatte til barn med særskilte behov skilte seg ut som mindre fornøyd enn andre foresatte. En hovedkonklusjon fra forskerne

var at SFO i begrenset grad bidrar til helhet i barns oppvekstmiljø gjennom samarbeid med skole, hjem og kultur- og fritidstiltak i lokalmiljøet, slik det ble omtalt i St meld 40 (1992 – 1993).

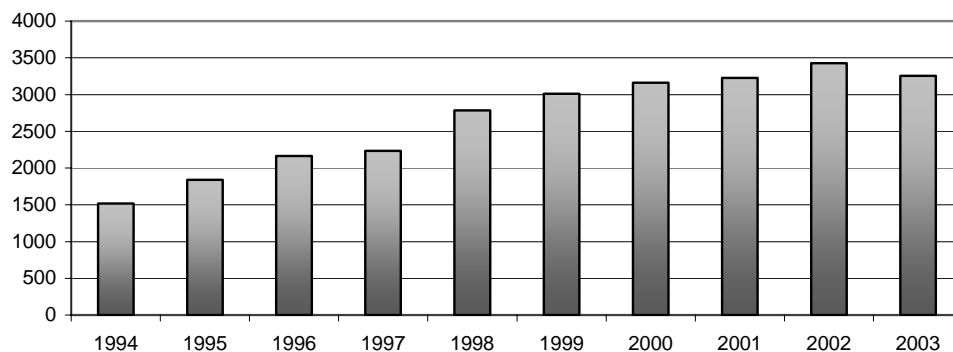
Det finnes omtrent 2000 skolefritidsordninger av ulik størrelse i Norge. I 1997 ble det vedtatt at kommunene skulle etablere et SFO tilbud. I 2003 benyttet over 128 000 barn SFO, og tilbudet er dermed etablert som et vesentlig innslag i barns oppvekst. Det har i den senere tid vært et visst fokus på forskjeller mellom kommuner i pris på SFO, men vi undersøker ikke på dette, selv om det hadde vært av interesse å prøve å forklare denne variasjonen mellom kommunene i en egen analyse. Vi fokuserer i denne omgang på kommunal variasjon i utgifter per elev.

#### FINANSIERING AV SFO

Utbyggingen av SFO ble finansiert gjennom øremerkede tilskudd fra staten til kommunene. I St.prp. nr 64. (2001-2002= foreslo Regjeringen at tilskuddet til SFO skulle innlemmes i rammetilskuddet til kommunene fra 01.08.03. Dette ble vedtatt av Stortinget da Innst. S. nr. 253 (2001-2002) ble behandlet, se Ot.prp. nr. 67 (2002-2003).

#### UTVIKLING OVER TID OG KOMMUNALE VARIASJONER

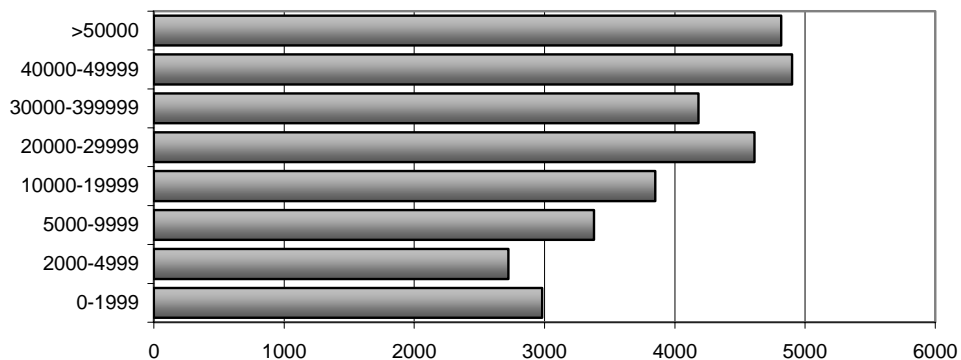
Figur 6.14 Utvikling i utgifter til SFO per elev i faste 2003 kroner (uveid gjennomsnitt), 1994 - 2003.



Som vi ser fra figur 6.14 har utgiftene per elev<sup>13</sup> i SFO økt helt frem til 2002. I 2003 bruker kommunene mindre på SFO enn i 2002. Dette kan ha sammenheng med satsningen på for eksempel barnehager. Vi ser videre på kommunale variasjoner i utgiftene.

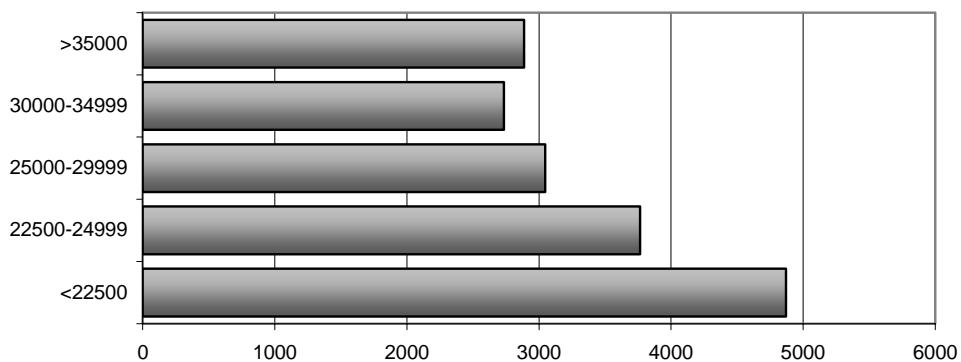
<sup>13</sup> Vi har her valgt å bruke elev som enhet selv om dette i hovedsak er et tilbud til elever i 1. til 4. klasse.

Figur 6.15 Utgifter til SFO per elev, etter kommunestørrelse, 2003.



Vi ser fra figur 6.15 at små kommuner har lavere utgifter per elev i SFO enn større kommuner. Sammenhengen har en viss linearitet. Dette er det samme mønsteret vi så for barnevernet.

Figur 6.16 Utgifter til SFO per elev (uveid gjennomsnitt), etter nivå på frie inntekter per innbygger, 2003.



Fra figur 6.16 ser vi at de "rikeste" kommunene bruker minst på SFO. Dette er igjen det samme mønsteret vi så for barnevernstjenesten, uten at vi her analyserer hvorfor det er slik. I kapittel 6.4 ser vi at når vi kontrollerer også for andre ulikheter i rammebetingelsene er ikke forskjellene i utgifter til SFO mellom kommunene systematisk avhengig av kommunestørrelse og nivå på frie inntekter.

## HELSESTASJON OG SKOLEHELSETJENESTE

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har en viktig rolle i å forebygge psykiske og psykisk plager og lidelser hos gravide, barn og ungdom, gjennom veiledning, rådgiving, nettverksarbeid og helsekontroller. Tjenesten skal fange opp tidlige signaler på omsorgssvikt, mis-trivsel, utviklingsavvik og antisosial atferd. Ved behov skal det henvises til utredning og behandling, iverksette spesielle tiltak, bidra til samarbeid om tilrettelegging av støttetilbud og informere om tiltak fra andre instanser.

FINANSIERING AV HELSESTASJON OG SKOLEHELSETJENESTE

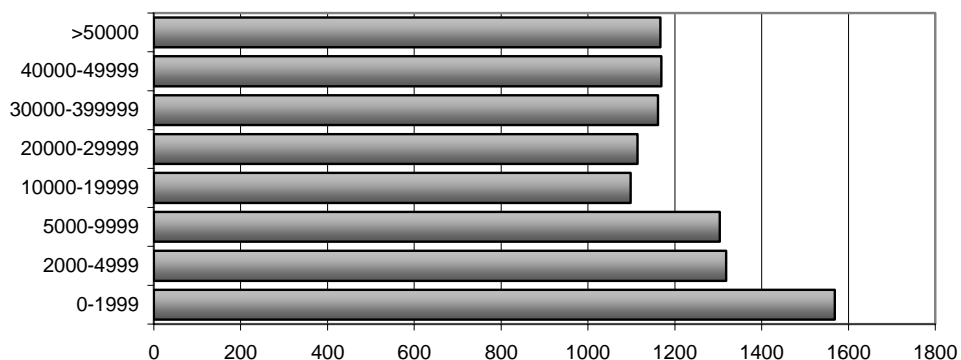
Tjenestene finansieres gjennom kommunenes rammetilskudd. Når det gjelder finansiering av skolehelsetjenesten finnes det ingen muligheter for egenbetaling eller refusjon fra folketrygden.

DATA OM HELSETJENESTEN OG SKOLEHELSETJENESTEN

Data er hentet fra Kommunedatabasen, NSD der de tre siste årene er knyttet til KOSTRA. Det finnes ikke noen sammenliknbar serie før og etter KOSTRA slik at vi klarer ikke å konstruere en sammenhengende tidsserie for denne tjenesten.

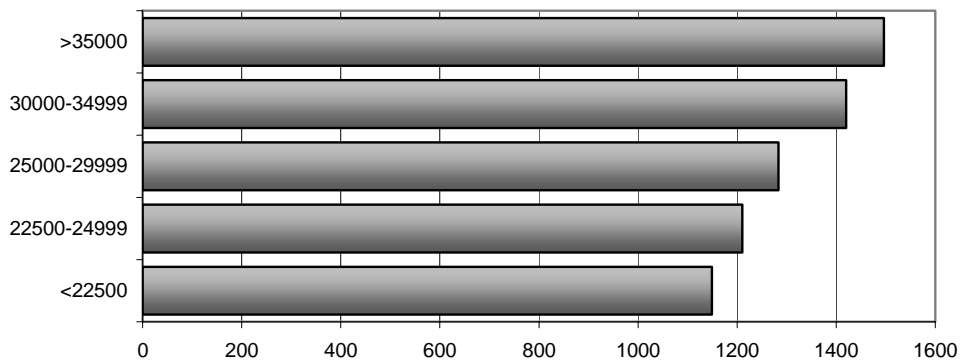
KOMMUNALE VARIASJONER

Figur 6.17 Utgifter til helsetjenesten og skolehelsetjenesten per barn og unge 0-19 år (uveid gjennomsnitt), etter kommunestørrelse, 2003.



Fra figur 6.17 ser vi at store kommuner har lavere utgifter per barn og unge enn mindre kommuner. Dette gjenspeiler sannsynligvis høyere kostnader med å opprettholde et tilbud i småkommuner. Dette er det samme bildet som for grunnskoler og barnehager.

Figur 6.18 Utgifter helsetjenesten og skolehelsetjenesten per barn og unge 0-19 år (uveide gjennomsnitt), etter nivå på frie inntekter per innbygger, 2003.

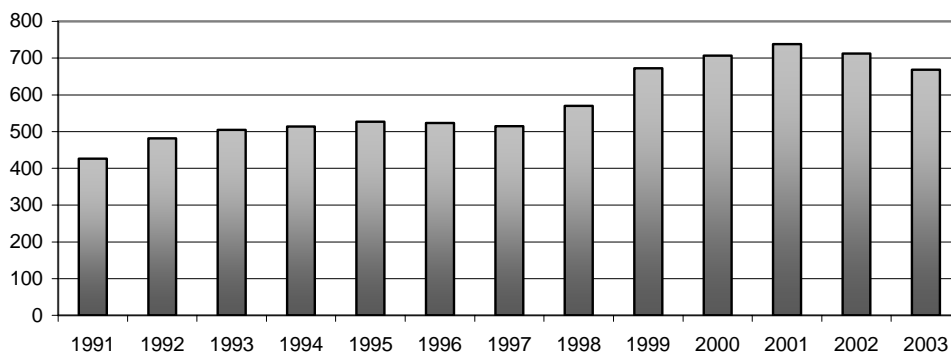


Figur 6.18 viser at "rike" kommuner bruker relativt mer på helsetjenesten og skolehelse-tjenesten sammenliknet med kommuner med lavere nivå på frie inntekter per innbygger. Sammenhengen ser ut til å være lineær. Igjen er dette det samme mønsteret som for grunnskoler og barnehager.

#### AKTIVISERING BARN OG UNGE

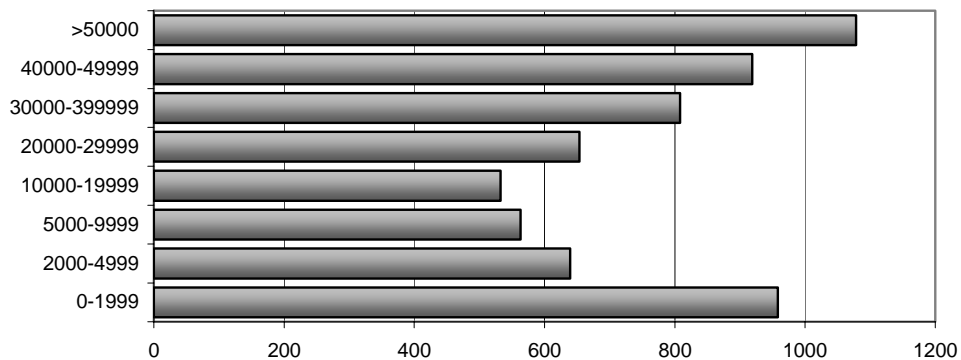
Dette inkluderer barnepark, fritidsklubber, MC klubber, fritidsverksteder, støtte til barne- og ungdomsorganisasjoner og tilskudd til folkehøgskoler. Her er det vanskelig å si noe om hvordan tjenestene er finansiert.

Figur 6.19 Utgifter til aktivisering av barn og unge i faste 2003 kroner (uveide gjennomsnitt), 1991 - 2003.



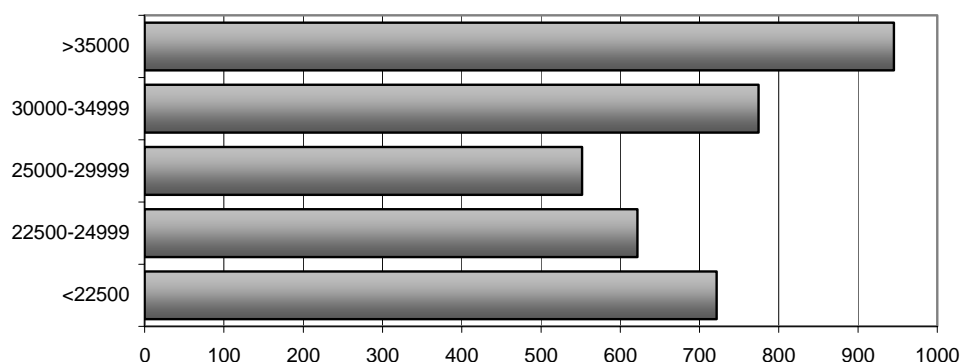
Fra figur 6.19 ser vi at det har vært en økning i gjennomsnittlige utgifter til aktivisering frem til 2001, men en nedgang de siste to årene.

Figur 6.20 Utgifter til aktivisering av barn og unge (uveide gjennomsnitt), etter kommunistørrelse, 2003.



Figur 6.20 viser at store kommuner bruker mest ressurser på fritidstilbud for barn og unge. Behovet for denne typen tjenester kan tenkes å øke med økt urbaniseringsgrad i kommunene. Høy ressursbruk i de minste kommunene kan skyldes smådriftsulemper. Etableringen av et tilbud kan være knyttet til faste kostnader som er uavhengige av antall brukere.

Figur 6.21 Utgifter til aktivisering av barn og unge (uveide gjennomsnitt), etter nivå på frie inntekter per innbygger, 2003.



Heller ikke her ser vi et klart mønster, men i kapittel 6.4 viser vi at det er en systematisk positiv sammenheng mellom nivå på frie inntekter og utgifter til aktivisering når vi kontrollerer for andre rammebetingelser. Dette betyr at kommuner med høyt nivå på frie inntekter har systematisk høyere utgifter til aktivisering. Svært lite av variasjonen i utgiftene mellom kommunene forklares for øvrig av ulike rammebetingelser for aktiviserings-tjenestene.

Fra de deskriptive fremstillingene finner vi at utgiftene til barnehager naturlig nok øker over tid. Antall barnevernstiltak øker og det samme gjør utgiftene til SFO med unntak av det siste året (2003). Utgiftene til aktivisering for barn og unge har økt i perioden 1997 til 2001, men vi observerer en nedgang i 2002 og 2003 i utgiftene til disse tjenestene.

Vi finner det samme mønsteret for barnehager, grunnskole og helsestasjon og skolehelse-tjenester: Utgiftene er høyere jo mindre kommunene er, og høyere jo høyere nivå på de frie inntektene. For barnevernstjenester og SFO observerer vi det motsatte. Jo større kommuner jo mer bruker de på disse tjenestene, mens kommuner med høyt nivå på frie inntekter har lavere utgifter til disse tjenestene.

Vi har her kontrollert for ulik etterspørsel etter tjenestene ved å se på utgifter per aktuelle aldersgruppe (målgruppe). I neste avsnitt kontrollerer vi samtidig for ulikheter i andre rammebetingelser og ser mer detaljert på hva som forklarer variasjonene i utgiftene for de enkelte tjenestene, sammenhengen mellom tjenestene og det samlede tjenestetilbudet til barn og unge.

## 6.4 Hva forklarer variasjon i ressursinnsats for kommunale tjenester rettet mot barn og unge?

### 6.4.1 Innledning

Vi har til nå sett på utviklingen i ressursinnsats innenfor kommunale tjenester rettet mot barn og unge. Den analysen har sett på utvikling over tid og ressursinnsats gruppert etter kommunestørrelse og inntektsnivå. Den følgende analysen vil studere ressursinnsatsen med tanke på å identifisere kommunale kjennetegn som kan forklare forskjellene. Tidligere analyser (Borge, et al., 2002) har studert hvilke determinanter som er avgjørende for ressursinnsats i grunnskolen. En svært forenklet, men lik tilnærming vil i det følgende benyttes til å studere også andre kommunale sektorer spesielt rettet mot barn og unge.

Følgende problemstillinger vil studeres:

- I hvilke tjenester rettet mot barn og unge er det størst forskjeller mellom kommunene?
- Er det en sammenheng mellom høy ressursbruk i en tjeneste og høy ressursbruk også for andre tjenester?
- Hvilke faktorer er viktige for å forklare den kommunale variasjonen i ressursbruk?

Ressursinnsatsen måles i de følgende analysene i brutto driftsutgifter per innbygger i målgruppen. For eksempel er utgifter per elev definert som sum brutto driftsutgifter delt på antall innbyggere i aldersintervallet 6-15 år. For tjenester som er rettet mot alle barn og unge vil aldersgruppen 0-17 år brukes som målgruppe.

De kommunale tjenestene vi har gjort gjenstand for analyse er stort sett rettet mot barn og unge. Unntaket er forebyggende helsetjenester som i tillegg til skolehelsetjenester også inneholder utgifter knyttet til ordinære helsestasjoner. Målgruppen for denne tjenesten er definert som aldersintervallet 0-19.

Vi studerer de samme kommunale tjenester rettet mot barn og unge som i foregående fremstilling. Dvs. grunnskole, barnehager, skolefritidsordning, barnevern, aktivitetstilbud for barn og unge og skolehelsetjeneste og helsestasjoner.

#### 6.4.2 Om forskjeller i ressursinnsats

I tabell 6.1 har vi rapportert gjennomsnittverdier for ressursbruk i tjenester rettet mot barn og unge fra 2003. Sammen med gjennomsnittstallene har vi inkludert to spredningsmål, variasjonskoeffisienten og variasjonsbredden. Variasjonskoeffisienten er standardavviket i prosent av gjennomsnittet, mens variasjonsbredden er differansen mellom maksimum og minimum i prosent av gjennomsnittet. De to spredningsmålene illustrerer forskjellene to ulike måter, da de i ulik grad påvirkes av ekstremobservasjoner i datamaterialet.

Tabell 6.1 Variasjoner i utvalgte kommunale tjenester, gjennomsnitt, variasjonskoeffisient og variasjonsbredde, 2003.

Variabel	Gjennomsnitt	Variasjonskoeffisient	Variasjonsbredde
Utgifter per elev i grunnskolen	59 873	20,3 %	140 %
Utgifter til barnehage per barn 1-5	51 472	29,6 %	245 %
Utgifter barnevern per 0-17	3 387	48,7 %	360 %
Utgifter til SFO per elev	3 254	45,5 %	403 %
Utgifter til aktivisering per 0-17	699	105,6 %	835 %
Utgifter til helsetjeneste per 0-19	1 324	39,8 %	348 %

Spredningsmålene viser at forskjellene mellom kommunene er minst innenfor grunnskole og barnehage. Begge disse sektorene er regulert gjennom lovgivning både med hensyn til bemanning og innhold. Størst forskjeller oppleves innenfor aktiviseringstilbud for barn og unge. Dette er en tjeneste som ligger under kulturetaten og kan kanskje ses på som en bonusaktivitet i forhold til de økonomiske rammene kommunene opererer innenfor. De andre tjenestene, barnevern, SFO og helsetjeneste har tilnærmet lik spredning. Også i forhold til andre kommunale tjenester, som ikke er rettet mot barn og unge har grunnskolen og barnehagene relativt liten spredning. I følge Pettersen (1999) er variasjonene innenfor pleie- og omsorg og primærhelsetjeneste større enn for grunnskole og barnehage.



Variasjoner i ressursinnsats kan skyldes en rekke faktorer. Forskjeller i kommunale inntekter, etterspørselsforhold, kostnadsfaktorer og prioriteringer kan skape de observerte forskjellene. Ved hjelp av regresjonsanalyser vil vi prøve å identifisere faktorer som kan forklare de observerte forskjellene i ressursinnsats, se avsnitt 6.4.4.

#### 6.4.3 Om forholdet mellom ressursbruk i kommunale sektorer

Tabell 6.2 inneholder en korrelasjonsmatrise som viser samvariasjonen mellom ressursbruk i de aktuelle kommunale sektorer. Tallene viser hvordan ressursbruk i en sektor sammenfaller med ressursbruk også i andre sektorer. En positiv koeffisient betyr at høy ressursbruk innenfor en sektor indikerer høy ressursbruk også i den andre sektoren. En negativ koeffisient kan bety at kommunene substituerer lav satsing på en sektor med høy satsing innenfor en annen. En stjerne ved tallene viser at korrelasjonskoeffisienten er statistisk utsagnskraftig.

Resultatene viser at det stort sett er positiv samvariasjon mellom tjenestene. For eksempel har kommuner med høy ressursbruk innenfor barnehagesektoren også høy ressursbruk innenfor de andre sektorene. Den eneste statistisk utsagnkraftige negative koeffisienten er knyttet til forholdet mellom ressursbruk grunnskole og SFO. Kommuner med høye utgifter per elev i grunnskolen har i gjennomsnitt lave utgifter knyttet til SFO.

Tabell 6.2 Korrelasjonsmatrise for kommunale tjenester rettet mot barn og unge, 2003.

	Utgifter per elev	Utgifter til barnehage per barn 1-5	Utgifter barnevern per 0-17	Utgifter til SFO per elev	Utgifter til aktivisering per 0-17	Utgifter til helsetjeneste per 0-19
Utgifter per elev	1					
Utgifter til barnehage per barn 1-5	0.5854*	1				
Utgifter barnevern per 0-17	-0.0423	0.0686	1			
Utgifter til SFO per elev	-0.1040*	0.2345*	0.2698*	1		
Utgifter til aktivisering per 0-17	0.2439*	0.3308*	0.0552	0.1705*	1	
Utgifter til helsetjeneste per 0-19	0.3386*	0.3949*	0.0685	0.0788	0.2182*	1

Korrelasjonskoeffisientene er ubetingede i den forstand at de ikke kontrollerer for andre bakenforliggende faktorer som kan drive de observerte sammenhengen. De kan ikke tolkes som en årsak- virkning- sammenheng.

#### 6.4.4 Hva forklarer variasjonene i ressursbruk?

I den følgende empiriske analysen av ressursbruk innenfor tjenester for barn og unge vil vi kontrollere for en rekke forhold i kommunene samtidig som vi prøver å identifisere kostnadsdrivende forhold i kommunene. For å kontrollere for økonomiske rammebetingelser inkluderer vi frie inntekter per innbygger i modellene. Frie inntekter er her definert som summen

av rammetilskudd og skatteinntekter fra inntekt og formue, dvs. på samme måte som tidligere i rapporten.

Etterspørsel etter andre kommunale tjenester kontrollerer vi for gjennom bruk av andel av befolkningen som etterspør andre tjenester. Dette gjelder innbyggere i alderen 6-15 som etterspør grunnskoletjenester, innbyggere 0-5 som har behov for barnehagetjenester og andel eldre 67+ som er forbrukere av tjenester innenfor pleie- og omsorg. Andre kommunale tjenester antas å komme hele befolkningen til gode og kontrolleres ikke eksplisitt for i analysene.

Kommunestørrelse og kommunestruktur antas å påvirke ressursbruk i kommune. I spredtbygde kommuner vil det sannsynligvis være mer kostbart å implementere et gitt tilbud av tjenester sammenlignet med kommuner med mer konsentrert bosetting. Denne sammenhengen forventer vi å gjelde spesielt innenfor grunnskolen, der økt avstand mellom elevene vil øke kostnadene gjennom en mer desentralisert skolestruktur. Vi kontrollerer for bosettingsmønster gjennom variabelen gjennomsnittlig reisetid til kommunesenter.

Vi kontrollerer for de fem største byene i Norge gjennom binærvariable. Oslo er inkludert i analysene. Inntektsdata for Oslo gjelder inntekter knyttet til Oslo både som kommune og fylkeskommune. En del kommuner er forsøkskommuner knyttet til rammefinansieringsprosjektet. Forsøkskommunene i rammefinansieringsprosjektet mottok øremerkede tilskudd som en del av rammefinansieringen. Vi har eksplisitt kontrollert for dette i modellspesifikasjonene ved hjelp av en binærvariabel.

De følgende regresjonsanalysene vil konsentrere seg om variasjoner i utgifter per barn i målgruppen. Analysene ser bort fra dekningsgradene. Utgifter per barn i målgruppen er et produkt av to faktorer, nemlig utgifter per bruker og dekningsgrad. En studie av en dekomponering av utgifter per barn i målgruppen går ut over mandatet for denne rapporten.

Tabell 6.3 Regresjonsanalyse av utgifter til tjenester for barn og unge. Estimeringsmetode: minste kvadraters metode. 2003.

	Utgifter per elev i grunnskolen	Utgifter til barnehage per barn 1-5	Utgifter barnevern per 0-17	Utgifter til SFO per elev	Utgifter til aktivisering per 0-17	Utgifter til helsetjeneste per 0-19	Utgifter til barn og unge 0-17
Invers innbyggertall	0.60 (12.01)**	0.25 (3.40)**	-0.41 (5.19)**	0.06 (0.77)	0.11 (1.34)	0.33 (4.11)**	0.45 (7.51)**
Frie inntekter per innbygger	0.04 (0.71)	0.25 (3.07)**	0.43 (4.96)**	0.01 (0.06)	0.23 (2.51)*	-0.13 (1.43)	0.22 (3.30)**
Reisetid per innbygger	0.30 (9.39)**	0.08 (1.77)	-0.08 (1.58)	-0.07 (1.41)	-0.04 (0.68)	0.01 (0.18)	0.19 (4.92)**
Andel barn 0-5	-0.38 (4.38)**	0.04 (0.31)	0.13 (1.00)	0.45 (3.51)**	0.19 (1.35)	-0.23 (1.68)	-0.16 (1.54)
Andel barn 6-15	-0.20 (5.44)**	-0.10 (1.88)	-0.31 (5.44)**	-0.33 (6.02)**	-0.18 (2.92)**	-0.21 (3.49)**	-0.27 (6.09)**
Andel eldre 67+	-0.06 (1.45)	0.02 (0.34)	-0.34 (4.95)**	-0.47 (7.13)**	-0.19 (2.66)**	0.00 (0.02)	-0.15 (2.80)**
Ramme-forsøkskommune	0.00 (0.12)	-0.06 (1.47)	0.01 (0.13)	-0.02 (0.46)	0.02 (0.44)	0.07 (1.49)	-0.02 (0.70)
Oslo	0.24 (3.36)**	-0.01 (0.08)	-0.04 (0.32)	-0.31 (2.83)**	-0.10 (0.80)	0.20 (1.75)	0.12 (1.40)
Trondheim	0.06 (1.71)	0.01 (0.11)	0.03 (0.50)	-0.07 (1.38)	-0.04 (0.76)	0.06 (1.16)	0.04 (0.92)
Bergen	0.10 (2.25)*	-0.01 (0.09)	0.00 (0.00)	-0.14 (2.23)*	-0.06 (0.83)	0.08 (1.11)	0.05 (0.89)
Tromsø	0.01 (0.45)	-0.01 (0.14)	-0.02 (0.49)	-0.03 (0.61)	0.01 (0.23)	0.01 (0.25)	0.00 (0.06)
Stavanger	0.04 (1.30)	0.04 (0.91)	0.00 (0.04)	-0.07 (1.44)	-0.01 (0.23)	0.00 (0.04)	0.04 (0.95)
Konstant	0.00 (12.19)**	0.00 (3.93)**	0.00 (6.60)**	0.00 (9.70)**	0.00 (2.94)**	0.00 (5.86)**	0.00 (11.69)**
Antall observasjoner	432.00	432.00	432.00	432.00	432.00	432.00	432.00
R <sup>2</sup>	0.66	0.28	0.18	0.24	0.09	0.13	0.52

Absoluttverdi av t-verdi i parentes. \* signifikant ved 5%; \*\* signifikant ved 1%.

Analyseresultatene viser at de utvalgte forklaringsvariablene forklarer variasjonen i ressursbruk innenfor grunnskolen best. Determinasjonskoeffisienten ( $R^2$ ) viser at de uavhengige variablene forklarer 66 prosent av variasjonen i avhengig variabel. De andre analysene viser at de samme variablene forklarer mellom 9 og 28 prosent av variasjonen i ressursbruk. Minst forklaringskraft har modellspesifikasjonen i forhold til utgifter til aktivisering. Kommunene som mottok de øremerkede tilskuddene som rammetilskudd ser ikke ut til å systematisk ulik ressursbruk sammenlignet med de andre kommunene. Analyseresultatene bekrefter i stor grad det vi fant i de deskriptive fremstillingene. I en grundigere analyse ville vi inkludert

ulike funksjonsformer, men dette faller utenfor prosjektets rammer. Modellene vi har presentert her er lineær i parametrene. Vi går i det følgende gjennom hovedresultatene for de ulike tjenestene.

#### GRUNNSKOLE

Bosettingsmønster er en viktig determinant for ressursbruk innenfor grunnskolen. Spredtbygde kommuner har høyere utgifter enn kommuner med mer konsentrert bosetting. Dette skyldes at spredtbygde kommuner gjerne har mange små skoler og i mindre grad er i stand til å utnytte skalafordele i produksjonen. Kommuner med få innbyggere har høyere ressursbruk enn folkerike kommuner. Konkurrerende sektorer, representert av antall barn i barnehagealder og andel eldre, trekker som forventet ressurser fra grunnskolen.

#### BARNEHAGER

Den viktigste forklaringsfaktoren for ressursbruk i barnehage sektoren er kommunale inntekter. Kommuner med høye inntekter per innbygger har i gjennomsnitt høyere utgifter per barn i målgruppen.

#### BARNEVERN

I likhet med ressursbruk innenfor barnehagesektoren bidrar økte kommunale inntekter til økt utgifter til barnevern. Effekten er relativt beskjeden sammenlignet med nevnte sektor men likevel statistisk signifikant ulik fra null. Etterspørsel etter grunnskole tjenester og pleie- og omsorgstjenester trekker ressurser fra barnevernet. I kontrast til de andre regresjonsanalysene viser resultatene at store kommuner bruker mer på barnevern enn mindre kommuner. Dette bekrefter funnene i den deskriptive fremstillingen.

#### SKOLEFRITIDSORDNING

Kommunale variasjoner i ressursbruk innenfor skolefritidsordning forklares av variasjoner i andel i ulike aldersgrupper. Kommuner med en høyere andel barn i barnehagealder har høyere utgifter per elev til SFO, mens flere i grunnskolealder gir lavere utgifter per elev. Det ser også ut til at økt etterspørsel etter tjenester for eldre trekker ressurser fra SFO, ved at en høyere andel eldre gir lavere utgifter per elev i SFO. Vi observerer ingen systematisk effekt av kommunestørrelse på utgifter per elev.

#### AKTIVITETSTILBUD FOR BARN OG UNGE

Satsning på fritidsklubber og andre aktiviseringstiltak for barn og unge avhenger svakt av kommunale inntekter. I tillegg trekker etterspørsel etter tjenester for eldre ressurser fra denne type aktivitet. Andel barn i alderen 6-15 har også negativ effekt på ressursbruken. Denne variabelen kan tolkes som en priseffekt og har derfor forventet effekt på avhengig variabel. Det ser ikke ut til at kommunestørrelse har betydning for satsing innenfor denne sektoren.

#### SKOLEHELSETJENESTE OG HELSESTASJONER

Forebyggende helsearbeid, i form av skolehelsetjeneste og helsestasjoner, påvirkes i likhet med de andre tjenestene av andel innbyggere i aldersintervallet 6-15. Som nevnt over er dette forventet gitt av variabelen tolkes som en priseffekt. Små kommuner har større ressursinnsats enn store kommuner.

## TJENESTER FOR BARN OG UNGE SAMLET

Analysere vi den samlede ressursinnsats for tjenester rettet mot barn og unge, blir resultatene tilnærmet lik resultatene av analysen av grunnskolen. Dette skyldes selvsagt at grunnskolen i særklasse er det største sektoren rettet mot barn og unge som kommunene har ansvaret for.

## 6.5 Oppsummering og konklusjoner

En vesentlig kilde til kunnskapen om kommunale tjenester rettet mot barn og unge kommer fra offentlig statistikk. I dette kapitlet har vi brukt offentlig tilgjengelig statistikk for å se på følgende tjenester: barnehage, barnevern, grunnskole, SFO, helsestasjon og skolehelse-tjeneste og aktivisering av barn og unge.

Fra deskriptive fremstillinger finner vi at utgiftene til barnehager naturlig nok øker over tid. Antall barnevernstiltak øker og det samme gjør utgiftene til SFO med unntak av det siste året (2003). Utgiftene til aktivisering for barn og unge har økt i perioden 1997 til 2001, men vi observerer en nedgang i 2002 og 2003 i utgiftene til disse tjenestene.

Vi finner det samme mønsteret for barnehager, grunnskole og helsestasjon og skolehelse-tjenester: Utgiftene er høyere jo mindre kommunene er, og høyere jo høyere nivå på de frie inntektene. For barnevernstjenester og SFO observerer vi det motsatte. Jo større kommuner jo mer bruker de på disse tjenestene, mens kommuner med høyt nivå på frie inntekter har lavere utgifter til disse tjenestene.

Variasjonen i kommunale tjenester rettet mot barn og unge er minst i grunnskolen og i barnehagesektoren. Størst forskjeller observerer vi i aktiviseringstilbud for barn og unge. Grunnskolen og barnehagesektoren representerer to ytterpunkter i forhold til finansiering gjennom øremerkede tilskudd. Grunnskolen er finansiert nesten utelukkende gjennom kommunenes frie inntekter, barnehagene finansieres i mye større grad av statlige øremerkede tilskudd. Til tross for forskjellene i finansieringsgrunnlag viser analysene at forskjellene i ressursinnsats mellom de to sektorene er relativt liten. Det er viktig å bemerke at vi her kun betrakter utgifter per innbygger i målgruppene og ikke har studert dekningsgradene for barnehagene.

Kommuner ser ikke ut til å substituere satsning på en tjeneste med en annen. Kommuner som bruker store ressurser i en sektor ser ut til i gjennomsnitt å ha høy ressursbruk også i andre sektorer. Regresjonsanalysene prøver å identifisere bakenforliggende årsaker til variasjoner i ressursbruk. Analysene viser at forskjeller i kommunale inntekter og kommunestørrelse er de viktigste årsakene til variasjon i ressursinnsats. For grunnskolen er også bosettingsmønster en viktig faktor.

Totalt kan vi si at særlig for grunnskolen forklarer ulike rammebetingelser mye av variasjonen i ressursbruk mellom kommunene. Siden dette er den dominerende sektoren, forklares også relativt mye av variasjonen i det totale tjenestetilbudet til barn og unge av ulike rammebetingelser. En del av variasjonen mellom kommunene i forhold til utgifter til barnehager og SFO kan også relateres til ulikheter i rammebetingelsene. Særlig for utgifter til aktivisering av barn og unge og helsestasjon og skolehelsetjeneste må det ligge andre forklaringer bak variasjonen i tillegg til ulike rammebetingelser. For aktivisering kan dette for eksempel være innsats av ildsjeler, mens helsestasjon og skolehelsetjeneste for eksempel kan slite med ubesatte stillinger som forklaring på lav ressursinnsats. Det kan være interessant å gå grundigere inn på noen av tjenestene for å finne ut hvorfor tilbudet varierer mye.



## 7 Lovgrunnlag og samarbeid

SOLVEIG OSBORG OSE

### 7.1 Innledning

I forrige kapittel har vi blant annet sett at kommunenes handlegfrihet er begrenset av de økonomiske rammebetingelsene de opererer under. Forskjeller mellom kommuner når det gjelder behov og etterspørsel, inntektsgrunnlag og kostnadsforhold i tillegg til lokale prioriteringer, kan være med å skape store forskjeller i tjenestetilbudet mellom kommuner. Det kan imidlertid stilles spørsmål ved hvilken betydning lokale prioriteringer har med hensyn til hovedtyngden av tjenester etter Kommunehelseloven og Sosialtjenesteloven. Ansvaret for tilbudet og finansieringen av tjenestene etter disse lovene er som alminnelig prinsipp lagt til kommunene, og utgjør hovedtyngden av kommunenes utgifter, jf NOU 2004:18. Dette betyr at det er en sammenheng mellom finansiering og lovgrunnlag. For eksempel vil rammefinansiering av barnehagesektoren føre til samsvar mellom ansvarsmyndighet og finansieringsmyndighet. Vi skal nå gå nærmere inn i lovgrunnlaget for de ulike tjenestene, men vi vil her være opptatt av den delen av lovverket som får betydning når ulike etater og forvaltningsnivå skal samarbeide.

De viktigste kommunale etatene som har ansvaret for barn som er i en vanskelig situasjon er helseetaten (inkludert skolehelsetjenesten og helsestasjonene), skoleetaten, barnehagene, sosialtjenesten, barnevernet og PP - tjenesten.

Kjønstad (2001) skiller mellom to hovedgrupper av etater/organer:

- Barnehager og skoler som daglig har kontakt med de aller fleste barn der personalet kan ha omfattende kunnskap og barnas dagligliv.
- Helsestasjoner, skolehelsetjeneste, PP - tjeneste og barnevern som skal yte tjenester i spesielle situasjoner. Barnevernet står i en særstilling fordi de har adgang til å foreslå bruk av tvang.

I dette kapitlet fokuserer vi spesielt på lovgrunnlaget i forbindelse med samarbeid mellom disse tjenestene. Brukerne kan oppleve det som krevende å forholde seg til ulike tjenester og skiftende personell der de ulike aktørene i tillegg kan ha problemer med å bli enige om ansvarsfordelingen når det gjelder økonomi og beslutningsmyndighet (St. meld nr. 40 (2002)). Det har i lengre tid vært fokus på om lovgrunnlaget, og da spesielt taushetspliktsbestemmelsene, kan være til hinder for samarbeid som er nødvendig mellom tjenestene for å få til et helhetlig tilbud. Selv om det både på statlig og regionalt nivå kan være behov for bedre samarbeid, er det på det kommunale nivået problemene vurderes å være størst. Dette fordi det er kommunene som har det praktiske ansvaret for en rekke tiltak og tjenester for barn og unge (skole, barnehage, PP- tjeneste, sosialkontor, barnevern, helsestasjon, skolehelsetjeneste, kultur og fritidstiltak).<sup>14</sup> Mange tiltak for barn og unge strander på mangelen

---

<sup>14</sup> Lovgrunnlaget for organisering av ulike interkommunale samarbeidstiltak kan også være relevant, men faller utenfor rammene for dette prosjektet. Noe informasjon om organisering og juridisk grunnlag av interkommunale samarbeidstiltak finnes i Brandtzæg & Sanda (2003) kap 4.7.

av samarbeid eller samordning mellom de kommunale instansene (Kjønstad, 2001). Dette samarbeidet er særlig viktig når det er behov for helhetlige og langsiktige tiltak (ibid, s 12).

I neste avsnitt ser vi nærmere på lovgrunnlaget for kommunale tjenester rettet mot barn og unge, der taushetspliktsbestemmelsene beskrives i et eget avsnitt. Sentrale bestemmelser om taushetsplikt beskrives for de ulike tjenestene før viktige unntaksbestemmelser diskuteres. Deretter går vi gjennom forskning som finnes på temaet lovgrunnlag og samarbeid. Hovedspørsmålene i dette kapitlet er:

- a) hvordan taushetsplikten kan virke begrensende på samhandling mellom tjenester rettet mot barn og unge
- b) hvordan kommunene bruker mulighetene de har til å gi taushetsbelagte opplysninger

## 7.2 Lovgrunnlag for kommunale tjenester til barn og unge

Kommunale tjenester rettet mot barn og unge er hjemlet i ulike lover. Dette er i hovedsak:

Forvaltningsloven, Barnevernloven, Sosialtjenesteloven, Barnehageloven, Kommunehelsetjenesteloven, Opplæringslova, Pasientrettighetsloven, Helsepersonelloven, Psykisk helsevernloven, Plan og bygningsloven, Politiloven og Barneombudsloven. I tillegg ble FNs barnekonvensjon inkorporert i norsk lov 1. oktober 2003.<sup>15</sup>

I tillegg er det en mengde forskrifter knyttet til disse lovene. For eksempel er det gitt 37 forskrifter med hjemmel i kommunehelsetjenesteloven (NOU 2004:18, s 49).

At tjenestene er hjemlet i ulike lover kan bety at ulike sektorer og tjenesteområder som yter tjenester til de samme brukergruppene kan ha ulike regler for saksbehandling, finansiering og krav til utforming og organisering av tjenestene. De ulike fagområder preges i tillegg av ulike verdier, kulturer og holdninger. I flere av lovgrunnlagene som regulerer kommunale tjenester pålegges imidlertid tjenesteyter samarbeid med andre deler av forvaltningen.

For eksempel skal sosialtjenesten etter § 3-2 i Sosialtjenesteloven samarbeide med andre sektorer og forvaltningsnivå når dette kan bidra til å løse de oppgaver de er pålagt etter loven. Dette innebærer at sosialtjenesten skal gi uttalelser og råd og delta i den kommunale og fylkeskommunale planleggingsvirksomhet og i de samarbeidsorganer som blir opprettet. I tillegg sier § 3-2 at dersom det er uklarhet eller uenighet om hvor ansvaret ligger, skal sosialtjenesten søke å klargjøre forholdet. I tillegg skal sosialtjenesten etter § 3-3 samarbeide med brukergruppens organisasjoner og med frivillige organisasjoner som arbeider med de samme oppgavene som sosialtjenesten.

Kommunens helsetjeneste skal etter kommunehelsetjenesteloven § 1-4 på tilsvarende måte medvirke til at helsemessige hensyn blir ivarettatt av andre offentlige organer hvis virksomhet har betydning for helsetjenestens arbeid. Også kommunehelsetjenesten skal gi råd og uttalelser og delta i plan- og samarbeidsorganer som blir opprettet. Kommunen skal videre samarbeide med private organisasjoner og lignende hvor det er egnet til å fremme helsetjenestens formål. I tillegg skal kommunen samarbeide med fylkeskommune, regionalt helseforetak og stat slik at helsetjenesten i landet best mulig kan virke som en enhet.

Etter Barnevernloven § 3-2 skal barnevernstjenesten medvirke til at barns interesser ivaretas også av andre offentlige organer. Loven sier videre at barnevernstjenesten skal samarbeide med andre sektorer og forvaltningsnivåer når dette kan bidra til å løse oppgaver som den er pålagt etter loven. Dette innebærer at barnevernstjenesten skal gi uttalelser og råd,

---

<sup>15</sup> Det arbeides med å gjøre kommuneansatte og kommunepolitikere bedre kjent med barnekonvensjonen, særlig ansatte innen kultur, fritid, skole, sosial- og helsetjeneste, barnevern, kommuneadministrasjon og politiske beslutningsorganer (Barne- og Familiedepartementet, 2004).



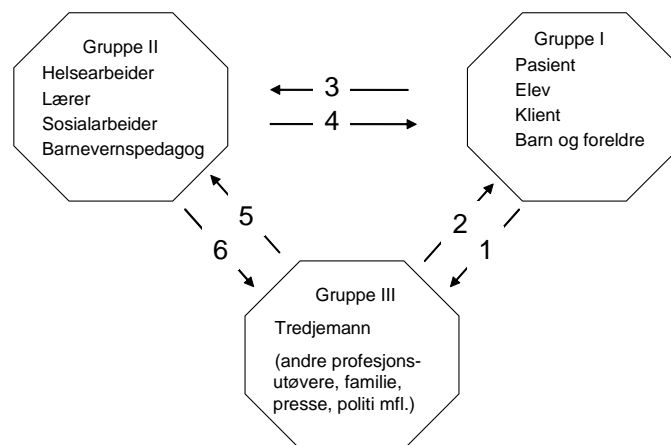
og delta i den kommunale og fylkeskommunale planleggingsvirksomhet og i de samarbeidsorganer som blir opprettet. Barnevernstjenesten er også oppfordret til å samarbeide med frivillige organisasjoner som arbeider med barn og unge, jf § 3-3.

Lovverkets betydning for samhandling på tvers av kommunale tjenesteområder synliggjøres i en offentlig utredning (NOU 2004:18, Helhet og plan i sosial og helsetjenestene. Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester). I utredningen betraktes et enhetlig og samordnet regelverket som en forutsetning for å oppnå enklere og bedre samhandling på tvers av tjenestestrukturene. Utvalgets mandat var å utrede og foreslå harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivningen. Siktemålet med harmoniseringen er å sikre ensartet regulering av likeartede tjenester, sikre helhetlige tilbud til brukere med sammensatte behov og bedre kommunes mulighet til å gjennomføre dette, hindre ansvarsfraskrivelse mellom tjenester og sektorer, samt forenkle regelverket for brukere, tjenesteytere og kommuner. Et viktig argument er at en felles lov kan gi bedre oversikt over regelverket for tjenestemottakere og forvaltere av regelverket. Dermed kan det være enklere å samordne tjenestene i kommunene slik at tjenestemottakerne kan motta et mer helhetlig tilbud. Utvalget understreker også at et bedre samspill mellom tjenestene ikke utelukkende kan løses med rettslige virkemiddel. Regelharmonisering må følges opp med andre statlige virkemiddel, herunder en enhetlig og tjenestetypenøytral finansieringsmodell.

I tillegg foreslår utvalget felles regler om taushetsplikt og journalføring for alt personell i de kommunale sosial- og helsetjenester. Argumentene er at en slik harmonisering er helt nødvendig hvis det skal være mulig å få til effektiv samhandling på tvers av profesjonsgrensene. De poengterer at det også er nødvendig at de nye og felles taushetspliktsreglene også skal gjelde for barnevernet (NOU 2004:18, s 46). Men som vi skal se i neste avsnitt reguleres taushetspliktsbestemmelsene i flere ulike lover som bør medregnes i en slik harmonisering.

### 7.2.1 Taushetsplikt

Det kan være vanskelig å tenke seg alle etater og profesjoner som på en eller annen måte har taushetsplikt i forhold til barn og unge. Kjønstad (2001) presenterer en oversiktlig modell for taushetsplikt:



Kilde: Kjønstad (2001), s. 14

Pilene viser retningen de ulike gruppene har frihet (rett, men ikke plikt) til å gi opplysninger. For eksempel vil Gruppe I ha frihet til å gi opplysninger til tredjemann (Gruppe III), og

tredjemann har frihet til å gi opplysninger til Gruppe 1 hvis ikke særlige taushetspliktsregler kommer inn i bildet. Det er særlig opplysninger som kommer frem i kommunikasjon fra Gruppe I til Gruppe II (3) som faller inn under taushetsplikten. Gruppe II har videre frihet til å gi opplysninger til Gruppe I (4) og i enkelte tilfeller foreligger det her informasjonsplikt.<sup>16</sup> Gruppe III har frihet til å gi opplysninger til Gruppe II hvis ikke særlige taushetspliktsregler blir aktuelle (5). Derimot har helsearbeideren, læreren, sosialarbeideren og barnevernspedagogen ikke rett til å gi opplysninger om pasient, elev, klient, barnet og foreldrene videre til tredjemann (6). Det er her taushetsplikten er et stengsel for kommunikasjon (ibid, s 15). Som vi skal gå nærmere inn på i avsnitt 6.3 er det to viktige unntak fra taushetsplikten, i.e. lovbestemte unntak og samtykke.

Denne modellen illustrerer hvor mange parter som er involvert og hvor omfattende dette temaet er. Vi vet at ulike yrkesgrupper og ulike arbeidsplasser omfattes av ulike lover og det er derfor nødvendig å gå noe grundigere inn på begrepet taushetsplikt.

Generelt er taushetsplikten i hovedsak begrunnet i hensynet til personlig integritet og personvern<sup>17</sup> og hensynet til tillitsforholdet mellom den enkelte og det offentlige. Hovedargumentet er at dersom tillitsforholdet blir skadet, kan det føre til at den enkelte holder tilbake viktige opplysninger for hjelpetjenesten, eller i verste fall unnlater å ta nødvendig kontakt av frykt for at opplysninger vil kunne bli videreformidlet av andre. Likevel kan det være mange situasjoner der en viss videreformidling av personopplysninger er nødvendig for at ulike hjelpetjenester skal få tilgang til opplysninger som er nødvendige for å utføre oppgavene, og for å kunne samarbeide for å sikre effektive tjenester og et mest mulig helhetlig tilbud (Rundskriv Q-24, mars 2005).

## Forvaltningsmessig og yrkesmessig taushetsplikt

Det er to hovedtyper taushetsplikt. Dette er forvaltningsmessig (stillingsbestemt) taushetsplikt og profesjonsmessig (yrkesbestemt) taushetsplikt. Enhver som yter tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan er bundet av forvaltningsmessig taushetsplikt etter Forvaltningsloven §§ 13 til 13f. Profesjonsmessig taushetsplikt faller inn under særlover for visse yrkesgrupper. Helsepersonelloven §§ 21 til 29 angir reglene for helsearbeiderens taushetsplikt (leger, tannleger, psykologer, sykepleiere, jordmødre, fysioterapeuter, audiografer, vernepleiere og annet helsepersonell). Sosialarbeidere, barnevernspedagoger og andre pedagoger faller utenfor ordningen med autorisasjon som helsepersonell. Mens den profesjonsbestemte taushetsplikten i prinsippet gjelder all pasientinformasjon, er den forvaltningsmessige taushetsplikten i utgangspunktet avgrenset mot nøytrale personopplysninger. Etter begge regelsett er ikke plikten begrenset til passivt å bevare taushet, men et krav om aktivt hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysningene (NOU 2004:18 s 100). Sosialtjenesten og barnevernet kan vurderes til å være i en mellomstilling mellom helseetaten og alminnelig forvaltningsmessig virksomhet (Kjønstad, 2001). Dette beskrives som modifisert forvaltningsmessig taushetsplikt fordi forvaltningslovens regler gjelder som utgangspunkt, men en del viktige unntak fra taushetsplikten i følge denne loven gjelder ikke for sosialtjenesten og barnevernet. Taushetsplikten er den samme etter loven om Sosialtjenesteloven og Barnevernsloven, men overfor barnevernet har helsearbeidere, lærere, PP- tjenesten og andre etater mer omfattende informasjonsplikt enn overfor sosialtjenesten (ibid, s 20). Vi kommer tilbake til dette i beskrivelsen av unntaksbestemmelsene.

Den yrkesmessige taushetsplikten er derfor mer omfattende enn den forvaltningsmessige taushetsplikten. Etter forvaltningsloven § 13 andre ledd regnes altså ikke opplysninger om fødested, fødselsdato og personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted som personlige. Helsepersonelloven skiller ikke mellom sensitive og nøytrale

<sup>16</sup> Særlig viktig er helsepersonelloven § 10 og pasientrettighetsloven §§ 3-2, 3-3 og 3-4 om at helsearbeiderne skal gi pasientene og deres foreldre informasjon om helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, mulig risiko og bivirkninger.

<sup>17</sup> Personvernet er summen av lover, normer og tiltak som imøtekommer den enkeltes interesse av at personopplysninger tilfredsstiller kvalitetskrav og ikke behandles på en utilbørlig måte (NOU 2004: 18 s. 99). Personvern deles ofte inn i individuelle og kollektive interesser, og taushetsplikt inngår som et vesentlig element blant de individuelle interessene (Bugge, 2000).

personopplysninger og en helsearbeider vil ha taushetsplikt også når det gjelder opplysninger om fødested og lignende (ibid, s 51).

### 7.2.2 Sentrale bestemmelser om taushetsplikt

Reglene om taushetsplikt i norsk lovgivning er spredt på en rekke lover og det vil føre for langt å gå grundig inn på hver av disse lovene. De sentrale kan likevel kommenteres kort.<sup>18</sup> Når vi skal diskutere samarbeid mellom ulike forvaltningsnivåer må vi også se på tjenester som ikke er et kommunalt ansvar. Vi har derfor med BUP, politiet og familieverntjenesten.

#### FORVALTNINGSMESSIG TAUSHETSPLIKT

Forvaltningsloven<sup>19</sup> omfatter alle som utfører tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan, dvs hvert organ for stat eller kommune. § 13 tar for seg taushetspliktbestemmelsene. Taushetsplikten gjelder plikten til å hindre at andre får adgang eller kjennskap til det han i forbindelse med tjenesten eller arbeidet får vite om:

- 1) noens personlige forhold, eller
- 2) tekniske innretninger eller fremgangsmåter samt drifts- eller forretningsforhold som det vil være av konkurransemessig betydning å hemmeligholde av hensyn til den som opplysningen angår.

der 2) er irrelevant i vår sammenheng. § 13 konkretiserer videre hva som menes med personlige forhold: Som personlige forhold regnes ikke fødested, fødselsdato og personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bosted og arbeidssted med mindre slike opplysninger røper et klientforhold eller andre forhold som må anses som personlige. § 13 sier videre at taushetsplikten også gjelder etter at vedkommende har avsluttet tjenesten eller arbeidet.

#### BARNEVERN

§ 6-7 i Barnevernloven omhandler taushetsplikt og henviser til forvaltningsloven § 13 til 13 e. Taushetsplikten er likevel strengere enn taushetsplikten etter forvaltningsloven da taushetsplikten i barnevernloven også gjelder opplysninger om fødested, fødselsdato, personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bosted og arbeidssted. Her poengteres det at opplysninger til andre forvaltningsorganer kan bare gis når dette er nødvendig for å fremme barnevernstjenesten eller institusjonens oppgaver, eller for å forebygge vesentlig fare for liv eller alvorlig skade. Taushetsplikten er også behandlet i § 6-4. Her poengteres det at opplysninger så langt som mulig skal innhentes i samarbeid med den saken gjelder eller slik at vedkommende har kjennskap til innhenting. Likevel fremheves det at offentlige myndigheter skal av eget tiltak, uten hinder av taushetsplikt, gi opplysninger til kommunenes barneverntjeneste når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgsvikt jf. §§ 4-10, 4-11 og 4-12, eller når et barn har vist vedvarende alvorlige adferdsvansker, jf. § 4-24. Denne opplysningsplikten gjelder også yrkesutøvere i medhold av helsepersonelloven, psykisk helsevernloven, kommunehelsetjenesteloven, familievernkontorloven, ekteskapsloven og friskoleloven.

#### BARNEHAGER

Barnehageloven § 21 gir at reglene om taushetsplikt i forvaltningsloven §§ 13 til 13f gjelder for virksomheter som er omfattet etter loven. §§ 22 og 23 gir barnehagepersonalet opplysningsplikt til hhv sosialtjenesten og barnevernstjenesten og skal i sitt arbeid være opp-

<sup>18</sup> Den følgende oversikten er delvis hentet fra Veileder Q-1088B.

<sup>19</sup> Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker, 1967.

merksom på forhold som kan føre til tiltak fra barnevernstjenestens side. § 23 annet ledd gir tilsvarende opplysningsplikt som § 6-4 i barnevernlova.

#### SKOLEN

Opplæringsloven gir at taushetspliktsbestemmelsene i forvaltningsloven gjelder i skolen og §§ 15-3 og 15-4 gir opplysningsplikt til barnevernstjenesten og sosialtjenesten på samme måte som i Barnevernloven og Barnehageloven. Tilsvarende regler finnes i friskolelova §§ 7-3, 7-4 og 7-5.

#### HELSETJENESTEN

Helsetjenesten er en fellebetegnelse på alle tjenester som yter helsehjelp. I forhold til barn og unge inkluderer dette fastlege, legevakt, helsestasjon og helsetjenesten i skolen.

I helsepersonelloven er taushetsplikt og opplysningsrett omhandlet i kapittel 5. Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell, se § 21. I tillegg har pasientene tilsvarende rett mot spredning av opplysninger i pasientrettighetsloven § 3-6.

I tillegg til den profesjonsbestemte taushetsplikten i følge helsepersonelloven kan helsepersonell også ha forvaltningsmessig taushetsplikt i forhold til behandling av pasientopplysninger, jf. helseregisterloven § 15.

Helsepersonelloven gjelder blant andre leger, tannleger, psykologer, sykepleiere, jordmødre, fysioterapeuter, audiografer, vernepleiere og annet helsepersonell. Sosialarbeidere, barnevernspedagoger og andre pedagoger faller som nevnt over utenfor ordningen med autorisasjon som helsepersonell.

Videre sier kommunehelsetjenesteloven § 6-6 at enhver som utfører tjeneste eller arbeid i kommunens helsetjeneste, har taushetsplikt etter forvaltningsloven §§ 13 til 13e. For barn og ungdom er det særlig viktig at kommunens helsetjeneste omfatter helsestasjonsvirksomhet og helsetjenesten i skoler (§ 1-3 første ledd).

Spesialisthelsetjenesteloven omhandler taushetsplikt, opplysningsplikt og veiledningsplikt i kapittel 6. Taushetsplikt gjelder etter forvaltningsloven §§ 13 til 13 e. For barn og ungdom vil dette særlig gjelde barne- og ungdomspsykiatrien (BUP).

#### SOSIALTJENESTEN

Taushetsplikt for personell som arbeider i sosialtjenesten omfattes av taushetspliktsbestemmelsene i forvaltningsloven §§ 13 til 13 e, jf Sosialtjenesteloven § 8-8. Taushetsplikten gjelder også opplysninger om fødested, fødselsdato, personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted. Som vi skal vise i neste avsnitt er Sosialtjenesteloven også strengere enn Forvaltningsloven når det gjelder unntaksbestemmelser.

#### PP- TJENESTEN

Fra Opplæringsloven følger det at den forvaltningsmessige taushetsplikten gjelder for den virksomhet som drives av PP- tjenesten. For psykologer i PP- tjenesten gjelder også den profesjonsbestemte taushetsplikten etter helsepersonelloven ved utøvelsen av enkelte typer oppgaver. Når psykologer i PP- tjenesten utøver generell faglig veiledning gjelder den forvaltningsmessige taushetsplikten etter opplæringsloven. Når de gir behandling eller individuell faglig veiledning til enkeltelever yter de helsehjelp og er dermed omfattet av den profesjonsbestemte taushetsplikten etter helsepersonelloven.

## POLITIET

Politiet kan være en viktig samarbeidspartner til kommunale tjenester og det er derfor relevant å se på taushetspliktsbestemmelsene for politietaten.

Politielloven skiller mellom taushetsplikt for opplysninger som er kommet frem i straffesaker og opplysninger som er kommet frem i politiets øvrige virksomhet, jf. Politiloven § 24. I straffesaker gjelder taushetsplikten i straffeprosessloven §§ 61a-61e, mens for politiets øvrige virksomhet gjelder strafferegistreringsloven § 8 og forvaltningsloven §§ 13- 13f. Politiet har opplysningsplikt til barnevernstjenesten når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger alvorlig omsorgssvikt etter barnevernloven § 6-4, forvaltningsloven § 13 f annet ledd og straffeprosessloven § 61 c første ledd nr. 8.

## FAMILIEVERNET

Fra januar 2004 fikk staten ansvaret for familievernnet og denne tjenesten er hjemlet i familievernloven. Familievernkontorenes oppgaver beskrives i § 1. Familievernet er en spesialtjeneste som har familierelaterte problemer som sitt fagfelt. Familievernkontorene skal gi et tilbud om behandling og rådgivning der det foreligger vansker, konflikter eller kriser i familien. Familievernkontorene skal foreta mekling etter lov om ekteskap § 26 og barneloven § 51. Etter familievernkontorloven § 5 har enhver som utfører arbeid eller tjeneste for familievernkontoret taushetsplikt etter helsepersonelloven §§ 21 og 23. Dette betyr at de ansatte på familievernkontor er bundet av en streng taushetsplikt, som innebærer en plikt til å hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om blant annet personlige forhold.

Fagpersonell ved familievernkontorene har opplysningsplikt til barnevernstjenesten når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt jf. Familievernkontorloven § 10 og Barnevernsloven § 6-4.

## ANDRE

Folketrygdloven § 25-11 gir enhver som tjenestegjør i trygdens organer plikt til å være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barnevernstjenesten og har tilsvarende opplysningsplikt overfor barneverntjenesten som henvist til over. Tilsvarende opplysningsplikt til barnevernstjenesten har meklingsmenn som arbeider innenfor Ekteskapsloven etter § 26.

Det er altså svært mange lover som omhandler taushetspliktsbestemmelsene, og i neste avnitt ser vi videre på viktige unntaksbestemmelser.

### 7.3 Viktige unntaksbestemmelser

I diskusjonen om taushetspliktens begrensninger i forhold til samarbeid er unntakene fra taushetsplikten spesielt viktig. I Forvaltningsloven begrenses taushetsplikten med to ulike begrunnelser:

Begrensninger i taushetsplikten når det ikke er behov for beskyttelse, jf. § 13 a.

Begrensninger i taushetsplikten ut fra private eller offentlige interesser, jf. § 13 b.

Vi ser i det følgende på hver av disse unntaksbestemmelsene, og inkluderer relevante bestemmelser fra de øvrige lovene under disse overskriftene.

#### 7.3.1 Begrensninger i taushetsplikten når det ikke er behov for beskyttelse, jf. § 13 a

Forvaltningsloven tar opp tre tilfeller der det ikke er behov for beskyttelse. Dette er når det er gitt samtykke, anonymisering og at opplysningene brukes når ingen berettiget interesse

tilsier hemmeligholdelse, for eksempel når opplysningene er alminnelig kjent eller alminnelig tilgjengelig andre steder.

#### SAMTYKKE

Det kanskje viktigste er unntak dersom de som har krav på taushet samtykker, jf Forvaltningsloven § 13 a nr. 1 og Helsepersonelloven § 22 første ledd. Som vist i forrige avsnitt gjelder bestemmelsene om adgang til å videreformidle opplysninger til andre instanser og tjenester i Forvaltningsloven også barnevernet, sosialtjenesten, politiet, skolen og barnehagen fordi disse tjenestene er omfattet av Forvaltningsloven. Bestemmelsen om unntak ved samtykke er også tatt med i Familievernkontorloven § 6 første ledd.

At taushetsplikten oppheves ved samtykke viser at taushetsplikten verner om en privat rettighet som tjenestemottakeren har rådighet over. Gjennom opphevelse av taushetsplikten ved samtykke blir behovet mindre for enkelte andre innskrenkninger i taushetsplikten og et slikt samtykke fører sjelden til at tillitsforholdet mellom tjenestemottaker og tjenesteyter blir skadet (Kjønstad, 2001 s 30). Kjønstad (ibid) går gjennom forskjellige former og grader for samtykke i kapittel 2.5, og illustrerer at det i noen tilfeller er tvilsomt om taushetsplikten er opphevet. De mest klare tilfellene er der tjenestemottakeren har gitt et skriftlig samtykke etter å ha blitt grundig informert om konsekvensene. Muntlig samtykke er også tilstrekkelig og er i prinsippet like bindende som en skriftlig avtale. I tillegg vil et stillestående samtykke kunne være tilstrekkelig dersom det klart fremgår av tjenestemottakerens uttalelser og/eller atferd at tjenesteyter kan bringe opplysningene videre. Hypotetisk samtykke foreligger når tjenestemottakeren ville ha gitt samtykke hvis det hadde vært adgang til å spørre vedkommende, men her må en være sikker på at vedkommende ville ha samtykket. Den siste formen for samtykke som beskrives (ibid) er i tilfeller det er i tjenestemottakers interesse at opplysningene gis, for eksempel til en skole eller en institusjon hvor tjenesteyter hjelper en tjenestemottaker med å få plass. For at taushetsplikten oppheves ved samtykke, må samtykket være gyldig. Dette innebærer blant annet at samtykke er avgitt frivillig, tilstrekkelige opplysninger er forelagt, at vedkommende vet hvem opplysningene gis til og hvilke opplysninger det dreier seg om.

#### SAMTYKKE NÅR OPPLYSNINGENE GJELDER BARN

Når opplysningene gjelder et barn kreves som en hovedregel samtykke fra den eller de som har foreldreansvaret. Etter barnevernloven § 6-3 har barn egne partsrettigheter fra de har fylt 15 år. Etter barnevernloven vil derfor både barnets og foreldrenes samtykke være nødvendig når barnet har fylt 15 år. Dersom de aktuelle opplysningene bare gjelder barnet vil i utgangspunktet barnets samtykke være tilstrekkelig (Rundskriv Q-24, mars 2005).

Helsepersonelloven § 22 andre og tredje ledd inneholder bestemmelser om oppheving av taushetsplikten når pasienten er et barn. Det henvises til pasientrettighetsloven §§ 3-4 andre ledd og 4-4. Hovedprinsippene er oppsummert av Kjønstad (2001) på følgende måte:

1. Den som er over 16 år kan selv samtykke til at helsearbeiderens taushetsplikt skal falle bort.
2. Er barnet mellom 12 og 16 år, skal foreldrene treffe avgjørelsen, men barnet har rett til å uttale seg før de treffer avgjørelsen.
3. Dersom barnet er under 12 år, kan foreldrene alene avgjøre om samtykke til opphevelse av taushetsplikten skal gis.

Foreldrene kan kun samtykke til at opplysningene frigis når dette er til barnets beste, jf Barneloven § 30.

Forvaltningsloven inneholder ikke noen aldersgrense for hvor den opplysningen direkte gjelder et mindreårig. Kjønstad (2001) antyder at bestemmelsene i Helsepersonelloven § 22 kan anvendes analogt. Om ikke, må spørsmålet avgjøres etter en vurdering av om barnet er modent nok til å forstå betydningen av å gi et samtykke til å oppheve taushetsplikten.

## OPPLYSNINGENE ER ALMINNELIG KJENT ELLER ALMINNELIG TILGJENGELIG ANDRE STEDER

Videre gir Forvaltningsloven § 13 a nr. 3 opphevelse av taushetsplikten når opplysningene er alminnelig kjent eller alminnelig tilgjengelig andre steder. Dette kan være opplysninger som er offentliggjort i forbindelse med en mediedebatt eller om opplysningen står i en offentlig tilgjengelig dom. Kjøenstad (2001) mener at bestemmelsen i enkelte tilfeller kan gi grunnlag for at lærere og ansatte i PP- tjenesten kan gi elevopplysninger til helseetaten, sosialtjenesten og/eller barnevernet, men dette unntaket kan ikke danne grunnlag for et mer varig og organisert samarbeid.

Det har vært hevdet at taushetspliktsbestemmelsene kan misbrukes, ved at tjenesteytere påberoper seg taushetsplikt i saker som omtales i media. I Rundskriv Q-24, mars 2005 presiserer Barne- og familiedepartementet at opplysninger vil kunne vurderes som alminnelig kjent eller tilgjengelige andre steder når de er offentliggjort i aviser eller andre medier, eller når de finnes i offentlige tilgjengelige dommer. I rundskrivet ser departementet på barnevernstjenesten og tar opp tilfeller der barnevernssaker blir omtalt i media etter foreldrenes initiativ. Det påpekes her at selv om barnevernstjenesten har behov for å kunne imøtegå kritikk og feilaktig negativ omtale av sitt arbeid, er de også avhengig av tillit fra de som mottar tjenester. Hensynet til barnet er opplagt viktig og det at opplysningene kommer ut i media kan skade barnet både på kort og lang sikt. Derfor poengteres det i rundskrivet at uavhengig om en sak er omtalt i media, har barnevernstjenesten taushetsplikt. Men unntaket kan gjelde enkeltsaker som er omtalt i media dersom foreldrene selv har stilt opplysninger til pressens disposisjon da foreldrene i en slik situasjon ikke kan forvente å være beskyttet av barnevernstjenesten taushetsplikt. Dette vil helst gjelde korrigeringer av rene feil ved faktiske opplysninger som er offentliggjort. Barnevernet oppfordres i rundskrivet til å møte konkrete forespørsler om en sak med generell informasjon for at barnevernstjenesten kan få ut viktig informasjon til offentligheten om sitt arbeid for å ivareta barns beste. Foreldrene kan likevel gi samtykke til frigivelse av barnevernets opplysninger til media, men her har bestemmelsene i Barnevernloven § 6-7 siste ledd betydning. Der står det at dersom et barns interesser tilsier det, kan fylkesmannen eller departementet bestemme at opplysninger skal være undergitt taushetsplikt, selv om foreldrene har samtykket i at de gjøres kjent. Dette betyr at fylkesmannen eller departementet kan bestemme at taushetsplikten skal gjelde fullt ut selv om foreldrene samtykker til at barneverntjenesten frigir opplysningene.

### 7.3.2 Begrensninger i taushetsplikten ut fra private eller offentlige interesser, jf. § 13 b.

Med begrensninger i taushetsplikten ut fra private eller offentlige interesser regnes blant annet innhenting av opplysninger i forbindelse med saksforberedelser, avgjørelser, gjennomføring av avgjørelsen, oppfølging og kontroll, statistisk bearbeiding m.m. I tillegg kommer unntakene som gjelder utveksling av taushetsbelagt informasjon til andre forvaltningsorganer.

## OPPLYSNINGENE BRUKES FOR Å OPPNÅ DET FORMÅL DE ER GITT ELLER INNHENTET FOR

Den sentrale unntaksbestemmelsen i forbindelse med enkeltsaker er § 13 b nr. 2. Der står det at taushetsplikten ikke er til hinder for "at opplysningene brukes for å oppnå det formål de er innhentet for, bl.a. kan brukes i forbindelse med saksforberedelse, avgjørelse, gjennomføring av avgjørelsen, oppfølging og kontroll". Det viktige her er at unntaket gjelder en konkret sak. Dette gjelder for eksempel i tilfeller barnevernet i forbindelse med en forberedelse av en sak ønsker opplysninger fra en barnehage, forutsetter en henvendelse til barnehagen at barneverntjenesten må røpe at de har under behandling en sak om det navngitte barn og dets foresatte. Forvaltningsloven § 13 b nr. 2 hjemler barnevernets unntak i et slikt tilfelle. Unntaket kan også gjelde informasjon til skole og helsesøster (Rundskriv Q-24, mars 2005). Dette unntaket gjelder også ved behov om samarbeid mellom etater, fordi det henvises til gjennomføring og oppfølging av vedtak som er truffet (Olsen, 1993 s 181). Her

er det underforstått at unntaket fra taushetsplikten ikke gjelder når det samme resultatet kan oppnås uten å røpe taushetspliktbelagte opplysninger.

Olsen (1993) poengterer at denne unntaksbestemmelsen kommer til anvendelse ikke bare når det er nødvendig å samarbeide med en annen etat, men også i forhold til samarbeid mellom flere etater, f. eks i samarbeidsgrupper, ansvarsgrupper eller når en konkret sak behandles. Forutsetningen er at det er nødvendig å bringe opplysningene videre for en forsvarlig behandling av saken. Dette unntaket kan også anvendes i forhold til private som en samarbeider med, for eksempel fosterforeldre i en barnevernsak. I Rundskriv Q-24, mars 2005 sies det at formidling av opplysninger i ansvarsgrupper bør være basert på klientens samtykke men taushetsplikten er ikke til hinder for at det etableres slike grupper. Om samtykke ikke foreligger må barnevernstjenesten i hver enkelt sak måtte vurdere hvem den kan formidle hvilke opplysninger til og på grunnlag av hvilken hjemmel. Det synes uklart hva som menes med "gjennomføring og oppfølging av vedtak som er truffet". I prinsippet omfatter dette en stor del av arbeidet til for eksempel barneverntjenesten.

Bestemmelsene åpner for at ellers taushetsbelagte opplysninger i for eksempel en barnevernssak kan formidles mellom personer innenfor barnevernmyndighetene som i kraft av sin stilling behandler saken. For eksempel kan opplysninger formidles til ansatte i et av de statlige fagteamene under BUF- etat når disse kommer inn for å bistå barnevernstjenesten i forbindelse med behov for plassering av et barn i fosterhjem eller på institusjon (Rundskriv Q-24, mars 2005). Barne- og familiedepartementet påpeker også at for at barneverntjenesten skal kunne legge frem en sak for faste tverrfaglige team, er det nødvendig at saken drøftes anonymt eller at samtykke innhentes. Et samtykke må da omfatte alle opplysningene det kan være aktuelt å diskutere i teamet og gjelde for alle de tilstedeværende. Alle som deltar i slike team må vurdere sin adgang til å videreformidle opplysninger på grunnlag av de bestemmelsene om taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt de ellers er underlagt.

Rundskrivet ser ikke ut til å ta opp spørsmålene om tolkning rundt opplysninger som brukes i avgjørelse og gjennomføring av avgjørelsen.

#### OPPLYSNINGER TIL ANDRE FORVALTNINGSORGAN

I tillegg er det en sentral unntaksbestemmelse i forhold til kommunikasjon med andre etater. Forvaltningsloven § 13 b nr. 5 gir at taushetsplikten ikke er til hinder for "at forvaltningsorganet gir andre forvaltningsorganer opplysninger om en persons forbindelse med organet og om avgjørelser som er truffet og ellers slike opplysninger som er nødvendig å gi for å fremme avgiverorganets oppgaver etter lov, instruks eller oppnevningss grunnlag". Dette er den viktigste hjemmel for adgang til å gi taushetsbelagt informasjon fra et forvaltningsorgan til et annet forvaltningsorgan. Bestemmelsen gjelder også for organer som tilhører forskjellige etater. Bestemmelsen betyr i følge Olsen (1993) at:

1. Man kan fritt meddele at en bestemt person er i kontakt med en offentlig etat; for eksempel kan barnehageetaten eller boligetaten videreformidle at en bestemt person er søker for deres tjenester.
2. Etatene kan opplyse om hvilke vedtak de treffer, for eksempel om vedkommende har fått barnehageplass.
3. Man kan gi andre opplysninger de måtte sitte inne med under forutsetning av at dette "fremmer" etatens oppgaver.

Det kan gis opplysninger fra for eksempel skoleetaten til helseetaten, sosialtjenesten og/eller barnevernet. Forvaltningsloven har altså en relativ åpen bestemmelse om intern kommunikasjon og en begrenset bestemmelse om ekstern kommunikasjon. Når det gjelder spørsmålet om å etablere et mer permanent og organisert samarbeid oppstår de samme problemene som med helsearbeidernes taushetsplikt, se Kjønsstad (2001) s 61.



Forvaltningsloven § 13 b nr. 5 og 6 åpner for ganske vid adgang til å kommunisere mellom forvaltningsorganer og ville vært for vide i forhold til spesielt sosialtjenesten og barnevernet. Derfor har disse etatene andre unntaksbestemmelser.

Sosialtjenesteloven § 8-8 tredje ledd sier at opplysninger til andre forvaltningsorganer jf. Forvaltningsloven § 13 b nr. 5 og 6, kan bare gis når dette er nødvendig for å fremme sosialtjeneste eller institusjonens oppgaver, eller for å forebygge vesentlig fare for liv eller alvorlig skade for noens helse. Hovedpoenget med denne bestemmelsen er at det er sosialtjenestens oppgaver som må fremmes dersom taushetsbelagte opplysninger kan gis og mottakerorganets interesser er i prinsippet uten relevans.

Barnevernlovens § 6-7 er nesten liklydende med Sosialtjenesteloven § 8-8 ved at opplysninger bare kan gis til andre forvaltningsorganer (jf Forvaltningsloven § 13 b nr. 5 og 6) når dette er nødvendig for å fremme barnevernstjenesten eller institusjonens oppgaver. I tillegg sier § 6-7 tredje ledd at dersom et barns interesser tilsier det, kan fylkesmannen eller departementet bestemme at opplysningene skal være undergitt taushetsplikt, selv om foreldrene har samtykket at de gjøres kjent. I forhold til barnevernet er det også en diskusjon om taushetsplikt i forhold til hvordan tjenesten organiseres, men dette diskuteres ikke her.

På tross av noe strammere regler for sosial og barnevernstjenesten er dette i følge Olsen (1993) betydelige unntak fra taushetsplikten og disse unntakene er primært begrunnet i det offentliges interesse, bla i behovet for samarbeid og langt mindre grad begrunnet ut fra brukernes interesse. For disse etatene vil det i samarbeidssammenheng med andre ord også mht opplysninger om selve klientforholdet og om vedtak som er truffet, kreves at det er nødvendig for å fremme etatens oppgaver. Olsen sier at selv med denne begrensningen er unntaket betydelig, når en ser på de meget omfattende oppgaver som er pålagt disse etatene. For eksempel vil unntaksbestemmelsene i mange tilfeller gi opplysningsrett til politi og skole om navngitte ungdommers rusmiddelmissbruk, hvis det anses som nødvendig som et ledd i det forebyggende rusmiddelarbeidet overfor et bestemt miljø. Barnevernloven § 1-1 pålegger barnevernetaten "å sikre at barn og ungdom som lever under forhold som kan skade deres helse eller utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid".

Det er viktig at unntaket etter forvaltningslovens § 13 b nr. 5 ikke gjelder den enkelte ansatte men gjelder forvaltningsorganet eller etaten og må derfor utøves av den som har kompetanse til å opptre på vegne av vedkommende etat. Dette betyr i følge Olsen at hvem en skal samarbeide med og hvorvidt dette samarbeidet også skal innbefatte det å formidle taushetspliktbelagte opplysninger og i hvilket omfang, er en beslutning som tilligger etatsledelsen. Denne myndigheten kan delegeres til den enkelte tjenestemann, men poenget er at kompetansen ikke følger direkte av loven men av delegasjonsvedtaket (ibid, s 184).

Etter helsepersonelloven § 25 kan taushetsbelagte opplysninger i betydelig utstrekning gis til samarbeidende personell. Denne paragrafen ser ikke ut til å gi hjemmel for bruk av pasientopplysninger når formålet er forskning, forebyggende helsearbeid eller planleggingsvirksomhet da formålet med slik virksomhet ikke er å gi helsehjelp. Kjønstad (2001) konkluderer derfor med at § 25 neppe kan gi grunnlag for å etablere samarbeidsformer hvor PP-tjenesten, skolen, sosialtjenesten og barnevernet er de viktigste aktørene fordi mange av dem som det er aktuelt å trekke inn i et samarbeid faller utenfor begrepet helsepersonell. Samtidig vil formålet med samarbeidet som regel ikke være å gi helsehjelp men bedret læringssituasjon, sosial rehabilitering og lignende. Kjønstad (2001) konkluderer med at unntakene for helsearbeidernes taushetsplikt i forhold til et samarbeid med skoleetaten, sosialtjenesten og barnevernet kun gjelder når det foreligger samtykke fra pasienten eller fra foreldrene når pasienten er et barn. Men opplysningsplikten overfor barnevernet gjelder, men helsepersonell har bare plikt til å gi opplysninger til barnevernet, ikke til skoleetaten og sosialtjenesten. Forfatteren åpner for at andre unntak fra taushetsplikten kan komme til anvendelse i enkeltsaker, men disse unntakene kan ikke danne grunnlag for et mer varig og organisert samarbeid med relativt fri utveksling av opplysninger mellom helseetaten, skoleetaten, sosialtjenesten og barnevernet.

## 7.4 Taushetsplikten, en barriere for samarbeid?

### 7.4.1 Innledning

Taushetsplikten har vært i fokus de siste årene og den har vært fremhøvet som en viktig barriere mot samarbeid. Årsaken er at taushetsplikten for mange representerer barriere mot informasjonsutveksling mellom etater, og kan oppfattes som et evig dilemma. Adgangen til å utveksle taushetspliktbelaagt informasjon på tvers av profesjon og etat er, som vi har sett, begrenset og kan beskrives som et vertikaldelt informasjonsskille. Samarbeid på tvers av profesjon er ofte hensiktsmessig, ønskelig og i tjenestemottakerens interesse, men kan begrenses ut fra taushetspliktsbestemmelsenes utforming. I praksis kan disse problemene unngås ved å innhente samtykke fra tjenestemottaker, men dette unntaket er ikke alltid mulig å benytte.

Det er ikke lett å finne empiri om taushetsplikt og samarbeid i vanlige litteratursøk. Dette kan delvis begrunnes med at taushetsplikt ofte blir behandlet i et enkelt avsnitt i de fleste rapporter og at forsøkene som er igangsatt ikke ennå er evaluert. Vi finner en del henvisninger til ulike samarbeidsprosjekt som gjelder barneverntjenester, men lite annet.

Den litteraturen som finnes om taushetsplikt er i stor grad skrevet av jurister som tar for seg forarbeidet til lovene og hvordan bestemmelsene bør tolkes. Bugge (2000) skiller i hovedsak arbeidene i to grupper: Juridisk og medisinsk/sosialfaglig litteratur. De juridiske arbeidene tar i liten grad opp hva som er vanlig praksis i de ulike tjenestene, eller hvilke erfaringer tjenesteyterne har i forhold til bestemmelsene som gjelder taushetsplikt.

Noen lærebøker har med et eget avsnitt om taushetsplikt i forhold til tverrfaglig samarbeid. Et eksempel er Briseid (2000) som tar for seg det spesialpedagogiske feltet. Sentrale lover beskrives og det henvises til unntakene vi har gått gjennom over (samtykke, anonymisering, eventuelt veiledning) som utgjør rammene for samarbeid på tvers i enkeltsaker. En annen lærebok som har med mye om taushetsplikten gjelder for utdanning av barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere, se Kjørstad og Syse (1999).

Argumentene om at ulike bestemmelser om taushetsplikt kan sette skranker for hvordan samarbeidet utøves samt begrenser mulighetene for utveksling av informasjon, og at dette kan hindre utnyttelse av nye organisasjonsformer, førte til at det i 1995 ble inntatt en egen forsøksbestemmelse i barnevernloven § 2-4. Dette betyr at en foreløpig har løst et generelt problem som gjelder taushetsplikt og samarbeid med en forsøkshjemmel. Målet er at disse forsøkene skal gi det nødvendige grunnlaget for ett nytt forenklet regelverk om taushetsplikt og samarbeid i barnevernssaker (Kjellevold, 1997). Det er generelt vanskelig å finne dokumentasjon på evalueringen av disse forsøkene.

I neste avsnitt prøver vi å finne frem til konklusjonene basert på lovtekstene som er gjennomgått i avsnitt 6.3. Her ser vi på hvorvidt jurister (i hovedsak) mener at taushetsplikten er en barriere for samarbeid. Her er det i liten grad fokusert på praktiske erfaringer med bruk av bestemmelsene. Vi ser derfor deretter på praksis med bruk av taushetspliktsbestemmelsene og om taushetsplikten basert på disse erfaringene er en barriere for samarbeid.

### 7.4.2 Konklusjoner basert på lovteksten

Diskusjonen om taushetsplikt som et hinder for samarbeid har lenge pågått. St.meld. nr. 9 (1975–76) - Om de sosiale tjenester og det sosiale hjelpeapparatet, inneholder et eget avsnitt om taushetsplikten. Her diskuteres oppmyking av taushetsplikten ved samarbeid mellom ulike organer. Sosialdepartementet viste til at forsøksvirksomhet og videre utredninger var nødvendig før gjeldende regler kunne endres. Olsen (1993) tar blant annet opp hvilke rettslige reguleringer som finnes av det tverrfaglige samarbeidet. Her gis en grundig oversikt over den rettslige reguleringen av samarbeidet innen helse- og sosialsektoren og en diskusjon om retten til å etablere og delta i tverretattlig samarbeid gjøres. Artikkelen konkluderer med at den sentrale lovmessige begrensningen i adgangen til å delta i tverretattlig

samarbeid er taushetsplikten. Her konkluderes det klart med at hovedårsaken til samarbeidsproblemer likevel ikke er taushetsplikten, men det at man overfor samarbeidspartnere velger å benytte seg av sin taushetsrett. Årsaken til dette er de mange og omfattende unntakene fra taushetsplikten som åpner for å gi opplysninger som i utgangspunktet er underlagt taushetsplikt til samarbeidspartnere. Dette beskrives som en opplysningsrett og ikke en opplysningsplikt. Dvs. at unntakene fra taushetsplikten åpner for at aktørene *kan* gi opplysningene videre om han eller hun ønsker det (opplysningsrett), men kan også la være å gjøre det (taushetsrett). Olsen sier videre at i de tilfeller hvor man benytter seg av taushetsretter, er det ikke taushetsplikten som hindrer samarbeid, men at vedkommende selv ut fra en faglig og/eller yrkesetisk vurdering finner at han eller hun ikke ønsker å gi ut opplysninger. Bak en slik vurdering kan det, i tillegg til faglig-etiske begrunnelser, også ligge vurderinger av samarbeidende etater og hvem konkret det skal samarbeides med (profesjon, kjønn osv). Forfatteren sier derfor at i samarbeidsspillet er taushetsplikten et vern for den enkelte, mens taushetsretten ikke bare er et vern for den enkelte, men kan også representere et maktmiddel i samarbeidsrelasjonene (s. 174). Det konkretiseres videre at *unntak fra taushetsplikt* betyr at det finnes et rettslig grunnlag som gjør at opplysningene ikke lenger er taushetsbelagte, men at opplysningen samles i en kategori som karakteriseres av at det foreligger et valg mellom taushetsrett og opplysningsrett. Olsen poengterer videre at det er viktig at en ser at unntaket heller ikke betyr at en får noen *opplysningsplikt*. For å ikke bli for detaljert på dette punktet henvises det til videre lesning i Olsen 1993 som med en juridisk bakgrunn grundig diskuterer dette.

I sine avsluttede merknader oppsummerer Olsen med at taushetsplikten i utgangspunktet er streng, men at unntakene er så mange og så omfattende at det særlig i forhold til samarbeid om enkeltsaker/pasienter ikke kan sies å legge avgjørende hindringer i veien for et betydelig større tverretattlig samarbeid enn hva vi ser i praksis. Forfatteren mener at det derfor neppe er taushetsplikten, men de enkelte etaters og profesjoners bruk av taushetsretten som i praksis er det største hinder for samarbeid. Forfatteren er overbevist om at det er andre forhold enn taushetsplikten det først bør tas fatt i dersom man er av den formening at det tverretattlige samarbeidet ikke fungerer tilfredsstillende.

Kjønstad (2001) understreker at unntak fra taushetsplikten bare gir en rett, men ingen plikt for helsearbeideren å meddele opplysninger. Vedkommende kan velge å tie. Forfatteren påpeker at "i et organisert og forpliktende samarbeid er det som regel nødvendig at alle parter legger frem de opplysningene som de sitter inne med og som er relevante for løsningen av det problemet man står overfor. Helsearbeiderne har bare plikt til å gi opplysninger overfor barnevernet."

Barnevernet er spesielt viktig i forhold til barn og unge med komplekse problemer og sammensatte behov. Viktige samarbeidsetater for barnevernet er helsetjenesten, skoler, barnehage og planmyndigheter (Ot. prp. nr. 44, 1991-92). Kjønstad (2001) går inn i forarbeidene til barnevernloven av 1992 og trekker frem at Barne- og familiedepartementet er positiv til tverrfaglig samarbeid men skeptisk til å etablere faste barnevernsteam. Begrunnelsen er at faste team kan føre til at taushetsbelagt informasjon når flere enn de som konkret er involvert i saken. Denne holdningen kan i følge Kjønstad (ibid) være godt egnet til å ta vare på de hensyn som ligger til grunn for taushetsplikten, men vanskeliggjør et mer omfattende og fast samarbeid. Forfatteren mener at det ville vært enklere om det ble innført en regel om at det som utgangspunkt skulle være fri adgang til å utveksle opplysninger i små faste barnevernsteam men som har streng taushetsplikt overfor omverdenen. Kjønstad mener dette ikke ville representerer noen fare for personvernet men ville bedret muligheten til å ivareta barnas interesse enn det gjeldende lovgivning gjør da denne fremstår som svært kompleks. Kjønstad påpeker videre at loven ikke er til hinder for at det opprettes faste barnevernsteam, men at alle deltakerne i teamet å overholde sin taushetsplikt.

Generelt er reglene om kommunikasjon mellom barnevernet og andre etater og persongrupper svært kompliserte og Kjønstad mener dette blir verre for hver lovendring som gjennomføres. Han mener at reglemengden øker og det er vanskelig å se sammenhengen mellom de forskjellige regelfragmentene som står i en rekke ulike lover. Bestemmelsene om taushetsplikt i barnevernloven § 6-7 henviser i stor grad til de vanskelige bestemmelsene om

taushetsplikt i forvaltingsloven. Bestemmelsene om informasjon til barnevernet i § 6-4 inneholder regler som er nesten likelydende med en rekke andre bestemmelser om innskrenkning i taushetsplikten i særlovgivningen (ibid, s 89). Samarbeid med andre kan skje med hjemmel i samtykke, men i en del tilfeller er det ikke mulig eller hensiktsmessig å innhente samtykke. Konklusjonen er at hvis man synes at samarbeid er viktig må man tillate team som ikke er underlagt så streng taushetsplikt som det som følger av gjeldende rett.

Befringutvalget sin utredning om barnevernet (NOU 2000:12), fant for eksempel at de viktigste forholdene som hindrer et godt samarbeid er økonomi, uklarhet/uenighet, mangel på tid, profesjonskamp og personlig kjemi mellom enkeltpersoner. Selv om ikke lovgrunnlaget anses som et hinder for samarbeid, poengterer utvalget at det er behov for å se på om det er mulig å gjøre gjeldende regelverk enklere slik at graden av uklarhet og uenighet kan reduseres mellom samarbeidende instanser. Reglene om utveksling om informasjon mellom ulike forvaltningsorgan og etater kan virke kompliserte og det er reist spørsmål om det på tross av den positive holdningen til styresmaktene i forhold til tverrfaglig samarbeid, likevel er behov for lovregler som gir et klarere juridisk grunnlag for at samarbeidet skal fungere i praksis.

Stortingsmelding nr. 40 (2001- 2002) rapporterer at de fleste innenfor barnevernfeltet likevel ser ut til å være enige om at grunnlaget for vellykket samarbeid er mye mer enn spørsmål om regelverket. Det er altså grunn til å undersøke om regelverket er ei stor hindring, men vel så viktig er faktorer som kultur, holdinger til de ansatte, forståelse av hvor viktig samarbeid er og opplevelsen av hva som er behovene hos den enkelte. Videre står det i denne Stortingsmeldingen at erfaringene tyder på at velfungerende tverrfaglig samarbeid generelt sett er avhengig av at samarbeidet er sentralt forankret i den administrative og politiske ledelsen i kommune. Med forankring menes det har at en på høyt nivå må se på det som legitimt å sette av tid og ressurser til forpliktende samarbeid.

Innhenting av samtykke gir imidlertid muligheten til å utveksle taushetspliktbelagt informasjon på tvers av profesjon og etat. Utarbeidelse av rutiner for innhenting av samtykke kan for eksempel være et kommunalt tiltak som kan bidra til en mer smidig samhandling mellom tjenester, og slik gi mer adekvate tilbud for brukerne.

Kjellevold (1997) drøfter forhold knyttet til taushetsplikt for saker som omhandler omsorgsovertakelse. Hun tar for seg begreper som meldeplikt, opplysningsplikt, opplysningsrett, og ulike former for taushetsplikt. Kjellevold diskuterer også hvordan man kan samarbeide i enkeltsaker uten å bryte taushetspliktsbestemmelsene (ved bruk av samtykke eller anonymitet). Dagens regler setter delvis grenser for utveksling av opplysninger i tilfeller der barneverntjenesten kunne ha behov for kommunikasjon. Dette gjelder særlig i forhold til helsetjenesten. Forfatteren sier også at regelverket er til dels så komplisert at det kan være vanskelig å anvende i praksis. Konklusjonen er at det er et klart behov for opprydding og forenkling når det gjelder taushetsplikt og adgang til videreformidling av opplysninger innenfor helse- og sosialomsorgen.

Det er i tillegg skrevet diverse artikler av eksempel av leger. Dette gjelder i hovedsak taushetsplikt i forhold til voksne, men det ser ut til at mange mener at de lovbestemte unntakene fra den generelle taushetsplikten er blitt mange. For eksempel sies det at de samfunnsmessige interessene blir tillagt større vekt i taushetsplikten i forhold til den enkelte pasients personvern (Syse, 1997). Rådet for legeetikk er også kritisk i forhold til de mange unntaksbestemmelsene (Rasmussen, 1997).

Oppsummert ser det ut til at juristene stort sett er enig i at reglene er for kompliserte og trenger å forenkles. Flere mener at unntakene er for mange og at offentlige interesser går på bekostning av personvern. På tross av disse relativt klare konklusjonene har vi, som vi skal vise i neste avsnitt, relativt lite kunnskap om hvordan taushetspliktsbestemmelsene praktiseres.

### 7.4.3 Praksis og dokumenterte forsøk

Som nevnt over finnes det lite empiri på hvordan taushetspliktsbestemmelsene brukes innen og mellom samarbeidende kommunale etater. Vi har her begrenset oss til norsk litteratur da det kan være vanskelig å sammenligne den norske kommunestrukturen og organiseringen av tjenestene til barn og unge med andre land. Søkeprosedyrer i BIBSYS resulterer i svært få relevante treff. Kombinasjonen av søkeordene taushetsplikt og samarbeid (fritekst) gir 13 treff, mens taushetsplikt og barn gir 10 treff. Kombinasjonen taushetsplikt og kommune/kommunale gir to treff der den ene dreier seg om partsrettigheter i ansettelser. Søker vi bare på taushetsplikt (tittel) oppnår vi 87 treff. I tillegg til at mange treff selvsagt er irrelevante i forhold til kommunale tjenester for barn og unge er det flere treff der det ikke finnes tilgjengelige eksemplarer. I tillegg er en god del av treffene studentoppgaver og prosjektoppgaver, der flere av de vurderte ikke tilfredsstillende våre metodiske standarder.

Det finnes oversikter over interkommunale samarbeid, se for eksempel Brandtzæg & Sanda (2003). I oversikten inngår noen samarbeidstiltak som gjelder barn og unge. Metoden for datainnhenting er basert på spørreskjemaer til regionrådssekretariatene og ikke via enkeltkommuner. Oversikten er ikke en komplett oversikt over alt samarbeid mellom kommuner i hver region, men fokuserer på de mest vellykkede samarbeid som var i drift i begynnelsen av 2002. Den vanligste formen for samarbeid som er relevant for barn og unge ser ut til å være innenfor grunnskoleopplæring, der de har funnet 37 samarbeidstiltak. Dette dreier seg i stor grad om pedagogisk psykologisk tjeneste. Andre samarbeidstiltak er innenfor barnevern og barnehager, men det er kun et fåtall kommuner som oppgir å ha denne typen interkommunalt samarbeid. Spørreskjemaet inkluderer et åpent spørsmål om problemer knyttet til samarbeidstiltakene, men det ser ikke ut til at taushetspliktsbestemmelsene oppleves som problematisk for denne typen samarbeid. Det er mulig at et annet bilde hadde fremkommet om problematikken rundt taushetspliktsbestemmelsene hadde vært tatt opp eksplisitt.

Det er flere som mener at unntaket relatert til innhenting av samtykke benyttes i for liten grad (se for eksempel Olsen, 1993) og begrunnelsen er at dette unntaket samsvarer med sentrale rettsikkerhetsprinsipper og profesjonsetiske prinsipper om åpenhet overfor og selvbestemmelse for vedkommende en sak og en opplysning gjelder. Dessuten vil et samtykke fra vedkommende kunne løse en rekke tilfeller hvor man er usikker på om andre unntak fra taushetsplikten kan anvendes.

Ett forsøk det er referert til flere steder er Hedmarksforsøket. Hedmark fylkeskommune var en av de seks fylkeskommunene som inngikk i forsøksprosjektet med alternativ organisering av fylkeskommunale barne- og ungdomstjenester. Hedmark fylkeskommune samorganiserte i 1993 det fylkeskommunale barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien til en Barne- og ungdomstjeneste (BUT). En rapport om taushetsplikt i forbindelse med samorganiseringen er utarbeidet av Østlandsforskning (Rugset, 1996) og ser ut til å være en av svært få arbeider som går grundig inn på taushetspliktsproblematikken i en evaluering av et forsøk. Dette arbeidet er gjort før staten overtok det fylkeskommunale barnevernet, men funnene i forhold til taushetsplikt er likevel relevante.

BUT-kontorets medarbeidere har oppsummert en av de sentrale utfordringene til å være etableringen av en struktur (med vekt på samarbeidsstrukturen) som tar hensyn til at det arbeides etter to ulike lovverk, og som ikke minst tar hensyn til taushetspliktsbestemmelsene. Brukerne har ikke tilkjennegitt noen problematisering av at kontoret representerer to tjenestetyper, og mener at ivaretagelse av taushetsplikt lar seg sikre gjennom organisering og rutiner. I forhold til spørsmålet om taushetsplikt oppsummerer Rugset (1996) problemene med taushetsplikt og samarbeid i fem ulike kategorier:

- *Fagideologisk motstand* - yrkesgrupper som mener at bestemmelsene om taushetsplikt beskytter deres mulighet for god yrkesutøvelse.
- *Personvernfundamentalisme* - ekstremt fokus på at «klientene» må beskyttes mot uheldig praktisering av bestemmelsene.
- *Vikarierende argumentasjon* - motivene for å unngå å samarbeide kan være mange (økonomiske fordeler, profesjonskamp, status og innflytelse).

- *Kunnskapsproblemer*- de ansattes problemer med å finne frem i og forstå lovverket.
- *Få gode løsninger*- praktiske bestrebelser på å finne gode løsninger i et behandlings- og omsorgsapparat er ennå under utvikling.

Rapporten oppsummerer de ulike holdningene til utviklingen av taushetsplikt og samarbeid med tre ulike rådende oppfatninger:

- Oppløsning og utglidning.* Tettere kobling mellom BUP og barnevern gir uheldige virkninger for brukerne og taushetspliktsbestemmelsene uthules. Dette synet forfektes primært av leger og psykologer, som mener at helsepersonell er klart best skikket til å ivareta personvernet. Et tettere samarbeid med barnevernet er uheldig og det er bedre å ha en restriktiv holdning og bli beskyldt for å ødelegge samarbeidet enn svekkelse av behandlernes legitimitet og omdømme.
- Umoderne bestemmelser.* Dagens regelverk om taushetsplikt er i utakt med utviklingen ellers. Moderne helse- og sosialtjenester kjennetegnes ved tverrfaglighet og samarbeide mellom ulike yrkesgrupper og instanser. Dette mener deler av den intervjuede gruppen fra barnevernet. Denne kategorien mener at et godt samarbeid kan være vanskelig å få til ved dagens taushetspliktsbestemmelser. De ønsker ikke lenger å ha yrkesbestemt taushetsplikt, men ønsker taushetsplikt for små avgrensede team.
- Det muliges kunst.* Denne tredje gruppen er tilfreds med dagens regelverk. Dette synet fremmes av en del barnevernansatte og ansatte ved BUT-kontoret. De mener praktiseringen av regelverket er det avgjørende. Dersom en ønsker å hindre et samarbeid mellom BUP og barnevern, er disse reglene bare ett av flere argumenter en kan skjule seg bak. De mener at en kommer langt med velvilje, faglig skjønn og respekt for klientene. Disse informantene er opptatt av å lage praktiske ordninger som fungerer i hverdagen. Det er også viktig at få andre informanter var så oppdaterte på bestemmelsene om taushetsplikt og hva som var intensjonene bak dem.

Selv om taushetspliktsbestemmelsene gjelder, indikerer rapporten at de involverte i mange sammenhenger bruker samtykke som en god løsning på dette spørsmålet. Det blir imidlertid pekt på at samtykket kan gis på bakgrunn av press eller manipulering og at anonymisering kan være et bedre virkemiddel i mange sammenhenger. Samtidig er anonymisering ikke et godt virkemiddel i små kommuner hvor forholdene er gjennomsluktige. Forskeren etterlyser et lovverk som gir anledning til å samarbeide tettere i team, fordi dette kunne gitt større handlingsrom for utvikling av nye virkemidler (Rugset, 1996).

Hovedlærdommen av undersøkelsen er i følge forfatteren er at det ikke finnes snarveier til et bedre samarbeid om en skal ta hensyn til taushetspliktsbestemmelsene og at det er ulike situasjonsoppfatninger blant de viktigste aktørene i barne- og ungdomstjenestene. Forskeren antyder at dette kan være tilfelle for andre deler av helse- og sosialtjenestene.

Samarbeid mellom barnevernet og sju andre offentlige instanser blir behandlet i et NIBR notat (Harsheim og Østtveiten, 1995). En av problemstillingene som undersøkes er "hvilke hindringer ser barnevernet og barnevernets samarbeidsparter for samarbeid." Her siktes det på å finne ut om det kan oppstå problemer i tverretattlig samarbeid fordi lovbestemmelser om taushetsplikt og personvern setter grenser for informasjonen som kan utveksles mellom etater. De har spurt "Har du opplevd situasjoner og saker da hensynet til saksbehandlingsregler og lovverk innen barnevernets eget arbeidsfelt kommer i konflikt med målsettingen om godt tverretattlig samarbeid? I underkant av 1 500 respondenter fra ulike institusjoner har besvart et spørreskjema. Svarene tyder på at halvparten av de ansatte i barnevernet opplevde lover og regler som et problem i samarbeidet. Det er likevel vanskelig å vite om dette dreier seg om problemer knyttet til taushetspliktsbestemmelsene eller om det er andre forhold ved regelverket som er problematisk.

Befringutvalget (NOU 2000:12) engasjerte analysefirmaet Protinus til å gjennomføre en mindre kvalitativ undersøkelse blant representanter i og utenfor barnevernet. Formålet var å innhente tilleggsinformasjon om ulike samarbeidsrelasjoner i barnevernet og mellom barne-

vernet og andre instanser. I tillegg ble blant annet forhold knyttet til taushetsplikten innhentet. 24 ressurspersoner innen barnevernstjenesten og samarbeidspartnere ble intervjuet i begynnelsen av 2000. Informantene påpeker at taushetsplikten kan skape problemer i tverretatlige møter. Etatene diskuterer gjerne anonymt, men «alle» vet hvem det snakkes om og opplever situasjonen som kunstig. Generelt anses lovbestemmelsene om taushetsplikt å være hensiktsmessige, men det pekes på behovet for mer informasjon om hvordan samarbeid kan foregå innenfor rammene av taushetsplikten (se kap 4.2.2, *ibid*).

I et prosjekt i Buskerud, kalt "Buskungen" ble det utviklet en modell for koordinering og drift av det forebyggende barne- og ungdomsarbeidet i et fylke. Målsettingen var å utarbeide en godt fungerende tiltakskjede for det forebyggende arbeidet blant barn, unge og foreldre, basert på kommunens ressurser og behov i befolkningen (Brostrøm, 2002b). Tolv kommuner deltok i prosjektet. Dette prosjektet dreier seg i liten grad om samarbeid og taushetsplikt, men taushetsplikten er omhandlet i et eget avsnitt i prosjektrapporten som omhandler motkrefter en ofte møter i arbeidet med prosjekter som innebærer utvikling og endringsarbeid. Særlig to faktorer fremheves: taushetsplikt og tidsfaktoren. Taushetsplikten oppleves som en motkraft knyttet til utvikling av tverretatlig samarbeid omkring enkeltpersoner og familier. I mange av kommunene i undersøkelsen fremheves taushetsplikten som den aller største barrieren for å få til et godt samarbeid omkring enkeltpersoner og familier. Forfatteren påpeker at det kan hevdes at det ikke er taushetsplikten som er hinderet, men at problemet kan være hvordan fagfolk velger å tolke taushetspliktsbestemmelsene. I andre kommuner opplevdes ikke taushetsplikten som noe hinder til samarbeidet, men ble heller sett på noe som aktørene må forholde seg til. Dersom familien ble inkludert fra starten av synes bestemmelsene mindre problematisk og det var sjelden de ikke fikk tillatelse fra foreldrene til å samarbeide med andre instanser. Funnene fra dette prosjektet tyder på at det finnes ulike oppfatninger av hvordan taushetspliktsbestemmelsene skal tolkes blant samarbeidspartnere i mange kommuner, og noen ganger kan det virke som disse bestemmelsene blir brukt som et argument for ikke å samarbeide (*ibid*, s 41). I avslutningen på diskusjonen om taushetsplikt foreslår forfatteren at hvis en vegrer seg under dekke av taushetsplikt (for eksempel unnlatelse av å gi informasjon til samarbeidspartnere om for eksempel ungdomsmiljøene i kommunene) kan det være et uttrykk for en manglende evne til å sortere kunnskap og informasjon som er viktig å gi videre når en er satt til å samarbeide om forebyggende oppgaver (*ibid*, s 42).

Forsknings- og utviklingsprosjektet "Samarbeid i utvikling" (SiU) ved Helse Nordmøre og Romsdal, Avdeling for barn og unge har som hovedmål å bidra til å bedre det samlede tilbudet til barn og unge med psykiske vansker (Gylseth, 2004). Prosjektet involverer kommuner, høyskole forskningsmiljø, brukerorganisasjoner og spesialisthelsetjenesten. Prosjektet er blant annet opptatt av å finne fram til mulige forbedringer i samarbeidet med barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUA) og kommunale instanser som har ansvar for barn og unges psykiske helse. De har i denne sammenheng gjennomført to spørreundersøkelser. Den ene er rettet mot fagpersoner (helsestasjonspersonale, leger, PP- og barnevernstjeneste, totalt 164 personer fra de 12 kommunene BUA Molde har som sitt ansvarsområde) og den andre mot fagpersonellet ved poliklinikken, BUA (totalt 30 personer). De ser på barrierer i samarbeidet og konkluderer blant annet med at "Henvisningsprosedyrer, refusjonsordninger og taushetspliktsbestemmelser er i overraskende liten grad sett som hinder for samarbeid".

I en rapport fra Høgskolen i Hedmark (Bugge, 2000) beskrives et prosjekt der målet er å studere førskolelæreres kunnskap og forståelse i forhold til lovpålagt taushetsplikt. Forfatteren kommer til samme konklusjoner som oss ved at det finnes lite empirisk forskning på området taushetsplikt, og hun kommenterer at dette gjelder særlig innenfor utdanningssektoren.

En studentoppgave fra Høgskolen i Oslo tar for seg samarbeid mellom politiet og barnevernet. Problemstillingene er her hvordan dette samarbeidet fungerer og hvordan adferdsvansker hos ungdom oppstår og hvordan disse ungdommene kan hjelpes. Det er lite som går på taushetspliktsbestemmelsene her, men forfatterne hevder at taushetsplikten blir brukt som et forsvar mot at barnevernet ikke kan melde fra til politiet. Selv om utvalget og

metoden ikke er direkte forskningsobjektivt kan dette stå som et eksempel på behovet for å undersøke alle konstellasjoner av samarbeid i forhold til praktisering av taushetspliktsbestemmelsene. Selv om vi vet at barnevernet har plikt til å informere politiet i visse saker, er det mulig at dette ikke gjøres rutinemessig.

## 7.5 Oppsummering

Basert på juristers vurderinger ser ikke lovbestemmelsene ut til å hindre samarbeid mellom ulike etater og forvaltningsnivå i særlig grad. Dette er konklusjoner som stort sett er basert på gjennomgang av forarbeidet til lovverket, bestemmelsene i de ulike lovene og diskusjoner av tolkningene av lovene. De fleste ser likevel ut til å være enige om at forenklinger i lovverket er viktig da reglene er kompliserte og spredt på en mengde lover. De færreste som skal bruke lovverket i det daglige arbeidet har juridisk kompetanse. Det er også sannsynligvis mer krevende for de som sporadisk kommer bort i problematikken om taushetsplikt enn for de som arbeider med dette daglig.

Det finnes lite empirisk materiale på erfaringer av bruk av taushetspliktsbestemmelsene. Dette gjelder både når vi ser på samarbeid innenfor ulike tjenesteområder og bruk av bestemmelsene generelt. Grunnet tynt materiale er det vanskelig å si i hvilken grad taushetspliktsbestemmelse hemmer samarbeid. I de fleste tilfeller er taushetsplikten behandlet som en del av en større evaluering og det eksisterer svært få rapporter som ser spesielt på dette temaet. En gjennomgang av litteraturen tyder på at eventuelle barrierer sannsynligvis er direkte avhengig av aktørene som skal samarbeide. Dette kan være avhengig av holdninger hos enkeltpersoner, ulike kulturer mellom samarbeidende etater og grunnleggende forskjeller i arbeidsmåter mellom ulike profesjoner.

Konklusjonen er at reglene er kompliserte og trenger sannsynligvis å forenkles da de som anvender reglene i liten grad er jurister. Vi vet for lite om praktiseringen av taushetspliktsbestemmelsene når ulike organer/etater skal samarbeide til å kunne si om bestemmelsene er reelle barrierer eller om det er andre forhold som hindrer samarbeid.



## 8 Faktorer som hemmer eller fremmer samarbeidet om barn og unge

HELLE WESSEL ANDERSSON OG MARIAN ÅDNANES

### 8.1 Innledning

I det moderne sektordelte samfunnslivet, der kunnskap er spesialisert og funksjonsdifferensieringen er høy, kan tverrfaglighet være avgjørende for at brukerne får et helhetlig tilbud. Tverrfagligheten er viktig både på organisasjons-, -kommune og departementsnivå. For mennesker som har behov for flere hjelpe- og støttetjenester vil samarbeid på tvers av tjenester, enheter og nivåer være nødvendig for å sikre den enkelte brukers helhetlige tilbud.

Problemer og utfordringer relatert til det å etablere tverrfaglig samarbeid, og å få det til å fungere, er et hyppig gjentatt tema både faglitteraturen (se for eksempel Lauvås & Lauvås, 2004; Brostrøm, 2002a) og i offentlige dokumenter (f.eks. St. meld. nr. 16, 2002-2003; St. meld. nr. 40, 2002-2003).

Brostrøm (2002a) skiller mellom "motstandskrefter" og "pådrivende krefter" i det tverretatlige samarbeidet om barn og unge. Pådrivende krefter er engasjement og ønske om endring, om å vitalisere det tverretatlige samarbeidet, bruke ressursene på en bedre måte, og å få med seg flere i arbeidet. Motkreftene er mangel på tid, mangel på interesse fra ledelsen, skepsis blant samarbeidspartene, mangel på økonomi og taushetsplikten.

Basert både på egne erfaringer, ulike prosjekter, og på gjennomgang av litteratur, har Glavin og Erdal (2000) presentert en rekke faktorer som er av betydning for å lykkes med samarbeid. Et samarbeidssystem må forankres i kommunenes planer, ledelsen må være involvert og ansvaret må være plassert. Felles målsetting er nødvendig for å oppnå enhetlige strategier. Når etatene har en felles målsetting vil det være lettere å finne felles metoder og strategier for å nå disse. Dette krever en bevisstgjøring i forhold til hva en ønsker å oppnå, samt en felles forståelse av hva som er viktige oppgaver og hvordan de kan løses.

Kunnskap om den enkeltes rolle og ansvar, og å "gjøre hverandres ulikheter tilgjengelig for fellesskapet", (Glavin & Erdal, 2000, side 45) anses som vesentlig. Grad av kjennskap til hverandres fagfelt og kompetanse vil trolig også legge sterke føringer i forhold til hvordan aktørene oppfatter nytten av samarbeid mellom partene. Ledelsens engasjement, felles verdigrunnlag, og at samarbeidssystemer er forankret i kommunens planer, er sett på som spesielt viktige suksesskriterier.

### 8.2 Metode, definisjoner og avgrensninger

#### BEGREPET SAMARBEID

Begrepet "samarbeid" benyttes her konsekvent om den kontakten som er mellom *ulike* instanser. Samarbeid er basert på at deltagerne kommer fra ulike etater eller instanser, og ikke nødvendigvis at de representerer ulike fag. Aktører som er involvert i samarbeid på denne måten må forholde seg til begrensninger i forhold til utveksling av informasjon og

opplysninger som er relevante for arbeidet, som f.eks. taushetspliktbestemmelser. De kravene som stilles i forhold til dette er vesentlig strengere enn for samarbeidet internt i en organisasjon, og gir slik noen utfordringer i forhold til å lykkes i samhandlingen.

Det er lagt særlig vekt på å dokumentere betydningen av organisatoriske forhold (mål, ideologi, ressurser, struktur og kommunikasjonsveier/måter) og kunnskap og kompetanse, fordi dette er forhold som er vektlagt i teoretiske perspektiver på tverrfaglig samarbeid (Askheim & Rønning, 1987; Lauvås & Lauvås, 2004; Glavin & Erdal, 2000).

#### ORGANISATORISKE FORHOLD

Organisasjon kan defineres som en målrettet, bevisst og varig innretning for samarbeid mellom mennesker. Organisasjonen har et sosialt system, en bestemt struktur og fastsatte mål. De organisatoriske strukturene kan ha betydning for hvilke målsettinger som fremmes. Organisasjoner kan ha en tradisjonell, stabil og lite foranderlig struktur (for eksempel skolen), eller en mer fleksibel nettverksstruktur.

##### *Struktur*

Struktur er en fellesbetegnelse for formell organisering, prosedyrer, lovbestemmelser (taushetsplikt), og retningslinjer, som legger betingelser for de ulike aktørers handling. Strukturbegrepet vil innbefatte særtrekk ved arbeidsoppgavene, og de føringer dette legger på det faglige innholdet ved de enkelte etater.

Den formelle strukturen vil blant annet kunne definere grad av organisatorisk nærhet, felles fora og møtepunkter, organisasjonens beslutningsveier, beslutningstakerens formelle posisjoner, ressurstilgang og fordeling av arbeidsoppgaver. Mens den formelle strukturen gjenspeiler de formelle organisasjonskartet, med tilhørende posisjoner og kanaler, vil den uformelle strukturen i større grad gi et bilde av hvordan organisasjonen fungerer i praksis. Her er det ikke nødvendigvis samsvar med den formelle strukturen.

Organisasjonsmedlemmenes atferd og holdninger vil også legge føringer i forhold til hvordan samarbeidet mellom partene utvikles og fungerer. Atferdsmessige forhold kan blant annet være resultat av erfaringer fra tidligere samarbeid, organisasjonen kultur, tradisjoner og aktørenes faglige forankring. Variasjoner i samarbeid mellom organisasjoner kan oppstå når enten formell struktur, uformell struktur, faktisk atferd eller holdninger er utformet på ulike måter.

##### *Målformuleringer*

Det at organisasjoner styres av ulike lovverk, ulike forskrifter og retningslinjer for arbeidet i institusjonen, kan skape inntrykk og opplevelse av at oppgavene er mer forskjellige enn de faktisk er. Målformuleringene vil sette rammer for innholdet i arbeidet, og hva en ønsker å oppnå for den aktuelle gruppen (Lauvås & Lauvås, 2004).

Institusjonens mål kan være offisielle og uformelle, der de offisielle er de generelle målene for virksomheten. De generelle målene kan være vanskelige å overføre til den praktiske hverdagen, og den enkelte aktør eller profesjon vil derfor utforme sine egne mål. Disse faktiske målene, som ofte er resultat av uformelle grupper eller enkeltpersoners prioritering (Lauvås & Lauvås, 2004), blir sjelden skrevet ned eller diskutert i fellesskap.

Ulike målformuleringer mellom institusjoner som skal samarbeide kan virke inn på forholdet mellom partene. Dersom mål er motstridende, og dette ikke blir gjenstand for diskusjon og nærmere avklaring, vil den enkeltes gruppes makt eller ressurspotensial kunne avgjøre hvilke verdier som blir operative. Hvilke oppgaver eller tiltak som prioriteres vil være preget av styrkeforholdet mellom de involverte partene (Fossum & Reistad, 2003). Tjenester som jobber på ulike måter, og tilhører ulike systemer (for eksempel Habiliteringstjeneste og Statped), kan ha visse overlappende funksjoner. I slike tilfeller vil det være nødvendig med en klar ansvars- og oppgavefordeling.

## KUNNSKAP OG KOMPETANSE

Riktig kompetanse hos den enkelte fagperson, og hos fagpersoner samlet, er en forutsetning for å kunne gi adekvate tjenester. I begrepet samarbeidskompetanse ligger både brukerorientering, helhetsforståelse, problemløsningsevne, samarbeidsevne, fleksibilitet og omstillingsevne. Glavin & Erdal (2000) fremhever at ved å sette brukerne i fokus vil profesjonsinteressene komme i bakgrunnen, og behovet for å utvikle samarbeidskompetanse bli større. Helhetsperspektivet og brukerperspektivet er viktige i denne sammenheng. For å få belyst helheten rundt barnet er det viktig at alle aktørene er til stede og bidrar med sin kompetanse. Ved å belyse en sak fra flere fagområder på et tidlig stadium vil en kunne ha et bedre utgangspunkt for å finne en løsning før det utvikler seg alvorlige problemer.

Galvin & Erdal (2002) er opptatt av at samarbeid må læres, og at ledelsen i kommunen har et viktig ansvar i denne sammenheng, blant annet ved å iverksette tiltak for å oppnå kompetanse i samarbeidet rundt barn og unge i kommunene. Dette kan oppnås ved at kommunene har en plan for opplæring, der utvikling av samarbeid og samarbeidskompetanse inngår. Den enkelte etat bør ha egne opplæringsplaner for etaten og kompetanseoppbyggingsprogram for de ansatte.

*"Vi må ta samarbeid like alvorlig som all annen metodeutvikling. Det må læres. Vi må bestrebe oss på å systematisere det og evaluere det. Det er et viktig redskap"* (Killén, 1993).

En skiller vanligvis mellom ulike former for kunnskap; teoretisk kunnskap, som er det en har lært gjennom utdanning, erfaringsbasert kunnskap, som omfatter opplæring i jobbsammenheng og personlig erfaring, og interpersonlig kunnskap, som omfatter det som læres gjennom dialoger med veiledere, overordnede, kollegaer og "klienter" (Backe- Hansen & Havik, 1997). For at et samarbeid skal fungerer og oppleves som nyttig, må alle parter som er involvert bidra med egen kunnskap og kompetanse, samt hente kunnskap og kompetanse når det er behov for det. Dette kan være særlig utfordrende når tjenester tilhører ulike systemer, pedagogikk og helse, og arbeider på ulike måter, f.eks. systemrettet (Statped, PP-tjeneste), vs. brukerrettet/individrettet.

I Folkehelsemeldingen (St.meld. nr. 16, 2002-2003) er behovet for å samle kunnskap formulert slik: *"Det er en stor utfordring å samordne den kompetanse som finnes hos de ulike aktørene, og å etablere forpliktende nettverk. Et tett samvirke er viktig for å styrke den samlede kompetansen og for å ha et apparat å spille på når det blir avdekket problemer og behov for videre oppfølging"*.

Kompetansestrid kan oppstå som en utilsiktet negativ effekt av profesjonaliseringen av arbeidet med barn og unge, der markering av faglig status kan bli et hinder for kvaliteten i det tverrfaglige samarbeidet (Ogden, 1995). *Samarbeidskompetanse* handler om å anerkjenne andres synspunkter, og gi slipp på egne kjepphester (Brostrøm, 2002a). Mangel på samarbeidskompetanse kan virke hemmende på utvikling av tverretattlig samarbeid (Anderaa & Tveiten, 1994).

## FREMSTILLING

Delkapittel 8.3 presenterer aktuell litteratur vedrørende faktorer som hemmer eller fremmer samarbeid mellom etater, instanser eller tjenesteaktører. Delkapittel 8.4 fremstiller dokumentasjon på tiltak og prosjekter som er gjennomført for å forbedre samarbeid om barn, unge og deres familier. Oversikt over denne litteraturen er i tillegg presentert i tabeller som vedlegg til dette kapitlet. I delkapittel 8.5 gis en oppsummering og vurdering av kunnskapsgrunnlaget, basert på de norske studiene. I kapittel 8.6 ser vi på internasjonal forskning på feltet.

## METODE

Metoden er basert på gjennomgang av vitenskapelige publikasjoner og rapporter. Det er lagt vekt på å presentere norske forskningsresultater og relevant norsk dokumentasjon som er tilgjengelig fra de siste 10 årene.

Delstudien omfatter imidlertid også en presentasjon av internasjonal forskning knyttet til temaet. Fremgangsmåte som er valgt for å få en oversikt over denne forskningen er beskrevet i eget avsnitt (4.8.1)

## PROSEDYRE FOR LITTERATURSØK

Det er gjennomført systematisk litteratursøk i litteratordatabasen BIBSYS (Bibliotekbasen, ForskPub og ForskPro). Litteratursøk er gjort i mars 2005, med en oppdatering i august 2005. Søket er begrenset til litteratur fra de siste ti årene, dvs. f.o.m 1996 t.o.m. 2005. Søknadsprosedyren er gjennomført trinnvis, først ved å benytte følgende søkebegrep; "samarbeid barn" (243 treff på titler/emneord); "samarbeid skole" (279 treff på titler/emneord); "samarbeid SFO" (treff på 11 titler/emneord); "samarbeid barnehage" (treff på 103 titler/emneord); "samarbeid helsesøster" (treff på 8 titler/emneord); "samarbeid fastlege" (ingen treff); "samarbeid barnevern" (treff på 96 titler); "samarbeid BUP" (treff på 8 titler/emneord); "samarbeid habilitering" (11 treff på titler/emneord); "samarbeid politi" (40 treff på titler/emneord). I tillegg, brukte vi søkebegrepet "SLT" for å finne eventuell litteratur fra evaluering av "SLT<sup>20</sup>-modellen", fordi denne måten å organisere/samordne tjenester på er spesielt aktuell i forhold til samlet innsats for barn og unge som er i risikosjonen for uønsket atferd. Dette søket ga treff på en relevant rapport.

Treffslisten ble deretter gjennomgått, og hver publikasjon som syntes å være aktuell ble innhentet og vurdert i forhold til relevans. Studentarbeid/prosjektarbeid og kursbesvarelser ble ikke inkludert.

Litteraturen er supplert med en rapport som er overlevert fra Helse- og omsorgsdepartementet (Helsedepartementet, 2002), to rapporter overlevert fra Barne- og familiedepartementet (Carlsson, 2002; Carlsson, 2005b), samt en rapport overlevert fra forskerkollega ved R-BUP UIT, vedrørende evaluering av forsøk med familiesenter i Norge (Haugland, 2004).

## AVGRENSNING

Det er gjennomført flere forsøk, og utprøvd en rekke organiseringsmodeller som tiltak for å bedre samarbeidet mellom barnevernet og BUP på den tid da dette var fylkeskommunale tjenester. Rapporter fra undersøkelser om samarbeid mellom disse instansene, før statlig overtagelse av psykisk helsevern i juni 2001 (jfr. Ot. prp. nr. 66, 2000-2001; Innst O. nr. 118, 2000-2001) og barnevernet fra januar 2004 (jfr. Ot.prp. nr. 9, 2002-2003), er ikke inkludert i kunnskapsstatusen. Kunnskapsoversikten omfatter ikke pågående prosjekter og studier.

### 8.3 Undersøkelser av faktorer som hemmer eller fremmer samarbeid

Delkapitlet presenter kunnskap om faktorer som hemmer eller fremmer samarbeidet mellom instanser som jobber med barn og unge og deres familier.

---

<sup>20</sup> Samordning av lokale kriminalitetsforebyggende tiltak

## SAMARBEID MELLOM BARNEHAGE, SFO OG SKOLE

### *RUTINER OG SYSTEMATISERING AV SAMARBEID, INFORMASJON - OG KUNNSKAPSUTVEKSLING, RESSURSER*

Samspeillet mellom SFO, hjemmet og andre viktige arenaer for barn, er hovedtema i en større undersøkelse gjennomført av Kvello & Wendelborg (2002). Resultatene viser at det i liten grad er lagt til rette for et samarbeid mellom instansene, og at det kreves bevisst jobbing for å utvikle og vedlikeholde samarbeidsrutiner og formelle rutiner, samt jobbing på individnivå for å bedre samarbeidet. Undersøkelsen er basert på spørreskjemaundersøkelser blant foreldre, ansatte ved SFO, rektorer, barnhagestyrere, ledere ved PPT, ansatte i barneverntjeneste og helsesøstertjenesten, samt skoleledere. Materialet består i tillegg av intervju med foreldre og flere sentrale aktører.

De ansatte ved SFO ga uttrykk for at de savnet et systematisert samarbeid mellom SFO, skole og barnehage. Foreldre opplevde at det var lite samarbeid mellom SFO og skole eller barnehage. Det var imidlertid ett unntak for en SFO som var organisert som et oppvekst-senter. Her opplevde foreldre at flere aktiviteter foregikk parallelt i SFO og skolen, og i tillegg at det var fellesaktiviteter med barnehage.

Undersøkelsen avdekker at foreldre til barn med særskilte behov i større grad enn andre foreldre er misfornøyde med samarbeide mellom SFO, skole og barnehage. Foreldrene rapporterer blant annet at kunnskap om barnas behov ikke i stor nok grad utveksles mellom arenaene og systemene. Resultatene avdekker i tillegg at både foreldre og ansatte i det kommunale hjelpeapparatet sjelden deltar i planlegging av tiltak for disse barna. De ansatte ved SFO begrunner dette med at det i for liten grad er lagt til rette for samarbeid med det kommunale hjelpeapparatet. Representanter fra hjelpeapparatet vil henvende seg til skolen, og ikke til SFO i forhold til elever med særskilte behov. For de ansatte ved SFO er da også hjelpeapparatet i kommunen lite synlig overfor barn med spesielle behov.

Representanter fra hjelpetjenestene har gjennom denne undersøkelsen synliggjort at SFO er en arena som har et betydelig uutnyttet potensial for forebygging og iverksetting av tiltak for barn med særskilte behov. Sentrale hindringer for at SFO skal utnytte dette potensialet, og være en kvalitativt god arena for denne gruppen barn, omfatter både økonomiske og strukturelle forhold, samt behov for et mer kvalifisert personale (Kvello & Wendelborg, 2002).

Følgende forhold er fremhevet som hindringer i forhold til effektivt samarbeid mellom SFO og kulturinstanser; organisatoriske (ulike åpningstider), økonomiske (SFO har for dårlig økonomi til å benytte seg av de kulturelle tilbudene, og for lav personaltetthet til å kunne dra på utflukter). Studien avdekker videre at det er lite formelle samarbeidsrutiner mellom SFO og hjelpeapparatet. Samarbeidet vil ofte avhenge av i hvilken grad skoleledelsen ønsker å inkludere SFO i dette arbeidet. En av hovedkonklusjonene er at SFO har svake lenker til om-liggende system, og lite samarbeid generelt, og spesielt i forhold til barn med spesielle behov (Kvello & Wendelborg, 2002).

## SAMARBEID OM BARN MED BEHOV FOR SPESIALUNDERVISNING

### *SAMARBEIDSORGANISERING, SAMARBEIDSRELASJONER, OG TILTAKSUTVIKLING*

Samhandlingen rundt elever som får spesialundervisning, og som har behov for koordinerte og tverretatlige tiltak, er temaet i en rapport utarbeidet av Rønbeck (2003). Fokus rettes mot samarbeidet mellom foreldre, lærere og andre profesjonsgrupper som er involvert i arbeid med denne gruppen barn.

Forfatteren er blant annet opptatt av spørsmålet om hvordan det tverrfaglige samarbeidet fungerer, og hvilke faktorer som påvirker det. En annen aktuell problemstilling er relatert til samhandlingen mellom fagpersonell og brukere. Undersøkelsen er gjennomført i fem kommuner. Utvalget er trukket med basis i 500 elever som mottok spesialundervisning. Fra utvalget er det valgt ut fire cases som er studert i dybden, blant annet gjennom intervju med spesiallærere og foreldre.

Undersøkelsen viser at det spesialpedagogiske feltet styres av en rekke overordnede målsettinger som danner rammebetingelser for arbeidet. Det er imidlertid ingen som kontrollerer at intensjonene for arbeidet blir fulgt på det konkrete plan. Det er et tydelig behov for et overordnet system som sørger for at rammebetingelsene spiller sammen både på organisasjons- og kommunenivå. Videre avdekker undersøkelsen et forbedringspotensial i samarbeidsorganisering, samarbeidsrelasjoner, og tiltaksutvikling. Og i tillegg behov for en sentral part som har ansvar for at samarbeidet fungerer etter hensikten.

## SAMARBEID OM FLYKTNINGEBARN

*FAGLIGE OG ØKONOMISKE RESSURSER, TAUSHETSPLIKT, UKLAR ANSVARFORDDELING, FORMALISERTE MØTERUTINER, KUNNSKAP OM FLYKTNINGEBARN*

En studie av barrierer i tverretattlig samarbeid, med spesielt fokus på flyktningebarn, avdekker en rekke "suksessfaktorer", som anses som særdeles viktige for at det tverretattlige samarbeidet om denne målgruppen skal fungere: klare mål, god planlegging, uttalte forventninger og åpenhet, samt godt lederskap (Blindheim, 2001).

Rapporten viser for øvrig at mangel på faglige og økonomiske ressurser er de mest fremtredende faktorene som hemmer det tverretattlige samarbeidet. Undersøkelsen viser videre at om lag halvparten av respondentene mener at regler om taushetsplikt i noen eller stor grad påvirker det tverrfaglige samarbeidet i kommunen. Andre faktorer som trekkes frem er klarere ansvarsfordeling mellom etatene, behov for faste møter mellom etatene, og økt kunnskap om flyktningebarn.

Studien er basert på en spørreskjemaundersøkelse blant sentrale kommunal instanser for barn og unge i 16 kommuner; barnevern, helsestasjon, skole, barnehage, PP- tjeneste, samt ved flyktningekontorer. I alt har 63 fagpersoner deltatt på survey-undersøkelsen.

## SAMARBEID MED BARNEVERNET

*SAMARBEIDSKOMPETANSE, HOLDNINGER, LIKEVERDIGHET, ANSVARS- OG ARBEIDSDELING, PROBLEMFORSTÅELSE, FORMELLE SAMARBEIDSAVTALER, FLEKSIBILITET OG ROM*

### *Betydningen av strukturelle og kulturelle forhold*

Noen forskere har vært opptatt av hvilken betydning de strukturelle rammene om, - og kulturen for en virksomhet har for samarbeidet med andre instanser. Denne tematikken har særlig vært aktualisert i studier av samarbeid som involverer barnvernet.

En undersøkelse som er basert på intervju med i alt 24 informanter fra hhv barnevern, skole, barnehage, PP-tjeneste og helsesøstertjenesten, tar spesifikt opp denne problemstillingen (Raddum, 1996). Rapporten viser at formelle samarbeidsavtaler er positivt for samarbeidet mellom skole/barnehage og barnevernet, - men også at kulturelle forhold er av betydning. De formelle avtalene skapte trygghet omkring egen rolle, og bidro til å synliggjøre grensene mellom etatene.

Samarbeidet mellom PP- tjenesten og barnvernet er imidlertid i større grad preget av at det er "tette skott". Forfatteren antar at dette skyldes at PP- tjenesten representerer en tjeneste der de ansatte har mer spesialisering, - og en tjeneste der en i større grad ønsker kontroll over sitt spesifikke område. Dette kompliserer samarbeidet med barnevernet. Såkalte "tette skott" mellom etatene kan danne grunnlag for kulturelt betingende synspunkter. I følge informantene i denne undersøkelsen hadde imidlertid ikke dette noen negativ effekt på samarbeidet. Undersøkelsen avdekker videre en "kulturell overensstemmelse" mellom helsesøstervirksomheten og barneverntjenesten, som har en positiv effekt på samarbeidet mellom instansene.

*Tverrfaglig barne - og ungdomsarbeid*

Det er gjennomført en rekke undersøkelser som belyser hemmende og fremmende faktorer i samarbeid med barnevernet. Temaet er tatt opp i en relativt ny undersøkelse rettet mot forebyggende barnevern og organiseringen av tverrfaglig barne - og ungdomsarbeid i en bydel i Oslo (Faldet, 2004).

Problemstillingene omfatter spørsmål om hvordan barnevernet fungerer sett i lys av målsettinger om forebygging og om tverrfaglig samarbeid, hvilke endringer som er skjedd i samarbeidet etter en omorganiseringsprosess, samt hvilke faktorer som fremmer barnevernets arbeid for et godt barnevern, og hva som evt. hemmer dette arbeidet.

Studien er basert på fokusgruppeintervju med i alt 29 personer fra henholdsvis barnevern-tjenesten, helsestasjon, barnehage, skole og fritidssektor. Undersøkelsen foreslår en rekke tiltak for forbedring og videreutvikling av det forebyggende barnevernet, som blant annet omfatter å rendyrke rollene til de som jobber med barn og unge. Forfatteren foreslår videre at barnevernet i større grad bør være et myndighetsbarnevern, som går inn overfor de mest utsatte og sårbare brukerne, og at det også er nødvendig med en holdningsendring hos de ansatte, og en videreutvikling av deres samarbeidskompetanse med særlig fokus på kommunikasjon.

Andre forskere er opptatt av betydningen av fleksibilitet i det tverrfaglige samarbeidet om utsatte barn og unge. I en forholdsvis ny artikkel diskuterer Willumsen og Hallberg (2003) forhold relatert til prosesser i tverrfaglig samarbeid om barn og unge med psykiske problemer som bor i barnverninstusjoner. Studien er basert på intervju med 23 fagpersoner som var involvert i tiltak overfor fem ungdommer bosatt ved to barneverninstusjoner. Forfatterne konkluderer med at flere forhold har betydning for det tverrfaglige samarbeidet, som ressurser, struktur og organisering av tjenesten. Forskeren er imidlertid særlig opptatt av viktigheten av fleksibilitet i tjenesten.

*Kommunale instanser og barnevernet*

Sentrale samarbeidspartneres vurdering av barnevernet, samt de ansatte i barnevern-tjenesten sin vurdering av egen virksomhet, har vært fokus i en evaluering av barnevern-tjenesten i Rana kommune (Lichtwarck & Horverak, 2003).

Undersøkelsen belyser i noen grad forhold som har betydning for samarbeidet mellom barnevernet og andre instanser. Studien er basert på intervju med fagpersoner fra barnevernet, samt respondenter fra barne - og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, PP- tjenesten, helsestasjon, barnehager, skoler og politi. Undersøkelsen viser at hyppig og vedvarende kontakt (kontinuitet i kontakt) mellom personer fra ulike fagetater er positivt for samarbeid. Undersøkelsen viser at både skole og politi er tilfredse med samarbeidet med barnevernet i kommunen. Faktorer som bidrar til et godt samarbeid mellom etatene er opplevelse av likeverdighet i samarbeidet, og en klar ansvars- og arbeidsdeling.

Barnehagen er imidlertid ikke like tilfredse med samarbeid med barnevernet. Fagpersoner fra barnehagen er opptatt av at ansvarsfordelingen har bidratt til at det har blitt for tette skott i forhold til å ta viktige beslutninger. Det er ikke samme hyppige og kontinuerlige kontakt mellom barnehagen og barnevernet. Barnehagen savner en tiltaksplan for hva som skal være barnehagens ansvar i forhold til aktuelle barn.

Både fra PP- tjeneste, BUP og helsestasjon bekreftes det at hyppig kontakt medvirker til et positivt samarbeid med barnevernet. Faglig uenighet, spesielt i forhold til barnevernets prioriteringer, kan imidlertid i noen grad virke hemmende på samarbeidet.

Kommunale instanser sitt samarbeid med barnevernet har vært fokusert i tidligere forskningsrapporter. En rapport av Østtveiten (1996) presenterer resultater fra en studie av samarbeidet mellom barnevernet og sju offentlige tjenester. Rapporten er basert på en spørreskjemaundersøkelse som er gjennomført blant kommunale barnevernkontor, skoler, barnehager, PP- tjeneste, helsestasjoner, kommunelege, poliklinikker i psykisk helsevern for

barn og unge, samt politi /lensmannskontor i halvparten av landets kommuner. Målet har vært å undersøke i hvilken grad formell struktur, grad av heterogenitet i sammensetning av yrkesgrupper og ressursituasjonen i tjenestene har betydning for samarbeidet og grad av konflikt mellom tjenestene.

Undersøkelsen omfatter om lag 160 observasjoner fra barnevernkontor, og ca 1000 observasjoner fra andre offentlige etater. Resultatene viser at jo mer autonomt, eller spesialisert barnevernet er organisert i forhold til sosialkontorene, jo større grad av kontakt har barnevernet med BUP, PP- tjeneste og barnehager. Det antas at dette er fordi barnevernet slik er mer synlig, eller tar mer kontakt.

Barnevernkontor som er skilt helt eller delvis fra sosialkontor har imidlertid større grad av konflikt med andre tjenester. Forfatteren antar at dette skyldes at barnevernet slik får større forventninger til de andre tjenestene. I tillegg finner en at integrerende organisasjonstiltak, som å inkludere barnevernet i en egen barne- og ungdomsetat, har en positiv effekt på grad av kontakt mellom barnevernet, PP- tjeneste og BUP.

Undersøkelsen viser i tillegg at profesjonssammensetningen i barnevernet er relatert til grad av rapportert konflikt med andre etater; jo flere yrkesgrupper som jobber i barnevernet, - dess oftere konflikter med andre instanser. Resultatet gjenspeiler trolig at det er vanskeligere å få til en felles faglig referanseramme når antall yrkesgrupper øker. Rapporten viser også at yrkesfelleskap mellom barnevernet og de andre tjenestene gir færre konflikter, og at ressurser i form av mange ansatte har en positiv effekt på grad av kontakt med andre tjenester.

#### *Barnevernet og skolen*

I en artikkel av Nordahl (2001) argumenteres det for at skolen har fått økt betydning som oppvekstarena for barn og unge, og at skolen er sentral når barns oppvekstvilkår skal analyseres og diskuteres. Forfatteren mener barnevernet bør ta konsekvensen av dette, og i større grad jobbe for å etablere et tettere samarbeid med skolen. *"Barnevernet og de faggruppene som tradisjonelt arbeider i barnevernet kan i samhandling med skolen bidra med vesentlig kompetanse i et felles arbeidsfelt. Dette er kompetanse som har betydning for barn og unges utvikling"* (Nordahl, 2001, side 15).

Nordahl (2001) hevder at utfordringer i samarbeidet mellom skole og barnevern først og fremst er å motivere lærere til samarbeid. Det må tilføres kunnskap om hva barnevernet kan bidra med, og en må øke deres forståelse for hvilke oppgaver og interesser barnevernet har. Nordahl understreker også betydningen av at samarbeid må være formelt, og basert på skriftlige mål og retningslinjer. I tillegg må ledelsen, både i skole og i barnevernet, involveres og ta ansvar for samarbeidet. Artikkelen er skrevet på grunnlag av et datamaterialet fra en doktorgradsavhandling med tittelen " En skole- to verdener" (Nordahl, 2000).

I en undersøkelse gjennomført i Nordland har man vært opptatt av å studere hvordan barneverninstitusjoner samarbeider med skoler. En har spesielt sett på hvordan samarbeidet organiseres, de konkrete handlingsmønstrene, samt erfaringer og opplevelser, (Olsen, 2005). Undersøkelsen er basert på ungdommer tilknyttet ungdom- eller videregående skole, bosatt i barneverninstitusjonen Bodø ungdomshjem. Ungdomshjemmet var i løpet av studietiden en fylkeskommunal barneverninstitusjon. Institusjonen er i dag underordnet Barne- ungdoms- og familieetaten (Bufetat), region nord. Tiltaket defineres som forbyggende, og ungdommene skal tilbakeføres til familien. I institusjonen har ungdommene en miljøkontakt som er deres kontaktperson mellom institusjonen og skolen.

Undersøkelsen er basert på intervju med seks kontaktpersoner fra institusjonen, og sju personer fra skolen. Felles mål og god kommunikasjon er de faktorer som trekkes frem som særlig viktige for samarbeidet mellom skolen og institusjonen. Informantene vektlegger også gjensidighet, der begge bidrag vektlegges likt (evne til å ta hverandres perspektiv, og maktbalanse), og at medvirkningsmuligheter er like i planlegging av tiltak.



Andre faktorer som trekkes frem er "et minstemål av tillit" mellom de samarbeidende partene. Informantene er i liten grad opptatt av taushetspliktbestemmelsen i forhold til samarbeidet. Informantene fremhever følgende faktorer som viktige for å fremme samarbeidet mellom skolen og institusjonen; nok tid til samarbeid, bedre kjennskap til hverandres arbeidsformer, felles forventninger og felles faglig forståelse. Informanter fra skolene tror at bedre kunnskap om ungdomsgruppen og dens behov kan bidra til at samarbeidet med institusjonen blir enda bedre.

### *Barnevernet og BUP*

I Befring- utvalget ( NOU 2000: 12) ble samarbeidet mellom barne – og ungdomstjenestene vektlagt. Det ble blant annet fremhevet at et kjennetegnene på godt barnevern er at tjenesten "*er organisert på en måte som tilrettelegger for nødvendig samarbeid*", og at samarbeidsrelasjonene mellom BUP og barnevernet vil kunne berøres både av strukturelle og atferdsmessige forhold.

Den formelle organiseringen av tjenestene vil være et eksempel på en formell struktur. Videre vil faste møter på ulike nivå, faste definerte samarbeidsrelasjoner mellom tjenestene, og fastlagte rutiner for inntak og saksgang, være andre eksempler på formalisert struktur.

Samarbeidet mellom barnevernet og BUP er viet mye oppmerksomhet, og det foreligger flere studier av utfordringer i samarbeidet mellom disse instansene. Fagfolk peker på at uansett hva slags organisasjonsmodeller som utvikles for samarbeid mellom barnevernet og BUP, vil det hele tiden være utfordringer en må forholde seg til. En hovedutfordring er at instansene har ulikt grunnlag for å benytte formell autoritet, både lovmessig og ideologisk (Eidsheim, 2001).

Tabell 8.1 gir en oversikt over situasjonsforståelser og beskrivelser som kan være viktige å ha som utgangspunkt i forhold til arbeid med samarbeidsproblematikk mellom BUP og barnevernet (Eidsheim, 2001).

Tabell 8.1 Oppgaver og mandat for barnevernets og psykisk helsevern for barn og unge (Eidsheim, 2001).

<b>Barnevern</b>	<b>BUP</b>
Lov om barnevern	Lover innen psykisk helsevern
Svakerestilte grupper i samfunnet	Sykdom
Utredning og omsorgstiltak	Utredning, diagnose og behandling
Hjelp, evt. kontroll	Hjelp
Omsorgsovertagelse, ofte tvangsmessig	
Må ta ansvar hvis omsorgssvikt påvises	Frivillighet
Kan ikke avise noen	Kan avvise barn og unge som ikke er behandlingsmotiverte, som ikke har omsorgssituasjonen avklart, eller hvis en mangler behandlingskapasitet
Sosialfaglig kompetanse på høgsolenivå	Akademiske disipliner, psykologi, medisin, psykiatri
Må stå i "hverdagslitet"	Mer ressurser til kompetanseheving

Forskere har også vært opptatt av å studere barnevernet sin praksis i forhold til henvisning til BUP, og de forventninger barnevernarbeidere har til BUP. I Høyvik sin studie (1996) får man presentert barnevernarbeidernes perspektiv og refleksjoner rundt samarbeidet med BUP. Undersøkelsen er basert på kvalitative intervju med 12 barnevernledere fra ulike kommuner i Møre- og Romsdal. Undersøkelsen viser at samarbeidet mellom BUP og barne-

vernet problematiseres på grunn av ulik problemforståelse, og ulike metodiske tilnærminger i forhold til barn og ungdom i vanskelige omsorgssituasjoner.

Å komme nærmere en forståelse av hva som ligger i begrepet *samarbeid* på barnevernfeltet har vært et sentralt mål i en studie som fokuserer på samarbeidet mellom barnevernet og andre forvaltningsorganer (Fuglseth & Ekker, 1998). En sentral problemstilling i denne rapporten er å vurdere om man gjennom samarbeid lykkes med å skape helhetlige tiltak for utsatte barn, og hva som evt. er til hinder for et godt samarbeid. Metoden er basert på en spørreskjemaundersøkelse hos barneverntjenesten og hos samarbeidspartnere. Det er i tillegg foretatt en gjennomgang av to konkrete barnevernsaker, herunder dybdeintervju med de private partene og alle samarbeidspartnere i disse sakene. Intervjumaterialet er supplert med interne saksdokumenter. Studien viser at faglige og institusjonsbaserte normer, verdikonflikter, divergerende problemoppfatninger og løsningsorienteringer, samt manglende formalisering av samarbeid er til hinder for et godt samarbeid mellom barnevernet og andre etater.

Willumsen (1999) fokuserer på foreldres og tjenesteaktørens erfaringer og opplevelse i forhold til i hvilken grad tverrfaglig samarbeid kan bidra til å ivareta barnets - og familiens behov for hjelp. Undersøkelsen tar utgangspunkt i tverrfaglig samarbeid om barn og unge med psykososiale problemer, som mottar tjenester både fra PP- tjeneste og fra barneverntjeneste. Studien søker å belyse hvordan aktørene opplever og påvirker samarbeidet, og hvordan de håndterer muligheter og hindringer. Metoden er basert på kvalitative intervju med foreldre og offentlige samarbeidspartnere.

Resultatene viser at foreldre og de profesjonelle opplevde samarbeidet ulikt. Foreldre synes samarbeidet var krevende og konfliktfylt, og at fremdriften gikk sent. De opplevde å måtte stå på veldig selv for få ting avklart, og for å ansvarliggjøre de profesjonelle. Foreldrene etterlyste en person å forholde seg til som kunne ha koordineringsansvar. De profesjonelle opplevde problemer i forhold til å komme frem til en felles problemforståelse som utgangspunkt for tiltak. Ofte oppsto en dragkamp i forhold til problemforståelse, ansvarsfordeling, og kompetanse mellom de nære tjenester (foreldre, skole og PPT), og de distanserte tjenestene (barnevern, helsetjenesten, BUP).

## SAMARBEIDET MELLOM HELSESØSTERTJENESTEN, PP- TJENESTEN, BARNEVERNTJENESTEN OG BUP

*LOKALISEING, KUNNSKAP OM HVERANDRES TJENESTER OG DE ULIKE LOVVERK, TAUSHETSPLIKT OG RESSURSER, SAMARBEIDSAVTALER, PROBLEMFORSTÅELSE*

Som et ledd i evalueringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse (St prp. nr 63, 1997-98; St. prp. nr. 1, 2003-2004), er det gjennomført et prosjekt med fokus på samarbeidet mellom kommunale tjenester for barn og unge med psykiske problemer, og mellom de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenesten (Andersson, Røhme & Hatling, 2005). Undersøkelsen har en kvantitativ og en kvalitativ del, der problemstillingen relatert til samarbeidsformer i hovedsak er basert på intervju med representanter fra helsesøstertjenesten, PP- tjenesten, barnevernet, og BUP. Intervjuundersøkelsen er basert på intervju i tre kommuner med i alt 15 representanter fra hver av disse tjenestene.

Resultatene viser at organiseringen og samlokalisering av tjenester for barn og unge i en tjeneste, "Familie – og forebygging", der både helsestasjon, barneverntjeneste, PP- tjeneste, psykiatrisk sykepleietjeneste og sosialtjeneste inngår, har bidratt til bedre forankring av samarbeidsrutiner. Barrierer er brutt ned, og man har skapt større fleksibilitet i tjenesteapparatet:

*"Vi tror de med å være nær hverandre også fysisk har en stor effekt, fordi du springer inn til hverandre og drøfter saker. Det er mer tungvint når du er nødt til å gå over store gatekryss for å komme til et annet kontor..."*

Informantene i undersøkelsen påpeker videre at økt kunnskap om hverandre tjenester er viktig for å skape et godt samarbeid. Taushetspliktbestemmelsen trekkes frem som en

barriere i samarbeidet. Det er imidlertid ikke en entydig oppfatning om at dette er en hemmende faktor. På spørsmål om taushetsplikt er et hinder for velfungerende samarbeid svarer en av informantene følgende:

*“Nei, det synes jeg ikke. I den grad jeg er nødt til å fortelle hvem det handler om, så synes jeg det går stort sett ganske greit å snakke med foreldrene/og eller barnet for å få et samtykke, for å trekke inn andre fagpersoner. Og det handler veldig mye om at når jeg er såpass trygg på mine samarbeidspartnere som jeg er, så smitter det over i forhold til foreldrene”.*

Ressursknapphet er et annet forhold som trekkes frem som hemmende på samarbeid. Ressursmangel påpekes å være en viktig årsak til at en prioriterer direkte klientkontakt fremfor samarbeid med andre instanser. En annen konsekvens av ressursknapphet er fokus på hvordan tjenesten skal avgrense sitt oppgave- og ansvarsområde, for på denne måten å skyve fra seg oppgaver som andre instanser kan ta. Fra intervjuene fremkommer det for øvrig at uavklarte roller, og uklar ansvars- og oppgavefordeling virker hemmende på samarbeid med andre instanser.

Den kvantitative delen av undersøkelsen er en kartleggingsundersøkelse gjennomført ved helsestasjonstjenesten og PP- tjenesten. Undersøkelsen omfatter i alt 2370 barn og unge vurdert av helsesøster, og 2417 barn og unge vurdert av fagperson fra PP- tjenesten. Undersøkelsen omfatter en vurdering på individnivå av funksjonaliteten i samarbeidet med andre instanser i kommunen, og med BUP. Resultatene viser at “for få møtepunkter” og “uenighet i iverksetting av tiltak” er de to forhold som hyppigst er angitt som årsak til at samarbeid med annen instans ikke fungerer. Forfatterne av rapporten antar at dette kan være et uttrykk for kommunikasjonsproblemer som følge av ulik kompetanse og kunnskap om psykisk helse hos barn og unge.

Prosjektet *Samarbeid i Utvikling* (Gylseth, 2004; Bjørkly & Wicken, 2003) presenterer en evaluering av samarbeidet internt i kommunene, mellom ulike instanser i 12 kommuner. Hovedmålet med prosjektet har vært å bidra til et bedre tilbud for barn og unge med psykiske vansker. Fra prosjektet er det utgitt to rapporter som omhandler det tverrfaglige og tverretatlige samarbeidet i kommunene, samt de interne samarbeidsrutinene som finnes mellom lege, helsesøster, barnevern og PP- tjeneste, sett fra fagpersonelletts ståsted.

Resultatene viser at fagpersoner ikke er fornøyde med kommunenes organisering av hjelpetjenester for barn og unge med psykiske vansker. Det er i rapporten presentert flere forslag til forbedring. Et forslag er å bryte ned etatsgrensene for en mer mer tverrfaglig organisering og samlokalisering av de som arbeider med barn og unge (Gylseth, 2004; Bjørkly & Wicken, 2003).

*“..en oppvekstetat med en ledelse og en felles virksomhetsplan i stedet for et fragmentert tilbud og mange små instanser som gjør omtrent de samme”* (Bjørkly & Wicken, 2003, side 96).

Flere av instansene i undersøkelsen uttrykker at de har lite kjennskap til hvilke mål og oppgaver andre instanser har. Resultatet tyder på at det er behov for mer gjensidig informasjonsutveksling mellom de kommunale instansene.

Resultatene viser ellers at det kan være forskjellige forventninger mellom instanser i kommunene, til hvordan samarbeidet om barn og unge skal være. Et eksempel på dette er at leger sjelden deltar på samarbeidsmøter, men likevel oppgir å ha god kontakt med PP- tjenesten og helsesøstertjenesten. Kontakten motsatt vei, fra disse tjenestene til legene, oppgis imidlertid ikke å være god. Kanskje er legen tilgjengelig for PP- tjenesten og helsesøster når behovet er der,- mens legen i mindre grad er tilgjengelig for disse instansene? Det stilles spørsmål om psykiske vansker hos barn og ungdom oppleves som lite relevante for legene, og eller om legene i for liten grad er opplært til samarbeid med andre instanser gjennom sitt studium (Gylseth, 2004).

Andre forskere har vært opptatt av å fange opp betydningen av ulike faktorer som vanskeliggjør det kommunale samarbeidet om barn og unge med psykiske problemer (Bjørkly &

Wicken, 2003). Det er i denne studien lagt vekt på utfordringer knyttet til at et barn kan bli fanget opp av ulike instanser i kommunen. Instanser som har felles oppgaver i forhold til forebygging og det å yte hjelp, men som samtidig har ulike primær oppgaver, som gjør at de også kan prioritere forskjellig i forhold til tiltak. Ulikt lovgrunnlag og taushetsplikt legges her frem som mulige utfordringer i forhold til samarbeid om barn med psykiske vansker.

Studien til Bjørkly og Wicken, (2003) gir et generelt bilde av samarbeidet internt mellom kommunale instanser, samt forslag til forbedringer. Undersøkelsen er basert på postutsendte spørreskjema til 100 informanter i 12 kommuner. Informantene er ansatte i barnevern, helsestasjon, PP- tjeneste og legetjeneste. Undersøkelsen peker på en rekke forhold som kan fremme samarbeidet internt i kommunen. Personalpolitiske forbedringer omfatter en sikring av rekruttering og stabilitet i personalet, blant annet gjennom bedre lønns- og arbeidsvilkår. I tillegg fremheves økt bemanning og kompetanseheving som viktige forhold. Andre faglige forbedringsforslag er flere kurs, bedre informasjon om de enkelte instanser og lovverk, samt felles faglige møter. Resultatene fra den kvantitative studien viser at samarbeid og kontakt mellom instanser i liten grad påvirkes av etatsgrenser og organisasjonskart.

## KOMMUNALE TJENESTER OG PSYKISK HELSEVERN

*RESSURSER, ROLLER OG ANSVARFORDDELING, FORMALISERTE RETNINGSLINJER, INFORMASJONSUTVEKSLING OG KOMPETANSEOVERFØRING, KUNNSKAP OM HVERANDRES TJENESTER*

Hvordan organisasjoner møtes når de har ansvar og oppgaver i forhold til samme målgruppe, er hovedtema i en rapport som fokuserer på samarbeidet mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten, om barn og unge med psykiske problemer (Bjørkly & Wicken, 2004).

Undersøkelsen søker å si noe om betingelser for ulike kontaktformer; - hvilke forhold som må ligge til rette for at kontakt skal opprettes og vedlikeholdes. Studien er gjennomført i tilknytning til prosjektet "Samarbeid i Utvikling" (Gylseth, 2004), og basert på både kvalitativ og kvantitativ metode, i form av intervju, dokumentanalyse og spørreskjema. Som en del av metoden har en i tillegg benyttet henvisningsstatistikker, møtereferat, sentrale lover og forskrifter, samt planer i dokumentanalyse. Det er også gjennomført intervju med faglige ledere ved PP- tjenesten, barnevern, helsestasjon og legetjeneste.

Flere ansatte i 1. linjetjenesten påpeker at mangel på klare, formaliserte retningslinjer for hvilken rolle de skal ha under ulike faser av en sak, kan virke hemmende for effektivt samarbeid. Flere av informantene opplever også at mangel på tid og ressurser går ut over kontakten med andre, og at dette særlig er et problem for 1. linjetjenesten:

*"Ressursmangel gjør kanskje at det går lengre tid mellom samarbeidsmøtene. Vi drukner i enkeltsaker, og det er vanskelig å ta initiativ til samarbeid".*

Samarbeidet mellom skole og psykisk helsevern for barn og unge (BUP) er temaet i en kvalitativ studie, der målsettingen er å få kunnskap om hvordan lærere og kliniske pedagoger ved BUP opplever samarbeidet seg imellom (Martinsen, 1999). Undersøkelsen er basert på intervju med fem lærere og fem kliniske pedagoger. Resultatene viser at informantene har ulik opplevelse av samarbeidet. Lærere har savnet informasjon fra BUP, mens fagpersoner fra BUP er opptatt av at uklar ansvars- og oppgave fordeling hemmer samarbeidet med skolen. Informantene påpeker at det er behov for mer ressurser i skolen for å fremme samarbeidet med BUP.

Disse resultatene underbygges i en nyere studie av samarbeidet mellom skolen og Ambulant Miljøterapi<sup>21</sup> (AMT), (Fossum & Reistad, 2003). I undersøkelsen fremheves følgende faktorer som viktige for å fremme samarbeidet mellom instansene: informasjon, økt deltagelse fra lærernivået, økt deltagelse på administrativt nivå, redusering av deltagerantall og kompe-

<sup>21</sup> Ambulant Miljøterapi (AMT) behandlingstilbud innen psykisk helsevern. En sentral målsetting for AMT er at klienten skal forbli i sitt naturlige miljø og ikke institusjonaliseres. Dette forutsetter at tiltakene settes inn på de arenaer hvor klienten befinner seg. AMT representerer et korttidstilbud, der intensjonen er at AMT's arbeid skal videreføres av nøkkelpersoner i klientens nettverk.

tanseoverføring. Kunnskap om aktuell samarbeidsinstans ansees å være av vesentlig betydning for samarbeid. Studien viser for øvrig at enkeltfaktorer ikke er utslagsgivende for om samarbeid mellom etater på ulike forvaltningsnivå oppleves som godt eller dårlig, men at det er *summen av faktorene* som har betydning for hvordan samarbeidet blir vurdert.

Dette forholdet er kanskje særlig viktig i forhold til samarbeid med instanser som har et begrenset nedslagsfelt, som for eksempel AMT. Mange lærere deltar ikke i de beslutninger som omhandler ressurser eller avgjørelser om inngåelse av samarbeid med AMT. Samarbeid mellom AMT og skole vil kunne styrkes dersom lærernivået var mer aktivt med i de fora der beslutninger som berører lærenivået berøres. I tillegg etterlyses mer aktiv deltagelse fra det administrative nivået ved skolen, i forhold til samarbeid med AMT. Informanter uttrykker videre at samarbeid ikke bør omfatte for mange deltagere. Lærere savner tilbud om veiledning og konsultasjon fra AMT etter at samarbeidet er avsluttet. Videre mener enkelte på lærernivået at AMT tekker seg for raskt ut. For de spesialiserte instansene vil det være en viktig oppgave å utarbeide en plan for hvem kompetanseoverføringen skal rettes mot, og hvordan den skal gjennomføres.

## TVERRFAGLIGE HABILITERINGSTJENESTER

*KOMMUNIKASJON, ROLLEAVKLARING, ARBEIDS- OG ANSVARFORDDELING, LIKEVERDIGHET, FORMALISERING AV SAMARBEID, KOMPETANSE OM TVERRFAGLIG SAMARBEID*

Barn og unge med nevrologiske skader som går i barnehage, er målgruppen i et større forskningsprosjekt, der en har søkt å kartlegge tverrfaglige habiliteringstjenester (Capjon, et al., 1998; Haugstvedt, et al., 1998a; Haugstvedt, et al., 1998b). Prosjektet har som hovedmål å fremme forslag til tiltak for å bedre den tverrfaglige /tverretatlige habiliteringen knyttet til integrering av barnehagebarn med funksjonshemninger. Delmål har vært å beskrive og drøfte ulike forhold som kan være bestemmende for kommunikasjonen mellom samarbeidspartnere, og kvaliteten av tverrfaglige habiliteringstiltak til førskolebarn med spesielle behov.

Studien er basert på kvalitative og kvantitative data: a) intervju med foreldre, fysioterapeuter, spesialpedagoger og ekstrahjelp for 14 funksjonshemmede barn, b) telefonintervju med fysioterapeuter og spesialpedagoger i samtlige habiliteringsteam i landet, c) spørreskjemaundersøkelse blant barnehage/skolesjefer, og helsesjefer fysioterapeuter og spesialpedagoger i seks fylker.

Gjennom flere delrapporter fra prosjektet omhandles følgende forhold i det tverrfaglige samarbeidet; i) kommunikasjonsforholdene mellom habiliteringsteamene, foreldre og 1. linjetjenesten, ii) organisatoriske utfordringer og problemer for den tverrfaglige kommunikasjonen i kommunal habilitering, iii) kommunikasjonen i det tverrfaglige samarbeidet, iv) ulike fagsyn og det tverrfaglige samarbeidet.

Undersøkelsen viser et behov for at 1. og 2. linjetjenesten skoleses i forhold til kunnskap om kommunikasjon, tverrfaglighet og rolleavklaringer. I tillegg er det avdekket et behov for at 2. linjetjenesten øker sin kompetanse innen veiledning/rådgivning gjennom systematiske opplæringsprogrammer. Særlig viktige faktorer i det tverrfaglige samarbeidet er avklaring av roller, forventninger, arbeids- og ansvarsfordeling, mål og innhold i samarbeidet, kommunikasjon, samt bruk av veilednings/rådgivningsverktøy. En forutsetning for å oppnå et tverrfaglig samarbeid med god kommunikasjon er at den enkelte får bidra likeverdig med egen kompetanse. Kunnskap og forståelse for at kommunikasjon og samarbeid er en forutsetning for andre faglige tiltak, er grunnleggende for prioritering og gjennomføring av tverrfaglig samarbeid. Formalisering av samarbeidet ansees som viktig for å sikre at alle aktuelle parter er tilstede og medvirker.

På bakgrunn av de fem delrapportene fra studien presenteres en rekke tiltak innen tverrfaglig habilitering, både på statlig nivå, fylkesnivå og kommunalt nivå. Det legges vekt på at involverte departementer må samarbeide om retningslinjer, og at de statlige retningslinjene må definere og avklare ansvar, roller og kompetansebehov i 1. 2. og 3. linjetjenesten.

Kompetanse om tverrfaglig samarbeid fremheves som en særdeles viktig faktor for å fremme dette arbeidet. I tillegg er det behov for veiledning på tvers av faggrupper og etater.

I utarbeidelse av kommunal habiliteringsplan må det sikres samarbeidsrutiner som forplikter et tverretatig samarbeid. Opplæring er sentralt, og må være en kontinuerlig prosess på tvers av etater. Opplæringen må rette seg mot fagkunnskap, holdninger, samarbeid og kommunikasjon. Det foreslås en samlokalisering av kommunale tjenester innen habilitering, fordi dette vil fremme kontakt i praksis, samt den uformelle kommunikasjonen mellom etatene. I tillegg foreslås mindre samarbeidsgrupper for dem som arbeider nært barnet, som også har faste møter og en skriftlig plan. Det antas at dette vil kunne sikre tverrfaglige vurderinger og felles tiltak.

## STATLIGE TJENESTER - SAMARBEID MELLOM STATPED OG BARNEHABILITERINGSTJENESTE

### *ULIK FAGLIG BASIS, ULIK LOVMESSIG FORANKRING*

Både Statped og barnehabiliteringstjenesten yter tjenester til barn og unge under 18 år med sammensatte lærevansker. I en undersøkelse gjennomført av en arbeidsgruppe i Helse- og omsorgsdepartementet (2002) har man kartlagt hvilke tjenester som ytes fra disse to instansene, overfor barn og unge med sammensatte lærevansker. Målet har vært å gi en oversikt over andre aktuelle tjenester, samt komme med forslag til tiltak som kan gi bedre samarbeid og samordning mellom tjenestene.

Datagrunnlaget er basert på en kartleggingsundersøkelse ved landets 22 barnehabiliteringstjenester. I tillegg har en gjennomgått årsplaner og årsmeldinger for Statped. Undersøkelsen viser at barnehabiliteringstjenesten i liten grad samarbeider med sentrene for sammensatte lærevansker. Barnehabiliteringstjenesten har i større grad henvisninger fra, - og samarbeid med kommunale tjenester. Resultatene indikerer at Statped og barnehabiliteringstjenesten i liten grad er samordnede og koordinerte tjenester, at det finnes tiltak som er konkurrerende og overlappende, og at det til tider utføres dobbeltarbeid.

Arbeid med å oppmuntre de to tjenestene til å inngå samarbeidsavtaler og foreta ansvarsavklaringer synes imidlertid å ha hatt en positiv effekt på samarbeidet. Andre mulig hinder for samarbeid mellom de to tjenestene er deres ulike faglige basis (medisinsk vs. pedagogisk), ulik lovmessig forankring, samt ulik geografisk inndeling. Med felles statlig eierskap (fra 2002) forventes et press for større samordning. Undersøkelsen er i liten grad basert på empiri, og i stor grad basert på arbeidsgruppens vurderinger. Arbeidsgruppen understreker da også at det er behov for ytterligere kartlegging av virksomheten ved de aktuelle tjenestene, for å undersøke nærmere om det foreligger eventuelle parallelle og overlappende tjenester, samt evt. omfanget og innholdet av dette.

## 8.4 Tiltak og modeller for bedre samarbeid

I det følgende gis en oversikt over tiltak eller modeller som er uprøvd for å forbedre samarbeid mellom instanser som jobber med barn og unge.

### TILTAK FOR Å STYRKE OPPVEKSTMILJØ OG BARNES MEDVIRKNING

Ved årsskiftet 98/99 igangsatte Barne- og familiedepartementet et program for styrke oppvekstmiljøet og barns medvirkning. Hovedhensikten var å få til en bedre samordning av den lokale innsatsen for barn og unge. Programmet rommer det meste av den virksomhet som det offentlige og sivile samfunn yter overfor barn og unge. Ønsket var å videreutvikle og bedre dette gjennom økt grad av samarbeid på tvers av etater, forvaltningsnivå, offentlig/privat sektor, hjem og skole, samt ved økt medvirkning fra barn og unge selv.

Ti kommuner ble valgt ut til å delta i programmet (Tana, Tromsø, Tjeldsund, Stord, Sandnes, Kristiansand, Drammen, Bøler bydel, Lørenskog, Eidsskog). Sju av kommunene fikk tilført

midler, fra 100.000 til 300.000 i årlig støtte, mens tre kommuner fikk fra 1,2 til 2,5 millioner i støtte. Fra 2002 er disse kommunene erstattet med åtte nye kommuner som inngår i en fase II av utviklingsprogrammet.

Hovedmålet i en evalueringsrapport fra dette tiltaket var å følge og beskrive arbeidet med programmet i de utvalgte kommunene (Carlsson, 2002). Evalueringen er basert på intervju med a) den aktør i kommunen som har et spesielt ansvar for utviklingsprogrammet, b) andre sentrale aktører, - som etatssjefer, fagsjefer, fagpersoner innen skoler, barnevern, politi, enkelte nøkkelpolitikere, samt ungdomsinformanter fra noen kommuner.

Gjennomgangen av erfaringer fra utviklingsprogrammet viser at det ikke er lett å få det formaliserte samarbeidet til å fungere godt. Respondentene fremhever nytteverdien av at informasjon blir koordinert for å drøfte bekymring i enkeltsaker. Taushetsplikten blir i denne sammenheng ikke ansett som et stort problem, fordi man benytter seg av samtykkeerklæringer. Dersom det ikke foreligger en samtykkeerklæring diskuteres saken anonymt.

Respondentene vektlegger at barnevern og PP- tjeneste er svært sentrale aktører i det formaliserte samarbeidet rundt skole /oppvekstsenter eller geografiske område, og at disse instansene må møte regelmessig for at dette skal fungere. Videre viser denne undersøkelsen at det kan være fordeler med å ikke etablere for mange fora i kommunene i forhold til å skulle få til et stabilt formalisert tverretattlig samarbeid. Dette fordi deltagelse i den ene kan undergrave deltagelse i den andre. Videre legges det vekt på behovet for ressurser for at tverrfaglige fora skal kunne fungere optimalt, og at dette følges opp fra kommunenes ledelse.

#### *De gode eksemplene*

Erfaringer og gode eksempler fra de åtte kommuner som har mottatt stimuleringsmidler for et bedre oppvekstmiljø for barn og unge (jfr Carlsson, 2002), er presentert i en forsk rapport (Carlsson, 2005). Rapporten er basert på andre fase av utviklingsprogrammet fra Barne- og familiedepartementet. Hovedproblemstillingen har vært å finne frem til hvilke gode erfaringer og gode eksempler kommunene har i forhold til bruk av stimuleringsmidlene. Rapporten er basert på presentasjoner og fremleggelse fra representanter for de åtte kommunene som fikk stimuleringsmidler i 2002. Rapporten er ikke en evaluering av utviklingsprogrammet, men en eksemplifisering fra arbeidet, og en rapportering av de gode erfaringene fra kommunene. Hensikten er å tydeliggjøre disse erfaringene, slik at dette også kan gjennomføres i andre kommuner.

Fire av de åtte kommunene presenterer tiltak som omfatter samarbeid mellom instanser/etater. Kommune A har ved hjelp av stimuleringsmidlene etablert et samarbeid mellom ungdomsskole og kulturavdeling om film/TV- produksjon i skolen. Tiltaket har særlig hatt en positiv effekt for elever som sliter på skolen, ved at de har fått en ny arena for å lykkes. Kommune B har satset på et samarbeid med politiet for å forebygge vold og ungdomskriminalitet. Ungdomsvold i kommunen er sterkt redusert de siste årene. Kommune C har etablert et samarbeid med idrettslaget, med mål om å inkludere utsatte barn i idretten. I den fjerde av kommunene som har satset på samarbeid for å styrke oppvekstilbudet, er det etablert samarbeid mellom kommune, videregående skole og høyskole, om aktiviteter for barn og unge, ved at elever både ved videregående skoler og høyskole er trukket aktivt inn i drift av barne- og ungdomstiltak. En kommune har satset på stimulering av ungdommers eget initiativ, ved å gi ungdommer ansvar for organisere og drive noen spesielle fritidsaktiviteter for ungdom.

De øvrige kommunene har satset på i) forebygging ved kunnskapsformidling til foreldre/ansatte i barnehager, ii) forskningsbasert dokumentasjon av utviklingsarbeid relatert til håndtering av metode og programmer rettet mot kommunene, iii) utvikling av et program /screeninginstrument for å registrere barns språkutvikling (TRAS). Anvendelse av dette programmet vil kunne gi barnehagen en viktigere pedagogisk funksjon.

## RESSURSHELSESTASJON SOM TILTAK FOR Å STYRKE DET TVERRFAGLIGE SAMARBEIDEIDET INTERNT I KOMMUNEN

I beskrivelser av mål for det forebyggende helsearbeidet er det lagt vekt på at helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal være kunnskaps- og ressurscenter som kan bidra til helhetlige tilbud til barn og unge og deres familie, og at det må utvikles gode tverrfaglige samarbeidsformer og tiltak, i nært samarbeid med bruker (Rundskriv I-47/99, Sosial og helsedirektoratet).

I kjølevannet av de presiserte målene for aktiviteten ved helsestasjon - og skolehelsetjenesten, ble det høsten 2000 igangsatt et forsøksprosjekt med *Ressurshelsestasjon* (Statens helsetilsyn/Sosial – og helsedirektoratet). I forsøket skulle Ressurshelsestasjon spesielt ha funksjon som et informasjonsvirkemiddel for å spre kunnskap og kompetanse innen psykisk helsearbeid til de 12 kommunene som deltok i prosjektet, samt bidra til best mulig helse for barn og unge ved å styrke det tverrfaglige samarbeidet internt i kommunen, og mellom 1. og 2. linjetjenesten.

En evaluering av Ressurshelsestasjon (Berge, et al., 2004) er basert på ulike metodiske tilnæringer; intervju med prosjektleder, medlemmer i styringsgruppe, medlemmer i referansegruppe, veiledningsgrupper (gruppeintervju), observasjon av to veiledningsgrupper, spørreskjema blant helsesøstere, fysioterapeuter jordmødre, familieveiledere og leger innen forebyggende helsearbeid i de 12 kommunene, samt i åtte kontrollkommuner.

Evalueringen viser at tiltaket ikke har bidratt til en styrking av det tverrfaglige samarbeidet internt i kommunene. Ressurshelsestasjon synes heller ikke å ha styrket samarbeidet mellom 1. og 2. linjetjenesten. Imidlertid finner man at prosjektet har bidratt til økt samarbeid og kunnskapsflyt i faghomogene nettverk, på tvers av kommunegrensene. Man konkluderer i tillegg med at Ressurshelsestasjon ikke har hatt dokumentert effekt i forhold til opprioritering av det forebyggende helsearbeidet i de 12 deltagerkommunene. I evalueringen blir det foreslått at Fylkeslegen overtar og viderefører de relevante arbeidsoppgavene i kjølevannet av Ressurshelsestasjonen.

I evalueringsrapporten fremheves noen forhold som kan ha virket hemmende i forhold til effekten av Ressurshelsestasjon som et tiltak for bedre tverrfaglig samarbeid. Det pekes blant annet på at det har vært *vanskelig* å involvere fastleger og skolesektoren i det forebyggende helsearbeidet i kommunen.

Interkommunale fagbaserte veiledningsgrupper, som ble etablert under organisering/drift av Ressurshelsestasjonen, ble imidlertid gitt positive vurderinger. Gruppene (helsesøstere, jordmødre, fysioterapeuter, familieveileder) har hatt seks til åtte deltagere som har møttes minimum en gang annenhver måned. Deltagelse i slike veiledningsgrupper synes å ha styrket den enkelte fagpersoners trygghet, samt bidratt til at terskelen for å ta kontakt utenfor kommunegrensene har blitt lavere. Veiledningsgrupper kan være spesielt viktige for yrkesgrupper som ikke ivaretas av profesjonelle sammenslutninger, og i forhold til ansatte i små kommuner, der en ikke har et faglig fellesskap i lokalmiljøet.

## TVERRETATLIG AKSJONSGRUPPE FOR ARBEID MED BARN OG UNGE

I Randesund kommune er det gjort forsøk med å organisere det forebyggende arbeidet i en tverretattlig aksjonsgruppe. I en evaluering av aksjonsgruppa (Carlsson, 2005), har en særlig vært opptatt av å studere samarbeidsforholdet mellom barnevernet og andre instanser.

Tverretattlig aksjonsgruppe ble opprettet i 2004 for å arbeide med utsatte barn og unge. Forholdet mellom barnvernet og andre instanser var spesielt fokusert. Aksjonsgruppa ble sammensatt av fire erfarne fagpersoner fra hhv. politi, helse, fritid, og barnevern. Begrunnelsen for å etablere gruppen var et behov for en instans med mandat til å handle raskt i akutte og vanskelige saker. Medlemmene skulle møtes en gang hver uke, og være i stand til å handle raskt gjennom problemkartlegging, analyse og handling. Det var to viktige argumenter for å formalisere denne gruppen; a) forplikte avdelingene til å delta, og b) for å kunne håndtere taushetsplikten på en forsvarlig måte, gjennom å etablere rutiner for hvor-



dan en forvalter informasjon om enkeltpersoner og familier. Barnevernet trakk seg fra samarbeidet etter et halvt års drift.

Problemstillingen som ble reist i evalueringsarbeidet var hvorvidt det var nyttig å organisere det forebyggende arbeidet i en tverretattlig aksjonsgruppe. Evalueringen er basert på kvalitative intervju med ledergruppa i bydelen (fritid, politi, helse), fellesintervju med tre gjenværende deltagere i aksjonsgruppen, kommunenes kriminalitetsforebyggende koordinator, spesialpedagogisk leder ved en skole, tre rektorer, tidligere leder av barnevernet, to sosiallærere og en undervisningsinspektør, en barnvernsskurator, en barnevernsjef og en ungdomsarbeider.

Resultatene viser at nøkkelaktører i politi, helse og fritidsenheten ikke ser behovet for en aksjonsgruppe. Aksjonsgruppen har hatt få saker, blant annet fordi folk glemmer å bruke gruppa. Aksjonsgruppen ble heller ikke opplevd som nyttig for barnevernet. Den stred i mot de prioriteringer som barnevernet gjorde, og ble også oppfattet å komme i konflikt med de formelle arbeidsformer som barnevernet har forsøkt å innføre. Representanter fra skolene fremlegger at aksjonsgruppa har liten betydning som egen instans, og at det er personene i gruppa som er av betydning for at adekvate tiltak skal bli iverksatt.

*"På vår skole ringer vi de vi har lyst til, som vi vet er handlekraftige. Og da blir sånne fora et supperåd og en omvei"* (Carlsson, 2005, side 12).

Aksjonsgruppen, som gruppe, spiller liten rolle for skolene. Evaluator antar at skolenes reaksjoner sannsynligvis sier mye om hvilke problem aksjonsgruppen hadde; - problemer med å finne sin rolle som problemløser og koordinator i forhold til alle de andre spesialiserte instansene, og fra de andre koordineringsforaene.

## SAMORDNING AV LOKALE KRIMINALITETSFOREBYGGENDE TILTAK (SLT)

SLT er en modell for koordinering av kriminalitetsforebyggende tiltak (se også kap. 2). Ski kommune innførte modellen i 2000, med mål å redusere kriminaliteten blant barn og unge gjennom effektiv tverretattlig og tverrfaglig samarbeid. Gjennom SLT- modellen ønsket man i tillegg å utvikle og videreføre samarbeid mellom kommune og politi om konkrete tiltak. Dessuten hadde man som mål å involvere lokalsamfunnet, ungdommene selv, samt foreldre som aktører i det kriminalitetsforebyggende arbeidet.

Evaluering av SLT- arbeidet i Ski kommune har omfattet vurdering av de ulike strategiene i det kriminalitetsforebyggende arbeidet; organiseringen av prosjektet og SLT- koordinatorens rolle, vurdering av det tverrfaglige og tverretattlige samarbeidet i prosjektet, vurdering av samarbeidet mellom frivillige, kommunale/statlige og private aktører, samt vurdering av enkelttiltak i SLT- arbeidet (Selbekk et al., 2005).

Evalueringen er basert på intervju med 21 sentrale aktører og feltobservasjoner, fokusgruppeintervju med elever ved to videregående skoler, samt intervju med leder og medlem av prosjektgruppen "Aktiv voksen".

Rapporten viser at kommunen gjennom SLT – arbeidet har etablert nye arenaer for samarbeid og koordinering av kriminalitetsforebyggende arbeid rettet mot barn og unge. Evalueringen viser i tillegg at samarbeidet mellom politi og kommune har blitt bedre. Imidlertid etterlyses en kartlegging av ønsker og behov for å målrette aktiviteten i SLT- arbeidet i større grad.

I kommunene har man hatt en SLT- koordinator som fungerer som et bindeledd mellom de ulike involverte gruppene av aktører. Resultatene viser at SLT- koordinatorens rolle har vært svært viktig i forhold til nettverksbygging og utvikling av tiltak, ved å bidra til ekstern finansiering av prosjekter, samt i markedsføring og informasjon om arbeidet.

"Aktivt lokalsamfunn" (AL) som består av representanter for frivillige organisasjoner, næringsliv og offentlige etater, inngår i det prosjektorganiserte SLT- arbeidet i Ski kommune, sammen med et SLT – arbeidsutvalg (SLT- AU), og en styringsgruppe forankret på topplan i politi og kommune. AL har fungert som et viktig møtested for frivillige organisasjoner,

kommunalt ansatte, lokalt næringsliv og politi. AL har videre vært med på å synliggjøre eksisterende arbeid, og også bidratt med initiering og ekstern finansiering av nye tiltak. SLT-AU, som består av representanter for ulike offentlige etater, har bidratt til å gjøre SLT-arbeidet mer målrettet. Medlemmene opplever at dette fungerer som et konstruktivt organ, ved at man blant annet jobber med problemstillinger relatert til overordnet forebyggende arbeid, arrangement av taushetspliktseminar og kartlegging av samarbeidsrelasjoner. Gruppen savner imidlertid en sterkere deltagelse fra kultur og opplæringssetaten.

En viktig strategi i SLT- arbeidet i Ski kommune har vært fokus på ungdom som aktører. I denne forbindelse har man etablert "Aktiv elev" som er et valgfag ved en videregående skole. Målet med dette er å bevisstgjøre ungdom om deres eget forhold til bruk av rusmidler, slik at de senere skal kunne drive forebyggende arbeid overfor yngre medelever. Det er ikke grunnlag for å evaluere de forebyggende effektene av dette arbeidet.

SLT- arbeidet fokuserer også på voksne som aktører gjennom "Aktiv voksen". Ved frivillig og kommunal innsats er det skapt et nettverk der men fokuserer på foreldre- barn relasjonen gjennom barnehage og skole. Arbeidet har gitt et engasjement i forhold til barn og unges oppvekstvilkår. Større engasjement fra skole og lærere etterlyses i dette arbeidet.

Andre sentrale utfordringer i det videre arbeidet med SLT- modellen i kommunen er følgende: i) Behov for en vurdering av styring og organisering av SLT- arbeidet, blant annet ved en mer synlig styringsgruppe, og en kartlegging av barn og unges situasjon og behov, ii) Et mer aktivt lokalsamfunn, blant annet sikre ungdommenes stemme i arbeidet, iii) Vurdere mengden av samarbeidsfora i forhold til bruk av ressurser, iv) Styrke arbeidet med ungdom som formidlere av kunnskap, v) Vurdere den fremtidige organiseringen av prosjektet, gjennom en større involvering av kultur og opplæringsetat.

#### KJERNEGRUPPE SOM ARBEIDSMETODE OG TILTAK

I Vennesla kommune inngikk i 2001 flere offentlige etater en forpliktende samarbeidsavtale, som regulerer det tverrettlige oppfølgingsarbeidet som drives i forhold til ungdom i risikozonen. Avtalen regulerer i tillegg hvordan hjelpeinstansene skal forholde seg til utfordringer relatert til taushetsplikten. I retningslinjer for samarbeidet inngår kjernegrupper ved ungdomsskole og videregående skole. Disse har faste representanter: rådgiver, barnevern, sosiale tjenester (hvis ungdom over 18 år), Aetat, lensmannskontor og ungdomsavdeling i kommunen, sosiallærer (ungdomsskole), helsesøster (ungdomsskole). Ved behov kaller kjernegruppene inn psykiatrisk sykepleier, PP- tjeneste, BUP, kontaktlærer, etc. I kjernegruppen møter ungdommen sammen med foresatte. (Når ungd. er over 18 år deltar foresatte dersom ungdommen tillater det).

Oppfølgingsarbeidet er et lavterskeltilbud, ved at kjernegruppa kommer raskt på banen etter at foreldre har meldt en bekymring. Leder for kjernegruppa kaller da sammen til et møte med ungdommen og foreldre, der en vurderer situasjonen, fordeler ansvar for tiltak, og avtaler evt. nye oppfølgingstimer. Foreldre/foresatte er en viktig ressurs i kjernegruppen. Det utarbeides et samtykkeskjema som foreldre/foresatte og ungdommen selv signerer, som fritar deltagerne i teamet fra taushetsplikten. Rådgiver på videregående skole og sosiallærer på ungdomsskolen leder arbeidet i kjernegruppen. Samarbeidet mellom de forskjellige offentlige ansatte, foreldre og ungdom, skal munne ut i konkrete tiltak, med ansvaret for dette fordelt mellom ungdommen selv, og deltagerne i gruppen (representanter for de ulike instansene).

I en evalueringsrapport fra tiltaket med kjernegrupper (Berglien & Skovly, 2005) gis en beskrivelse av et tverretatlig samarbeid på individnivå, som har pågått fra januar 2002 til desember 2004. Problemstillingen som reises er hvordan arbeidet med oppfølgings-

team/kjernegrupper har fungert i perioden fra 2002-2004. Evalueringen er basert på kommunalt ansatte og deltagere i gruppen sine erfaringer med arbeidsmodellen <sup>22</sup>.

Rapporten viser at det tverretattlig oppfølgingsteamet har bidratt til at mange elever har fortsatt i videregående skole (ikke blitt "drop-outs"), elever har kommet tilbake til videregående opplæring, elever er på vei tilbake til videregående opplæring, og at elever som har droppet ut av skolen raskt har fått tilbud om annen aktivitet /tiltak gjennom Aetat. I tillegg kan kommunen dokumentere en reduksjon i antall ordensforstyrrelser, og ungdomsrus i helgene.

*"Arbeidet i kjernegruppene har gitt politiet et verdifullt redskap i forhold til å se hvordan en kan jobbe i forhold til ungdommer som målgruppe"* (Berglien & Skovly, 2005, side 22).

Følgende suksesskriterier er trukket frem: vilje, engasjement, kreativitet, samarbeid, tillit (VEKST). Representanter fra Vennesla kommune har lansert en tanke og ide om at teamarbeidet bør videreutvikles til også å omfatte barneskoler og barnehager i kommunen.

### ORGANISASJONSUTVIKLING OG ØKT KOMPETANSE SOM TILTAK FOR BEDRE SAMARBEID

Lillehammer kommuner gjennomførte i perioden 2001-2003 et prosjekt kalt Oppvekst-gruppeprosjektet, der fokus var tverrfaglig samarbeid. Prosjektet baserte seg på etablering av tverrfaglige grupper blant barne- og ungdomsarbeidere. Disse gruppene skulle bistå barne- og ungdomstjenestene når det var behov for samordning.

Oppvekstgrupper er en formell organisering av tverrfaglig samarbeid for barn og familier, som har som mål å være et forum for tverrfaglig og tverretattlig samarbeid i lokalmiljøene. De skal fungere som del av et nettverk, som skal bidra til at barn og familier i kommunen får riktig hjelp på et tidligst mulig tidspunkt. Gruppens struktur skal sikre at barn får adekvat vurdering og faglig plassering. Gruppene skal ha høy tilgjengelighet og vektlegge forebyggende arbeid. Brukere med sammensatte behov skal få en tverrfaglig vurdering, samtidig som fagpersonalet har mulighet til å ha et møtested for koordinering av flere tjenester ved behov.

I arbeidet med å etablere oppvekstgrupper gikk det parallelt et 10- vekttallsstudium i tverrfaglig samarbeid ved Høgskolen i Vestfold. Studiet var spesielt tilrettelagt for Lillehammer kommune, og basert på kommunens behov for kompetanseutvikling i forhold til innføring av oppvekstgruppene. Et mål med studiet var å komme alle etaters ansatte til gode i form av kompetansespredning, samt ved arbeid med oppvekstgrupper. Prosjektet var et samarbeid mellom Lillehammer kommune og Høgskolen i Vestfold. Målgruppen for studiet var ansatte i barnehager, skole, barneverntjeneste, PP- tjeneste, helsestasjonsvirksomhet og avdeling for fritidstilbud for barn og unge. Gjennom opplæring av 35 nøkkelpersoner, og med vektlegging av opplæring av kompetansespredning, ønsket man at opplæringen skulle komme 800 fagpersoner i kommunen til gode.

I en evalueringsrapport (Rønningen 2002) reises spørsmål om hvorvidt kompetansebygging og utdanningstilbud parallelt med det organisasjonsmessige endringsarbeidet i en oppvekstsetat i Lillehammer kommune har hatt en støttende funksjon, og evt. på hvilken måte. Det stilles i tillegg spørsmål om hvilken betydning prosjektet har hatt for tverrfaglig samarbeid i kommunen.

Evalueringen viser at kompetansespredningen var av begrenset omfang. Det pekes på nødvendigheten av at ledelsen har et medansvar, og at det skapes legitimitet på alle ledelsesnivå i etaten for at kompetansespredning skal skje. Det er forventet at medarbeidere i etaten har spredningskompetanse, - og at det er tilretteleggingen for slik spredning som er utfordringen. Gjennom prosjektperioden har man skapt en felles arena for etatenes medarbeidere, - en felles faglig plattform som åpner for nye arbeidsformer og strukturer i etaten.

---

<sup>22</sup> Ikke nærmere beskrevet i rapporten

Erfaringene fra arbeidet i oppvekstgruppene viser at disse har fungert samordnende og ressursutløsende for etaten. Det understrekes imidlertid at forsøket trenger bedre tid for å finne sin endelige form, og at mer tid er nødvendig for å bli bedre kjent blant brukergruppene.

Prosjektet har i følge evalueringen hatt en strukturell betydning for arbeidet med barn og familier i Lillehammer kommune. Undersøkelsen viser videre at økt kunnskap omkring tverrfaglig samarbeid øker de involvertes ønske om formalisering av slikt samarbeid. Prosjektet har befestet positive holdninger til tverrfaglig samordning. En kan vise til resultater både gjennom etablering av oppvekstgruppene arbeid, og gjennom studiet som en arena for kompetanseutvikling i tilknytning til tverrfaglig samarbeid<sup>23</sup>.

Samlet sett hadde kommunen både positive og negative erfaringer med prosjektet, og det ble besluttet å finne andre måter å etablere strukturer for det tverrfaglige samarbeidet på. Det er i dag opprettet en koordinatorstilling for det tverrfaglige barne- og ungdomsarbeidet i kommunen (Sørli, 2005).

#### KOMMUNALE PLANER OG ERFARINGER MED TVERRFAGLIGE SAMARBEIDSTEAM

En barne- og ungdomsplan for Molde kommune, og spesielt etableringen av tverrfaglige samarbeidsteam har vært under evaluering (Bakken et al., 1999). Planen skisserte flere tiltak, hvorav tverrsektorielt samarbeid var ett av fire hovedsatsningsområder. Under dette tema foreslo planen at kultursektoren skulle gis en spesiell funksjon som "nærmiljø og oppvekstkoordinator", og videre at de ble ansatt en oppvekstkonsulent til å ivareta denne oppgaven.

I planen lå en etablering av to fora; et samarbeidsråd og et samarbeidsteam. Teamet besto av representanter fra det kommunale tjenesteapparatet med tilknytning til barn og unge. Medlemmene var helsesøster, en representant for PP- tjenesten og en representant fra barnevernet. Oppvekstleder hadde ansvar for at teamene fungerte. De møttes tre ganger pr. halvår. Målene for teamene var: felles ansvar for at barn og unge i oppvekstområdene får den hjelp de trenger på et tidligst mulig tidspunkt, bidra til å utvikle et fellesansvar i kommunen overfor barn og unge; ta utgangspunkt i barnets behov ved iverksetting av tiltak; nå foreldre/foresatte gjennom primærforebyggende tiltak.

Teamene skulle videre drøfte generelle forebyggende saker, anonyme saker og individ/klientsaker, ha avgjørelsesmyndighet i forhold til å fordele saker etter type og ressurstilgang i de enkelte avdelinger/sektorer, ta ansvar for at tilgjengelige ressurser ble fordelt ut i fra den enkeltes behov, bidra til at barnehage og skole får bedre forutsetninger for å gi tilpasset hjelp til barn og unge med særskilte behov; være tilgjengelig for barnehagepersonell, skolepersonell, foreldre, og barn/unge som har saker å melde. Arbeidsoppgavene ble avgrenset til å gjelde generelle saker og forebygging.

Evalueringen av planen og det tverrfaglige samarbeidsteamet er basert på åpne intervju med sju informanter; oppvekstkonsulent, oppvekstleder, samt representanter fra tverrfaglige samarbeidsteam og samarbeidsråd. Den er begrenset til å gjelde erfaringer fra oppstart av prosjektet. Rapporten viser at betingelser for å kunne realisere en prosjektgruppe i liten grad har vært til stede. Behovene i basisorganisasjonene hadde forrang, og man greide ikke å forankre verken ressurs- eller myndighetsspørsmål i den lokale områdeorganisasjonen. Informantene opplevde at arbeidet i teamet ble noe "ekstra", og i mindre grad en del av den "egentlige jobben" de hadde. Planen var dessuten svakt forankret og lite prioritert i de ulike sektorene.

---

<sup>23</sup> Lillehammer kommuner gjennomførte i perioden 2001-2003 et prosjekt kalt Oppvekstgruppeprosjektet, der fokus var tverrfaglig samarbeid. Prosjektet baserte seg på å etablere tverrfaglige grupper blant barne- og ungdomsarbeidere. Disse gruppene skulle bistå barne- og ungdomstjenestene når det var behov for samordning. Kommunene hadde både positive og negative erfaringer med prosjektet, og det ble besluttet å finne andre måter å etablere strukturer for det tverrfaglige samarbeidet. Det er i dag opprettet en koordinatorstilling for det tverrfaglige barne- og ungdomsarbeidet i kommunen (Rønnaug Sørli, personlig kommunikasjon juni 05).

## TVERRETATLIGE SAMARBEIDSGRUPPER

Flere kommuner har etablert tverretatlige samarbeidsgrupper rundt seksuelle overgrep mot barn. Hovedargument for opprettelse av disse gruppene er relatert til at seksuelle overgrep mot barn kommer inn under flere etaters ansvar og domene. Hver etat har ikke kunnskap nok til å kunne favne hele det problemområdet seksuelle overgrep representerer. Det kan derfor være behov for en helhetlig løsning, for å unngå at barn slites mellom ulike etater og lovverk.

I perioden 1995 – 1996 pågikk et arbeid med å beskrive og evaluere tverretatlige samarbeidsgrupper på kommunenivå for barn og unge utsatt for seksuelle overgrep. En rapport fra dette arbeidet fokuserer på hvordan en kan organisere kommunale hjelpetiltak for barn som er utsatt for overgrep (Eidheim, 1996). Gjennom evalueringen gjøres en vurdering og registrering av 22 kommunale samarbeidsgrupper i Akershus fylke. Hovedmålet er å belyse sterke og svake side ved denne formen for organisering av hjelpetiltak, basert på teamrepresentantenes opplevelser. Videre, å vurdere de teoretiske problemene med modellen, - som hvilke samarbeidsformer i tverretatlig team som er forenelige med lovverket, samt lovverkets muligheter og begrensninger.

Modellen som ble utviklet i Akershus var basert på to hovedmålsettinger; organisering av kommunikasjons- og samarbeidslinjer, samt oppbygging av kompetanse om seksuelle overgrep. Akershusmodellen beskrives samtidig som en hjelp til hjelpeapparatet, like mye som en hjelp til barnet. Modellen kan med andre ord sees på som hjelp til hjelpeapparatet for at dette skal kunne bli i stand til å hjelpe seksuelt misbrukte barn. Målet har derfor ikke vært å utvikle den "riktige modellen", men en modell som kan virke funksjonell innen de ulike regioner i Akershus fylke.

Et viktig prinsipp i det tverretatlige samarbeidet er at alle etater skal gis mulighet til å utføre sine spesielle plikter, samt at kunnskap og erfaring skal utveksles mellom etatene. For de tverretatlige gruppene ble det derfor foreslått at noen utvalgte etater skal danne en grunnstruktur, men at det skal være en flat struktur og likeverd mellom etatene.

"Hjelp til barnet gjennom hjelp til hjelpeapparatet, for at dette skal kunne bli i stand til å hjelpe seksuelt misbrukte barn", skal stå i fokus for samarbeidet. Ledelsen for gruppen ble lagt til barnevernet, - begrunnet med at barnevernet har en særegen situasjon i forhold til inngrepsrett og mulighet til å innde finere flere sosiale forhold under sin etat, enn andre etater har mulighet til. Det ble utarbeidet åtte punkter, som forslag til hva oppgaver og innhold i det tverretatlige samarbeidet skal være; utvikle tverretatlig kompetanse innen problemområdet, bidra til økte kunnskaper og forståelse for problemområdet, drøfte enkelt saker og planlegge undersøkelsesfasen, sette opp konkret handlingsplan, og trekke inn aktuelle samarbeidspartnere (for eksempel 2. linjetjenesten), ved behov søke konsultasjonsteamet, samle og systematisere erfaringer, som grunnlag for fagutvikling og utvikling av samarbeidsrutiner, samt bidra til økt informasjon og skolering innen problemområdet i kommunen.

I evalueringen av de tverretatlige teamene er det benyttet spørreskjema til alle representantene i samarbeidsgruppen, og i tillegg spørreskjema til ledere for gruppene. 102 representanter (56 prosent), og 15 av 22 leder svarte på spørreskjemaene. I tillegg ble det gjennomført intervju med 32 representanter.

Rapporten viser til følgende svake sider ved modellen(e): Samarbeidsgruppene har i liten grad tydeliggjort hvilket ansvar det innebærer for den enkelte å delta, og det har vært en uklar grenseoppgang i forhold til ansvarsfordeling mellom de enkelte medlemmene. Skrevne målsettinger for gruppene har vært vage eller tvetydige. Dette har ført til en rekke uformelle samarbeidslinjer, både i forhold til administrering og kommunikasjon mellom medlemmene. Det har rådet usikkerhet om hvorvidt det har vært avsatt tid til faglige diskusjoner.

Evalueringen viser at samarbeidslinjene har skapt urealistiske forventninger om at hver enkelt tjeneste skal stå fritt i å samarbeide. Noe av vanskelighetene i gruppene relateres til

den legale grenseoppgangen mellom tjenestene, der barnevernet har en utvidet rett i forhold til de andre tjenestene, til å motta opplysninger fra de andre. Dette forholdet har satt begrensninger for det tverretatlige samarbeidet, der det er tenkt at alle tjenestene skal engasjere seg mer enn å bare bidra i konsultasjoner. Fra intervjuene kommer det frem at taushetsplikten ikke er håndtert på en god nok måte i praksis, - fra alle de åtte gruppene som var representert i intervjuundersøkelsen ble det vist til det brudd på taushetsreglene.

Styrker ved den tverretatlige modellen er muligheten til å benytte hverandres tjenester, der en selv opplever å komme til kort. Videre, at en med gruppene tilegner seg en felles erkjennelse om seksuelle overgrep, og de utfordringer dette innebærer i forhold til å gi adekvate hjelpetiltak.

#### FORMALISERT SAMARBEID MED BEKYMRINGSTEAM

Det er gjort forsøk med etablering av et formalisert samarbeid mellom PP- tjenesten og barneverntjenesten i et såkalt bekymringsteam. Tiltaket ble etablert i et forsøk på å styrke samarbeidet på grunnplanet i en bydel, sikre en bedre gjensidig informasjon mellom etatene, og for å oppnå bedre koordinering av tiltak og tjenester (Iversen & Havnen, 1996). En viktig målsetting med tiltaket var å få til en bedre koordinering og et mer systematisk samarbeid omkring tjenester for barn og unge. Evaluering av bekymringsteamet (Iversen og Havnen, 1996) var basert på spørreskjemaundersøkelse ved skoler og barnehager. Resultatene er ikke veldig tydelige, men det kan se ut som samarbeidsinstansene skole og barnehage opplever at hjelpetiltak er bedre koordinert mellom PP- tjenesten og barnevernet etter etableringen av bekymringsteam.

#### EVALUERING AV TVERRFAGLIG TEAM I EN UTVIDET HELSESTASJONSMODELL.

I Sandefjord ble det i 1996 gjennomført en evaluering av Varden barnestasjon, som en måte å organisere tverrfaglig samarbeid om barn og unge på. Denne stasjonen var en "utvidet helsestasjon" som skulle fungere spesielt i forhold til tidlig å avdekke skjevutvikling hos barn og unge. Målet med evalueringen (Carlsson, 1996) var å undersøke i hvilken grad barnestasjonen representerer en modell for å organisere det forebyggende arbeidet overfor barn og unge, der en klarer å dra nytte av kompetansen til de ulike fagpersonene i teamet. Teamet ved barnestasjonen besto av fem fagpersoner, - en prosjektleder, to helsesøstere, en førskolelærer og en barnevernspedagog.

Evalueringen var basert på observasjon, intervju med de fem ansatte på barnestasjonen (x2), intervju med ledere for hhv barneskole (2), ungdomsskole (2), barnehager (2), og barneverntjeneste /2). Resultatene viser at Varden barnestasjon i stor grad har lyktes med å få til et tverrfaglig samarbeid. Følgende faktorer trekkes frem som betydningsfulle i forhold til dette: tilføring av forholdsvis store ressurser, komplementær og likeverdig kompetanse hos medlemmer i teamet, felles kultur, samt en tydelig leder som har vært opptatt av å få kommunikasjonen til å flyte mellom fagfolkene i teamet. Evalueringsrapporten konkluderer med at erfaringene fra teamarbeidet har stor relevans, og at dette bør prøves ut i flere kommuner.

#### FAMILIESENTER SOM EN MODELL FOR ET TILGJENGELIG OG FLEKSIBELT TJENESTESYSTEM

Familiesentermodellen<sup>24</sup> er ett av mange tiltak knyttet til iverksetting av Opptappingsplanen for psykisk helse (St. prp. nr 63, 1997-98; Sp. prp. nr 1., 2003-2004).

I evalueringen vurderes måloppnåelsen i de seks familiesenterkommunene som inngår i forsøk med familiesenter i Norge<sup>25</sup> (Haugland, 2004). Evalueringen vektlegger særlig

---

<sup>24</sup> Se kapittel 2 for en beskrivelse av familiesentermodellen

fagutviklingen og de organisatoriske endringsprosessene i kommunen i forhold til organisering, innhold og samarbeidsformer relatert til familiesentermodellen. Evalueringen skal bidra til økt kunnskap om endringsprosesser knyttet til forsøk med denne konkrete samhandlingsmodellen, som er forebyggende og som skal representere et lavterskeltilbud til barn og unge. Familiesentermodellen evalueres i sammenheng med idealer og mål knyttet til økt brukermedvirkning og bedre tverretattlig samordning og tverrfaglig samarbeid i tjenester for barn og unge. Problemstillingen som reises i evalueringen er hvordan familiesentermodellen bidrar til utvikling av et tilgjengelig og profesjonelt fleksibelt tjenestesystem for barn, unge og deres familier, - herunder samordning og samarbeid, (med hvem, på hvilket nivå og hvordan).

Evalueringen er basert på kvalitative intervju med virksomhetsledere, og en til to medarbeidere ved helsestasjonsvirksomheten, PP- tjenesten, barneverntjenesten, samt leder ved den poliklinikk for barn og unges psykiske helse, som dekker den aktuelle kommunen.

Resultatene viser en tydelig dreining fra flerfaglighet til tverrfaglighet i familiesenter kommunene. Informantene opplyser at fagfolk *"supplerer hverandre på en ny måte, noe som gir profesjonell trygghet og setter dem i stand til å gi bedre hjelp enn tidligere"*. (Haugland, 2004).

Resultatet tyder på at profesjonell trygghet øker når hjelpere slipper å kunne alt alene. I evalueringsrapporten understrekes behovet for at en ved etablering av familiesenter tar stilling til lokale behov for organisasjonsendringer, i og mellom de kommunale tjenestene (flytte oppgaver og endre de ytre grensene), og at en planlegger endringer i samsvar med befolkningens behov<sup>26</sup>.

#### UTFORDRINGER OG PROBLEMSTILLINGER RELATERT TIL KOMMUNESAMMENSLÅING

Kommunesammenslåing betyr at flere kommuners administrasjoner slås sammen. Hensikten kan være å effektivisere driften og dermed spare penger, eller å oppnå bedre samordning av politikken og gjøre det lettere å planlegge for fremtiden. Kommunesammenslåing kan få konsekvenser for tverrsektorielt samarbeid ved at brukerne får bedre tilgjengelighet av kompetente fagpersoner – og økt bredde i tiltak.

Forskning har tatt opp denne problemstillingen ved å studere betydningen av kommunistørrelse og intern organisering i den kommunale forvaltningen, i forhold til organisering av tjenester, tverrsektorielt samarbeid og effektivitet i hjelpeapparatet for barn og unge. Evalueringsrapporten viser at informanter i småkommuner er sterkt i mot interkommunalt samarbeid eller kommunesammenslåing. Informanter fra større kommune argumenterer derimot for kommunesammenslåing (Kvelling & Wendelborg, 2002).

Forfatterne vurderer det dit hen at en rendyrking av interkommunalt samarbeid for det kommunale hjelpeapparatet vil kunne vanskeliggjøre tverretattlig samarbeid. Videre, at større enheter er mer selvgående og bredere sammensatt av fagpersoner, og at de dermed kan se mindre nytteverdi i tverretattlig samarbeid enn ansatte i små enheter. I rapporten presiseres det videre at det kan være et problem å etablere tverrfaglig samarbeid i kommunen dersom PP- tjenesten er organisert som en interkommunal tjeneste, mens for eksempel barnvern- tjenesten og helsestasjonstjenesten fortsetter å være kommunale.

Forfatterne hevder at mye av den sårbarheten små kommune har i forhold til hjelpetilbud for barn og unge, som for eksempel sykemelding, rekruttering og gjennomskiktighet, gjør at barnevernet kan vegre seg for å gripe inn. Resultatene i undersøkelsen støtter ikke antagelser om at det er bedre oversikt i små kommuner, over hva andre instanser og etater har av strategier, planer og tiltak.

<sup>25</sup> Kommunene som har deltatt i forsøk med familiesenter i Norge jobber nå med overgang fra statlig forsøk til kommunal tjenesteorganisering

<sup>26</sup> I følge kommuneloven er kommunene pålagt å kartlegge befolkningens helsesituasjon og årsak til denne.

Forfatterne konkluderer med at det er behov for å skape større enheter i hjelpeapparatet i små kommuner, fordi dette vil styrke kvaliteten i det kommunale hjelpeapparatet. Brukerne vil slik få et likeverdig tilbud, blant annet ved at en minsker sårbarheten i tjenestene gjennom lettere rekruttering av kompetente ansatte, og øker bredden i de tiltak som gis. Forfatterne forslår at dette kan løses ved tverretattlig organisering av de kommunale hjelpeapparatet, eller evt. gjennom interkommunalt samarbeid.

## RESSURSTEAM I SAMARBEIDET MELLOM BARNEVERNET OG PSYKISK HELSEVERN

Studien fokuserer på utfordringer i samarbeidet mellom barnevernet og psykisk helsevern. Barne- og familieetaten Oslo vedtok i 1998 å opprette et barne- og ungdomspsykiatrisk konsultasjon – og veiledningsteam som et 3- årig prosjekt. Prosjektet ble finansiert av statlige midler og fikk navnet BRO- teamet (barne- og ungdomspsykiatrisk ressursteam) (Waal, 2001).

Et viktig mål med opprettelsen av Barne- og ungdomspsykiatrisk ressursteam var å styrke samarbeidet mellom instanser som jobber med barnevernsklinter med alvorlige sammensatte problemer, og da spesielt samarbeidet mellom psykisk helsevern og barnevernet i Oslo. Teamet skulle fungere som en ressurs for barnevernet i forhold til aktuelle klienter, og også i forhold til fagpersoner og grupper som jobber med komplekse og vanskelige klientsaker. BRO- teamet kunne foreta utredninger og gi konsultasjoner og veiledning. Evalueringen gir en redegjørelse for de erfaringer teamet har gjort seg i løpet av de to første årene det har eksistert.

Det reises flere problemstillinger relatert til planleggingen og organiseringen av prosjektet, samt den kontekst BRO- teamet arbeider innenfor. Problemstillinger som er relevante i denne sammenheng er vurderinger av teamets posisjonering og funksjon.

Evalueringen er basert på semistrukturerte intervju med fagpersoner i BRO teamet, både som enkeltpersoner og i gruppe. I tillegg er det gjennomført intervju med følgende; deltagere i prosjektets styringsgruppe, aktører som har benyttet BRO- teamets tjenester; fra bydelsbarnevernet, fylkeskommunalt barnevern, private barneverninstitusjoner, og representanter fra psykisk helsevern for barn og unge.

Evalueringsrapporten viser at respondenter og informanter var usikre på hvilke arbeidsoppgaver BRO teamet skulle utføre, og at teamet ikke hadde bidratt til i større grad å mobilisere psykisk helsevern inn i vanskelige klientsaker som forventet. Samtidig fremkommer det positive erfaringer med BRO- teamet i forhold til konsultasjoner og veiledning, men også at de er behov for et mer omfattende veiledningsopplegg enn de BTRO- teamet har anledning til å bidra med i enkeltsaker

*"BRO- teamet har vært nyttige å ha som "alliert" og som "second opinion" i vanskelige saker", (Waal, 2001, side 78).*

Imidlertid er det problematisert hva som ligger i BRO- teamets målsetting om å bidra til bedre samarbeid mellom barnevernet og psykisk helsevern for barn og unge. Det blir lagt vekt på at det har vært nyttig at BRO- teamet har kommet inn i saker, men samtidig understrekes det at det ikke har vært noe samarbeid i disse sakene:

*"Bro-Teamet har stupt inn i forbindelse med enkeltsaker, og de håndterer å jobbe direkte med klienter. Men på en måte tar de over saken. Det blir ikke et samarbeid. BRO- teamet har utført psykiatriske utredninger, men de har ikke etablert samarbeid, og linjer/prosedyrer for det. De har på en måte gjort jobben selv, fremfor å få oss til å jobbe bedre" (Waal, 2001, side 79).*



## SAMARBEID OM HELSEFREMMEDE OPPGAVER

Samarbeidsorganet for helsefremmende oppgaver (SOHO) var tidligere en viktig møteplass for frivillige organisasjoner og statlige institusjoner med ansvar for helsefremmende arbeid<sup>27</sup>. Rådet hadde 28 medlemmer fra frivillige organisasjoner og offentlige instanser. Samarbeidsorganet hadde som hovedoppgave å fremme utvikling og formidling av kunnskap som er av betydning for det helsefremmende arbeidet. I 1996 ble det opprettet et eget program under SOHO med mål å stimulere til utvikling av modeller for samarbeid mellom statlige instanser, fylkeskommunen, kommunene og frivillige organisasjoner på region/fylkesnivå. I denne satsningen ble gjennomført fire delprosjekter i tre fylker. Det er gjennomført en følgeevaluering av dette prosjektet, som bidrar med kunnskap om hvordan man kan forbedre samarbeidet mellom offentlig og frivillig sektor i det helsefremmende arbeidet.

En evaluering av programmet (Kongsvold et al., 1999) er basert på intervju med 19 informanter, samt dialogmøter med prosjektledere, styringsgrupper, komiteer og temagrupper i fylkene.

Evalueringen finner ikke grunnlag for at det er en ideell måte å organisere samarbeidet om folkehelse på, - organiseringen blir best dersom den tenkes nøye igjennom og tilpasses lokale forhold. Viktige forutsetninger i denne sammenheng er god lokalkunnskap og kunnskap om maktforhold.

I rapporten trekkes det frem noen "suksesshistorier" i forhold til å lykkes med å etablere gode og varige samarbeidsrelasjoner og samhandlingsformer. En reell forankring i saken hos beslutningstakere, leder og premissleverandører er en viktig faktor. Ledelse som legitimerer, synliggjør, støtter og følger opp, samt deltar i samarbeide er viktig for å lykkes i samarbeidet. Et annet vesentlig forhold er kontinuitet i arbeidet, mht deltagelse og i forhold til handlinger og handlingsrekker. Hyppig utskifting av aktører bryter kontinuiteten. Medvirkning er et tredje forhold. Det presiseres at alle deltagere bør oppleve likeverdig og reell medvirkning gjennom deltagelse i prosessen. Videre må informasjon være god, åpen og målrettet. En må være bevisst på at informasjon ikke erstatter kommunikasjon.

## ORGANISASJONSUTVIKLING OG KOMPETANSEBYGGING

Aksjonsprogrammet barn og helse var et initiativ fra den gang Sosial- og helsedepartementet, med et utgangspunkt gitt i St. meld. nr. 37 (1992.93); utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid. Hovedmålet med programmet var "å stimulere til organisasjonsutvikling på kommunalt plan for å utvikle gode oppvekstmiljø for barn og unge 0- 18 år"<sup>28</sup> I presisering til målsetting for programmet ble det understreket at man ønsket utvikling av et varig tverrsektorielt samarbeid for å bedre barn og unges helse. Det ble gitt rom for å bygge på lokale føringer, og gitt føringer på hvordan arbeidet burde organiseres via fylkeslegen. Hver gruppe ble anmodet om å etablere en tverrsektoriell koordineringsgruppe på fylkesnivå.

I tråd med intensjonene i programmet ble det lagt vekt på å etablere lokale koordineringsgrupper i kommunene. Hver kommune hadde en kontaktperson som var bindeledd mellom den enkelte kommune og fylkeslegen. Hos fylkeslegen var det en prosjektmedarbeider som fungerte som pådriver for det tverrsektorielle arbeidet i kommunen, gjennom tilbud om råd, veiledning, tilrettelegging av kurs, konferanser og opplæring i forhold til programmet. Aktiviteter relatert til aksjonsprogrammet var; kompetanseoppbygging og fagutvikling i kommunene, fylkesvise og regionale temadager, erfaringsoverføring fra lokale tiltak og modeller, opplæring til helhetstenkning, holdningsskapende arbeid gjennom bruk av media, utgivelse av informasjonsskriv ("Forebyggende arbeid blant barn og unge i Buskerud").

<sup>27</sup> Sosial- og helsedirektoratet, som nå har overtatt en koordinerende funksjon (jfr. St.prp. nr 1. 2000-2001, HOD).

<sup>28</sup> Aksjonsprogrammet Barn og helse, Sosial – og helsedepartementet, Rundskriv I- 25/95, s 4.

I en evaluering av programmet (Rønningen 1999) er det stilt spørsmål om aksjonsprogrammet i regi av Fylkeslegen har stimulert kommunene til tverrsektorielt arbeid for bedre oppvekstvilkår for barn og unge. Datagrunnlaget er statlige og kommunale dokumenter, deltagende observasjon på evalueringsmøter, kvalitative spørreskjema til kommunene i fylket, og fordypningsevaluering i to av kommunene.

Data fra kommuneundersøkelsen viser at kompetansebygging i forhold til tverrfaglig og tverretattlig samarbeid er et viktig virkemiddel for iverksetting av strukturelle prosesser i kommunene. Av fremmede faktorer nevnes felles faglig plattform og helhetlig tilnærming til et fagfelt. Holdning til, - og kunnskap om betydningen av helhetlig tilnærming fremheves også som viktige faktorer for tverrfaglig samarbeid. Undersøkelsen viser et behov for en koordinering av aktivitet rettet mot kommunene i forhold til satsningsområder, kurs og opplæring.

#### PROSJEKT SOM TILTAK FOR Å FOR STYRKE FOREBYGGENDE VIRKSOMHET OG TVERRFAGLIG SAMARBEID KOMMUNEN

I perioden 1996- 1997 ble det i fire i kommune i Telemark gjennomført et prosjekt for å styrke tverretattlig/faglig forebyggende arbeid. Sentrale kommunale instanser som skole, barnehage, PP- tjeneste, helsestasjonstjeneste og barnevern var involvert i prosjektet. Prosjektet skulle bidra med oppfølging, veiledning og støtte i forhold til arbeid som kommunene har i forhold til forebyggende planer, og også hjelpe med igangsetting av planene. Viktige mål var å skape nettverk mellom kommuner som jobber med forebyggende planer, drive frem eksempler på handlingsrettet og gjennomførbare planer i forhold til tverrfaglig innsats, integrere foreldrevirksomhet, prøve ut konkrete tiltak, samt formidle resultater og spre kompetanse til kommunene i Telemark.

Prosjektet hadde en prosjektleder ansatt. Prosjektleder hadde ansvar for å drive nettverksarbeid, gi råd og veiledning til kommunene i samarbeid med kommuner, utvikle konkrete planer, samt drive informasjon. Prosjektet ble beskrevet som et oppfølgings- veilednings- og støtteprosjekt vedrørende arbeid med de forebyggende planene og gjennomføring i kommunene.

I en rapport fra dette prosjektet presenteres en rekke hindringer og muligheter i det tverrfaglige, forebyggende arbeidet med barn og unge (Kolfjord & Albretsen, 1997). Basert på rapporter fra kommunene og erfaringer fra det tverrfaglige forebyggende arbeidet har en identifisert flere barrierer, som reduksjon i stillinger, utskifting og omorganisering av stillinger, at flat organisasjonsstruktur er et problem, uklar rolle og ansvarsfordeling, samt for svak forankring i ledelsen.

Taushetsplikten er også ofte tatt opp som et problem i kommunene. Det synes å være et stort behov ute i kommunene for kompetanseheving i forhold til taushetsplikten. Forfatterne av rapporten påpeker imidlertid at det er viktig å undersøke hvorvidt "taushetspliktproblemet" er et reelt problem, eller om det oppgis som en grunn til å ikke samarbeide, - en grunn til å opprettholde profesjonsgrensene.

*"Taushetsplikten muliggjør snarere et samarbeid enn å eliminere det. Uten taushetsplikt hadde antagelig mange brukergrupper selektert seg bort i kontakten med myndighetene"* (Kolfjord & Albretsen, 1997, side 32).

#### *Samarbeid mellom barnehage og skole*

I perioden fra 1995- til 1998 pågikk et forsknings- og utviklingsprosjekt i tre kommuner i Nord- Trøndelag ("OBS- prosjektet") (Lillemyr et al., 1998a; Lillemyr et al., Voll og Bergstrom, (2000). Målet var å bidra til å bygge opp kompetanseberedskap hos pedagoger, skoler, barnehager, kommuner og lærerutdannere, med grunnlag i en kombinasjon av forskning og utviklingsarbeid. Prosjektet tok utgangspunkt i reform 97.

Fra kommunene deltok ca 400 barn i alderen fem til ni år, fra seks barnehager og seks skoler. Øvrige deltagere i prosjektet var 42 lærere, førskolelærere, styrere og rektorer. I utviklingsarbeidet (tiltakene) ble det lagt vekt på samarbeidet mellom førskolelærere og lærer. Det ble gjennomført systematisk veiledningsarbeid i seks skoler, seks barnehager, i tre kommuner. Det var en intensjon at prosjektet skulle fungere som kompetanseheving i forhold til barnehage og skolereformen på flere nivå.

Erfaringene viste at klargjøring av samarbeidsrutiner, felles planleggingstid og systematisk vektlegging av helhetligpedagogikk ga positive resultater med tanke på å oppnå større grad av helhet og sammenheng i barns skoledag. Resultatene indikerte at samarbeid mellom barnehage og skole må starte på det administrative planet, mellom administrative ledere. Slik vil det være lettere å inngå forpliktende avtaler og et faglig samarbeid. Resultatene støtter videre opp om betydningen av geografisk nærhet og samlokalisering av skole- barnehage som oppvekstsentre, - for samarbeid mellom de to instansene. Erfaringene tilsier at det må foreligge forpliktende retningslinjer for samarbeid mellom barnehage og skole. Når det gjaldt samarbeidet mellom SFO og skolen fant en at rektors engasjement hadde stor betydning.

#### FORSKNINGS- OG UTVIKLINGSPROSJEKTER FOR BEDRE SAMARBEID MELLOM BARNEHAGE-SKOLE OG SFO

For å lykkes med et samarbeid mellom barnehage, skole og SFO kreves kunnskap om endringsprosesser, motivasjon og bevisstgjøring av holdninger, samt økt kunnskap og innsikt i barns lærings- og utviklingsmiljø. "OBS- forsøket" som var basert på oppbygging av kompetanseberedskap hos pedagoger, skoler, barnehager, kommuner og lærerutdannere, med grunnlag i en kombinasjon av forskning og utviklingsarbeid, (se Lillemyr et al., 1998) har gitt grunnlag for følgende konkrete tiltak for å fremme samarbeid mellom SFO og skole; Samarbeidsrutiner og mål må inn i kommunenes virksomhetsplaner og den enkelte skoles planer. En må kartlegge personalets forståelse av skolen og SFO's aktiviteter, definere felles oppgaver og forskjellige oppgaver. Det er viktig å definere de ansattes syn på samarbeid, deres holdninger i forhold til samarbeid og helhet, samt avklare på hvilke områder det er ønskelig å samarbeide (Bergstrøm & Voll, 2002).

I Læreplanverket for den 10-årige grunnskolen (L97) (Nasjonalt læremiddelsenter, 1996) og Rammeplan for barnehagen (BFD, 1995:13), er det presisert at skolen bør samarbeide med barnehagen for å skape en god overgang mellom de to institusjonene, og at barnehagens styrer og skolens rektor må sørge for et samarbeid. Samarbeidet mellom skolen og barnehagen må sikre kontinuitet og sammenheng. Dette skal være en integrert del av skolen og barnehagens virksomhet.

I et samarbeid mellom Barne- og familieetaten og Oslo kommune pågikk det i perioden 01.01.02 til 31.12. 03 et prosjekt der man ønsket å forebygge utvikling av risikoatferd hos barn, ved å etablere en god overgang fra barnehage til skole (Løge, 2003). For å nå målet ønsket man spesifikt å jobbe med tre forhold: utvikle rutiner for kunnskapsoverføring fra barnehage til skole, øke den tverrfaglige kompetansen hos de ansatte, samt utvikle hensiktsmessige modeller for tverrfaglig samarbeid. Tre grunnskoler i Oslo deltok i prosjektet, samt de barnehagene som sender barn til disse skolene. Prosjektet ble evaluert i 2002 og 2003. Første del av prosjektet omfattet forberedelse til en empirisk kartlegging av hva som hadde foregått forut for skolestart. Undersøkelsen var også rettet mot forventninger og behov for kunnskapsutveksling hos de impliserte parter.

Kartleggingen ble gjennomført ved en forholdsvis stor spørreskjemaundersøkelse som omfattet 18 barnehagestyrere, 43 pedagogiske ledere, 206 foreldre, fire rektorer/inspektører, tre sosiallærere, og 13 SFO- ansatte. I tillegg ble det gjennomført intervju med bydelsadministrasjonen, PP- tjeneste og pedagogiske fagsenter. Undersøkelsen har avdekket forhold som kan virke hemmende på samarbeidet mellom barnehagen og skolen. Studien viser at det er en samstemmighet blant partene om at skolen er den institusjon som tar initiativet til samarbeid og andre tiltak. Samtidig er det en uklar forankring av tiltak. Evaluerings-

rapporten gir en oversikt over områder en bør jobbe videre med for å lykkes i samarbeidet mellom barnehage og skole; gjensidig respekt for hverandres kompetanse, koordinering av innsats og ansvar mellom partene, rutiner for informasjonsutveksling, presisering av ansvar.

#### VIDEREUTDANNING I TVERRFAGLIG SAMARBEID

På slutten av 90- tallet ble det gjennomført flere videreutdanningstiltak for å øke kompetansen om tverrfaglig samarbeid rundt barn i kommunene. Det foreligger to rapporter som oppsummerer noen av erfaringene fra gjennomføringen av tiltakene (Hem, 1998; Mathisen, 1999).

Ved høgskolen i Vestfold ble det i samarbeid med Henær senteret, gjennomført et videreutdanningsstudium i tverrfaglig samarbeid som et eget prosjekt. Prosjektet besto av et 10 vekttalls kompetansegivende kurs vedrørende tverrfaglig samarbeid om barn og unge, samt veiledning i kommunene på det tverrsektorielle samarbeidet. Prosjektet ble gjennomført i seks kommuner i Buskerud og Vestfold. Fra hver kommune deltok fem- 10 fagpersoner fra ulike fagområder knyttet til arbeid med barn og unge.

Et sentralt mål med evalueringen var å se nærmere på prosessene i en kommune for å belyse faktorer i omgivelsene i en organisasjon, som har betydning for det tverrsektorielle samarbeidet. Studiet "Tverretattlig samarbeid – barn og unge" omfattet 10 vekttall, organisert som 10 to – dagers samlinger. I tillegg jobbet deltagerne i grupper med en prosjektoppgave om tverrfaglig samarbeid i egen kommune. Det ble her gitt veiledning fra Henær. Studiet hadde fire hovedemner; fellesområder for barn og unge, fag- og etatkunnskap, organisasjonsfag og prosjektarbeid, samarbeid og samordning.

I en rapport fra dette arbeidet fremstilles en prosessevaluering gjennomført i en av kommunene som deltok i prosjektet (Hem, 1998). I rapporten presenteres endringer i administrativ struktur i "A-by kommune", opprettelsen av en barne- og ungdomstjeneste, samt strategier for integrering i en barne- og ungdomstjeneste. Analyser av tverrsektoriell integrering i kommunen viser at den radikale omstruktureringen i kommunen, med opprettelse av egen resultatenheter og nedlegging av etater, samt en tverrsektoriell prosess knyttet til gjennomføringen av studiet "Tverretattlig samarbeid barn og unge", er positiv. Imidlertid blir det fremhevet et behov for konsekvent delegering av myndighet til enhetsleder, og en avklaring av driftsrådgiverrollen som kommer mellom driftsdirektør og enhetsleder. Konklusjonen er at tverrfaglighet er et lederansvar, - som må læres. Metode og gjennomføring av prosessevalueringen er ikke beskrevet i rapporten.

"Aksjonsprogrammet barn og helse" (1995- 1999)<sup>29</sup> hadde som målsetting å stimulere til organisasjonsutvikling på kommunalt plan for å utvikle gode oppvekstvilkår for barn og unge. Fylkeslegen og Fylkesmannen i Oppland satset i denne sammenheng på å gi et tilbud om etterutdanning i tverrfaglig/tverretattlig samarbeid til ansatte som jobber med barn og unges oppvekstvilkår i kommunene. Gjennom evalueringsrapporten har en reist følgende problemstillinger; nytteverdien av kurset for den enkelte deltager, vurdering av det faglige innholdet i kurset, samt hvilke muligheter deltagerne har hatt til å utvikle et tverrfaglig samarbeid i kommunen, hvilke endringer har skjedd i det tverrfaglige /tverretattlige samarbeidet i kommunen, og i hvilken grad evt. endringer kan tilbakeføres til kurset. Evalueringen er basert på intervju med 26 deltagere som representerer seks kommuner. I tillegg er det gjennomført intervju med representanter fra de formelle beslutningstagerne i kommunen. Hovedkonklusjonen i evalueringen er at kurset har virket på bevisstgjøringen hos deltagerne, og startet en prosess i riktig retning.

---

<sup>29</sup> Initiert av den gang Sosial og helsedepartementet" (jfr. Rundskriv I-25/05).

## 8.5 Vurdering og oppsummering norske undersøkelser

Kunnskapsoversikten gir et bilde av forskning og utredningsarbeid vedrørende samarbeid mellom instanser og aktører som jobber med barn, unge og deres familier.

Litteraturoversikten er begrenset til å dekke studier som er gjennomført de siste 10 årene, som er tilgjengelige fra søk i forskningsdatabasen BIBSYS<sup>30</sup>. Søk etter relevant litteratur har altså ikke omfattet systematisk kontakt med ressurspersoner på fagfeltet, eller leting etter upublisert materiale. Dette er forhold som må tas med i en vurdering av i hvilken grad en har lyktes med å finne alle aktuelle og relevante studier. Med valgte fremgangsmåte har vi fremskaffet en betydelig oversikt over forskningsfeltet, i form av mange studier som dekker ulike tjenester og ulike målgrupper.

Kunnskapsgrunnlaget omfatter undersøkelser av forhold som hemmer eller fremmer samarbeid, der en har fokusert på betydningen av a) organisatoriske forhold; mål, ideologi, ressurser, struktur og kommunikasjonsveier/måter, og b) kunnskap og kompetanse. Dette er forhold og faktorer som er vektlagt i teoretiske perspektiver på tverrfaglig samarbeid (Askheim & Rønning, 1987; Lauvås & Lauvås, 2004; Glavin & Erdal, 2000). Kunnskapsoversikten dekker i tillegg dokumentasjon publisert i løpet av de siste ti årene, om tiltak som er iverksatt eller utprøvd for å oppnå bedre samarbeid mellom instanser som jobber med barn, unge og deres familier.

Det er forholdsvis stor variasjon mellom undersøkelsene i forhold til hvilke instanser og målgrupper som har dannet utgangspunkt for studien. Kunnskapsgrunnlaget dekker de mest sentrale kommunale instansene som barnehage, skole, PP- tjeneste, barneverntjeneste og helsesøstertjenesten. Det foreligger i tillegg flere undersøkelser som har fokusert på samarbeid mellom forvaltningsnivå, - og da særlig samarbeidet mellom kommunale tjenester og psykisk helsevern for barn og unge. Forskningsoversikten gir således en bred dokumentasjon av faktorer som hemmer eller fremmer samarbeid om barn, unge og deres familier. Oversikten viser samtidig at utfordringer relatert til samarbeid med barneverntjenesten har vært særlig fokusert.

Når det gjelder målgrupper, er de aller fleste studiene rettet mot samarbeidet om barn som er i risikosituasjon for å utvikle, - eller som allerede har utviklet problemer, samt barn med spesielle behov (sekundær- og tertiærforebyggende arbeid). Dette er naturlig i og med at det er disse barna som ofte har behov for tiltak fra flere tjenester, og som stiller tjenesteapparatet overfor utfordringer i forhold tilsamordning og koordinering av tiltak.

Faktorer som er identifisert, som enten hemmende eller fremmende i samarbeid mellom instansene, gjelder ofte på tvers av tjenester og målgrupper. Utfordringer i samarbeid om barn som har behov for sammensatte og koordinerte tiltak er gjerne knyttet til at tjenester har for lite kunnskap om hverandre, domenekonflikter, maktubalanse og ulik problemforståelse, uklar rolle og ansvarsfordeling, samt manglende samarbeidskompetanse. Kunnskapsoversikten gir i liten grad grunnlag for å vurdere i hvilken grad disse faktorene er virksomme i samarbeid som er av mer primærforebyggende karakter.

De aller fleste studiene som inngår i forskningsgrunnlaget har en kvalitativ metodisk tilnærming. Denne metoden egner seg godt for å eksplorere et problem eller beskrive en kontekst, en prosess, en sosial gruppe eller et interaksjonsmønster er dets validitet (Marshall & Rossman, 1995). Svakheten ved kvalitative forskningsintervjuer er gjerne knyttet til begrensninger i overførbarhet til andre kontekster (generalisering). På den annen side er det ofte ikke generaliserbarhet som er det primære, men snarere forståelse av et fenomen.

---

<sup>30</sup> Med unntak av fire rapporter; en overlevert fra Helse- og omsorgsdepartementet (2002), to overlevert fra Barne- og familiedepartementet (Carlsson, 2002; Carlsson, 2005), samt en overlevert fra forskerkollega ved R-BUP UIT, vedrørende evaluering av forsøk med familiesenter i Norge (Haugland, 2004).

### 8.5.1 Oppsummering undersøkelser om faktorer som hemmer/fremmer samarbeid

#### ORGANISATORISKE FORHOLD

Forskningsoversikten gir flere eksempler på at organisatoriske forhold har betydning for samarbeidet om barn og unge. Organisatoriske forhold omfatter formell struktur, rutiner og prosedyrer, lovbestemmelser (taushetsplikt), og retningslinjer som legger betingelser for de ulike aktørers handling. Strukturbegrepet vil innbefatte særtrekk ved arbeidsoppgavene, og de føringer dette legger på det faglige innholdet ved de enkelte etater. Den formelle strukturen vil definere grad av organisatorisk nærhet, felles fora og møteplasser, ressurstilgang og fordeling av arbeidsoppgaver.

##### *Organisatorisk nærhet, møteplasser*

Nyere undersøkelser har dokumentert at organiseringen av kommunale tjenester, - og samlokalisering, har en positiv virkning på tverrfaglig samarbeid. En intervjuundersøkelse som blant annet fokuserer på samarbeidet mellom helsesøster, barnevern og PP- tjenesten når det gjelder barn og unge med psykiske problemer, viser at samlokaliseringen av tjenester i en tjeneste; "Familie og forebygging" har bidratt til bedre forankring av samarbeidsrutiner, at barrierer har blitt brutt ned, og at man har fått større fleksibilitet i tjenesteapparatet (Andersson, Røhme & Hatling, 2005)). Resultatene er i overensstemmelse med funn i tidligere rapporter vedrørende samarbeid internt i kommunene, der fagpersoner gir uttrykk for at tettere organisering av tjenestene gir en forbedring både for de ansatte og for brukerne (Østtveiten, 1996; Gylseth, 2004). Forslag til forbedring innebærer at man bryter ned etatsgrenser, for en mer tverrfaglig organisering og samlokalisering av de som arbeider med barn og unge i kommunene (Gylseth, 2004; Bjørkly & Wicken, 2003).

##### *Rutiner og prosedyrer, samarbeidsavtaler og tiltaksplaner*

Flere studier har avdekket at strukturelle forhold, som manglende rutiner, for dårlig organisering av samarbeid og samarbeidsrelasjoner og uklar ansvar – og oppgavefordeling, er hemmende faktorer i samarbeidet mellom instanser. Dette dokumenteres både for samarbeid mellom ulike kommune instanser (Kvello & Wendelborg, 2002; Rønbeck, 2003; Blindheim 2001; Raddum, 1996; Willumsen & Hallberg, 2003; Lichtwarck og Horverak, 2003; Nordahl 2001; Fugleseth & Ekker, 1998), og mellom kommunale og spesialiserte tjenester (Capjon et al., 1998; Haugstvedt et al., 1998 a; Haugstvedt, et al., 1998b; Andersson, Røhme & Hatling, 2005).

##### *Rolle- og ansvarsfordeling*

Tverrfaglig samarbeid mellom kommunale tjenester hemmes av at en ikke tydelig har definert hva som skal være den enkelte aktørs rolle og ansvar (Raddum, 1996; Blindheim, 2001). Som tiltak for å forbedre forebygging og kommunalt tverrfaglig samarbeid om barn og unge foreslår Faldet (2004) at en rendyrker rollene til de som jobber med barn og unge.

##### *Lovbestemmelser /taushetsplikt*

I forhold til lovverkets intensjoner, skal ikke taushetsplikten være til hinder for samarbeid. I 1997 sendte den gang Sosial- og Helsedepartementet og Barne- og familiedepartementet, samt den gang Statens Helsetilsyn ut et rundskriv om adgang til å formidle taushetsbelagte opplysninger etter samtykke fra den som har krav på taushet. I dette rundskrivet skriver departementene at det er deres erfaringer at muligheten som ligger i å kunne videreformidle opplysninger på grunnlag av brukernes samtykke ikke er utnyttet godt nok. (Rundskriv I-6/97). Sentrale spørsmål er hvorvidt hjelpeapparatet benytter mulighetene til å samarbeide på grunnlag av brukernes samtykke.

Resultater fra undersøkelser og rapporter har ikke entydige resultater i forhold om taushetspliktbestemmelsene er et hinder for samarbeid. Fra studier av samarbeid om barn med psykiske problemer rapporteres det ulike oppfatning hos involverte aktører med hvilken betydning taushetspliktbestemmelsen har for effektivt samarbeid med andre instanser (Andersson, Røhme & Hatling; Gylseth, 2004; Bjørkly & Wicken, 2003). I en studie av

kommunalt samarbeid om flyktningebarn finner man imidlertid at om lag halvparten av de 63 informantene opplever at taushetsplikten i noen eller stor grad påvirker det tverrfaglige samarbeidet i kommunen (Blindheim, 2001). En nyere studie av samarbeidet mellom barnevernet og skolen rapporterer informantene at de i liten grad er opptatt av taushetspliktbestemmelsen i forhold til samarbeid, og at bestemmelsen ikke oppleves å være en hemmende faktor (Olsen, 2005). Når taushetsplikten ikke oppgis å være en barriere for samarbeid kan det bety at aktørene i stor grad kjenner til, - og benytter seg av informert samtykke fra den det gjelder (Gylseth, 2004).

#### *Ressurser*

Det kreves ressurser for å gjennomføre et godt tverrfaglig samarbeid, både økonomiske ressurser, og ressurser i form av faglig kunnskap og kompetanse. Det foreliggende kunnskapsgrunnlaget dokumenterer at ressursmangel ofte oppleves å være en hemmende faktor i samarbeid om barn og unge (Kvelling og Wendelborg, 2002; Andersson, Røhme & Hatling, 2005; Blindheim, 2001; Willumsen & Hallberg, 2003). Østtveiten (1996) har dokumentert at ressurser i form av mange ansatte har en positiv effekt på grad av samarbeid mellom barnevernet og andre instanser. En studie av samarbeid om barn med psykiske problemer viser at ressursknapphet gjør at en fokuserer på hvordan tjenesten skal avgrense sin oppgave og sitt ansvarsområde, - og at en som konsekvens søker å skyve fra seg oppgaver som andre instanser kan ta (Andersson, Røhme & Hatling, 2005). Dette er et tydelig eksempel på hvordan mangel på ressurser er en hemmende faktor for tverrfaglig samarbeid.

#### *Målformulering og problemforståelse, domenekonflikter*

Glavin og Erdal (2000) påpeker at felles problemforståelse og felles målsetting for samarbeidet er vesentlige forutsetninger for at tverrfaglig samarbeid skal kunne fungere. Felles målsetting er nødvendig for å oppnå enhetlige strategier. Når etatene har en felles målsetting vil det være lettere å finne felles metoder og strategier for å nå disse. Dette krever en bevisstgjøring i forhold til hva en ønsker å oppnå, og en felles forståelse av hva som er viktige oppgaver og hvordan de kan løses. Kunnskap om den enkeltes rolle og ansvar, og å "gjøre hverandres ulikheter tilgjengelig for fellesskapet" (Glavin & Erdal, 2000, side 45). I tillegg til fagkompetanse er det nødvendig med felleskompetanse, med utgangspunkt i et felles verdigrunnlag.

En viktig betingelse for at samarbeid er hensiktsmessig er at samarbeidet er nyttig ut fra fordelingen av oppgaver mellom de forskjellige enhetene. Samarbeid er vellykket når enheter med delvis overlappende domene utfyller og utnytter hverandres kompetanse, og kan betjene samme klientgruppe med flere tilbud samtidig (Knudsen, 1993). Domenebegrepet henspiller på den enkelte enhets funksjoner, tjenester, klientgruppe og geografiske plassering. Domenekonflikter kan være hindringer for samarbeid – dersom den enkelte etat hegner om egne domener (fagområder), kan dette gjøre samarbeidet vanskelig. Profesjonsinteresser, ulik yrkesutdanning, og for liten kjennskap til hverandres arbeidsområder, kan blant annet forårsake at ulike profesjoner ikke har tillit til andres kompetanse på områder. Der ingen har ansvar for en oppgave, eller når ansvaret er uklart vil det kunne oppstå gråsoner. Gråsoner er en konsekvens av at arbeidsdelingen ikke er klar nok. En uklar arbeidsdeling kan skyldes maktkamp der to eller flere enheter slåss om et attraktivt område, eller at arbeidsområdet er uklart og vanskelig å dele opp, for eksempel sosial hjelp, omsorg etc.

Det finnes eksempler på at profesjonsinteresser kan påvirke samarbeidsklimaet. En rapport som fokuserer på samarbeidet mellom barnevernet, PP- tjeneste og BUP viser at profesjonssammensetningen i barnevernet er relatert til grad av rapportert konflikt med andre etater; jo flere yrkesgrupper som jobber i barnevernet, - dess oftere konflikter med andre instanser. Det er i denne sammenheng antatt at det blir vanskeligere å få til en felles faglig referanseramme når antall yrkesgrupper øker (Østtveiten, 1996).

Flere studier har vist at samarbeide mellom barnevernet og BUP problematiseres på grunn av ulike problemforståelse og metodiske tilnærminger (Høyvik, 1996; Eidsheim, 2001). En studie av samarbeid på barnevernfeltet (Fugleseth & Ekker 1998) viser at faglige og institusjonsbaserte normer, verdikonflikter og divergerende problemoppfatninger er vesentlige hemmende faktorer i samarbeidet mellom barnevernet og andre etater. En nyere studie

dokumenterer at ulik problemforståelse kan virke hemmende på kommunalt tverrfaglig samarbeid om barn og unge med psykiske problemer (Andersson, Røhme & Hatling, 2005).

## KUNNSKAP OG KOMPETANSE

### *Kunnskap om aktuell samarbeidsinstans, kompetanseoverføring/informasjonsutveksling*

Den formelle kompetansen er nødvendig men ikke tilstrekkelig for å gi brukerne et kvalitativt godt tilbud. Hensikt med samarbeid må være å utnytte hverandres kompetanse, eller den faglige plattformen de enkelte profesjonene jobber ut i fra. Gjennom felles anvendelse av denne kompetansen vil en kunne oppnå nye tilnærminger og nye perspektiver (Nordahl, 2003).

*"Tverrfaglig samarbeid er interaksjon mellom representanter fra ulike fag med et dobbelt formål; - sikre kvalitet i arbeidet ved at den samlede faglige kompetanse blir utnyttet maksimalt, og utvikle et felles kunnskapsgrunnlag på tvers av fag, og stimulere til faglig utvikling innen de bidragende fag" (Lauvås & Lauvås, 1998, side 47).*

En hindring for samarbeid er uvitenhet hos den enkelte yrkesgruppe om andre tjenester og lovverk. Flere rapporter har dokumentert samarbeidsproblemer som følge av for lite kjennskap til annen instans sitt kompetansefelt, (Andersson, Røhme, & Hatling, 2005; Bjørkly & Wicken, 2003), og at informasjons- og kunnskapsutveksling kan være viktig for å fremme samarbeid (Kvello & Wendelborg, 2002). Nordahl (2001) trekker frem betydningen av kompetanseoverføring og informasjonsutveksling i en artikkel som omhandler samarbeidet mellom barnevernet og skolen. Betydningen av kommunikasjon og økt kunnskap om aktuell samarbeidsinstans for samarbeidet mellom tjenester er for øvrig påpekt i flere nyere undersøkelser (Olsen, 2005; Fossum & Reistad, 2003).

### *Samarbeidskompetanse*

Mangel på tverrfaglig kunnskap vil kunne være en barriere for helhetlige og sammenhengende tilbud til barn, unge og familier. Betydningen av samarbeidskompetanse er fremhevet i en nyere studie av det tverrfaglig barne- og ungdomsarbeidet i kommunen (Faldet, 2004). Betydningen av samarbeidskompetanse er også dokumentert når det gjelder samarbeid mellom 1.-og 2. linjetjenester (Capjon et al., 1998; Haugstvedt et al., 1998a).

## 8.5.2 Oppsummering om tiltak og modeller for bedre samarbeid

Forskningsoversikten omfatter dokumenterte erfaringer fra utprøving av ulike modeller og tiltak for å oppnå samarbeid mellom tjenester for barn, unge og familier. Kunnskapsgrunnlaget viser stor bredde, både i forhold til målsetting, hvilke typer tiltak som er utprøvd, og i hvilken grad tiltakene har vært vellykkede.

### *Tiltak for å styrke barns oppvekstmiljø*

Kunnskapsgrunnlaget dokumenterer erfaringer fra ulike program, der utvalgte kommuner er tilført statlige midler å få til en bedre samordning av tjenester og innsats for barn og unge. Evalueringer gir oversikt over gode eksempler fra tiltaket, som blant annet omfatter samarbeid mellom ungdomsskole og kulturavdeling, samarbeid mellom kommunen og politiet for å forebygge vold og ungdomskriminalitet, og samarbeid med idrettslag for å inkludere barn i idrett (Carlsson, 2002).

### *Organisering av tjenester som tiltak i kommunalt forebyggende arbeid*

Det er utprøvd flere tiltak relatert til det kommunale forebyggende arbeidet, som har omfattet nye måter å organisere tjenester på. Eksempler er forsøksprosjekt med ressurs-helsestasjon (Berge et al, 2004), samt etablering av tverretattlig aksjonsgruppe, der en fokuserte spesielt på forholdet mellom barnevernet og andre instanser (Carlsson, 2005). Kjernegruppe, eller tverrfaglig oppfølgingsteam er et annet eksempel på et tiltak som er utprøvd for å styrke samarbeid om risikoutsatte barn og unge. (Berglien & Skovly, 2005).



Mens forsøk med ressurs-helsestasjon og aksjonsgrupper ikke har gitt de store positive effektene, viser evaluering av samarbeid i form av kjernegrupper til svært positive erfaringer. Prosjekt med opprettelse av oppvekstgrupper ble utprøvd i Lillehammer kommune i perioden 2001 til 2003. Oppvekstgrupper var en formell organisering av tverrfaglig samarbeid for barn og familier. Parallelt med etablering av gruppene ble det gjennomført et kompetanseoppbygningsprogram i kommunen. Erfaringer fra prosjektet er positive, - og viser blant annet at arbeidet har hatt en strukturell betydning for arbeidet med barn og unge i Lillehammer kommune (Rønningen, 2002).

Flere andre former for lokal utprøving av organisasjonsformer i forebyggende arbeid er gjennomført og rapportert på slutten av 90 – tallet; tverrfaglige samarbeidsteam (Bakken et al., 1999), tverretatlige samarbeidsgrupper for barn og unge utsatt for seksuelle overgrep (Eidheim, 1996), bekymringsteam (Iversen & Havnen, 1996) og utvidet helsestasjon (Carlsson, 1996).

Evalueringer av fra disse tiltakene viser at erfaringene er varierte. Problemer har vært relatert til svak forankring og prioritering av team (Bakken et al., 1999), uklare ansvarsforhold, samt vage og tvetydige målsettinger (Eidheim, 1996). Bekymringsteam var et forsøk på å etablere et formalisert samarbeid mellom barnevernet og PP- tjenesten. Resultater fra evaluering av tiltaket tyder på at hjelpetiltak er bedre koordinert mellom PP- tjenesten og barnevernet etter etableringen av teamet (Iversen & Havnen, 1996). Såkalt utvidet helsestasjon var en måte å organisere tverrfaglig samarbeid rundt barn og unge på som er utprøvd i Sandefjord. Helsestasjonen hadde et team bestående av fem fagpersoner; en prosjektleder, to helsesøstere, en førskolelærer og en barnevernspedagog. Evaluering av modellen som en måte å organisere forebyggende arbeid på var positiv. Viktige tiltak i denne sammenheng var tilføring av ressurser, komplementær og likeverdig kompetanse hos medlemmer i teamet, felles kultur og en tydelig leder (Carlsson, 1996).

Annet forskningsarbeid som har fokusert på betydningen av den interne organiseringen i den kommunale forvaltningen, har vist et behov for å skape større enheter i hjelpeapparatet i små kommuner, da dette vil styrke kvaliteten i det kommunale hjelpeapparatet (Kvelling & Wendelborg, 2002).

Familiesenterprosjektet er et nyere forsøk med etablering av et tverretatlig lavterskeltilbud i kommunen. Tilbudet er forebyggende på flere nivå, blant annet gjennom innføring av åpen barnehage, helsestasjoner med tidlig kartlegging, ulike typer foreldrekurs, og tverrfaglige team med ansvar for veiledning og oppfølging av barn, unge og familier med særskilte behov. Delrapportering fra evaluering av forsøket viser at tiltaket har en positiv effekt, ved å bidra til en dreining fra flerfaglighet til tverrfaglighet i familiesenterkommunene (Haugland, 2004).

Fra en fersk evalueringsrapport fra Ski kommune (Selbekk, et al., 2005), fremkommer en rekke positive erfaringer med SLT- arbeidet. Kommunene har gjennom dette arbeidet etablert nye arenaer for samarbeid og koordinering av kriminalitetsforebyggende arbeid, blant annet ved å involvere frivillige organisasjoner, ungdommer selv og foreldre. Ski kommune kan også vise til et bedre samarbeid mellom politi og kommune. En SLT-koordinator har hatt en viktig rolle i dette arbeidet. I evalueringsrapporten pekes det på flere sentrale utfordringer i videre arbeid med SLT- modellen, som blant annet kartlegging av barn og unges situasjon og behov, videre arbeid rette mot et aktivt lokalsamfunn og at en sikrer ungdommer stemme i arbeidet, styrke arbeidet med ungdom som formidlere av kunnskap.

#### *Ressursteam for styrket samarbeid mellom BUP og barnevern*

Utfordringer i samarbeidet mellom barnevernet og BUP har vært utgangspunkt for et 3- årig prosjekt gjennomført i Oslo kommune, med opprettelse av et ressursteam. Hovedmålsettingen var å styrke samarbeidet mellom instanser som jobber med barnevernsklinter med alvorlige sammensatte vansker. Evalueringer av teamet posisjon og funksjon er varierte, og viser blant annet at både respondenter og informanter var usikre på hvilke arbeidsoppgaver teamets skulle utføre, og at teamet ikke hadde bidratt til i større grad å mobilisere psykisk helsevern inn i vanskelige klientsaker. Mye tyder på at målsetting med teamet, og ansvarsforhold var for dårlig avklart (Waal, 2001).

*Organisering av samarbeidet om folkehelse*

Det har vært gjennomført tiltak for å evaluere ulike modeller for samarbeid mellom statlige instanser, fylkeskommunen, kommunene og frivillige organisasjoner på region/fylkesnivå. Følgeevaluering fra denne satsningen bidrar med kunnskap om hvordan man kan forbedre samarbeidet mellom offentlig og frivillig sektor i det helsefremmende arbeidet. Evalueringen finner ikke grunnlag for at det er en ideell måte å organisere samarbeidet om folkehelse på, organiseringen blir best dersom den tenkes nøye igjennom og tilpasses lokale forhold. Viktige forutsetninger i denne sammenheng er god lokalkunnskap, kunnskap om maktforhold (Kongsvold et al., 1999)

*Etterutdanningstiltak, styrking og kompetansebygging i kommunen*

Ulike tiltak for å heve kompetanse i tverrfaglig samarbeid viser at kompetansebygging er et viktig virkemiddel for iverksetting av strukturelle prosesser, blant annet ved at de etableres en felles faglig plattform, og helhet og sammenheng i tjenester (Rønningen, 1999; Lillemyr et al., 1998; Lillemyr et al., 2000). Erfaringer fra et prosjekt gjennomført i Telemark (Kolffjord & Albretsen, 1997) for å styrke tverrfaglig forebyggende arbeid i kommunen, gir imidlertid eksempler på flere faktorer som har en hemmende effekt på tverrfaglig samarbeid; som utskifting og omorganisering av stillinger, flat organisasjonsstruktur, uklar rolle og ansvarsfordeling, samt svak forankring i ledelsen, samt taushetsplikten (Kolffjord & Albretsen, 1997).

Det finnes også eksempler på prosjekt rettet spesifikt mot samarbeid mellom barnehage og skole for å forbygge risikoatferd hos barn. Tiltak omfatter i denne sammenheng utvikling av rutiner for kunnskapsutveksling fra barnehage til skole, økt tverrfaglig kompetanse hos de ansatte, samt utvikling av hensiktsmessige modeller for tverrfaglig samarbeid. Erfaringer fra dette prosjektet gir forslag til områder det er nødvendig å jobbe spesifikt med for å lykkes i samarbeid mellom barnehage og skole; gjensidig respekt for hverandres kompetanse, koordinering av innsats og ansvar mellom partene, samt etablere rutiner for informasjonsutveksling (Løge, et al., 2003).

## 8.6 Internasjonal forskning

Avslutningsvis i denne litteraturoversikten, over faktorer som fremmer og hemmer samarbeid mellom tjenester for barn og unge, ser vi på internasjonal forskning på feltet. Det er skrevet en rekke oversiktsartikler på området, spesielt i Storbritannia. For en komprimert oversikt vil framstillingen konsentreres om disse.

### 8.6.1 Søkelyder og søkeord

Vi har tatt utgangspunkt i en oversiktsartikkel av Sloper (2004) som gjennomgår en rekke andre oversiktsartikler, blant annet vedrørende faktorer som hemmer og fremmer samarbeid i forhold til såkalte koordinerte multi-agency services i Storbritannia.

I søk etter flere aktuelle artikler, og fra andre land, gjorde vi litteratursøk med samme søkeord som i Slopers artikkel: "multi-agency", "interagency", "multidisciplinary", "interdisciplinary", "joint working", "team working" og "review". Søket var begrenset til ord i Abstract, og artikler vedrørende aldersgruppen 0-18 år. Litteratursøket ble gjort i følgende databaser: ERIC, PsychINFO, Sociological Works Abstract, Medline og Cochrane Library.

Ved denne framgangsmåten fant vi noen flere oversiktsartikler, i hovedsak fra Storbritannia. Vi fant ingen relevante arbeider fra Sverige eller Danmark.

For øvrig ble det gjort søk på Google for å finne relevante offentlige utredninger i Storbritannia. Det ble også gjort søk på "multi-agency services" på Google, noe som resulterte i en fersk rapport fra Storbritannia vedrørende slike tjenester til barn og unge (Anning, 2005).

### 8.6.2 Ulike modeller for å oppnå helhetlige tjenester

Såkalte multi-agency services dreier seg om flere modeller, der alle har som mål å få til mer helhetlige tjenester. Ifølge treff i vårt litteratursøk synes dette å være et sentralt begrep, først og fremst i Storbritannia. Multi-agency services benyttes for å samordne tjenester på lokalt nivå; enheter og team av profesjonelle og annet personell som jobber sammen for å tilby en tjeneste som til fulle møter behovet hos barn, unge og foreldrene deres. Tilsvarende i Norge finner vi eksempler på tverretattlig eller tverrfaglig samarbeid, samarbeid mellom forvaltningsnivåer, eller samarbeid mellom det offentlige og frivillige organisasjoner. Ettersom multi-agency services synes å innebære alle disse aspektene, velger vi her å referere til: helhetlige tjenester eller helhetlig virksomhet, som etter hvert er kjente begrep i norsk sammenheng (for eksempel NOU 2004:18, Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene). For øvrig er samordning og samhandling mellom tjenester uttrykk som er mye brukt i Norge når man beskriver arbeidet med å få til et helhetlig tilbud til pasienten eller brukeren (NOU 2005:03).

I Storbritannia legger det såkalte "Change for children-programme" til rette for multi-agency services i forhold til stadig flere områder som vedrører tidlig intervensjon og forebyggende arbeid. Ifølge offentlige utredninger: Every Child Matters (2003) og The Children Bill (2004), prioriteres et integrert perspektiv i tjenestene. Det går fram at denne metoden blir stadig mer vanlig innen skole, helse, kriminalitetsforebygging, sosiale tjenester, ungdomsarbeid, frivillig sektor, og andre forebyggende tjenester. Sloper (2004) sin oversiktsartikkel tar for seg hemmende og fremmende faktorer i koordinerte multi-agency – eller helhetlige tjenester.

### 8.6.3 Vel dokumentert behov for samarbeid

Ifølge Sloper (2004) er behovet for multi-agency tilknytning mellom helse, skole og sosialtjeneste vel dokumentert i forskning på ulike tjenester til barn og unge. Kravene som stilles til familiene til barn og unge, når det gjelder å forholde seg til mange ulike tjenester er også vel dokumentert i slike studier, så vel som vanskene med å få informasjon om de ulike tjenestenes roller, problemer med ulike og motstridende informasjon eller råd, og sannsynligheten for at barnas og familienes behov faller mellom ulike tjenester. Foreldre og barns syn på tjenestene de mottar, viser behovet for en koordinert tjeneste som tilbys gjennom en "nøkkelperson", en navngitt person eller en såkalt "link worker". Dette er noe man har sett i over 20 år. Likevel viser forskning stadig vekk til mangelen på koordinerte helhetlige tjenester, mangelen på nøkkelpersoner i mange tjenester, og til det faktum at tjenester til barn og unge fortsatt er fragmentert.

Ifølge Sloper er det mange grunner til dette. For å få til helhetlige tjenester kreves endringer i forhold til hvordan den enkelte praktiserer (individnivå) i tillegg til endringer på organisasjonsnivå, og i organiseringen mellom tjenester. Dette er en utfordring ettersom mange misliker endring, og det utfordrer folks profesjonelle ståsted.

I Sloper sin oversiktsartikkel stilles følgende spørsmål: Hvilke modeller for helhetlige tjenester (multi-agency working) finnes i praksis? Hvilken dokumentasjon fins det for at helhetlige tjenester gir et bedre tilbud til brukerne? Hvilke faktorer fremmer, og hvilke faktorer hemmer en helhetlig tjeneste?

### 8.6.4 Ulike modeller for å oppnå en mer helhetlig tjeneste

Sloper gir en oversikt over ulike modeller for helhetlige tjenester, basert på tre studier av henholdsvis Cameron et al. (2000), og Atkinson et al. (2002) samt Watson et al. (2000, 2002). Modellene er som følger: 1. "Strategic level working" – felles planlegging, beslutning og iverksetting, 2. "Consultation and training" – der fagpersonell fra en tjeneste tilbyr konsultasjon eller opplæring/veiledning overfor en annen tjeneste, 3. "Placement schemes" – som innebærer fagstillinger på tvers av tjenester, 4. "Centre based service delivery", der

fagpersoner fra ulike tjenester arbeider sammen på ett sted, men ikke nødvendigvis sammen om tjenester overfor bruker, 5. "Co-ordinated service delivery", der det vanligvis er en koordinator, for eksempel en koordinator for helsefremmende skoler. Her opererer koordinator mellom strategiske og operasjonelle nivåer, men tjenesten levert til barn og familier, leveres fremdeles av personell i tjenestene som ikke nødvendigvis har kontakt med hverandre, men som får kunnskap om de andre tjenestenes arbeid gjennom koordinatoren, 6. "Multidisciplinary and multi-agency teams", som er team som jobber på tvers av fag og tjeneste, inkludert prosjekter der faggrupper fra ulike tjenester jobber sammen på en dag-til-dag basis, og 7. "Case or care management", der en identifisert person har ansvaret for å sikre koordinert tjeneste til familier.

Det er kun i den sistnevnte modellen: "Case or care management" at man sikrer at tjenesten faktisk er koordinert når den tilbys til barnet/familien. De andre modellene er, ifølge Sloper, mer fokusert på organiseringen av fagpersonell *innad* i tjenestene, og hvordan de skal bidra til mer kommunikasjon og forståelse mellom profesjoner i de ulike tjenestene. Dette sikret imidlertid ikke en koordinert tjeneste til brukeren. De øvrige modellene fungerte derfor mindre optimalt i forhold til å gi en koordinert tjeneste.

Watson et al. (2000, 2002) har en bredere tilnærming for å klassifisere multi-agency services. De identifiserer tre kategorier av samarbeid, basert på hvordan de ulike faggruppene jobber sammen. Watson ser dette i sammenheng med i hvilken grad tjenestene har en helhetlig tilnærming til familiens behov, og hvordan det jobbes med familien.

Watson beskriver følgende modeller for multi-agency services: 1. "Multidisciplinary working" (tverrfaglig virksomhet) mellom fagpersoner som jobber innen en enkelt tjeneste, der det fokuseres på prioriteringer i den aktuelle tjenesten, og der koordinering med andre tjenester er sjelden, 2. "Interdisciplinary working", der fagpersoner fra ulike tjenester gir en separat vurdering av behov hos barn/familie, og møtes for å diskutere funn, og hva man skal foreta seg. Koordinering kan gjøres ved såkalte "multi-agency panel", men fokuset er først og fremst på barnets behov heller enn en helhetlig tilnærming til hele familiens behov, 3. "Transdisciplinary working", der medlemmer av ulike tjenester jobber sammen, deler målsettinger, informasjon, oppgaver og ansvar. Dette antas å være en mer holistisk tilnærming som er sentrert på barnets og familiens behov, med en "primary provider", som spiller en nøkkelrolle i design og levering av et enhetlig behandlingsprogram.

#### 8.6.5 Finnes det dokumentasjon på at helhetlig virksomhet gir bedre tjenester?

Sloper's andre spørsmål var om det var tilstrekkelig dokumentert at helhetlig virksomhet gir et bedre tilbud til brukerne. Her har Cameron og medarbeidere (Cameron et al., 2000) gjort en systematisk review som konkluderer at det fins lite bevis for at helhetlig virksomhet har vesentlig effekt på brukerne, og at de få evalueringene som har blitt gjort, ikke holdt metodisk mål. Studiene konsentrerer seg dessuten ofte om faggruppens perspektiver, noe som gir nyttig informasjon om prosessen, men som ikke gir valid dokumentasjon vedrørende utfall for brukerne. En modell som er dokumentert bedre enn andre er "multi-agency key worker system" for funksjonshemmede barn. Her viser det seg at familier som har en "nøkkelperson" (koordinator) rapporterer bedre livskvalitet, bedre forhold til tjenestene, bedre og raskere tilgjengelighet til tjenestene samt redusert stress (Liabo et al., 2001).

"Team working" er en annen helhetlig modell, der man har identifisert resultat for brukerne. Ifølge Borrill et al. (2002) sin gjennomgang av arbeid på området, konkluderes at det fins noe bevis for positive effekter av tverrfaglig jobbing i team innen helsetjenesten. Eksempelvis har studier rapportert at team i primærhelsetjenesten reduserer sykehusinnleggelse og kostnader, og gir en bedre tjeneste, inkludert bedre tilgjengelighet til helsetilbud, bedrer behandling og oppfølging, og bedrer personellens tilfredshet og motivasjon.

I en helt fersk studie av Abbot et al (2005 a) har man gjennom en 3-års periode sett på både prosessen og effekten av helhetlig virksomhet på familier med funksjonshemmede barn med komplekse og sammensatte behov. Funnene, basert på intervju med 25 foreldre og 18 barn, tyder på at tjenestene utgjorde en stor forskjell i forhold til det enkelt barns behov,

men at de i mindre grad var i stand til å møte andre behov som oppsto for barnet og familien, spesielt i forhold til sosiale og emosjonelle behov. Helhetlig virksomhet syntes å tilføre en positiv, men ikke vesentlig, forskjell i livet til familiene.

I en parallell studie har Abbot et al (2005 b) foretatt intervju med 115 fagpersoner. Studien konkluderer med at man var veldig positiv i forhold til å arbeide som en del av en helhetlig tjeneste. Personellet rapporterte bedring i forhold til fagutvikling, kommunikasjon, samarbeid med kolleger, og relasjonene med familier med funksjonshemmede barn. Samtidig var personellet av den oppfatning at effekten av helhetlig tjeneste for funksjonshemmede barn og deres familier var begrenset.

#### 8.6.6 Faktorer som fremmer helhet i tjenestene

Sloper (2004) finner at på organisasjonsnivå er det en rekke nøkkelfaktorer som virker gunstig i forhold til organisering av helhetlige tjenester. Sloper finner slike faktorer i planlegging, implementering og styring av tilbudet. Studier viser at i planlegging av tjenesten, fremmes helhetlig virksomhet av følgende kriterier:

- Klare og realistiske mål som er forstått og akseptert av alle involverte tjenester
- Klart definerte roller og ansvar, slik at alle forstår hva som er forventet av dem og av andre, samt klare linjer for ansvar
- Forpliktelse og involvering fra personellgruppene
- Sterkt lederskap, og en styrings- og ledelsesgruppe på tvers av tjenester
- Enighet om tidsplan for implementering av endringer, og en voksende tilnærming til endring
- Knytte prosjekter inn i andre planleggings- og beslutningsprosesser
- Sikre gode kommunikasjonssystemer på alle nivåer, med deling av informasjon og adekvate IT system

Ifølge studier som gjennomgås i Slopers oversiktsartikkel (2004), kreves implementering og styring av en helhetlig tjeneste, følgende:

- Deling av ressurser, inkludert administrativ support samt beskyttet tid for de ansatte for å delta i felles arbeid
- Rekruttering av personell med rett kunnskap og erfaring og tilnærming
- Felles opplæring og team bygging
- Passende support og veiledning av personell
- Evaluering av tjenesten, med metoder som gjennomgås jevnlig i lys av skiftende forutsetninger og ny kunnskap

Det er også dokumentert at kulturen i faggrupper eller i tjenester kan fremme samarbeid: forståelse, respekt for hverandres roller etc. er viktig.

#### 8.6.7 Faktorer som hemmer en koordinert helhetlig tjeneste

Mange av barrierene som er identifisert i Slopers oversikt, er mangel på, eller det motsatte av faktorer som virker gunstig på slik virksomhet: mangel på klarhet vedrørende roller og ansvar; forskjeller i organisatoriske mål, mangel på konsensus om mål, eller overambisiøse mål; mangel på forpliktelse og støtte fra ledelsen; dårlig kommunikasjon og informasjonsdeling; inadekvat eller inkompatible IT system; ikke-adekvate ressurser og mangel på felles budsjett; mangel på kontinuerlig opplæring; mangel på lederskap; mangel på tid for felles

arbeid; og negative profesjonelle stereotyper samt mangel på støtte og forståelse mellom personer og tjenester. I tillegg, har man funnet andre faktorer som hindrer felles arbeid:

- Hyppig reorganisering
- Høy turnover
- Mangel på kvalifisert personell
- Økonomisk usikkerhet, vanskeligheter med å holde på initiativ når finansiering opphører, og vansker med å sikre likhet mellom tjenester
- Ulike yrkesmessige ideologier og ulike kulturer i tjenestene.

I en fersk rapport fra the Economic and Social Research Council i Storbritannia (Anning, 2005), undersøkes fem multi-agency team vedrørende tjenester til barn og unge som dekker ungdomskriminalitet, psykisk helse, spesielle behov for barn under fem år, nevro-rehabilitering og måling av utvikling. Det konkluderes at det er en kompleks utfordring å få til effektivt multi-agency teamwork – først og fremst å få til effektiv ledelse av slike team, samt det å takle endringer er to hovedutfordringer. Studien fant at vanskelighetene kan knyttes til følgende forhold:

- Det stilles store krav til faggruppene i forhold til å tenke gjennom sine roller og å skifte til andre typer av aktiviteter og andre typer praksiser
- Mens man nå skal dele informasjon, måtte man tidligere holde på informasjon overfor andre enn spesialister på området, som hadde en ekspertforståelse både i språk og praksis
- Forsøk på å dele informasjon på en bredere basis kan skape angst og konflikt, og kan påvirke måten teamene jobber sammen (for eksempel medisinsk versus sosialarbeid)
- I felles møter der avgjørende beslutninger skal tas, kan ulike faggruppers faglige uttrykk og sjargong ekskludere andre
- Det kan oppstå forvirring med hensyn til hvordan man på best måte bruker generalist og spesialist innen teamene. Ulik betaling og arbeidsbetingelser kan skape problemer dersom man ikke behandler dem åpent, og har en strategisk plan
- Endrede roller kan true faggruppens oppfatning av dem selv som spesialister når teamene går inn for å skape generalister i større grad enn det som har vært før
- Enkelte snakker om at det oppstår en kreativ energi gjennom jobbing i team, og at faggrupper følte at deres nye fagkunnskap fremmet deres karrieremulighet og bedret brukernes erfaringer med tjenestene
- Andre, og særlig spesialistene (for eksempel lærer, sykepleier) følte at de hadde mistet en identitet

Lyne et al. (2001) har gjort systematisk gjennomgang av studier av hvorvidt det finnes effektive metoder for å fjerne barrierer for å få til helhetlige tjenestetilbud. De konkluderer med at det er veldig lite empirisk bevis for slike metoder. På den annen side er det bevis for at læring i grupper (heller enn separat) er effektivt for å redusere stereotyper om hverandre (for eksempel leger og sosialarbeidere). Videre er det noe bevis for at kvalitetshevingsprogrammer og opplæring på tvers av tjenester er effektivt.

Sloper konkluderer at samarbeid mellom tjenester skjer i en rekke sammenhenger, men at modeller som innebærer en koordinering mellom tjenestene gjennom en identifisert kontaktperson er mindre vanlig. Når det dreier seg om kontaktperson for familier med funksjonshemmede barn, fins det noe bevis for at dette gir positive resultat. Generelt fins det lite dokumenterte resultat vedrørende arbeid på tvers av tjenester, men noe bevis for at tverrfaglige team fører til forbedringer for pasienten, og for personellet's motivasjon. Ifølge Sloper trengs metodisk gode lokale evalueringer av multi-agency services som evaluerer effektene av ulike modeller i forhold til tilbudet for brukerne, både foreldre og barn.

### 8.6.8 Oppsummering internasjonal forskning

Behovet for samordning mellom helse, skole og sosialtjeneste er vel dokumentert i internasjonal forskning på ulike tjenester til barn og unge, og først og fremst i Storbritannia (Sloper, 2004). Foreldre og barns behov for en koordinert tjeneste er noe man har sett i over 20 år. Likevel viser forskning stadig vekk til mangelen på koordinerte, helhetlige tjenester, og til at tjenester til barn og unge fortsatt er fragmentert.

I Sloper sin oversikt over ulike modeller for helhetlige tjenester, er det kun i såkalt "Case or care management" at man sikrer at tjenesten faktisk er koordinert når den tilbys til barnet/familien. De andre modellene var mer fokusert på organiseringen av fagpersonell *innad* i tjenestene. Disse fungerte mindre optimalt i forhold til å gi en koordinert tjeneste.

Cameron og medarbeidere (Cameron et al., 2000) konkluderer at det fins lite bevis for at helhetlige tjenester har vesentlig effekt for brukerne, og at de få evalueringene som har blitt gjort heller ikke holdt metodisk mål. En kritikk er at studiene ofte konsentrerer seg om faggruppens perspektiver, noe som gir nyttig informasjon om prosessen, men ikke om tilbudet for brukerne. En modell som er dokumentert bedre enn andre er såkalt "multi-agency key worker system" for funksjonshemmede barn. Familier som har en "nøkkelperson" (koordinator) rapporterer bedre livskvalitet, bedre forhold til tjenestene, bedre og raskere tilgjengelighet til tjenestene, samt mindre stress (Liabo et al., 2001).

Sloper (2004) finner at det på organisasjonsnivå er en rekke nøkkelfaktorer som virker gunstig i forhold til organisering av helhetlige tjenester, i forhold til planlegging, implementering og styring av tilbudet. I planlegging av tjenesten, fremmes helhetlig virksomhet av følgende kriterier: klare og realistiske mål som er forstått og akseptert av alle involverte tjenester, klart definerte roller og ansvar, forpliktelse og involvering fra personellgruppene, sterkt lederskap samt styrings- og ledelsesgruppe på tvers av tjenester, enighet om tidsplan for implementering av endringer, knytte prosjekter inn i andre planleggings- og beslutningsprosesser, og å sikre gode kommunikasjonssystemer på alle nivåer, inkludert IT systemer.

Implementering og styring av helhetlige tjenester støttes av: deling av ressurser, rekruttering av personell med rett kunnskap, erfaring og tilnærming, felles opplæring og teambygging, passende support og veiledning av personell, og til slutt evaluering av tjenesten med metoder som gjennomgås jevnlig i lys av skiftende forutsetninger og ny kunnskap.

For øvrig er det dokumentert at kulturen i faggrupper eller i tjenester kan fremme samarbeid: forståelse, respekt for hverandres roller etc. er viktig.

Når det gjelder faktorer som hemmer helhetlig virksomhet, er det først og fremst mangel på, eller det motsatte av faktorer som virker gunstig på slik virksomhet: mangel på klarhet vedrørende roller og ansvar, forskjeller i organisatoriske mål, mangel på konsensus om mål, eller overambisiøse mål, mangel på forpliktelse og støtte fra ledelsen, dårlig kommunikasjon og informasjonsdeling, inadekvat eller inkompatible IT system, ikke-adekvate ressurser og mangel på felles budsjett, mangel på kontinuerlig opplæring, mangel på lederskap, mangel på tid for felles arbeid, og negative profesjonelle stereotyper samt mangel på støtte og forståelse mellom personer og tjenester.

I tillegg har man funnet andre faktorer som hindrer felles arbeid: hyppig reorganisering, høy turnover, mangel på kvalifisert personell, økonomisk usikkerhet, vanskeligheter med å holde på initiativ når finansiering opphører, og vansker med å sikre likhet mellom tjenester, og til slutt ulike yrkesmessige ideologier og ulike kulturer i tjenestene.

I en fersk rapport fra Storbritannia (Anning, 2005), knyttes utfordringene og vanskene i forhold til å få til helhetlige tjenester til en rekke forhold: a) Krav til faggruppene i forhold til å tenke gjennom sine roller, skifte aktiviteter og praksis. B) Nå skal informasjon deles, mens man tidligere holdt på informasjon. C) Forsøk på å dele informasjon på en bredere basis kan skape angst og konflikt. D) I felles møter kan ulike faggruppers faglige uttrykk og sjargong ekskludere andre. E) Det kan oppstå forvirring med hensyn til hvordan man på best måte bruker generalist og spesialist innen teamene, og ulik betaling og arbeidsbetingelser kan skape problemer. F) Endrede roller kan true faggruppens oppfatning av seg selv som spe-

sialister når teamene går inn for å skape generalister. G) Noen opplevde å bli kreativ ved jobbing i team h) Andre, og særlig spesialistene følte at de hadde mistet en identitet.

Sloper (2004) konstaterer at det trengs metodisk gode evalueringer som er i stand til å dokumentere effektene av ulike modeller i forhold til tilbudet for brukerne, både foreldre og barn.



## 8.7 Litteraturoversikt. Forhold som hemmer/fremmer samarbeid om barn og unge

Tabell 8.2 Kunnskapsgrunnlaget – undersøkelser der en har studert faktorer som hemmer/fremmer samarbeid.

<b>Litteraturoversikt</b>	
<b>Forfatter</b>	<b>Andersson, Røhme, &amp; Hatling (2005)</b>
Tittel:	<i>Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge med psykiske vansker – Opptappingsplanens effekt på psykisk helsearbeid i kommunene</i>
Mål/problemstillinger:	Studerer virkninger av Opptappingsplanen for psykisk helse i forhold til tilgjengelighet til tjenester for barn og unge med psykiske vansker. Delproblemstilling: Hvordan fungerer samarbeid mellom hhv. helsesøstertjenesten og PP- tjenesten – og andre instanser? Hva er evt. årsak til at samarbeid ikke fungerer?
Metode og informanter:	A) Kvantitativ og B) Kvalitativ. Kartleggingsundersøkelse gjennomført av helsesøstere i 59 kommuner, og fagpersoner ved PP- tjenesten i 48 kommuner. Vurderinger på individnivå av funksjonalitet i samarbeid med annen instans. Omfatter 2370 barn/unge vurdert av helsesøster, og 2417 barn/unge vurdert av PPT
Faktorer som fremmer:	Samlokalisering, økt kunnskap om hverandres tjenester
Faktorer som hemmer:	"For få møtepunkter", "uenighet i forståelse og iverksetting av tiltak", ressursknapphet
<b>Forfatter</b>	<b>Bjørkly &amp; Wicken (2004)</b>
Tittel:	<i>Barne- og ungdomspsykiatri i krise?</i>
Mål/problemstillinger:	Samarbeidet mellom 1. og 2. linjetjenesten – om barn med psykiske problemer
Metode og informanter:	Kvalitative intervjuundersøkelse omfatter 14 respondenter. Spørreskjemaundersøkelse
Faktorer som fremmer:	Relasjoner/relasjonsbygging, stillingsstabilitet, grad av relevant videreutvikling
Faktorer som hemmer:	Tid og ressursmangel, uklare roller
<b>Forfatter</b>	<b>Bjørkly, &amp; Wicken (2003)</b>
Tittel:	<i>Samarbeid i utvikling, - samarbeid i kommunene</i>
Mål/problemstillinger:	Samarbeid i kommunene – om barn med psykiske problemer
Metode og informanter:	Kvalitative intervjuundersøkelse i to kommuner
Faktorer som hemmer:	Organiseringen av hjelpetjenester for barn og unge- et fragmentert tilbud. For lite kunnskap om andre instansers kompetanse, mål og oppgaver. Manglende samkjøring av planer. For lavt kunnskapsnivå om psykososial problematikk blant fagpersoner i kommunen.
<b>Forfatter</b>	<b>Blindheim (2001)</b>
Tittel:	<i>Barrierer i tverretattlig samarbeid særlig med vekt på flyktningebarn</i>

Forts. tabell 8.2

Mål/problemstillinger:	Synliggjøre og kartlegge eventuelle barrierer i tverretattlig samarbeid mellom faggrupper som arbeider med flyktningebarn
Metode og informanter:	Spørreskjemaundersøkelse blant fagfolk innen barnvern, helsestasjoner, skole, barnehage, PPT og flyktningekontorer. Spørreskjemaene ble besvart av i alt 67 personer
Faktorer som fremmer:	Godt lederskap. Klare mål, god planlegging, uttalte forventninger og åpenhet, faste, formaliserte møter mellom etatene

---

<b>Forfatter</b>	<b>Capjon, et al., (1998); Haugstvedt, et al., (1998a)</b>
Tittel:	<i>Habilitering av barnehagebarn med funksjonshemning. Den gode viljen – den vanskelige tverrfagligheten.</i>
Mål/problemstillinger:	Fremme forslag til tiltak for å bedre den tverrfaglige /tverretattlige habiliteringen knyttet til integrering av barnehagebarn med funksjonshemninger. Delmål er å beskrive og drøfte ulike forhold som kan være bestemmende for kommunikasjonen mellom samarbeidspartnere og kvaliteten av tverrfaglige habiliteringstiltak til førskolebarn med spesielle behov.
Metode og informanter:	a) Kvalitative intervju med foreldre, fysioterapeuter, spesialpedagoger og ekstrahjelp for 14 funksjonshemmede barn, b) telefonintervju med fysioterapeuter og spesialpedagoger i samtlige habiliteringsteam i landet, c) spørreskjemaundersøkelse blant barnehage/skolesjefer, og helsesjefer fysioterapeuter og spesialpedagoger i seks fylker
Faktorer som fremmer:	Formalisering av, - og forpliktende tverrfaglig samarbeid, god kommunikasjon mellom involverte parter, god kjennskap til hverandre samarbeidsmåter og arbeidsområder, likeverdig deltagelse fra den enkelte, kompetanse om tverrfaglig samarbeid, samlokalisering.
Faktorer som hemmer:	Manglende kommunale strukturer for ansvar, planer og evaluering av tverrfaglig samarbeid om tiltak for barn i målgruppen.

---

<b>Forfatter</b>	<b>Faldet (2004).</b>
Tittel:	<i>Forebyggende barnvern og tverrfaglig samarbeid i Bydel Sagene Torshov</i>
Mål/problemstillinger:	Hvordan fungerer barnevernet i lys av målsettinger om forebygging og om tverrfaglig samarbeid, hvilke endringer har skjedd etter en omorganiseringsprosess, hvilke faktorer fremmer barnevernets arbeid for et godt barnevern, evt. hva hemmer dette
Metode og informanter:	Fokusgruppeintervju med i alt 29 personer; fra barneverntjenesten, helsestasjon, barnehage, skole, fritidssektor
Faktorer som fremmer:	Organisering av tjenester som gir tverrfaglige møteplasser- ansatte blir bedre kjent/får ny kunnskap om hverandre, felles møteplasser- instanser /aktører møtes som likeverdige deltagere, politisk enighet om satsing på helhetlig og tverrfaglige tiltak, kunnskap om hverandre, respekt for hverandres roller, likeverdighet i samarbeidet, samarbeid forankret i administrativ og politisk ledelse, stillingsstabilitet

Forts. tabell 8.2

<b>Forfatter</b>	<b>Fossum, &amp; Reistad (2003)</b>
Tittel:	<i>Samarbeid ambulant miljøterapi og skole.</i>
Mål/problemstillinger	Samarbeide mellom ambulant miljøterapi og skole
Metode og informanter	Kvalitativ intervjuundersøkelse
Faktorer som fremmer:	Økt deltagelse fra lærer- og administrativt nivå. Kompetanse-overføring Kunnskap om aktuell samarbeidsinstans
<b>Forfatter</b>	<b>Grøgård et al., (2004).</b>
Tittel:	<i>Eleven i fokus?</i>
Mål/problemstillinger:	Kartlegge og analysere elevers, foreldres, og læreres vurderinger av opplæringen for elever med spesialundervisning etter enkeltvedtak, samt skolelederens, læreres og foreldres vurderinger av tjenestetilbudet fra PPT og Statped.
Metode og informanter:	Spørreskjemaundersøkelse blant elever, foreldre, lærere og skoleledere i fem fylker.
Faktorer som hemmer:	Kompetansekonflikt (pedagoger uttrykker skepsis til psykologisk og spesialpedagogisk kompetanse (posisjons/rollekonflikt, manglende treffsikkerhet i tiltak (hjelpen gis ikke der lærere har bruk for den)
<b>Forfatter</b>	<b>Helsedepartementet – arbeidsgruppe (2002)</b>
Tittel:	<i>Statlig spesialpedagogisk støttesystem (Statped) og barnehabiliteringstjenesten. Tjenester til barn og unge under 18 år med sammensatte lærevansker. En kartlegging av oppgaver og samhandling.</i>
Mål/problemstillinger	Gjennomgå å kartlegge tjenester som ytes til barn og unge under 18 år med ulike sammensatte lærevansker fra Statped og barnehabiliteringstjenesten. Gi en oversikt over andre aktuelle tjenester, samt forslag til tiltak i de aktuelle tjenestene som kan gi bedre samarbeid og samordning mellom de aktuelle tjenesteytere
Metode og informanter:	Kartleggingsundersøkelse ved landets 22 barnehabiliteringstjenester. I tillegg er årsplaner og årsmeldinger for Statped gjennomgått.
Faktorer som fremmer:	Samarbeidsavtaler, ansvarsavklaringer
Faktorer som hemmer:	Konkurrerende, overlappende tjenester, ulik faglig basis, ulik lovmessig forankring, ulik geografisk inndeling, strukturelle forhold ved tjenestene
<b>Forfatter</b>	<b>Høyvik, (1996)</b>
Tittel:	<i>Barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien. Samarbeid eller henvisning?</i>
Mål/problemstillinger:	Barnevernet sin praksis når det gjelder henvisninger til psykisk helsevern for barn og unge, og forventning er og refleksjoner hos barnevernarbeidere i forhold til dette. Hvorfor vil barnevernet samarbeide med BUP, og hva er innholdet i samarbeidet? Hvordan oppfatter barnvernet BUP sin rolle?

Forts. tabell 8.2

Metode og informanter: Kvalitative intervju med 12 barnevernarbeidere fra seks kommuner

Faktorer som hemmer: Ulike rolleforventninger. Manglende felles forståelse for faglige tilnærminger, metoder og arbeidsmåter

---

**Forfatter** **Kvello & Wendelborg (2002)**

Tittel: *Nasjonal evaluering av skolefritidsordningen*

Mål/problemstillinger: Hvordan er samspillet mellom SFO, hjemmet og andre viktige arenaer?

Metode og informanter: A. Kvantitativ og B. Kvalitativ. A. 855 Foreldre (SFO), 163 ansatte SFO, 48 rektorer (tilknyttet SFO), 43 barnehagestyrere, 54 ledere PPT, barneverntjenesten, helsesøstertjeneste, 18 oppvekst/skoleleder

B. Intervju av 40 foreldre, 16 SFO ansatte, 4 rektorer, 4 barnehagestyrere, fire repr. fra oppvekstledelse, 14 repr. fra hjelpeapparat

Faktorer som fremmer: SFO organisert som et oppvekstssenter

Faktorer som hemmer: Mangel på *systemisert* samarbeid mellom SFO, skole og barnehage. Lite formelle samarbeidsrutiner mellom SFO og hjelpeapparatet. Mangelfull utveksling av kunnskap om barns særskilte behov. Hjelpeapparatet i kommunen for lite synlig for SFO, - overfor barn med særskilte behov.

---

**Forfatter** **Løge et al., (2003)**

Tittel: *Hva skjer ved overgangen barnehage- skole?*

Mål/problemstillinger: Bidra til å skape en god overgang for alle barn fra barnehage til skoleforebygge utvikling av risikoatferd

Metode og informanter: Kvantitativt og kvalitativt. Spørreskjema: 81 foreldre, 4 rektorer, 3 sos. lærere, 13 Sfo leder/ansatte 18 bhg.styrere, 43 ped.ledere. Intervju: 3 rektorer, 3 bydelsadm., 3 PPT, 2 ped.fagsenter

Faktorer som hemmer: Uklar forankring av ansvar for forebyggende tiltak

Faktorer som fremmer: Tilføre skolen kunnskap om hva barnevernet kan bidra med, formalisere samarbeidet, ledelse er involvert og ansvarlig

---

**Forfatter** **Lichtwarck & Horverak (2003)**

Tittel: *Et barnevern som når mange barn? – En evaluering av barneverntjenesten i Rana*

Mål/problemstillinger: Samarbeidspartneres vurdering av barnevernet, samt de ansatte i barneverntjenesten sin vurdering av egen virksomhet.

Metode og informanter: Undersøkelsen er basert på intervju med fagpersoner fra barnevernet (9), samt respondenter fra barne – og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, PP- tjenesten, helsestasjon, barnehager, skoler og politi.

Faktorer som fremmer: Barnevern- skole, politi, PPT og BUP: Hyppig og vedvarende kontakt (kontinuitet i kontakt) mellom personer fra de ulike fagetater.

Barnevern- skole og politi: opplevelse av likeverdighet i samarbeidet, klar ansvars- og arbeidsdeling.

forts. tabell 8.2

Faktorer som hemmer: Barnehagen.; Ikke hyppig nok kontakt, uklar ansvarsfordeling  
PPT og BUP: faglig uenighet, spesielt ift prioriteringer i BVT)

---

<b>Forfatter</b>	<b>Leinslie (2004)</b>
Tittel:	<i>Om formelt og uformelt samarbeid mellom barnevernsvakt og politi</i>
Mål/problemstillinger	Hvordan barnevernsvakta og politiet opplever samarbeidet seg imellom
Metode og informanter:	Intervju med en to informanter, - en fra politiet og en fra barnevernsvakta
Faktorer som fremmer:	Sterk ledelse

---

<b>Forfatter</b>	<b>Lunde (2002)</b>
Tittel:	<i>"Om å hjelpe en anden"....: Samarbeid mellom PPT og lærere.</i>
Mål/problemstillinger:	Undersøke hvilke forhold som har betydning for at PPT og lærere skal kunne samarbeide om systemrettet arbeid i forhold til atferdsproblemer i skolen
Metode og informanter:	Intervju med seks lærere fra to skoler
Faktorer som fremmer:	Manglende kjennskap til hverandres kompetanse, maktballanse (autonomi hos lærerne)

---

<b>Forfatter</b>	<b>Løge, et al., (2003)</b>
Tittel:	<i>Hva skjer ved overgangen barnehage- skole?</i>
Mål/problemstillinger:	Forebygge risikoatferd hos barn ved overgangen fra barnehage til skole, og skape rutiner slik at overgangen blir best mulig for de impliserte parter.
Metode og informanter:	Evaluering gjennomført i 2002 og 2003, basert på spørreskjemaundersøkelse som omfattet barnehager (18 barnehagestyrere), 43 pedagogiske ledere, 206 foreldre, 4 rektorer/inspektører, 3 sosiallærere, 13 SFO- ansatte. I tillegg ble det gjennomført intervju med bydelsadministrasjonen (3), PPT (3), pedagogiske fagsenter (2).
Faktorer som fremmer:	Koordinering av innsats og ansvar mellom partene, rutiner for informasjonsutveksling, presisering av ansvar.

---

<b>Forfatter</b>	<b>Martinsen (1999)</b>
Tittel:	<i>Samarbeid mellom barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk og skole</i>
Mål/problemstillinger:	Økt kunnskap om hvordan lærer og pedagoger ved BUPÅ opplever samarbeidet
Metode og informanter:	Kvalitative intervju med fem lærere og fem kliniske pedagoger som har samarbeidet med BUP/skole
Faktorer som hemmer:	Manglende informasjonsutveksling, uklare roller og ansvarsfordeling, manglende ressurser i skolen.

forts. tabell 8.2

<b>Forfatter</b>	<b>Nordahl (2001)</b>
Tittel:	<i>Muligheter og utfordringer i samarbeidet mellom barnevern og skole</i>
Mål/problemstillinger:	Skolens betydning som oppvekstarena- og behovet for at barnevernet samarbeider tettere med skolen
Metode og informanter:	Teoretisk artikkel basert på data fra en doktorgradsavhandling.
Faktorer som fremmer:	Tilføre skolen kunnskap om hva barnevernet kan bidra med, formalisere samarbeidet, ledelsen er involvert og ansvarlig for samarbeidet
<b>Forfatter</b>	<b>Olsen (2005)</b>
Tittel:	<i>Om samarbeid barneverninstitusjon – skole</i>
Mål/problemstillinger:	Undersøke hvordan barneverninstitusjoner samarbeider med skoler i Nordland – hvordan samarbeidet organiseres, konkrete handlingsmønster, erfaringer og opplevelser
Metode og informanter:	Intervju med seks kontaktpersoner fra institusjonen, og sju personer fra skolen.
Faktorer som fremmer:	Felles mål, maktbalanse, medvirkningsmuligheter, god kommunikasjon, kunnskap om hverandres arbeidsformer og felles forventninger
<b>Forfatter</b>	<b>Raddum (1996)</b>
Tittel:	<i>Idealer og realiteter i tverretattlig samarbeid. En studie av samarbeidsrelasjoner mellom barnevernet og skoler, barnehager, PP-tjenesten og helsesøstertjenesten.</i>
Mål/problemstillinger:	Strukturelle og kulturelle forutsetninger for samarbeid med barnevernet
Metode og informanter:	Intervju med 24 informanter fra hhv. barnevern, skole, barnehage, PPT og helsesøstertjenesten
Faktorer som fremmer:	Formelle samarbeidsavtaler, "kulturell overensstemmelse"
<b>Forfatter</b>	<b>Rønbeck (2003)</b>
Tittel:	<i>Tverretattlig samhandling i spesialundervisningen</i>
Mål/problemstillinger:	Studie av samhandlingen mellom foreldre, lærere og andre profesjonsgrupper som er involvert i arbeidet med elever som får spesialundervisning, og som har behov for koordinert og tverrfaglig innsats
Metode og informanter:	Kvalitativt; intervju med foreldre og spesiallærere, arkivmateriale, observasjoner av ansvarsgruppemøter, og av 4 elever i skolesituasjon

Forts. tabell 8.2

Faktorer som hemmer: Ulik problemforståelse, kulturforskjeller, mangler overordnet system som sørger for at rammebetingelser spiller sammen, både på organisasjons- og kommunenivå

Faktorer som hemmer: Ulik problemforståelse, problem med ansvarsavklaring, ulikt kompetansegrunnlag

---

**Forfatter** **Willumsen & Hallberg (2003)**

Tittel: *Interprofessional collaboration with young people in residential care: some professional perspectives.*

Mål/problemstillinger: Beskrive de ulike fagpersoners bidrag i tverrfaglig samarbeid, samt oppnå bedre forståelse for tverrfaglig samarbeidsprosesser

Metode og informanter: Kvalitative intervju med 23 fagpersoners om deltak i tverrfaglige tiltak overfor barn og unge med psykiske problemer bosatt i barneverninstitusjoner

Faktorer som fremmer: Fleksibilitet i tjenestene

---

**Forfatter** **Willumsen (1999)**

Tittel: *"De kan ikke bare sitte og sei sånn utifrå et kontor"*

Mål/problemstillinger: Foreldres erfaringer og opplevelse i forhold til i hvilken grad tverrfaglig samarbeid har bidratt til å ivareta barnets – og familiens behov for hjelp. Undersøkelsen tar utgangspunkt i barn og unge med psykososiale problemer

Metode og informanter: Intervjuundersøkelse

Faktorer som hemmer: Ulik problemforståelse, problem med ansvarsavklaring, ulikt kompetansegrunnlag

---

**Forfatter** **Østtveiten (1996)**

Tittel: *For barns skyld- en studie av samarbeidet mellom barnevernet og offentlige tjenester*

Metode og informanter: Spørreskjemaundersøkelse og intervjuundersøkelse blant ansatte i barnevernet og hos samarbeidspartnere. Omfatter ca 160 observasjoner i barnevernet, og ca 1000 observasjoner hos samarbeidspartnere

Faktorer som fremmer: Barnevernet som del av felles kommunal tjeneste (for eksempel barne- og ungdomsetat), yrkesfellesskap, ressurser i form av mange ansatte

---

Tabell 8.3 Kunnskapsgrunnlaget – undersøkelser som presenterer erfaringer fra tiltak og modeller for bedre samarbeid.

<b>Litteraturoversikt</b>	
<b>Forfatter</b>	<b>Bakken et al. (1999)</b>
Tittel:	<i>Oppvekstfeltets organisering. En evaluering av utprøving av deler av barne- og ungdomsplanen i Molde kommune</i>
Mål/problemstillinger:	Evaluering av den nye lokale organiseringen i kommunen; tverrfaglige samarbeidsteam
Metode og informanter:	Evalueringen er basert på åpne intervju med sju informanter; oppvekstkonsulent, oppvekstleder, samt representanter fra tverrfaglige samarbeidsteam og samarbeidsråd.
<b>Forfatter</b>	<b>Berge (2004)</b>
Tittel:	<i>Faglig utvikling og samarbeid i det forebyggende helsearbeidet for barn og ungdom. En evaluering av Ressurshelsestasjon for 12 kommuner i Romsdal og Nordmøre</i>
Mål/problemstillinger:	Undersøke om ressurshelsestasjon som tiltak har bidratt til en styrking av det tverrfaglige samarbeidet internt i kommunen
Metode og informanter:	Ulike metodiske tilnærminger; intervju med prosjektleder, to medlemmer i styringsgruppe, to medlemmer i referansegruppe, fem veiledningsgrupper (gruppeintervju), observasjon av to veiledningsgrupper, spørreskjema blant helsesøstere, fysioterapeuter jordmødre, familieveiledere, og leger innen forebyggende helsearbeid i de 12 kommunene (62), samt i åtte kontrollkommuner (41)
<b>Forfatter</b>	<b>Berglien &amp; Skovly (2005)</b>
Tittel:	<i>Forebyggende arbeid blant ungdom i risikozonen/potensielle drop-outs-Vennesla kommune. Evaluering av arbeidsmetode og tiltak i forhold til 58 ungdommer i perioden 2002- desember 2004.</i>
Mål/problemstillinger:	Hvordan har arbeidet med oppfølgingsteam/kjernegrupper fungert i perioden fra 2002-2004?
Metode og informanter:	Evalueringen er basert på kommunalt ansatte og deltagere i gruppen sine erfaringer med arbeidsmodellen (ikke nærmere beskrevet i rapporten).
<b>Forfatter</b>	<b>Carlsson, (2005a)</b>
Tittel:	<i>Det kompliserte samarbeidet om utsatte barn og unge. En erfaringsrapport fra Randesund bydel i Kristiansand</i>
Mål/problemstillinger:	Er det nyttig å organisere det forebyggende arbeidet i en tverretattlig "aksjonsgruppe"?
Metode og informanter:	Kvalitative intervju med totalt 19 informanter; fellesintervju med ledergruppa i bydelen (fritid, politi, helse), fellesintervju med tre gjenværende deltagere i Aksjonsgruppa, kommunenes kriminalitetsforebyggende koordinator, spes. Ped. leder ved en skole, tre rektorer, tidligere leder av barnevernet, to sosiallærere og en undervisningsinspektør, en barnevernskurator, en barnevernsjef og en ungdomsarbeider.



forts tabell 8.3

<b>Forfatter</b>	<b>Carlsson, (2005b)</b>
Tittel:	<i>Utviklingsprogram for styrking av oppvekstmiljø 2002-2004. De gode eksemplene.</i>
Mål/problemstillinger:	Hvilke gode erfaringer og gode eksempler har kommunene i forhold til bruk av stimuleringsmidler for et bedre oppvekstmiljø for barn og unge?
Metode og informanter:	Rapporten er basert på presentasjoner og fremleggelse fra representanter for de åtte kommunene som fikk stimuleringsmidler i 2002.
<b>Forfatter</b>	<b>Carlsson, (2002)</b>
Tittel:	<i>Utviklingsprogram for styrking av oppvekstmiljøet. Rapport fra en følgeforsker</i>
Mål/problemstillinger:	Følge og beskrive arbeidet med programmet i de utvalgte kommunene.
Metode og informanter:	Intervju med a) den aktør i kommunen som har et spesielt ansvar for Utviklingsprogrammet, b) Andre sentrale aktører –som etatssjefer, fagsjefer, fagpersoner innen skoler, barnevern, politi, og enkelte nøkkelpolitikere, enkelte ungdomsinformanter fra noen kommuner.
<b>Forfatter</b>	<b>Carlsson (1996)</b>
Tittel:	<i>Tverrfaglig team- samarbeid eller revirkamp?- Evaluering av tverrfaglig team på Varden barnestasjon i Sandefjord</i>
Mål/problemstillinger:	I hvilken grad barnestasjonen (en "utvidet helsestasjon" for tidlig å avdekke skjevutvikling hos barn og unge) representerer en modell for å organisere det forebyggende arbeidet overfor barn og unge, og der en klarer å dra nytte av kompetansen til de ulike fagpersonene i teamet
Metode og informanter:	Observasjon, intervju med de 5 ansatte på barnestasjonen (x2), intervju med ledere for hhv barneskole (2), ungdomsskole (2), barnehager (2), og barneverntjeneste /2).
<b>Forfatter</b>	<b>Eidheim (1996)</b>
Tittel:	<i>Tverrfaglig samarbeid for barn og unge utsatt for seksuelle overgrep</i>
Tittel	Evaluering av 22 tverrfaglige samarbeidsgrupper på kommunenivå i Akershus.
Mål/problemstillinger:	Å beskrive og evaluere tverretatlige samarbeidsgrupper på kommunenivå for barn og unge utsatt for seksuelle overgrep.
Metode og informanter:	Spørreskjema til alle representantene i samarbeidsgruppen /de tverrfaglige teamet), og i tillegg spørreskjema til ledere for gruppene. I tillegg ble det gjennomført intervju med 32 representanter fra gruppene.
<b>Forfatter</b>	<b>Eidsheim (2001).</b>
Tittel:	<i>BRO- Teamet. En prosessevaluering av barne- og ungdomspsykiatrisk ressursteam</i>

forts. tabell 8.3

Mål/problemstillinger:	Utfordringer i samarbeidet mellom barnevernet og psykisk helsevern. Vurdering av teamets posisjonering og funksjon i forhold til samarbeidet mellom instanser som jobber med barnevernklienter med alvorlige sammensatte problemer.
Metode og informanter:	Intervjuundersøkelse der følgende informanter inngår; fagpersoner i BRO- teamet, deltagere i prosjektets styringsgruppe, aktører som har benyttet BRO- teamets tjeneste (bydelsbarnevernet, fylkeskommunalt barnevern, private barneverninstitusjoner, representanter fra psykisk helsevern for barn og unge).

---

<b>Forfatter</b>	<b>Haugland (2004)</b>
------------------	------------------------

Tittel:	<i>Evaluering av forsøk med familiesenter i Norge. Underveisrapport 2</i>
Mål/ problemstillinger:	I evalueringen vurderes måloppnåelsen i de seks familiesenterkommunene som inngår i forsøk med familiesenter i Norge <sup>31</sup>
Metode og informanter:	Kvalitative intervju med virksomhetsledere, og en til to medarbeidere med helsestasjonsvirksomheten, PP- tjenesten, barneverntjenesten, samt leder ved den poliklinikk for barn og unges psykiske helse som dekker den aktuelle kommunen. Gjennomført i de seks kommunene som medvirker i forsøket.

---

<b>Forfatter</b>	<b>Hem (1998)</b>
------------------	-------------------

Tittel:	<i>Tverrsektorielt samarbeid – barn og unge. Rapport fra prosessevaluering i en kommune.</i>
Mål/problemstillinger:	Studerer de prosessene en organisasjon utsettes for i utvikling av tverrfaglig samarbeid
Metode og informanter	Prosessevaluering i en kommune (metode og gjennomføring ikke nærmere beskrevet)

---

<b>Forfatter</b>	<b>Iversen og Havnen (1996)</b>
------------------	---------------------------------

Tittel:	<i>Bekymringsteam. Et egnet tiltak i det tverrfaglige samarbeidet?</i>
Mål/problemstillinger:	Evaluere et formalisert samarbeid mellom PP- tjenesten og barnevernet i en bydel i Bergen, som et tiltak for å styrke samarbeidet på grunnplanet i bydelen, sikre en bedre gjensidig informasjon mellom etatene, og for å oppnå bedre koordinering av tiltak og tjenester.
Metode og informanter:	Spørreskjemaundersøkelse ved skoler og barnehager (99 respondenter)

---

<b>Forfatter</b>	<b>Kongsvik et al. (1999)</b>
------------------	-------------------------------

Tittel:	<i>Modellfylkeprosjektet. Følgeevaluering av SOHOs forsøksprogram</i>
Mål/problemstillinger:	Hvordan man kan forbedre samarbeidet mellom offentlig og frivillig sektor i det helsefremmende arbeidet.
Metode og informanter:	Intervju (19) og dialogmøter

---

<sup>31</sup> Kommunene som har deltatt i forsøk med familiesenter i Norge jobber nå med overgang fra statlig forsøk til kommunal tjenesteorganisering

Forts. tabell 8.3

<b>Forfatter</b>	<b>Kvello &amp; Wendelborg (2003)</b>
Tittel:	<i>Det kommunale hjelpeapparatet for barn og unge. Kommunestørrelse relatert til organisering av, samarbeid mellom, og effektiviteten i hjelpeapparatet</i>
Mål/problemstillinger:	Aktuell problemstilling er hvilke følger endringer i kommunestruktur, kommunesammenslåing/interkommunalt samarbeid får for tverrsektorielt samarbeid i det kommunale hjelpeapparatet for barn og unge
<b>Forfatter</b>	<b>Kolfjord &amp; Albretsen (1997)</b>
Tittel:	<i>Det forebyggende arbeids dilemma. Barrierer og muligheter</i>
Mål/problemstillinger:	Prosjekt gjennomført i kommuner i Telemark, med vekt på tverretattlig/faglig forebyggende arbeid. Målsetting at prosjektet skal bidra med oppfølging, veiledning og støtte i forhold til arbeid som kommunene har i forhold til forebyggende planer, og hjelpe med igangsetting av planene
Metode og informanter:	Møter (temadager) og diskusjoner med involverte fagpersonene i de fire deltagende kommunene, samt rapportering fra kommunene. Sentrale kommunal instanser, som PPT, barnevern, helsestasjoner, skole og barnhage har vært involvert.
<b>Forfatter</b>	<b>Lillemyr et al. (1998), Voll &amp; Bergstrøm (2000)</b>
Tittel:	<i>Overgangen barnehage – småskole. Et forsknings- og utviklingsprosjekt i Nord- Trøndelag</i>
Mål/problemstillinger:	Å bygge opp kompetanseberedskap hos pedagoger, skoler, barnehager, kommuner og lærerutdannere, med grunnlag i en kombinasjon av forskning og utviklingsarbeid (et utviklingsprosjekt)
Metode og informanter:	ca 400 barn i alderen 5- 9 år fra 6 barnehager og 6 skoler, 42 lærere, førskolelærere, styrere og rektorer.
<b>Forfatter</b>	<b>Mathisen (1999)</b>
Tittel:	<i>Etterutdanning i tverrfaglig samarbeid i oppvekstsektoren – et nyttig verktøy for kommunene?</i>
Mål/problemstillinger:	Nytteverdien av et kurs i tverrfaglig samarbeid, - og deltagernes mulighet til å utvikle et tverrfaglig samarbeid i kommunen, hvilke endringer har skjedd i det tverrfaglige samarbeidet i kommunen, - og i hvilken grad kan dette evt. kan tilbakeføres til kurset.
Metode og informanter:	Kvalitative intervju med 26 informanter fra åtte ulike kommunale instanser, som var deltagere på etterutdanningskurs. I tillegg intervju med rådmenn, administrasjonssjefer eller etatssjefer.
<b>Forfatter</b>	<b>Rønningen (1999)</b>
Tittel:	<i>Aksjonsprogrammet "barn og helse" i Buskerud</i>
	Hovedmålet med programmet er " å stimulere til organisasjonsutvikling på kommunalt plan for å utvikle gode oppvekstmiljø for barn og unge

Forts. tabell 8.3

Metode og informanter: Datagrunnlaget er statlige og kommunale dokumenter, deltagende observasjon på evalueringsmøter, kvalitative spørreskjema til kommunene i fylket, og fordypningsevaluering i to av kommunene. Problemstillingen er om Aksjonsprogrammet i regi av Fylkeslegen har stimulert kommunene til tverrsektorielt arbeid for å bedre oppvekstvilkår for barn og unge?

---

**Forfatter** **Rønningen (2002)**

Tittel: *Evaluering av tverrfaglig samarbeid og forebyggende innsats for barn og unge. Kompetansebygging til "800" i Lillehammer kommune.*

Mål/problemstillinger: Undersøke hvorvidt kompetansebygging og utdanningstilbud parallelt med det organisasjonsmessige endringsarbeidet i en Oppvekstsetat i Lillehammer kommune har hatt en støttende funksjon, og evt. på hvilke måte, samt hvilken betydning prosjektet har hatt for tverrfaglig samarbeid i kommunen.

Metode og informanter: Evalueringen er gjennomført ut i fra flere metodiske innfallsvinkler; deltagelse og på drøftinger og studiesamlinger, gruppesamlinger og drøftinger basert på "empowermentanalyser" og dialogkonferanser, kvalitative spørreskjema til studentene ved oppstart, midtveis og ved avslutning av studiet, fokusgruppesamlinger, samt dybdeintervju med nøkkelpersoner. Arbeidstakerstudentene og fagfolk som har direkte kontakt med brukere, sju nøkkelinformanter i kommunen. Brukerne er ikke tatt med som respondenter i evalueringen.

---

**Forfatter** **Selbekk et al., (2005)**

Tittel: *Kriminalitetsforebyggende arbeid i skjæringspunktet mellom offentlig byråkrati og lokalt engasjement. En evaluering av SLT- arbeidet i Ski kommune*

Mål/problemstillinger: Beskrive SLT- arbeidet i Ski kommune, vurdere organiseringen av prosjektet, og SLT- koordinatorens rolle, vurdere det tverrfaglige tverretatlige samarbeidet i prosjektet, vurdere samarbeidet mellom frivillige, kommunale/statlige og private aktører, vurdere enkelttiltak i SLT- arbeidet, gi premisser for en evt. videreføring av SLT- arbeidet i Ski kommune.

Metode og informanter: Intervju med 21 sentrale aktører og feltobservasjoner. Fokusgruppeintervju med elever ved to vg. skoler, intervju med leder og medlem av prosjektgruppen "Aktiv voksen"

---

## 9 Bruk av verktøy for samhandling

KJERSTINA RØHME

### 9.1 Bakgrunn

I denne delstudien belyses sentrale verktøy/metoder som benyttes i samarbeidet mellom bruker og fagperson(er) for å forbedre kvaliteten på tjenestetilbudet til barn og unge. Verktøyene/metodene som omhandles i denne delstudien er: individuell plan (IP), ansvarsgruppe, firfotmodellen, koordinering av psyko-sosialt arbeid (KPA) og case management (CM). Disse verktøyene/metodene har som denne delstudien vil vise mange fellestrekk, samtidig som de har egenskaper ved seg som gjør de forskjellige.

Som en kort begrunnelse innledningsvis for valg av de nevnte verktøyene/metodene vil vi nevne at individuell plan er i en særstilling ettersom dette er det eneste av verktøyene/metodene som er lovfestet. Det er fra statlige myndigheter et sterkt fokus på å sørge for at brukere som har rett til en individuell plan får dette. En redegjørelse for lovgrunnlaget til individuell plan, henvisninger til offentlige dokumenter som understreker intensjonen og erfaringer med individuell plan følger i pkt. 10.5.1 og 10.5.2.

Ansvarsgruppe er en metode for å organisere samarbeidet rundt det enkelte barnet/ungdommen ved å trekke inn fagpersoner fra ulike instanser. Denne metoden har eksistert i offentlig tjenesteyting siden 1980-tallet. Når ansvarsgruppe er etablert har de involverte aktørene ofte valgt å benytte enten individuell plan, firfotmodellen, KPA eller case management i arbeidet sitt. Slik sett kunne ansvarsgruppe like gjerne blitt omtalt under delstudien "Organisering av tjenestetilbudet". Når vi til tross for dette har valgt å inkludere ansvarsgruppe i denne delstudien er det fordi det ofte er en tett relasjon mellom ansvarsgruppe og bruk av de andre verktøyene, og fordi en fellesnevner for alle de nevnte verktøyene/metodene som omtales i denne delstudien er at de er individfokuserte. Det er det enkelte barnet/ungdommen som står i sentrum, hvor de ulike verktøyene/metodene på ulikt vis legger føringer og skal være et hjelpemiddel for å styrke samarbeidet.

Firfotmodellen er inkludert fordi det er et hjelpemiddel som spesifikt er utarbeidet for målgruppen barn/unge. KPA er et verktøy som med fokus på koordinering av tjenestene er opptatt av å øke kvaliteten på tjenestetilbudet. Case management er et internasjonalt anerkjent verktøy og inkludert i denne delstudien fordi det enten danner utgangspunktet for, eller har mange fellestrekk med, tenkningen bak både individuell plan, ansvarsgruppe og KPA.

### 9.2 Problemstillinger

Spørsmålet som reises i dette kapitlet er: Hva er erfaringer med bruk av ulike verktøy for samhandling hos henholdsvis barn/unge og deres foresatte, fagpersoner i kommunene og fagpersoner hos statlige myndigheter.

Hvilke statlige myndigheter som er relevante vil variere mellom de ulike verktøyene/metodene. Statlige helseforetak og trygdetat er eksempler på statlige organer som vil bli trukket inn.

I søk etter litteratur som omhandler hvilke *erfaringer* de ulike målgruppene har med verktøyene/metodene, har vi valgt å inkludere litteratur som beskriver omfanget av bruk av de ulike verktøyene/metodene (stor eller liten utbredelse), effektene av bruk av de ulike verktøyene/metodene, samt hemmende og fremmende faktorer i bruk av de ulike verktøyene/metodene.

### 9.3 Målsetting

Målsettingen med denne delstudien er å gi kunnskapsstatus om brukernes, kommunenes og statlige myndigheters erfaringer med de omtalte verktøyene/metodene. Studien skal kartlegge og tydeliggjøre innenfor hvilke av de nevnte målgruppene det ikke foreligger dokumentert kunnskap. Studien av individuelle planer skal også synliggjøre om andre planer hjemlet i ulike lovverk bidrar til å danne grunnlag for individuelle planer. Det er spesielt bruk av individuell opplæringsplan som er relevant i denne sammenheng.

### 9.4 Kunnskapskilder

Vi har for dette kapitlet gjennomført systematiske søk i databasene BIBSYS, Norsk artikkel-database og Forskpub. Det er gjennomført søk med stikkordene "individuell plan", "ansvarsgruppe", "firtotmodellen", "koordinering av psyko-sosialt arbeid" og "case management" i kombinasjon med "barn". Mange av referansene vist til i kapitlet er funnet gjennom søk hos nasjonale kompetansesenter/miljøer, blant annet SKUR (Statens Kunnskaps- og Utviklings-senter for helhetlig rehabilitering), GRUK (Gruppe for kvalitetsutvikling i sosial- og helse-tjenesten) og SINTEF Helse. Denne søkeprosessen har vært nødvendig fordi mye av kunnskapsgrunnlaget om de nevnte verktøyene foreligger som en mindre del av større studier.

Vi har forespurt brukerorganisasjonene Voksne for Barn, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon, Mental Helse og Norsk forbund for utviklingshemmede samt Kommunenes Sentralforbund om disse miljøene hadde utarbeidet egne dokumenter eller kjente til materiale som var relevant for problemstillingen i kapitlet. Vi har ikke fått kjennskap til relevante kilder via denne søkemethoden.

### 9.5 Individuell plan

Personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester fra det offentlige hjelpeapparat, er gitt en rett til å få utarbeidet en individuell plan. En individuell plan skal være sektorovergripende og omfatte alle tjenester en person med langvarige og sammensatte problemer har behov for. I planen konkretiseres den enkeltes behov og hvordan behovene skal dekkes innenfor ulike livsområder (barnehage/skole, helse, fritid, sosialt nettverk m.fl.). Planen skal beskrive personens mål og interesser. Personen som det utarbeides plan for skal ha en sentral plass i planarbeidet for å sikre at det blir brukerens plan. Det er viktig at sektorvise planer som eventuelt er utarbeidet for barnet/ungdommen (som for eksempel individuell opplæringsplan og individuell behandlingsplan) samordnes og tilpasses den overordnede individuelle planen (Sosial- og helsedirektoratet 2001). I kunnskapsstatusen vil vi undersøke i kildegrunnlaget hvorvidt det er beskrevet om sektorvise planer, hjemlet i ulike lovverk, bidrar til å danne grunnlaget for individuell plan.

Målgruppen for individuelle planer er personer som har behov for langvarige og sammensatte behov for tjenester. Individuell plan kan være aktuelt for barn og unge med psykiske problemer, fysisk funksjonshemming, psykisk utviklingshemming, rusproblemer og for barn/unge som er under rehabilitering/habilitering. Barn og unge med en eller flere av disse kjennetegnene vil ofte ha behov for et samordnet tjenestetilbud fra flere ulike instanser og forvaltningsnivåer.

Alle elever som får spesialundervisning, skal etter opplæringsloven § 5-5 ha individuell opplæringsplan (IOP). Hensikten med IOP er at den skal bidra til å sikre elever med spesialundervisning et likeverdig og tilpasset opplæringstilbud. Individuell opplæringsplan utarbeides av skolen på bakgrunn av en sakkyndig vurdering av PP- tjenesten og vedtaket om spesialundervisning. Planen gir blant annet mulighet for et helhetlig perspektiv på læring og utvikling, og samarbeid mellom lærere og andre hjelpeinstanser, og dermed større helhet i elevens opplæringstilbud (Utdanningsdirektoratet, 2004). Den individuelle opplæringsplanen kan danne grunnlag for utarbeidelse av en individuell plan. Tilsvarende sektorplaner som IOP finnes innenfor for eksempel spesialisthelsetjenesten hvor de omtaler lignende plan som individuell behandlingsplan.

### 9.5.1 Lovgrunnlag og formål med individuell plan

Som en oppfølging av Stortingsmelding nr. 21 (1998 – 1999), ga daværende Sosial- og helsedepartementet ut forskrift om individuelle planer (FOR-2001-06-08, nr. 676) og forskrift om habilitering og rehabilitering (FOR-2001-06-28, nr. 765). Forskriftene trådte i kraft 1. juli 2001. Lovfestet rett til individuell plan var i utgangspunktet kun hjemlet i helselovgivningen. I 2004 ble retten også hjemlet i Sosialtjenesteloven, med ikrafttredelse fra 01.01. 2005. Oppsummert er retten til individuell plan hjemlet i pasientrettighetsloven § 2-5 og i lov om sosiale tjenester § 4-3. Hjelpeapparatets *plikt* til å utarbeide en slik plan er regulert i kommunehelsetjenesteloven § 6-2a, i lov om sosiale tjenester § 4-3a, i spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 og i psykisk helsevernloven § 4-1 med videre regulering i revidert forskrift om individuelle planer etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven (FOR 2004-12-23, nr.1837).

I følge forskriften er formålet med utarbeidelsen av en individuell plan:

- a) å bidra til at tjenestemottakeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, herunder å sikre at det til en hver tid er en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren,
- b) å kartlegge tjenestemottakerens mål, ressurser og behov for tjenester på ulike områder, samt vurdere og koordinere tiltak som kan bidra til å dekke tjenestemottakerens bistandsbehov,
- c) å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsområde eller på tvers av forvaltningsnivåene.

### 9.5.2 Individuell plan i offentlige dokumenter

Flere offentlige dokumenter (strategiplaner og rundskriv) utgitt i de senere årene viser til intensjonene med individuell plan og bekrefter at innføring av individuell plan er et satsningsområde (Strategiplan for habilitering av barn, 2004; Barne- og familiedepartementet, 2005; Rundskriv I-3/2004). Det henvises i disse dokumentene til at individuell plan er lovfestet og det gis positive signaler om at dette er et nyttig plan- og prosessverktøy for å oppnå et koordinert og helhetlig tjenestetilbud. De offentlige dokumentene understreker betydningen og nytten av individuell plan uten å ha særlig empirisk dekning for dette.

Dokumentene referert til overfor retter seg spesifikt mot individuell plan for barn og unge. I tillegg finnes flere eksempler på dokumenter som understreker betydningen av IP både for brukergruppen voksne og barn og unge. Et eksempel på dette er St.prp. nr. 1 2004 – 2005, hvor det som et virkemiddel for å stimulere kommunene og helseforetakene til å implementere individuell plan er satt etablering av skriftlige rutiner som vilkår for øremerkede tilskudd til kommunene.

De siste eksemplene på dokumenter som omhandler individuell plan både for voksne og barn og unge er to NOU'er. I NOU *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene* 2004: 18, side 91

konkluderes det på grunnlag av en rapport av Thommesen, Normann og Sandvin (2003), at kommunene har en vei å gå i forhold til å få satt individuelle planer ut i live. I NOU 2005:3 *Fra stykkevis til helt* drøftes hvorfor arbeidet med individuell plan går smått og hvilke endringer som foreslås i lovverket.

I det følgende presenteres brukernes erfaringer med IP.

### 9.5.3 Brukernes erfaringer med individuell plan

Kunnskapsgrunnlaget om individuell plan består i all hovedsak av forskningsrapporter som har kartlagt utbredelsen av planer blant mennesker med psykiske lidelser. Nedenfor følger resultater som beskriver i hvilken grad barn/unge og deres foresatte har erfaring med å motta en individuell plan. Med dette forstås hva som er omfanget av individuelle planer i henholdsvis psykisk helsevern og i kommunehelsetjenesten. I de tilfeller hvor rapportene beskriver nærmere brukernes erfaringer og grad av tilfredshet med individuell plan, ut over om de har en plan eller ikke, inkluderes dette.

#### INDIVIDUELL PLAN FOR BARN OG UNGE I PSYKISK HELSEVERN

Statens Helsetilsyn (2003) gjennomførte i 2002 tilsyn i 41 poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge. Hensikten med tilsynet var å undersøke om individuell plan, som et av flere tiltak, bidro til å styrke samhandlingen mellom første – og andrelinjen. Tilsynet fant at nesten ingen av de tilsette poliklinikkene for barn og unge hadde startet arbeidet med individuell plan, og de hadde i liten utstrekning initiert et samarbeid med kommunehelsetjenesten. Ved noen poliklinikker visste man ikke at retten til individuell plan gjelder alle pasienter under psykisk helsevern. Flere av poliklinikkene hadde en forståelse av at det er kommunene som skal ivareta arbeidet med individuelle planer.

SINTEF Helse gjennomførte i 2003/2004 en nasjonal undersøkelse i det psykiske helsevernet for barn og unge (Andersson, Ose og Sitter 2005). I to av undersøkelsens delstudier inngår spørsmål om individuell plan. I disse delstudiene er det ansvarlig behandler som har kartlagt behandlingstilbudet for hvert enkelt barn/ungdom på et gitt tidspunkt.

Delstudie 1 er en kartlegging av behandlingstilbudet for barn og ungdom som mottar *poliklinisk behandling* i psykisk helsevern. Resultatene viste at til sammen 20 prosent av pasientene hadde fått utarbeidet en individuell plan, eller at individuell plan var planlagt, men ikke ferdig. Om lag 70 prosent hadde ikke en plan og i omlag 10 prosent av tilfellene visste ikke ansvarlig behandler om pasienten hadde en plan (N=5997). Bortimot 40 prosent av disse pasientene ble henvist til psykisk helsevern før 2003. Hovedårsaken til at det ikke var utarbeidet planer var at det ikke var behov for koordinerte tiltak (64 prosent), 11 prosent oppga at de ikke hadde hatt tid, syv prosent begrunnet det med forholdet til førstelinjen og fire prosent av behandlerne oppga manglende interesse fra foreldrene som årsak, og 14 prosent svarte ikke. En sammenligning av grupper pasienter etter visse kjennetegn med hensyn til andel som hadde fått utarbeidet, eller planlagt en individuell plan, viste at en statistisk signifikant høyere andel gutter enn jenter hadde individuell plan. Videre, at det var en høyere andel pasienter som hadde individuell plan blant de som har eksternaliserte symptomer, sammenlignet med pasienter som har internaliserte symptomer. Blant pasienter som har vært i behandling over flere år (henvist før 2002) var det en større andel med individuell plan, sammenlignet med de som var henvist til poliklinikker for barn og unge de siste to årene. Tilsvarende var det flere med individuell plan blant de som har fått en diagnose, sammenlignet med de som ikke har fått en diagnose. Blant de som har lavt funksjonsnivå (ICD-10 Akse VI, skårer fra 4-8) var det en større andel med individuell plan sammenlignet med de som har høyere funksjonsnivå (skårer fra 0 – 3). Andersson et al., (2005) konkluderer med at disse funnene kan bety at individuell plan brukes bevisst og målrettet.

I delstudie 2 kartlegges behandlingstilbudet for barn og unge som mottar dag – eller døgntilbud i psykisk helsevern. Totalt 50 prosent av disse pasientene hadde en individuell plan eller at IP var planlagt, men ikke ferdig (N=331). Resultatene viste at en noe større andel jenter



enn gutter hadde fått utarbeidet individuell plan, men det var planlagt å utarbeide individuell plan for en større andel gutter enn jenter. På spørsmål om hva som var årsaken til at flere ikke har fått utarbeidet individuell plan er den viktigste enkeltårsaken forhold til førstelinjen (35 prosent) og 49 prosent svarte "Annet" og de utdypende kommentarene var som følger: "Pasienten er under utredning", "det er for tidlig i prosessen" og "at andre instanser har ansvaret for utarbeidelsen av planen". Mangel på tid ble oppgitt av 14 prosent og to prosent oppga manglende interesse fra foreldrene som årsak til at det ikke var utarbeidet plan (Andersson et al., 2005).

Både undersøkelsen til Statens helsetilsyn (2003) og Andersson et al., (2005) har fokusert på barn og unge med *psykiske problemer* generelt. Andersson, Ose og Sitter (2004) har gjennomført en studie som spesielt fokuserer på behandlingstilbudet for barn og unge med hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD i både spesialisthelsetjenesten og det kommunale tjenesteapparatet.

Denne undersøkelsen viste at av 3160 pasienter i poliklinisk behandling i psykisk helsevern hadde 27 prosent enten fått en individuell plan eller at individuell plan var planlagt, men ikke ferdig. Som i undersøkelsen vist til ovenfor viste Andersson og medarbeideres (2004) resultater, at det er større sannsynlighet for at de som mottar døgn/dagtilbud har en individuell plan sammenlignet med de som mottar et poliklinisk tilbud. Av barn/unge med hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD ved døgn/dagtilbud var det 57 prosent som enten hadde fått en individuell plan eller at individuell plan var planlagt, men ikke ferdig (N=88).

Det ble oppgitt ulike begrunnelser av behandlerne for hvorfor det ikke var utarbeidet individuelle planer. Behandlerne i poliklinikk oppga som hovedgrunn at det ikke var behov for sammensatte tiltak. Behandlerne ved døgn/dagtilbud oppga forholdet til førstelinjen som hovedårsak til at det ikke er utarbeidet individuell plan, men på dette spørsmålet var det lav svarprosent fra døgn/dagenhetene slik at resultatet ikke bør tillegges for stor vekt.

Blant poliklinikkpasientene ble det gjort en analyse som sammenligner grupper av pasienter etter alder og funksjonsnivå, med hensyn til andel som hadde utarbeidet plan eller at plan var planlagt. Analysen viste at det var en statistisk signifikant høyere andel pasienter med individuell plan blant de som er henvist før 13 års alder, sammenlignet med de som er henvist etter fylte 13 år. Videre blant pasienter med lavt psykososialt funksjonsnivå (ICD-10), var andelen med individuell plan klart høyere enn blant pasienter med høyt funksjonsnivå. Det konkluderes med at dette indikerer at individuell plan til en viss grad brukes bevisst og målrettet (Andersson et al., 2004).

Den samme undersøkelsen sammenlignet bruk av individuell plan blant barn/unge med hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD i barnehabilitering (N=100) og barneavdelinger (N=51) ved somatiske sykehus. Resultatene viste at andelen som har individuell plan/eller at individuell plan var planlagt var betydelig høyere i barnehabiliteringen (50 prosent) enn ved barneavdelingene (22 prosent).

For å få kjennskap til hvilke erfaringer og opplevelser foresatte til barn og unge med hyperkinetiske forstyrrelser har med tjenesteapparatet ble det gjennomført en spørreundersøkelse blant foresatte som er medlemmer i ADHD- foreningen (N=2012). Samlet sett var det en høy andel foresatte som mente de hadde et udekket behov for hjelpetiltak. I alt 79 prosent av de spurte savnet et tilbud til hele familien. Nesten like mange ønsket et bedre tilrettelagt skoletilbud for barnet (73 prosent). I alt 70 prosent ønsket utarbeidet en individuell plan for hjelpetilbudene. Omtrent halvparten ønsket at barnet fikk en individuell opplæringsplan. 58 prosent av de spurte ønsket tilbud om støttekontakt, 57 prosent ønsket at det fantes en ansvarsgruppe, 55 prosent ønsket at familien fikk et avlastningshjem og 44 prosent ønsket mer hjelp fra sosialkontoret. Undersøkelsen konkluderte med at det et udekket behov for individuelle planer og ansvarsgruppejobbing, og at ønsket om individuell plan rangeres høyt (Andersson et al., 2004).

Vi fortsetter med presentasjon av resultater som viser barn/og unge og deres foresattes erfaringer med individuell plan i kommunehelsetjenesten.

## INDIVIDUELL PLAN FOR BARN OG UNGE I KOMMUNEHELSE TJENESTEN

Statistisk Sentralbyrå (SSB) (2003) innhentet i 2003 data om psykisk helsearbeid i kommunene, hvor ett av spørsmålene var "Har kommunen *rutiner* for utarbeiding av individuell plan for barn og unge med psykiske lidelser?" Resultatene viste at 30 prosent av kommunene manglet rutiner for utarbeidelse av individuelle planer for barn og unge med psykiske problemer (N=404).

For å gå over til hva som finnes av kunnskap om *omfang* av individuelle planer for barn og unge med psykiske lidelser gjennomførte Statens Helsetilsyn (2003) tilsyn i kommunene i 2002. Tilsynet fant at nesten ingen av de tilsette kommunene (N=83) hadde igangsatt arbeidet med individuell plan for barn og unge med psykiske problemer.

Sammenlignet med rapporten fra Statens Helsetilsyn viste Myrvolds (2004) resultater, basert på data fra 2002, samme tendens. Kommunene ble bedt om å angi hvor mange av kommunens barn/unge med problemer relatert til psykisk helse som det er utarbeidet individuell plan for. Av alle landets kommuner med en svarprosent på 60 oppga bare 34 kommuner at de har barn og unge med psykiske problemer med en slik plan. Over en tredjedel av disse kommunene hadde bare ett barn med individuell plan. Myrvold konkluderte med at individuell plan derfor så langt ikke kan sies å være utbredt i kommunene som en aktiv metode for samordning av tjenester overfor barn og unge med psykiske problemer.

I studien til Andersson og medarbeidere (2004) av tilbudet til hyperkinetiske barn /ADHD, som vist til tidligere i kapitlet, omhandlet en av delstudiene omfanget av individuelle planer i pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) (N=1780). Resultatene viste at for 15 prosent av barna var det enten planlagt eller utarbeidet individuell plan. For syv prosent av klientene visste ikke saksansvarlig om barnet hadde en individuell plan, og hele 75 prosent hadde ikke plan (tre prosent ubesvart). Som hovedårsak til at det ikke var laget plan oppga 58 prosent av de saksansvarlige at det ikke var behov for koordinerte tiltak.

Undersøkelsen sammenlignet om det var regionvise forskjeller i forhold til om barn og ungdom, som mottok tilbud fra PPT hadde, eller at det var planlagt å utarbeide en individuell plan. PP-tjenestekontor tilhørende Helse Vest hadde en betydelig større andel klienter med plan/eller planlagt individuell plan sammenlignet med PP- tjenestekontorene i de øvrige helseregionene. PP- tjenestekontorene i Helse Øst hadde lavest andel klienter med plan/eller planlagt individuell plan. Andersson et al., (2004) understreker at det i delstudien ikke er kontrollert for forskjeller i behov hos de klientene som inngår i registreringen. En kan derfor ikke utelukke at forskjeller mellom helseregionene i forhold til omfang av utarbeidelse av individuelle planer skyldes forskjeller i behov for koordinerte tiltak hos de aktuelle klientene.

Denne delstudien ga også opplysninger om omfang av individuell opplæringsplan (IOP) blant barn/unge med hyperkinetisk forstyrrelse, men den sier ikke noe om det er slik at de som har IOP får denne utviklet eller sett i sammenheng med utarbeidelsen av en individuell plan.

Den neste studien som presenteres gir kunnskap om individuell plan hos PPT og helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Sitter og Andersson 2005). Det ble i denne evalueringen gjort en sammenligning av bruk av individuell plan fra to grupper: "tjenestemottakere med psykiske problemer", og en kontrollgruppe definert som "tjenestemottakere uten psykiske problemer". Begge gruppene var mottakere av flere tjenester.

Resultatene viste at barn under 16 år (N=3418) og ungdom over 16 år (N=612) registrert hos helsestasjons- og skolehelsetjenesten, som hadde psykiske problemer, i større grad enn gruppen uten psykiske problemer, hadde en individuell plan/eller at plan var under bearbeidelse. For de under 16 år med psykiske problemer var det 25 prosent som enten hadde plan/eller at plan var under utarbeidelse, mens prosenten for gruppen uten psykiske problemer var seks. For de over 16 år med psykiske problemer hadde 16 prosent enten plan/eller at plan var under utarbeidelse, mens tallet for de uten psykiske problemer var to.

Blant 1096 barn (under 16 år) registrert hos PPT, som hadde psykiske problemer og som mottok flere tjenester, viste resultatet at én av fire hadde en plan, mens 18 prosent hadde

en plan under utarbeidelse. For dette delutvalget foreligger ikke andelen med individuell plan blant tjenestemottakere uten psykiske problemer.

Oppsummert viser resultatene fra Sitter og Andersson (2005) at til tross for at informantene var brukere av flere tjenester var det forholdsvis få som hadde en individuell plan. Undersøkelsen viste at brukere med psykiske vansker som var brukere av flere tjenester i større grad enn gruppen andre brukere av flere tjenester hadde en individuell plan.

Det er forsket lite på hvilken betydning en individuell plan har for tjenestemottakernes totale tilfredshet med sitt offentlige tjenestetilbud. Men som et unntak er det i rapporten fra Sitter og Andersson (2005) gjort en analyse av hvilke faktorer som påvirker grad av tilfredshet med samordning av tjenester. Resultatene viste at pårørende som hadde fått utarbeidet, eller planlagt utarbeidet en individuell plan for barnet, var statistisk signifikant mer tilfredse enn foresatte til barn som ikke hadde en individuell plan eller plan under utarbeidelse. (Utvalget var foresatte til barn under 16 år med psykiske problemer som var registrert hos PPT og som var mottakere av flere tjenester (N=250).

#### PÅGÅENDE PROSJEKTER/FORSKNING

Hvilke pågående prosjekter gir relevante data om brukerens erfaringer med individuell plan?

Når det gjelder data som gir kunnskap om omfang av individuelle planer i det psykiske helsevernet innhenter Norsk pasientregister (SINTEF Helse) f.o.m. 01.01.05 data om individuelle planer fra spesialisthelsetjenesten, som en del av det ordinære datamottaket finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet. Individuelle planer for barn og unge med hoveddiagnose ADHD i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker er i denne sammenheng valgt som en nasjonal kvalitetsindikator. Resultater fra denne datainnsamlingen vil foreligge desember 2005.

Psykologspesialist Lene Chr. Holum har påbegynt en dr.grad med Tittel: Implementering av individuelle planer overfor unge med alvorlige og langvarige psykiske lidelser. Problemstillingen vil bli belyst ut i fra erfaringer fra unge brukere (15-20 år), fagpersoner i psykisk helsevern og en bydel.

#### OPPSUMMERING AV KUNNSKAPSSTATUS FOR BRUKERNES ERFARINGER MED INDIVIDUELL PLAN

Så langt vi kjenner til finnes ingen studier som kun er viet temaet barn/unge og deres foresattes erfaringer med individuell plan. De fleste av studiene vi har vist til har inkludert kvantitative data som beskriver i hvilken grad barn/unge med psykiske problemer har erfaring med å ha en individuell plan.

En sammenligning av Statens Helsetilsyns (2003) konklusjoner om manglende individuelle planer for barn/unge i psykisk helsevern per 2002, med resultatene av den nasjonale kartleggingene i psykisk helsevern per 2004 (Andersson et al., 2004) tyder på at stadig flere tjenestemottakere har en plan. To store kvantitative undersøkelser har vist at andelen barn og unge med en individuell plan er større i døgn/dagenhetene enn i poliklinikkene (Andersson et al., 2005; Andersson et al., 2004).

Angående individuelle planer for barn og unge i kommunene oppga 70 prosent av kommunene å ha rutiner for utarbeidelse av individuell plan (Statistisk Sentralbyrå 2003). Til tross for dette fant Statens Helsetilsyn (2003) at nesten ingen av de tilsette kommunene hadde igangsatt arbeidet med individuell plan.

Med forbehold om at vi ikke har oversikt over det totale omfanget av individuelle planer per i dag, og at datagrunnlaget spesielt fra kommunehelsetjenesten er svakt, er det sannsynligvis slik at til tross for en økning i omfanget av planer er det fortsatt et betydelig antall barn og unge som ikke har plan, men som har rett til og behov for en plan.

Slik vi kjenner forskningsfeltet er det for gruppen barn/unge med psykiske problemer gjennomført kun en analyse av sammenhengen mellom det å ha en plan og grad av tilfreds-

het. Denne undersøkelsen viste at foresatte til barn med individuell plan var statistisk signifikant bedre fornøyd med samordningen av tjenestene sammenlignet med de som ikke hadde individuell plan (Sitter og Andersson 2005). Ettersom det ikke er gjennomført flere tilsvarende undersøkelser med andre utvalg er det for tidlig å konkludere med hva som er barn og unges opplevde nytte/tilfredshet med en individuell plan.

Når det gjelder omfanget og grad av tilfredshet med individuell plan i forhold til andre grupper av barn og unge (eksempel barn/unge med funksjonshemninger og rusproblemer) foreligger ikke dokumentert kunnskap om dette.

#### 9.5.4 Erfaringer med individuell plan i kommunene

Som vist tidligere er omfanget av individuelle planer utarbeidet av fagpersoner ved kommunale instanser forholdsvis lite, selv om senere undersøkelser viser at det er en økning. Som en oppfølging av dette blir spørsmålet: Hva foreligger av litteratur om kommunale fagpersoners erfaringer med individuell plan?

Rapporten fra Statens Helsetilsyn (2003), som referert til tidligere, viste at fagpersoner i kommunene per 2002 hadde liten erfaring med å utarbeide planer. I denne rapporten ble det pekt på at de fleste kommunene kjente til lovkravet om individuell plan, men at det var mer uklart flere steder hva som utløser retten til en plan og hva innholdet i planen skal være. Svært mange kommuner manglet ansvars plassering av arbeidet, og det sviktet med hensyn til systematisk igangsetting og utarbeiding av individuelle planer. Noen steder hadde kommunene utarbeidet en mal for dette arbeidet, og i enkelte kommuner ble det gjennomført opplæring om individuell plan for de ansatte.

I en nyere, kvalitativ studie av Myrvold og Helgesen (2005) av hvordan syv kommuner (utvalget inkluderer både store og små kommuner/byer) organiserer det psykiske helsearbeidet ble det konkludert med at arbeidet med individuell plan var i startfasen i de fleste av de syv kommunene. En av årsakene til at arbeidet går tregt i disse kommunene var manglende motivasjon. Flere fagpersoner oppga i intervjuene at de opplevde det som problematisk at brukerne ofte ikke selv ønsket individuell plan, og at det var vanskelig å få med andrelinjen i dette arbeidet. (Det må tas forbehold om at disse erfaringene ikke er rettet kun mot utarbeidelse av planer for barn og unge, men også innbefatter erfaringer med individuell plan i forhold til voksne brukere).

I en av de to kommunene som hadde litt erfaring med å utvikle individuelle planer i utvalget til Myrvold og Helgesen (2005), var det en egen psykiatrienhet som hadde ansvar for barn og unge. Og de organiserte arbeidet slik at samtlige barn og unge som hadde vært til behandling på psykiatrisk sykehus/institusjon, skulle ha individuell plan organisert fra psykiatrienheten. Denne kommunen erfarte at ansvaret for individuelle planer skaper nye utfordringer, bl.a. ved at de må finne nye samarbeidspartnere både innad i kommunen og i andrelinjen.

Den andre kommunen som hadde en del erfaring med utarbeiding av individuell plan til barn og unge erfarte at det var en tung prosess å få på plass det tverrfaglige samarbeidet. I denne kommunen laget rådmannen en mal for planen på en side hvor alt det formelle er inkludert og hvor resten av planopplysninger er vedlegg. Helsesøster i kommunen ble intervjuet og kalte dette en enkel variant av en plan og at dette var et bevisst valg for å unngå å "knekke nakken." Organisatorisk har denne kommunen latt helsestasjonen ha ansvaret for individuelle planer for barn mellom 0 og 6 år, mens avdeling for barn og unge har ansvaret for barn mellom 6 og 18 år. En siste erfaring fra denne kommunen var at en forutsetning for å lykkes i utviklingen av individuelle planer var at man la tilstrekkelig arbeid i det (Myrvold og Helgesen 2005).

SKUR (Statens Kunnskapssenter for helhetlig rehabilitering) har gjennomført to undersøkelser om omfanget av og fagpersoners erfaringer med individuelle planer i kommuner i (Thommesen 2002 og 2004). Fredriksen (2002) dokumenterer hvilke erfaringer kommunale fagpersoner i rehabiliteringstjenesten har med individuell plan. Berge og Lorentsen (2003)

har dokumentert erfaringer fra et individuell plan-prosjekt i Tvedestrand kommune, hvor målet var å utvikle og ta i bruk en ordning med individuelle planer på tvers av sektorer og forvaltningsnivå. Felles for disse rapportene er at resultatene er basert på data fra fagpersoner som jobber med både voksne og barn og unge. Ettersom det gis lite spesifikke opplysninger om fagpersoners erfaringer med individuell plan i forhold til barn og unge utelates disse fra kunnskapsstatusen.

#### ERFARING MED INDIVIDUELL PLAN I KOMMUNER OG HELSEFORETAK I KOMBINASJON

Trefjord og Hatling (2004) beskriver i en rapport fra SINTEF Helse sine erfaringer med individuell plan fra et pilotprosjekt mellom en kommune, et distriktpspsykiatrisk senter og et psykiatrisk sykehus. Denne rapporten beskriver imidlertid utprøving av planverktøyet Individuell plan for psykisk helse (IPPH) for voksne brukere, og gir således ikke spesifikke erfaringer med hvordan det er å jobbe med individuell plan i forhold til barn og unge. Fosse (2002) har sett på brukermedvirkning og helhet ved hjelp av individuell plan innen rehabilitering i Hordaland, hvor både fagpersoner fra kommunehelsetjenesten og statlige instanser er intervjuet, men rapporten inneholder ikke spesifikt et barn/unge perspektiv. Thommesen, Normann og Sandvin (2003) har i boka *Individuell plan. Et sesam, sesam?* Dokumentert erfaringer fra fagpersoner i kommuner/bydeler og ulike statlige instanser og fra brukere. Ettersom kun to av ni brukere i utvalget var barn og unge, og ettersom boka ikke gir konklusjoner i forhold til ulike grupper av fagpersoners erfaringer, utelates erfaringene fra kunnskapsstatusen.

## 9.6 Erfaringer med individuell plan hos statlige myndigheter

#### ERFARINGER MED INDIVIDUELL PLAN I STATLIGE HELSEFORETAK

Som vist tidligere er det økning i utarbeidelsen av individuelle planer i psykisk helsevern (for den øvrige delen av spesialisthelsetjenesten finnes ikke data for å kunne bedømme om det har vært en økning eller ikke). Med en økning av planer i helseforetakene betyr dette at det er en tilsvarende økning i fagpersoners erfaringer med individuell plan-arbeid. Det foreligger imidlertid, slik vi kjenner til, ikke spesifikk kunnskap om hvilke erfaringer fagpersoner ved statlige helseforetak har med utarbeidelse av individuell plan for barn og unge.

#### ERFARINGER MED INDIVIDUELL PLAN HOS ANDRE STATLIGE MYNDIGHETER

Trygdeetaten ved de fylkesvise Hjelpemiddelsentralene er relevante samarbeidspartnere for barn og unge med rett til og behov for en individuell plan.

Trygdeetaten gjennomførte i perioden 1999 – 2001 et prosjekt kalt "Hjelpemidler som del av individuell plan." Med utgangspunkt i Stortingsmelding nr. 21 (1998-1999) etablerte Riks-trygdeverket dette prosjektet med målsetting om å forenkle søknadsprosessen for hjelpemidler. Prosjektet prøvde ut hvorvidt individuelle planer som ble utarbeidet i kommunene, kunne erstatte søknader om hjelpemidler for personer med omfattende behov for hjelpemidler. På hjemmesiden til Trygdeetaten er det vist til følgende erfaringer fra en tidlig fase i prosjektet, hvor utprøvingen foregikk i fire fylker:

- Ser ut til å bidra til mer aktiv brukermedvirkning. Bruker og foresatte opplever å ha mer aktiv innflytelse.
- Mer målrettet bruk av hjelpemidler. Felles samarbeid om plan skaper større helhetsforståelse og tydeligere sammenheng mellom mål og tiltak.
- Feilformidling av hjelpemidler reduseres fordi hjelpemidler og andre tiltak vurderes mer helhetlig. Hjelpemidler blir en del av den tverrfaglige diskusjonen i kommunene.

- En god beskrivelse av brukers behov gjør det lettere for hjelpemiddelsentralen å veilede bruker og kommune.
- Bedre samarbeid mellom kommune og hjelpemiddelsentral når brukers funksjonsproblemer er komplekse og vanskelige å løse.
- Enklere søknadsprosess og raskere saksbehandling på hjelpemiddelsentralen.

Erfaringene viser også at det er store forskjeller i kommunene.

I en senere fase ble prosjektet videreført til å gjelde i alle fylkene. I løpet av 2002 gjennomførte alle Hjelpemiddelsentralene (en i hvert fylke) informasjonsmøter og opplæring med sine kommuner (Trygdeetaten 2001).

## 9.7 Ansvarsgruppe

Ansvarsgrupper er den mest brukte modellen når det gjelder samarbeid og tiltak rundt enkeltpasienter i voksenpsykiatrien, barnevern og barne- og ungdomspsykiatri (Borge 2000). Ansvarsgruppe ble først tatt i bruk i prosjektet "Alternativ til fengsling av ungdom " i Buskerud fylke 1980 – 1984 (Godeseth 1995). Gjennom statlige innsatsmidler ble det initiert prosjekt for samordning av tiltak for ungdom med atferdsvansker i flere fylker og kommuner, hvor bruk av ansvarsgrupper var et sentralt virkemiddel for å organisere et tverrfaglig og tverretattlig samarbeid for barn/unge og deres foresatte (Ogden og Weselka 1990).

Ansvarsgruppen kan være tverrfaglig og tverretattlig sammensatt, hvor deltakerne i ansvarsgrupper representerer ulike etater, som ut fra ulike lovverk, har et delansvar i forhold til barnet (Godeseth 1992). Selve begrepet ansvarsgruppe innebærer derfor at de enkelte etater deler ansvaret for oppfølging av saker gjennom felles problemløsning. Den enkelte brukeren og /eller pårørende er som oftest med i ansvarsgruppen. Av og til kan det være hensiktsmessig å opprette ansvarsgruppe for en hel familie samlet, for eksempel når flere familiemedlemmer har et hjelpebehov hvor tjenestene må koordineres. En ansvarsgruppe kan bidra til å gi barn/unge og deres foresatte kunnskap om sine rettigheter. En ansvarsgruppe kan gjøre det enklere for barn/unge og deres foresatte å forholde seg til tjenesteapparatet og kan bidra til samordnet planlegging og oppfølging av planer og tiltak. Den terapeutiske funksjonen er mindre vektlagt, og metoden kan ses på mer som en organisering av et team som har ansvar for en bestemt bruker eller familie. Dette skal bidra til å skape nettverk mellom fagpersoner, men gjør ikke nødvendigvis brukeren mer sosialt aktiv, hevder Borge (2000).

Harstad (1994: 95) oppgir følgende sentrale kjennetegn:

- Aktuelle tjenesteutøvere etablerer en ansvarsgruppe sammen med en bruker for å avklare behov for tjenester og avklare hvem som skal ha ansvaret for ulike deltjenester.
- Brukeren vil forholde seg til de samme personene over tid, uavhengig av tjenestnivå. Disse kjenner brukeren og dennes familie, og er godt orientert om deres situasjon til en hver tid.
- Varigheten av lidelsen tilsier individuell og situasjonsbasert hjelp uavhengig av nivå i behandlingsskjeden.
- Det forventes en aktiv deltakelse av brukeren og familien i målsetting og evaluering. Dermed vil de også oppleve å få ansvar og egenkontroll.

Tenkingen bak ansvarsgruppe som arbeidsform er delvis inspirert fra case management-modellen. Modellen har også rot i desentraliseringsprosessen og brukermedvirknings-

ideologien som ble utviklet på 1970- 80-tallet (Grue 1999: 95). Når det gjelder koblingen mellom individuell plan og ansvarsgruppe foreslår forskrift for individuelle planer (Helse- og omsorgsdepartementet 2004b) og forskrift for rehabilitering og habilitering (Helse- og omsorgsdepartementet 2001) ansvarsgrupper som møteplass for utforming av individuell plan. Verktøyet Koordinering av psyko-sosialt arbeid benytter også ansvarsgrupper i sin tenkning.

I NOU (2000: 12) *Barnevernet i Norge* blir det understreket at det er delte meninger om hvorvidt ansvarsgrupper er en god og effektiv måte å samarbeide på. I det følgende belyses resultater fra ulike undersøkelser som har kartlagt brukeres erfaringer med ansvarsgrupper.

### 9.7.1 Brukernes erfaringer med ansvarsgruppe

Vi innleder dette avsnittet med å se på i hvilken grad brukerne har erfaring med ansvarsgruppe. I følge NOU (2000:12) er ansvarsgrupper det mest benyttede samarbeidsredskapet når det er etablert tiltak for barn og familier i barnevernet. Det finnes imidlertid ikke kartleggingsdata som viser omfanget av ansvarsgrupper for barn og unge generelt på landsbasis og fordelt etter for eksempel instanser/sektorer/etater eller ulike typer brukergrupper. Når det derimot gjelder omfanget av ansvarsgrupper blant barn og unge med psykiske problemer finnes flere undersøkelser om dette.

#### I HVILKEN GRAD HAR BRUKERNE ERFARING MED ANSVARSGRUPPER?

Vi har tidligere referert til resultater i Statens helsetilsyn sin rapport (2003) som oppsummerte med at kommunene var kommet kort med hensyn til å utarbeide individuelle planer for barn og unge med psykiske vansker. Når det gjelder ansvarsgrupper viste samme rapporten at svært mye av kommunenes samarbeid rundt barn og unge med psykiske problemer ivaretas gjennom ansvarsgrupper med tverrfaglig deltakelse. I noen kommuner ser det ut som dette arbeidet har kommet langt og er et stykke på veien til oppfyllelse av kravet til individuelle planer, heter det i rapporten.

Hva angår omfanget av ansvarsgrupper for barn og unge i psykisk helsevern sier den samme rapporten, basert på tilsyn i 41 poliklinikker for barn og unge at:

*"Ca. en fjerdedel av poliklinikkene opplyste at de ansatte arbeider i ansvarsgrupper for barn og unge med psykiske problemer. Det fremkommer ikke alltid klart av rapportene om disse ansvarsgruppene også omfatter kommunens personell eller bare poliklinikkens"* (Statens Helsetilsyn 2003).

Så langt vi har oversikt over finnes ikke flere undersøkelser som sier noe om omfanget av barn og unge i det psykiske helsevernet med ansvarsgruppe. Men at ansvarsgrupper er vanlig i mange kommuner i tjenestetilbudet til barn og unge med psykiske lidelser bekreftes av Myrvold (2004). I denne undersøkelsen, som det også er referert til i kapitlet om individuell plan, ble kommunene bedt om å besvare følgende spørsmål:

*Har kommunen etablert ansvarsgrupper (eller tilsvarende) som metode for samordning av tjenester overfor barn og unge med problemer relatert til psykisk helse?*

Resultatene viste at 83 prosent av kommunene enten brukte ansvarsgruppe som metode for noen eller for de aller fleste (N=234). (Det tilsvarende tallet for om kommunen praktiserer ordningen med ansvarsgrupper for voksne er 90 prosent). Myrvold poengterer at i og med at formuleringen er så pass vid, og ikke bare inkluderer barn og unge med alvorlige, sammensatte problemer, synes det naturlig at de fleste sier at de har ansvarsgrupper for noen, men ikke for alle.

Som vist til under pkt. 10.5.3 har Andersson og medarbeidere (2004) gjennomført en studie av barn og unge med diagnosen hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD. I delstudien gjennomført i PPT var det i følge saksansvarlig fagperson i PPT slik at halvparten av barna/ungdommene hadde etablert ansvarsgruppe eller at ansvarsgruppe var planlagt (N=1780). Fagpersonene i PPT oppga i denne studien følgende årsaker til at det ikke var etablert ansvarsgruppe: "ikke

behov"/"foreldrene ønsker det ikke", "det er ikke etterspurt" og en siste årsak var at man "har samarbeidsmøter".

Sitter og Andersson's (2005) (tidligere referert til under pkt. 10.5.3) evaluering av det kommunale tjenestetilbudet for barn/unge med psykiske vansker inneholder en sammenligning av bruk av ansvarsgruppe for to ulike grupper: "tjenestemottakere med psykiske problemer" og en kontrollgruppe definert som "tjenestemottakere uten psykiske problemer". Resultatene viste at barn under 16 år (N=3418) og ungdommer over 16 år (N=612) som benyttet helsestasjons- og skolehelsetjenesten og som samtidig hadde psykiske problemer, i større grad enn gruppen uten psykiske problemer, hadde en ansvarsgruppe. For de under 16 år var det blant de med psykiske problemer 32 prosent som hadde ansvarsgruppe, mens kun åtte prosent av de uten psykiske problemer hadde ansvarsgruppe. For de over 16 år var det henholdsvis 11 prosent blant de med psykiske problemer og to prosent blant de uten psykiske problemer som hadde ansvarsgruppe.

Også et utvalg av barn/unge under 16 år (N=1096) som mottok tilbud fra PPT viste samme tendens. Av brukere som er i kontakt med flere tjenester er det en noe større andel som har ansvarsgruppe blant brukere med psykiske vansker (60 prosent), mens tilsvarende tall for andre brukere uten psykiske vansker som mottar flere tjenester er 55 prosent. I alle de tre delutvalgene var det altså slik at andelen barn og unge som har en ansvarsgruppe er større blant de med psykiske problemer, sammenlignet med andre brukere som mottar flere tjenester.

#### HVA ER FORESATTES ERFARINGER MED DELTAGELSE I ANSVARSGRUPPER?

Under pkt. 10.5.3 refererte vi fra undersøkelsen til Sitter og Andersson' s (2005) rapport som viste at foresatte som fikk utarbeidet eller planlagt utarbeidet individuell plan var statistisk signifikant mer tilfreds med samarbeidet mellom tjenestene enn brukere som ikke fikk slik plan. Når det gjelder ansvarsgruppe er det derimot *ikke* slik at de som har ansvarsgruppe er signifikant mer tilfreds med samarbeidet mellom tjenestene sammenlignet med de som ikke har ansvarsgruppe.

I den samme spørreundersøkelsen vurderte foresatte til barn/unge under 16 år ved PPT på en skala fra "stemmer helt" til "stemmer ikke" sin grad av tilfredshet med ansvarsgruppa. For utvalget med psykiske vansker svarte 68 prosent enten at det "stemmer helt" eller "stemmer i stor grad" at tjenestetilbudet *blir mer samordnet* ved bruk av ansvarsgruppe, mens 10 prosent svarte at dette ikke var tilfelle ("stemmer ikke" eller "stemmer ikke særlig"). I alt 79 prosent var enig i at ansvarsgruppe er *nyttig samarbeidsform i den situasjonen brukeren er i* ("stemmer helt" eller "stemmer i stor grad"). Kun en liten andel mente dette ikke stemte (fem prosent). Over 90 prosent av brukerne med psykiske vansker som har ansvarsgruppe, opplevde at de ble ansett som en viktig part i ansvarsgruppen. Sitter og Andersson (2005) konkluderte med at ansvarsgruppe er en samarbeidsform som foresatte til brukere med psykiske vansker har tydelige positive erfaringer med. Og at det ser ut til at foresatte anser ansvarsgruppen som en arena hvor de blir hørt og tatt på alvor i forhold til sine behov.

En annen undersøkelse som viste at brukere har positive erfaringer med ansvarsgrupper er gjennomført blant fire elever i videregående skole, som tilhører en oppfølgingsklasse for fengselsundervisning (Halvorsen 2000). Konklusjonen var at elevene var blitt flinkere til å ta ansvar for eget liv, samtidig som de innså behovet for hjelp til å komme videre. For disse elevene var ansvarsgruppene et pedagogisk verktøy for å lære noe om offentlig forvaltning, demokratiske spilleregler og offentlig saksgang.

Andre undersøkelser som er gjennomført blant barn/unge og deres foresatte viste at erfaringene med ansvarsgruppe var langt mer tvetydig sammenlignet med resultatene omtalt ovenfor.

I en evaluering av foreldres erfaringer med habiliteringstilbudet for sine barnehagebarn viste Capjons (1998) resultater at foreldrene stort sett opplevde seg som pådrivere og ansvarlige,



i et mye større omfang enn de selv ønsket. Mange opplevde at ansvarsgruppemøtene var mer som et informasjonsforum enn som et ansvarlighetsforum. Og om ansvar ble fordelt var dette ingen garanti for at dette ble fulgt opp. Evalueringen viste at ansvarsgruppene ble for store når alle involverte instanser var til stede, og at dette medførte at foreldrene syntes det tverrfaglige samarbeidet ga lite.

Solheim (1998) har skrevet en hovedoppgave om foreldrene til psykisk utviklingshemmede barn og deres synspunkter på det offentlige tjenesteapparat. Konklusjonen fra intervjuer med åtte foreldrepar er at det var stor variasjon når det gjaldt foreldrenes opplevelse av hjelp og støtte fra ansvarsgruppene, hvorvidt ansvarsgruppen var godt organisert, fagpersonenes innsats, møtehyppighet, informasjon/støtte, avlastning og den opplevelse av hjelp og støtte ansvarsgruppene bidro med.

Tøssebro og Lundeby (2002) har gjennomført en kvantitativ undersøkelse om hvilket syn foreldrene til funksjonshemmede barn har på ulike sider ved tjenesteapparatet. Av 507 foreldre var det opprettet ansvarsgruppe for 86 prosent av barna. Som i en rapport skrevet av Lappegård og Ytrefhus (1999) konkluderte Tøssebro og Lundeby (2002) med at jo alvorligere grad av funksjonshemming, jo større var sannsynligheten for at det var opprettet ansvarsgruppe. Og ansvarsgruppe var vanligere for barn med utviklingshemming enn for barn med fysisk funksjonshemming. Når det gjaldt grad av tilfredshet med ansvarsgruppe var konklusjonen i denne undersøkelsen at et flertall av foreldrene stort sett hadde positive erfaringer. Jo oftere ansvarsgruppa møttes jo mer sannsynlig var det at foreldrene hadde positive erfaringer. Og foreldre til barn med mild funksjonshemming svarte oftere at de hadde gode erfaringer enn de med tyngre funksjonshemming. En del av undersøkelsen til Tøssebro og Lundeby består av intervjuer med foreldre, og konklusjonen var at i de ansvarsgruppene hvor samarbeidet fungerte var disse en kilde til informasjon, mens i grupper hvor samarbeidet ikke fungerte kunne ansvarsgruppemøtene bli en "kamparena".

Tronvoll (1999) har i sin dr.gradsavhandling gjennomført en studie av åtte familier med funksjonshemmede barn og hjelpere på kommunalt nivå, hvor ansvarsgruppe sett i forhold til brukermedvirkning var et av temaene. Blant familiene i denne undersøkelsen opplevdes ansvarsgruppene å fungere meget forskjellig. Tronvoll belyser hvordan ansvarsgruppene var ulikt organisert og peker på positive og negative sider ved ansvarsgruppen sett fra familienes ståsted. Når en ansvarsgruppe fungerte var kjennetegnene at dette ble et forum hvor brukerne fikk fortalt sine behov, at det ble jobbet etter en fremdriftsplan, at det ble skrevet innkalling og referat, at det var kontinuitet i arbeidet, at foreldrene slapp å springe rundt til forskjellige instanser for å koordinere tjenestetilbudet selv og at de var heldige med fagpersonene i gruppa. Derimot når en ansvarsgruppe ikke fungerte godt for brukerne var kjennetegnene at foreldrene ble sittende med en følelse av å måtte være pådrivere i arbeidet. Og at det var begrenset hvilke beslutninger som kunne fattes på dette nivået. For eksempel med tanke på å utløse ressurser til hjelpetiltak som går via Rikstrygdeverket, som ikke er representert i ansvarsgruppa, kunne det bli uklart hvem som skulle ta ansvaret for å følge opp med søknad og eventuelt klage på avslag.

Nilsen (2002) har i sin hovedfagsoppgave gjennomført en survey undersøkelse blant 200 foreldre til barn med cerebral parese og i tillegg 20 intervjuer hvor temaet er foreldrenes erfaringer med å delta i ansvarsgruppe som metode for samordning av tjenester og tiltak. Ni av 10 foreldre ønsket at ansvarsgruppen skulle bidra til at tiltakene til barnet ble koordinert, mens bare fire av 10 opplevde at dette faktisk skjedde. Det var ingen signifikant forskjell mellom de som hadde, og de som ikke hadde, ansvarsgruppe. Deltakelse i ansvarsgruppe syntes heller ikke å gjøre det lettere å finne fram til hvem som hadde ansvar for de ulike tiltakene barnet trengte. Det ble imidlertid poengtert at det blant foreldrene var mange positive erfaringer med ansvarsgruppe. Blant annet ble det fremholdt som positivt å få sagt noe til mange samtidig, men dette var avhengig av at ansvarsgruppen fungerte.

Når det gjaldt brukermedvirkning viste Nilsens undersøkelse (2002) at seks av 10 foreldre opplevde at ansvarsgruppen ga dem en mulighet for å fortelle fra barnets hverdag, og åtte av 10 foreldre svarte at deltakelsen i ansvarsgruppen gjorde det mulig for dem å få fram barnets behov. Men bare halvparten mente de fikk større mulighet til å påvirke tjenestetilbudet. Seks av 10 mente de hadde avgjørende innflytelse på de beslutningene som ble tatt,

men bare tre av 10 mente at ansvarsgruppen hadde reell myndighet. Nilsen har lagt vekt på mestringsperspektivet og undersøkelsen viste at for at foreldrene skal finne det meningsfullt å delta, må møtene være preget av tillit, respekt og medmenneskelighet. De må ha noe igjen for å delta, de må oppleve at det spiller en rolle hvorvidt de er tilstede eller ikke. Ikke minst ble det konkludert med at deltakerne i ansvarsgruppen (både foresatte og fagpersoner) må ha lyst til å være tilstede for å gjøre noe for barnet.

Godeseth (2004) intervjuet i sin hovedfagsoppgave seks mødre og to fedre med erfaring fra å delta i ansvarsgrupper, hvor den kommunale barnevernstjenesten i samarbeid med flere instanser har satt inn hjelp eller tiltak. Tittelen til Godeseth er "Verdighet på spill?" og handler blant annet om hvordan foreldrenes deltakelse i ansvarsgrupper blir et spørsmål om hvordan ivareta egen verdighet i møte med og i diskusjon med fagpersonene. Dette handler om at foreldrene og fagpersoner har ulike posisjoner i ansvarsgruppen, herunder forstått som den maktposisjon fagfolk besitter versus private aktører. Ansvarsgrupper i barnevernet er ikke bare fora for dialog og samhandling, men også forhandling. Godeseth viser til Eriksen (2001), som hevder at fagpersoner ikke bare møter som representanter for sitt fag, men som ansatte i ulike virksomhetsområder. Beslutninger må fattes innenfor bestemte juridiske, praktiske og økonomiske rammer. Foreldre opptre som private aktører, på vegne av barnet og seg selv, enten de møter med advokat eller ikke.

Det ble samtidig understreket fra informantene i Godeseths undersøkelse at for å koordinere innsats fra hjelpeapparatet var det behov for ansvarsgruppe. Det ble ikke sett på som et alternativ å skulle møte fagfolk hver for seg, når dette betyr og måtte gå fra dør til dør for å utløse tiltak og ressurser. Det ble videre poengtert at man i bruken av ansvarsgruppe skal være varsom, fordi å være forelder i barnevernet er en sårbar posisjon i seg selv. Det berører kulturelle og normative forestillinger om hva det er å være god mor eller god far. Flere av informantene beskrev hvordan traumatiske opplevelser fra egen barndom ble aktivert når de som forelder gikk inn i ansvarsgruppe-samarbeid. Enkelte informanter argumenterte for hvordan fagfolks opptreden og væremåte bidro til å vedlikeholde et mindreverdige selvilde. Godeseth så derfor på foreldrenes deltakelse som et verdighetsprosjekt som kunne fortolkes som et konstruktivt bekymringsarbeid som foreldrene utøvde til barnets beste. Verdighetsstrategiene handlet ikke bare om å beskytte seg mot tap av anerkjennelse i egne og andres øyne, men om å skape optimale betingelser for å kunne ta i bruk sin kompetanse i ansvarsgruppa.

I en annen hovedfagsoppgave har Herseth (2002) sammenlignet foreldres opplevelse av deltakelse i ansvarsgruppe med deltakelse i ISP-team. ISP-team står for Individuelt service program og er en modell for økt brukermedvirkning som forutsetter tverrfaglig og tverretattlig samarbeid. Modellen er utviklet av sosiolog Olle Sjögren i Sverige (Sjögren 1996). Den er i første rekke utviklet for å hjelpe funksjonshemmede og deres familier. Herseth hevder at det er mange likhetstrekk mellom ansvarsgruppe og ISP-team, men at fagideologien er sterkere i ISP og at brukeren i enda sterkere grad er satt i sentrum. I ISP-team er det brukeren/foreldrene selv som bestemmer hvilke fagpersoner som skal delta og hvem som skal være koordinator. Herseth intervjuet og sammenlignet til sammen seks familier med multifunksjonshemmet barn som mottok tilbud fra habiliteringstjeneste. Av de seks familiene hadde to ansvarsgruppe, to hadde ISP-team, og to familier hadde tidligere hatt ansvarsgruppe men har siden gått over til ISP-team.

Resultatene viste at foreldre som har ISP-team følte større innflytelse, at de fikk mulighet til å tydeliggjøre egne behov og at de følte større mental støtte. Herseth mener dette kan forklares med at foreldrene blant annet selv valgte hvem som skulle delta i ansvarsgruppen, og at medlemmene dermed i større grad opplevde seg som likeverdige samarbeidspartnere. Større grad av brukermedvirkning, en klarere definert koordinatorrolle, tettere relasjon til tjenesteyterne og større grad av helhetstenkning ble fremholdt som årsaker til at ISP-team fungerte bedre enn ansvarsgrupper.

Undersøkelsen til Andersson og medarbeidere (2004), som ble gjennomført blant foresatte til barn/unge med hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD, (undersøkelsen er tidligere omtalt under pkt. 10.5.3), viste en relativt høy udekket etterspørsel etter ansvarsgruppe i dette utvalget.

## OPPSUMMERING AV KUNNSKAPSSTATUS FOR BRUKERNES ERFARINGER MED ANSVARSGRUPPER

Det finnes ikke data som dokumenterer hvor mange barn og unge som har en ansvarsgruppe. En av Myrvolds (2004) konklusjoner var at 83 prosent av kommunene benytter ansvarsgruppe som metode for samordning av tjenester overfor barn og unge med problemer relatert til psykisk helse. Men med dette kjenner vi ikke til omfanget av bruk av metoden i hver enkelt kommune. Per 2002 hevdet poliklinikkene i psykisk helsevern at ca. ¼ av de ansatte arbeidet i ansvarsgrupper. Men heller ikke dette resultatet er et presist mål for omfanget av bruk av metoden. For barn med hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD svarte behandlere ved PPT at det var etablert ansvarsgrupper for halvparten av barna/ungdommene.

En evaluering gjennomført i helsestasjon- og skolehelsetjenesten og PPT viste at andelen barn og unge som hadde en ansvarsgruppe var større blant gruppen med "psykiske problemer", sammenlignet med kontrollgruppen "andre brukere som mottar flere tjenester" Sitter og Andersson (2005).

Når det gjelder hvilke erfaringer barn og unge og deres foresatte har med ansvarsgruppearbeid viser flere studier at erfaringene er tvetydige og at det er mange faktorer som er med og avgjør om ansvarsgruppearbeid oppleves fruktbart (Capjon 1998; Solheim 1998; Grue 1999; Tronvoll 1999; Halvorsen 2000; Tøssebro og Lundebj 2002; Nilsen 2002; Herseth 2002; Godeseth 2004; Sitter og Andersson 2005).

### 9.7.2 Erfaringer med ansvarsgruppe i kommunene

For å beskrive hva som foreligger av kunnskap om kommunale fagpersoners erfaringer med ansvarsgruppe starter vi med å vise til en studie, som har tatt for seg både brukeres og kommunalt ansattes erfaringer med modellen ansvarsgruppe (Lappegård og Ytrehus 1999). Studien består både av en kvalitativ og en kvantitativ tilnærming, resultatene viste at de ansatte i kommunene vurderte modellen langt mer positivt enn brukerne når det gjaldt mulighetene for brukerne til å ta del i tilretteleggingen av tjenester. Det må tas forbehold om at undersøkelsen innbefatter både barn/unge og voksne brukere og av fagpersonene som inngår i undersøkelsen jobber noen med barn/unge mens andre jobber med voksne brukere.

Grue (1999) viste i sin artikkel til en undersøkelse hvor flere av fagfolkene syntes de fikk for lite ut av det tverrfaglige samarbeidet i ansvarsgruppen. De savnet drøfting og vurdering av en samlet målsetting for tiltakene til barnet i det tverrfaglige samarbeidet.

I Tronvolls (1999) undersøkelse (vist til i pkt. 10.6.1) ble også fagpersoners erfaringer med ansvarsgruppe-jobbing kartlagt. Som minus ved arbeidsformen ble det pekt på at det var tidkrevende og noe omstendelig og måtte skrive innkalling, møtereferat og at innhold måtte utformes og evalueres. I tillegg ble det påpekt som en utfordring at det fort kunne bli en skjevhet i ansvarsgruppen ved at noen kjente barnet/familien godt og dermed hadde godt grunnlag for å legge frem planer og evalueringer mens andre ble mer perifere og dermed kunne bidra lite (Tronvoll 1999).

I NOU 2000:12 vises det til en undersøkelse gjennomført av analysefirmaet Protinus blant 24 ressurspersoner fra barnevernstjenesten i kommunene, fylkeskommunalt barnevern, fylkesmannens sosial- og familieavdeling, barnevernets samarbeidspartnere på kommunalt og fylkeskommunalt nivå, private barnevernsinstitusjoner og frivillige organisasjoner. Blant disse ble det konkludert med at det var delte meninger om ansvarsgrupper var en effektiv måte å samarbeide på. Noen av informantene mente ansvarsgruppemøter ofte var dårlig styrt og dårlig forberedt, og at uforholdsmessig mye tid gikk med til slike møter (kilde for Protinus er ikke oppgitt i NOU 2000:12).

### 9.7.3 Erfaringer med ansvarsgruppe hos statlige myndigheter

Under pkt. 10.6.1 viste vi til at ca. 25 prosent av poliklinikkene oppga at de ansatte deltar i ansvarsgrupper (Statens Helsetilsyn 2003). Det foreligger slik vi kjenner til ingen nyere undersøkelser som beskriver omfang av ansvarsgruppejobbing, verken i det psykiske helsevernet, helseforetak for øvrig eller hos andre statlige myndigheter. Tilsvarende foreligger heller ikke hvilke erfaringer fagpersonene hos statlige myndigheter har med ansvarsgruppe-modellen.

## 9.8 Firfotmodellen

Firfotmodellen er et kartleggingsverktøy for barn og ungdom. Verktøyet skal være til hjelp i daglig arbeid og samarbeid for alle fagfolk som jobber med barn og unge som de er bekymret for. Fundamentet for firfotmodellen ble utviklet for ca. 10 år siden. Stiftelsen Psykiatrisk opplysning ([www.psykopp.no](http://www.psykopp.no)), Sandnes kommune og barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) Sandnes har i samarbeid utviklet verktøyet. Hilchen Sommerschild regnes som grunnlegger av verktøyet.

Ved hjelp av firfotmodellen kartlegges symptomer som kan være årsaken til at man er bekymret for et barn. Videre kartlegges barnets utvikling (språk, motorikk, sosiale ferdigheter osv), barnets personlige egenskaper (kontaktevne, selvbilde og problemløsningsevne) og til slutt kartlegges barnets oppvekstmiljø (hjem, skole/barnehage og fritid). Kartlegging av de fire "føttene" i modellen, hvor S = Symptomer, U = Utvikling, P = Personlige egenskaper og O = Oppvekstmiljø, kan utføres av forskjellige aktører. Deretter kan opplysningene settes sammen til en helhet. Utredningen foregår i samarbeid mellom eleven, foreldrene, skolen og helsetjenesten. En person må være hovedansvarlig for å koordinere utredningen (Haugland og Misvær 2004).

### 9.8.1 Brukernes erfaringer med firfotmodellen

Det foreligger ingen kunnskap om brukernes erfaringer med firfotmodellen. Vi har vært i kontakt med stiftelsen Psykiatrisk opplysning v/Guri Tysse, som oppgir at de ikke har oversikt over hvilke kommuner/foretak som har kjøpt firfotmodellen. Vi kan dermed ikke si noe om verken grad av brukererfaringer eller andre typer erfaringer i bruk av modellen.

### 9.8.2 Fagpersonenes erfaringer med firfotmodellen

Per i dag finnes ikke dokumenterte erfaringer om bruk av firfotmodellen verken fra kommunale eller statlig ansatt fagpersonell.

### 9.8.3 Pågående prosjekter

I Sandnes kommune har de som et ledd i opptrappingsplanen for barn og unge besluttet at firfotmodellen skal benyttes av alle fagfolk som jobber med barn og unge som har begynnende symptomer på problematikk. Om lag 600 fagpersoner har deltatt i opplæring av verktøyet. Sandnes kommune planlegger å gjennomføre en kvantitativ evaluering av bruk av firfotmodellen i Sandnes kommune og BUP Sandnes høsten 2005 med oppfølging av en kvalitativ evaluering i 2006. Kontaktperson for firfotmodellen i Sandnes kommune: Synneva Eidsheim.

## 9.9 Koordinering av psykososialt arbeid

Stiftelsen GRUK – Gruppe for Kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten ([www.gruk.no](http://www.gruk.no)) ble opprettet i 1999 av Legeforeningen, Norsk Sykepleieforbund, Kommunenes Sentralforbund og Telemark fylkeskommune. GRUK har hovedkontor i Skien og er et nasjonalt senter for kontinuerlig forbedring og tilbyr konsulenttjenester til sykehus, kommunale tjenester og bistår i prosjekter for å bedre samhandlingen mellom tjenestenivåer. GRUK har som formål å innføre KPA som metode i sosial- og helsesektoren. KPA er en arbeidsmodell som skal sikre at brukere med langvarige og sammensatte hjelpebehov får de hjelpetjenester de har behov for på en effektiv måte. Grunnlaget for tenkningen er at psykososialt arbeid omhandler både forebygging, omsorg, behandling og rehabilitering, og at sammenhengen mellom psykisk helse og sosiale forhold er viktig. Å samarbeide med, og utvikle brukerens nettverk for på denne måten å styrke brukerens livskvalitet og evne til mestring er viktig. Koordinatorrollen er sentral i arbeidsmodellen til KPA og i utgangspunktet ses koordineringen på som en kommunal oppgave.

Sentrale kjennetegn ved KPA

- Metoden går ut på å lage tiltaksplan i samarbeid med den enkelte bruker, og ta ansvaret for at planen blir realisert.
- Det er viktig at en kartlegger personlige mål, ressurser og behov sammen med brukeren og lager en plan for oppfølgingen.
- Kontinuiteten i oppfølgingen ivaretas ved at en koordinator følger brukeren over tid.
- Målet for KPA er å utnytte mulighetene som eksisterer i det lokale tiltaksnettverket i tråd med brukerens behov. Aktuelle områder kan for eksempel være sosiale tjenester, frivillige organisasjoner, fritid og sosialt nettverk (Pedersen et al. 1998).

Borge (2000) skriver at kommunen har ansvaret for KPA, og at det er vanlig å velge en koordinator fra den etaten som brukeren trenger mest hjelp i fra. Koordinator skal ha et helhetlig og samlendende perspektiv som skal fungere som et kontaktledd mellom bruker, ulike fagfolk og etater. Av og til opprettes også her ansvarsgrupper, noe som går inn under det indirekte arbeidet (planlegging og organisering av tjenestene, mens direkte arbeid er behandling). Borge hevder det er stor likhet mellom KPA og case management og clinical case management (CCM), og at det indirekte arbeidet i KPA har en lik funksjon som CM har. Det direkte arbeidet i KPA kan sammenlignes med CCM (Pedersen et al., 1998).

KPA startet med prosjekter i Kragerø kommune i 1996 med bruk av verktøyet KPA for voksne. Kragerø ble videre pilotkommune for et KPA-prosjekt for barn og unge i 2004, finansiert av Helse og Rehabilitering. Prosjektet kalles "Koordinert hjelp til barn og unge." Formålet er å tilpasse KPA til barn og unge med sammensatte tjenestebehov. Arbeidet skal bidra til å styrke livsmestringen hos brukere og deres foresatte slik at vedvarende psykisk lidelse kan forebygges. Som et delmål ønsker de å prøve ut modellen i arbeidet med å utvikle individuell plan. Neste fase i dette prosjektet er utprøving av KPA for 20 barn/unge i Porsgrunn og Skien i tidsrommet 2003 – 2006 (oppstart mai 2005). Et tilsvarende antall koordinatorene (ansatte i kommunene) i både Porsgrunn og Skien deltar. Ansatte ved BUP Skien skal veilede koordinatorene (Hårstad og de Vibe 2005).

Stiftelsen GRUK har skrevet flere erfaringsrapporter om KPA (eksempel Evenstad 2002), men hos KPA ser vi samme utviklingstrekket som med individuell plan-arbeidet i SKUR og SINTEF Helse – at utviklingen/utprøvingen av verktøyet først skjer blant voksne brukere og blant fagpersoner som jobber med voksne brukere, og dernest tilpasses verktøy/prosesser for barn og unge som brukerguppe.

### 9.9.1 Brukernes erfaringer med KPA

Fra prosjektet "Koordinert hjelp for barn og unge" er det så langt gitt ut kun foreløpige resultater i et notat fra første utprøving av KPA blant barn/unge i Kragerø. Dette er et notat

basert på GRUK-medarbeidernes egen evaluering (Hårstad og de Vibe 2005). Ni barn med ulike typer funksjonshemming/utviklingshemming deltok i utprøvingens fase 1. Utsagn fra foresatte til disse barna var bl.a. at de med dette arbeidsverktøyet ble møtt med respekt og på en positiv måte, med enkelte unntak. Når det gjaldt kontinuitet og tilgjengelighet ble det hevdet fra foresatte at situasjonen ble bedre ved blant annet at koordinator ordner en del praktiske ting.

### 9.9.2 Erfaringer med KPA i kommunene

På tilsvarende vis som vist til under pkt. 10.8.1 har GRUK noen foreløpige resultater fra ni fagpersoner i kommuner som viser hvilke erfaringer de har med bruk av KPA blant barn og unge. På spørsmål om hva som var det viktigste de hadde lært i KPA-veiledningen svarte fagpersonene "Å få fram brukerens eget ønske og behov/kunne lytte og vise empati/tilpasse oppfølgingen til bruker." "At arbeidet med disse brukerne tar tid og at det krever kontinuitet i arbeidet." "For barn som ikke bor sammen med mor og far trengs en person som både mor og far har tillit til." "Foreldre kan bruke lang tid på å sette ord på barnets behov." (Hårstad og de Vibe 2005).

Utprøving av KPA blant barn og unge er under gjennomføring. Det foreligger ikke dokumenterte erfaringer fra fagpersoner i kommuner bortsett fra et upublisert notat.

### 9.9.3 Erfaringer med KPA hos statlige myndigheter

Det finnes ikke dokumentert kunnskap om bruk av KPA for barn og unge blant fagpersoner hos statlige myndigheter.

## 9.10 Case management

Case management er et internasjonalt anerkjent verktøy, utviklet i USA og Storbritannia, som skal bidra til samordning og til å skape et system i behandlingstilbudet som er hensiktsmessig både for pasienten og for tjenesteapparatet. Borge (2000) hevder at behovet for å få til et bedre koordinert tilbud til pasientene spesielt oppstod etter nedleggningen av de store institusjonene. Modellen har derfor i hovedsak blitt utviklet fra institusjonene ut mot kommune-/distriktshelsetjenesten. Borge spesifiserer ikke utbredelsen av case management blant barn og unge, men skriver at det har vært økende interesse for case management de senere årene.

### 9.10.1 Brukernes og fagpersonenes erfaringer med case management

Borge (2000) hevder at forskning og evaluering av case management ikke har gitt entydige resultater når det gjelder bedret helsetilbud til ulike brukergrupper. Wold (1997) viser til flere internasjonale studier der forskerne har drøftet uklarhet rundt forskjellige definisjoner av case management og ulik bruk av instrumenter, noe som vanskeliggjør sammenligning. Samtidig foreligger studier fra USA som viser til gode resultater. Ved bruk av såkalt clinical case management er det blitt færre re- innleggelse, kortere institusjonsopphold og bedre forberedelse til innleggelsene. Både pasienter og pårørende er mer tilfreds enn tidligere. Undersøkelsen til Wold har ikke undersøkt bruk av clinical case management spesifikt for barn/unge, og utelates derfor fra kunnskapsstatusen.

### 9.11 Oppsummering

Bruk av individuell plan er i følge undersøkelser som foreligger økende, og dette gjelder både innen kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Samtidig er det et stort antall

barn/unge som har rett til individuell plan, men som per i dag ikke mottar dette tilbudet. Når det gjelder erfaringer med individuell plan i forhold til barn/unge finnes i all hovedsak kun undersøkelser som dokumenterer dette for gruppen barn/unge med psykiske lidelser. Det foreligger slik vi kjenner til ikke studier som spesifikt har kartlagt bruk av individuell plan blant barn/unge med for eksempel funksjonshemminger og rusproblemer. Det er gjennomført for få studier som omhandler kommunale fagpersoners erfaringer med individuelt planarbeid for barn/unge til å kunne konkludere. Det finnes eksempler på undersøkelser gjennomført blant fagpersoner i kommuner, men disse omfatter erfaringer med individuelt planarbeid både i forhold barn/og unge og voksne og utelates derfor fra kunnskapsstatusen. Av det vi kjenner til foreligger ikke dokumentert kunnskap som gir informasjon om ansatte i statlige helseforetak/institusjoner/instanser/etater sine erfaringer med å arbeide med individuell plan for barn og unge.

Når det gjelder hvilke erfaringer barn og unge og deres foresatte har med ansvarsgruppearbeid viser flere studier at erfaringene er tvetydige og at det er mange faktorer som er med og avgjør om ansvarsgruppearbeid oppleves fruktbart. Det finnes ikke data som dokumenterer hvor mange barn og unge som har en ansvarsgruppe, men undersøkelser tyder på at bruk av ansvarsgrupper er utbredt, særlig som en måte å organisere det kommunale tjenestetilbudet på. Det foreligger betydelig mindre dokumentert datamateriale av kommunale og statlige fagpersoners erfaringer med ansvarsgruppemodellen sammenlignet med brukeres (foresattes) erfaringer.

Verktøyet koordinering av psyko-sosialt arbeid (KPA) er under utprøving for gruppen barn/unge, men det foreligger foreløpig ikke dokumentert kunnskap om dette. Det foreligger heller ikke dokumentert kunnskap om erfaringer i bruk av firfotmodellen eller case management.





# 10 Brukernes medvirkning og møte med tjenester

MARIT SITTER OG HELLE WESSEL ANDERSSON

*Alle barn har rett til å si sin mening i saker som angår dem.*

*Barns mening skal tillegges vekt.*

(FN' s barnekonvensjon, artikkel 12)

Barns rett til deltagelse og innflytelse er et av de fire hovedområdene av rettigheter i FN' s barnekonvensjon, og også del av norsk lov fra 2003. Barn og unge kan ha andre opplevelser av, - og oppfatninger om hvordan tiltak og tjenester bør være enn voksne. For å kunne gi kvalitativt gode tjenester som dekker barn og unges behov er det derfor avgjørende at barn selv får anledning til å medvirke, og at de blir hørt.

Begrepet "brukerperspektiv" brukes ofte i sammenhenger der en ønsker å se et tilbud, eller behovet for et tilbud fra den potensielle brukerens side. Brukerperspektivet kan benyttes for utformingen av innholdet i et tiltak eller tilbud (innholdsorientert brukerperspektiv), eller begrepet kan knyttes til prosessen, ved at bruker trekkes inn i beslutningsprosessen (prossessorientert brukerperspektiv). Brukerstyring innebærer at brukeren har den reelle beslutningsretten over utformingen av et tjenestetilbud, mens brukermedvirkning innebærer at brukerne får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbud (Willumsen, 1999; St. meld. nr. 34, 1996/97). Muligheter for å presentere sine erfaringer og synspunkter utgjør en av flere former for brukermedvirkning (Alm Andreassen & Grut, 1994). Ved å innhente brukernes erfaringer, ønsker og behov, og ved å formidle disse tilbake til utøvende myndighet og aktuell tjenesteyter/instans, vil innspillene fra brukerne kunne tas aktivt med i planlegging, utforming og styring av virksomheten. Brukermedvirkning blir slik en vesentlig del av kvalitetssikringen av tjenestene, ved at en får tilført kunnskap om brukernes erfaringer med tjenestene.

Innen for helse- og sosialfeltet finnes det ulike kilder som vil påvirke til økt fokus på brukermedvirkning. Sentrale påvirkningskilder er offentlige myndigheter, brukernes og borgernes opplevelser, og media (Hummerfelt, 2005). Det har i løpet av de siste årene vært en betydelig økt fokus på brukermedvirkning i offentlige dokumenter. I flere av disse har også barn og unges rett til medvirkning blitt fokusert (St. prp. nr 63, 1996-97; Barne- og familiedepartementet, Rundskriv, 1999; St. meld. nr. 39, 2001-2002; St. meld. nr. 40, 2002-2003; St. meld. nr. 40, 2001-2002; Regjeringens strategiplan, 2003; Strategiplan Habilitering av barn, 2004; Barne- og familiedepartementet, 2005).

Betydningen av kvalitet i møtet mellom barnet /ungdommen og tjenesteyter er spesielt fremhevet i Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse (2003). Det er lagt vekt på at barn og unge skal ha anledning til å formidle sin erfaring direkte til beslutningstagere og tjenesteutøvere, og at de blir møtt som likeverdige samarbeidspartnere. Målet om økt brukermedvirkning for barn og ungdom, og utvikling av tjenester basert på brukerperspektiv, skal nås gjennom utarbeidelse av en egen tiltaksplan. Disse tiltaksplanene, som

er ledd i gjennomføringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse (St. prp. nr 63, 1997-1998; St. prp. nr 1. 2003- 2004) utarbeides i samarbeid mellom Sosial- og helsedirektoratet og brukerorganisasjonene. Det er lagt vekt på at Opptrappingsplanens målsetting om økt brukermedvirkning skal oppnås ved iverksetting og tilrettelegging av brukermedvirkning for barn og unge. Både på systemnivå og på individnivå. Planen skal synliggjøre hvordan dette kan oppnås og hvilke ressurser som er nødvendige. Tiltaket iverksettes høsten 2005 (Moseid, personlig kommunikasjon, 2005).

## 10.1 Mål og problemstillinger

I denne delstudien vil vi gjøre rede for hvordan brukerperspektivet benyttes i utvikling av det offentlige tjenestetilbudet til barn og unge. En vil i tillegg kartlegge hvordan brukere, (barn, ungdom og foresatte), opplever møtet med hjelpeapparatet, og i hvilken grad brukerne er tilfreds med samarbeid, samordning og koordinering mellom ulike tjenesteytere og instanser som møter barn og ungdom med sammensatt problematikk. Som et supplement til denne forskningsbaserte kunnskapen presenteres eksempler på brukerorganisasjonenes aktivitet og kunnskap i forhold til brukermedvirkning.

I kapitlet vil vi i tillegg gi eksempler på tiltak, prosesser og forskning som er iverksatt i andre land, der fokus er på barn og unges medvirkning i utforming av tiltak og tjenestetilbud.

### PROBLEMSTILLINGER

#### 1. Brukermedvirkning

- Hvordan er barn og unges interesser og erfaringer ivaretatt i offentlige planleggingsprosesser og i utviklingen av tjenestetilbudet på første – og andrelinjenivå?
- Hvordan jobber sentrale brukerorganisasjoner for å påvirke til økt brukermedvirkning?
- Hvilke aspekter ved brukermedvirkning fokuseres det på i nyere internasjonal forskningslitteratur?

#### 2. Brukertilfredshet

- Hvordan er brukernes behov imøtekommet og ivaretatt i møtet med tiltak og tjenester? Hvordan opplever brukerne møtet med de offentlige tjenestene rettet mot barn og unge?
- Hvordan opplever brukerne at ulike hjelpeinstanser og tjenesteutøvere samarbeider, og i hvilken grad er brukerne tilfreds med samordningen og koordineringen mellom ulike instanser, tjenesteytere og aktører?

### 10.1.1 Fremstilling

I første del (kap 3.2.1) av dette kapitlet er tema brukermedvirkning. Denne delen av kunnskapsstatus setter fokus på hvordan brukernes interesser ivaretas i offentlige planleggings- og beslutningsprosesser, og i utvikling av tjenestetilbud på første- og andrelinjenivå. Først omhandles barn og unges medvirkning i nasjonal og kommunal planlegging og tiltaksutforming. Deretter presenteres studier/rapporter som viser hvordan ulike deler av det offentlige hjelpeapparatet etterspør brukernes erfaringer i arbeidet med å utvikle og forbedre tjenestene. Videre vil rapporter som omhandler metoder i brukermedvirkning for tjenester rettet mot barn og unge presenteres. I del to av kapitlet (kap 3.2.2) er tema brukererfaringer og brukertilfredshet. Her presenteres studier som omhandler møte mellom bruker og tjenesteapparat, og brukerundersøkelser med spesielt fokus på samarbeid og koordinering mellom tjenester.

I kapitlet gis en samlet oversikt, i tabellformat, over relevant litteratur vedrørende brukermedvirkning og brukertilfredshet. Tabellene er lagt i vedleggsdel tabell 3.1. Disse oversiktene danner grunnlaget for en samlet oversikt over, - og vurdering av kunnskapsgrunnlaget.

Videre presenteres kunnskap basert på internasjonal litteratur vedrørende medvirkning fra barn og unge. Denne forskningsbaserte litteraturen suppleres med presentasjon av erfaringsbasert kunnskap formidlet av brukerorganisasjoner.

## 10.2 Brukermedvirkning og brukererfaringer

### FREMGANGSMÅTE

Det er gjennomført systematisk litteratursøk i litteraturlagene BIBSYS (Bibliotekbasen, ForskPub og ForskPro). Siste litteratursøk ble gjort i september 2005. Søket er ellers begrenset til norsk litteratur fra de siste ti årene, dvs. f.o.m 1995 t.o.m. 2005. Søknadsprosedyren er gjennomført trinnvis, først ved å benytte følgende søkebegrep; "brukermedvirkning barn" (treff på 23 titler/emneord); "brukermedvirkning ungdom" (treff på 9 titler/emneord); "brukermedvirkning\* (2004/2005)" (treff på 111 titler/emneord); "brukerundersøkelse" (treff på 398 titler/emneord); "brukerundersøkelse\* barn" (treff på 16 titler/emneord); "brukerundersøkelse\* ungdom" (treff på 15 titler/emneord); "bruker\* barn" (treff på 120 titler/emneord); "bruker\* ungdom" (treff på 54 titler/emneord); "bruker\* unge" (treff på 35 titler/emneord); "brukerbasert" (treff på 2 titler/emneord); "møte med tjenesteapparat" (1 treff); "møte med hjelpeapparat" (treff på 5 titler); "møte med helsetjeneste" (ingen treff); "bruker\* samarbeid barn" (treff på 6 titler); "bruker\* koordinering barn" (treff på 1 titler); "bruker\* samordning barn" (treff på 2 titler); Brukertilfredshet\* (treff på 49 titler/emneord).

Treffslisten ble deretter gjennomgått, og hver publikasjon som syntes å være aktuell ble innhentet og vurdert i forhold til relevans. Studentarbeid/prosjektarbeid og kursbesvarelser ble ikke inkludert.

Metoden er basert på gjennomgang av vitenskapelige publikasjoner og rapporter. Det er lagt vekt på å presentere norske forskningsresultater og relevant norsk dokumentasjon som er tilgjengelig fra de siste 10 årene.

Andre datakilder som er benyttet er nettstedet bedrekommune.no, nettstedet ung.no, samt Barne- og familiedepartementets nettsider.

### 10.2.1 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning som fenomen er komplekst. Det handler om etterlevelse av anerkjente og uttalte verdier i vår velferdsstat som vern om personlig integritet, likeverd og selvbestemmelse. Helse- og sosialpolitikken gir viktige føringer og brukermedvirkning er også rettslig regulert (Willumsen, 2005). Som referert innledningsvis kan brukermedvirkning være at brukerne får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbud (Willumsen, 1999; St. meld. nr. 34, 1996/97). Brukermedvirkning kan også være muligheten for å presentere sine erfaringer og synspunkter (Alm Andreassen & Grut, 1994) i forhold til aktuelle tjenester.

Når det gjelder tjenester til barn og unge, viser kunnskapsgrunnlaget at ulike forvaltningsnivå inviterer brukerne til deltakelse i beslutningsprosesser, og til å presentere sine brukererfaringer. Både sentrale myndigheter, enkeltkommuner og enkelttjenester etterspør barn og unges perspektiv. Studiene/rapportene som presenteres i denne delen om brukermedvirkning er derfor både nasjonale kartlegginger/studier og kommunale brukerundersøkelser.

## BARN OG UNGES MEDVIRKNING I NASJONALE OG KOMMUNALE PLANLEGGINGS- OG BESLUTNINGSPROSESSER

I Norge har vi både gjennom lovverket og ved ratifisering av FNs konvensjon om barnets rettigheter slått fast prinsippet om barns og ungdoms rett til å si sin mening og til å bli hørt. I FNs konvensjon om barnets rettigheter, artikkel 12, heter det at barn har rett til å gi uttrykk for synspunkter i alle spørsmål som angår dem, og at disse synspunktene skal tillegges vekt i samsvar med barnets alder og modenhet (Barne- og familiedepartementets nettside).

I Norge er barn og unge bidragsytere i landets rapportering til barnekomiteen i FN. Land som har ratifisert FNs Barnekonvensjon om barns rettigheter<sup>32</sup> (Barnekonvensjonen) skal hvert 5. år rapportere i forhold til hvordan konvensjonen følges opp i hvert land. I 2003 rapporterte den norske Regjeringen for tredje gang, og for første gang bidro barn og unge i Norge i regjeringsrapporten. Gjennom prosjektet "Livet under 18 – unge rapporterer til FN" samarbeidet regjering, Forum for barnekonvensjonen (FFB)<sup>33</sup> og barneombudet om å få fram barns egne stemmer i rapporteringen (Forum for barnekonvensjonen, 2004).

Prosjektet "Livet under 18" ble startet i forbindelse med regjeringens arbeid i 2002 med rapporteringen til Barnekomiteen i FN. Gjennom prosjektet ble 1500 barn og unge fra ulike deler av Norge invitert til å formidle hvordan det er å vokse opp i Norge. De uttrykker hvordan de har det på skolen og i fritida – hva de er engasjert i, hva som er bra og dårlig, hva de savner, hva de ønsker – og hvordan det kan bli enda bedre for barn og unge å vokse opp i Norge. Bak prosjektet står Barneombudet i samarbeid med FFB, Landsrådet for Norske barne- og ungdomsorganisasjoner og Barne- og familiedepartementet.

I prosjektet har følgende grupper deltatt: Elevråd ved 20 skoler rundt om i Norge, barn og unge i rundt 30 barne- og ungdomsorganisasjoner og noen unge med spesielle livserfaringer: fra barnevern, asylmottak, unge med psykiske lidelser, unge med funksjonshemming og unge som har opplevd samlivsbrudd (Prosjektet "Livet under 18", 2003, nettsiden livetunder18.no).

Barn og unges bidrag ble via prosjektet tatt inn i FFBs utarbeidelse av en supplerende rapport til Norges offisielle rapportering til FNs Komité for barns rettigheter. Gjennom FFBs "Regjeringshøring om oppfyllelse av barns rettigheter i Norge" ble spørsmål fra FFBs organisasjoner og regjeringens svar, samordnet i en rapport som danner grunnlaget for utarbeidelsen av Supplerende rapport. I tillegg til prosjektet "Livet under 18" ble også barn og unges stemmer fra medvirkningsprosjektet "Hallo – er det noen der?" benyttet. Dette var utarbeidet til FNs spesialsesjon om barn i 2002.

At barn og unge i Norge har fått mulighet til å medvirke i den nasjonale rapporteringen til FN gjør derfor prosjektet "Livet under 18" til et norsk pilotprosjekt – og et internasjonalt nybrottsarbeid.

Ungdommens demokratiforum ble opprettet i desember 1998 av Barne- og familiedepartementet for å gi innspill til hva myndighetene kan gjøre for å styrke barn og ungdoms innflytelse i samfunnslivet. Forumet fikk i mandat å arbeide for å sikre ungdom større deltakelse og innflytelse i samfunnsutviklingen, og gi råd og innspill om dette til politiske myndigheter både på statlig og på lokalt nivå. Forumet ble satt sammen av 16 ungdom i alderen 15 til 26 år, fra hele landet og med lik fordeling på kjønn. Medlemmene hadde bakgrunn fra ulike barne- og ungdomsorganisasjoner og ungdomsgrupper og representerte på den måten en bredde av barn og ungdoms interesser.

Forumet avsluttet sitt arbeid i juni 2001 og har fremmet forslag på en rekke områder: maktutredning, representasjon av ungdom, valgdeltakelse, ungdoms rettigheter i arbeidslivet, skolespørsmål, informasjon til ungdom, lokaldemokrati og en rekke innspill til lokal og

---

<sup>32</sup> Norge ratifiserte FNs Barnekonvensjon om barns rettigheter i 1991.

<sup>33</sup> Forum for barnekonvensjonen (FFB) ble startet i 1994, og er et nettverk for organisasjoner, institusjoner og enkeltpersoner som er opptatt av barns rettigheter i Norge og internasjonalt. Nettverket består av mer enn 50 deltakere (Supplerende rapport 2004, FFB).

sentral barne- og ungdomspolitik. Forslagene ble oversendt ansvarlige departement. Flere av forslagene er drøftet i St.meld. nr. 39 (2001-2002) – Oppvekst- og levekår for barn og ungdom i Norge.

Å øke barn og unges deltakelse og medvirkning i kommunale planleggings- og beslutningsprosesser har vært en klar målsetting de siste tiårene (NOU 1995:26, Stortingsmelding nr. 39 (2002)). Sentrale myndigheter har initiert flere prosjekter for å stimulere dette arbeidet i kommunene. Barne- og familiedepartementet har støttet lokalt utviklingsarbeid og bidratt til ide – og erfaringsutveksling gjennom konferanser og utgivelse av informasjonsmateriell. Det har blitt ansett som viktig å få innhentet erfaringer som igjen kan formidles videre til andre kommuner.

Gjennom prosjektet "Oppvekst i kommunene" har Barne- og familiedepartementet og Kommunenes sentralforbund utfordret norske kommuner til å bli "barnekommuner". Prosjektet ble igangsatt i 1995, og i bunnen av prosjektet lå bevissthet om barneperspektivet og oppmerksomhet rundt barns rettigheter i planlegging, beslutninger og tiltak på alle nivå i kommunen.

Prosjektets kunnskap og erfaringer fra planlegging for og med barn og unge ble oppsummert i egen rapport. Rapporten gir en oversikt over metoder for planlegging, utforming og igangsetting av tiltak for og med barn og ungdom. Den gir også en gjennomgang av lover og regelverk som ivaretar barns rettigheter og muligheter for medvirkning. I rapporten drøftes hvilke forhold som virker fremmende og hemmende på utvikling av en helhetlig oppvekstpolitikk (Barne- og familiedepartementet/ Kommunenes sentralforbund, 1997).

I forlengelse av dette prosjektet arrangerte Barne- og familiedepartementet i 1996 en erfaringsamling i Porsgrunn om barn og unges medvirkning i kommunal planlegging og tiltaksutforming. Målsettingen med samlingen var at kommuner med erfaringer fra slikt arbeid skulle møtes og lære av hverandre. Samtidig var det viktig å få innhentet erfaringer som kunne formidles videre til andre kommuner. 15 kommuner og to av Oslos bydeler deltok i erfaringsamlingen. Kommunenes erfaringer er presentert i egen rapport, og viser at det i kommunene er et systematisk arbeid med medvirkning fra barn og ungdom i kommunale plan- og beslutningsprosesser. De har tatt i bruk ulike metoder og modeller ut fra lokale ideer, muligheter og forutsetninger. Porsgrunn-modellen som vektlegger systematikk og helhetstenkning omkring barn og unges medvirkning, bør nevnes som svært sentral blant bidragene. (Barne- og familiedepartementet/ Kommunenes sentralforbund, 1997).

Publikasjonen "Fra barnetråkk til ungdomsting" (Barne- og familiedepartementet/ Kommunenes sentralforbund, 1997) er en sammenstilling av de to omtalte rapportene fra prosjektet "Oppvekst i kommunen" og erfaringsamlingen i Porsgrunn.

Økt deltakelse og innflytelse til barn og ungdom er et gjennomgående tema i Stortingsmelding nr. 39 (2002) Oppvekst- og levekår for barn og ungdom i Norge. Heftet "Mer innflytelse til barn og ungdom – eksempler fra arbeidet i kommuner og fylker" (Barne- og familiedepartementet, 2002) supplerer stortingsmeldingen ved at det her gis eksempler på hvordan det arbeides i ulike kommuner og fylker. Publikasjonen presenterer 15 kommuner og 13 fylker og viser et mangfold av ulike innflytelsesorgan og ordninger; Barn og unges kommunestyre, barne- og ungdomsråd, ungdommenes bystyre, formannskap og ordfører, nærmiljøkonferanser, ungdomskonferanser, ungdomshøringer og prosjektet "Aktivt ungdomsdemokrati". På fylkesnivå presenteres Ungdommenes fylkesting, fylkeselevråd, regionalt ungdomsråd og ungdomspolitiske utvalg.

Om lag tre fjerdedeler av landets kommuner har opprettet et innflytelsesorgan for barn og ungdom. En nasjonal oversikt finnes på nettstedet ung.no. Her finnes en database med oversikt over alle lokale ungdomsråd, barnas kommunestyre og andre lokale tiltak for ungdoms medvirkning.

## BRUKERMEDVIRKNING GJENNOM NASJONALE OG KOMMUNALE BRUKERUNDERSØKELSER

Kunnskapsgrunnlaget viser flere studier hvor sentrale myndigheter etterspør barn, unge og foresattes erfaringer i forhold til ulike tjenester, og hvor brukerundersøkelser benyttes som metode. Brukerne medvirker på denne måten som informanter ved å bidra med opplysninger og synspunkter. Sammenliknet med situasjoner der barn og ungdom er informanter i dialog, deltar i planleggings- og beslutningsprosesser eller er medbestemmere, er dette en mer passiv form for brukermedvirkning. Likefullt er det en av flere former for deltakelse og medvirkning.

I brukerundersøkelser som omhandler tjenester hvor barn og unge er målgruppe, vil det ofte være foreldre eller foresatte som besvarer spørreskjema. En av årsakene til dette kan være de begrensninger som gjelder for barn og unge i forhold til medvirkning. Skal barn og unge under 15 år være informanter, skal foreldre gi samtykke. For ungdom over 15 år skal foreldre informeres. I kunnskapsgrunnlaget ansees både foreldre/foresatte og barnet som brukere av tjenestene.

Studiene som presenteres i denne delen viser hvordan følgende brukergrupper er informanter i brukerundersøkelser og på denne måten har mulighet for medvirkning: ungdom, barn i barnehage og skole (foresatte), brukere som mottar tjenester fra kommunale og fylkeskommunale/statlige barneverntjenester, helsestasjonstjenester, psykisk helsevern og habiliteringstjenester.

Sentrale myndigheter etterspør skoleforskning som belyser skolen fra brukernes og foreldrenes synspunkt. På oppdrag fra Kirke- utdannings- og forskningsdepartementet, ble det i 1994 gjennomført en intervjuundersøkelse basert på et representativt utvalg av foreldre fra hele landet hvor tema var grunnskole tjenester fra et brukersynspunkt. Rapporten "Foreldresyn på grunnskolen" (Vestre, 1995) bygger på denne undersøkelsen, og sentrale spørsmål som belyses er hvilke erfaringer foreldre har i forhold til skolen, hvilke forventninger har de til skolen, hvordan oppfattes relasjonen hjem – skole, hvordan er informasjonen og hvilket lærerbilde og tjenestebilde har foreldrene av skolen?

Siktemålet med undersøkelsen er å gi et bredt og representativt bilde av foreldrenes oppfatning av grunnskolen på grunnlag av de erfaringer de har med sitt skolebarn.

I tillegg til behov for økt kunnskap, er det samtidig et ønske om at undersøkelsen skal bidra til dialog, og at fokus i større grad blir satt på skolens brukerdimensjon.

På oppdrag fra Kommunal- og arbeidsdepartementet har Telemarksforskning og Norsk Gallup AS gjennomført en studie av brukertilfredshet med kommunale tjenester (Dræge, Løyland & Ringstad 1997). Hovedformålet med prosjektet har vært å få bedre kunnskap om hvordan brukernes tilfredshet med kommunale tjenester varierer og hvorfor den varierer. I kunnskapsstatus vil det være tjenester knyttet til barn og unge som vil være av interesse (barnehage, skole, SFO, helsestasjon, PPT og barnevern).

På oppdrag fra Utdanningsdirektoratet har NIFU STEP<sup>34</sup>, gjennomført en brukerundersøkelse (Grøgaard, et al., 2004) av norsk spesialundervisning.

Rapporten presenterer brukernes vurderinger av tilbudet om spesialundervisning etter enkeltvedtak, og den spesialpedagogiske støtten som gis på kommunalt/fylkeskommunalt nivå og fra statlig hold. Undersøkelsen har fire grupper respondenter; skoleledere og lærere som brukere av PP- tjenesten og Statped, elever og foresatte, som brukere av skolens opplæringstilbud, og av PPT/Statpeds støtte til skolens spesialundervisning. Undersøkelsen omfatter vurderinger fra nær 500 lærere, i overkant av 500 foresatte, og i underkant av 500 elever og 85 skoleledere.

Undersøkelsen har til hensikt å *"gi grunnlag for å analysere brukeres og oppdragsgiveres vurdering av tjenestetilbud og opplæring som er organisert innenfor rammen av tilpasset opplæring for de elevgrupper som får tilbud om spesialundervisning basert på enkeltvedtak*

---

<sup>34</sup> Studier av innovasjon, forskning og utdanning.

og *individuell plan*". Rapporten omtales nærmere i neste delkapittel (kapittel 11.2.2) angående foresattes erfaringer når det gjelder medvirkning.

Kunnskapsgrunnlaget viser også at både enkeltkommuner og enkelttjenester ønsker å ha et brukerperspektiv i utvikling og forbedring av sine tjenester. Brukerundersøkelser er etter hvert blitt vanlig å benytte både for å kartlegge brukernes erfaringer, synspunkt og behov og for å kunne evaluere tjenestene.

Sandnes Kommune (1999) er en av flere kommuner som etterspør brukernes erfaringer i arbeidet med å utvikle og forbedre tjenestene til sine innbyggere. Kommunen har ved å gjennomføre en brukerundersøkelse blant ungdom i alderen 13-16 år innhentet denne brukergruppens egne erfaringer og synspunkt i forhold til ulike tema som ungdomskultur, rus og tilfredshet med fritidstilbud.

Målsettingen med undersøkelsen har 1) vært å gjennomføre en brukerundersøkelse med tanke på hvordan kommunen best kunne legge tilrette tjenester og tilbud rettet mot ungdom, 2) øke treffsikkerheten i kommunens beslutninger/tiltak rettet mot ungdom og 3) styrke ungdoms medvirkning i saker som angår dem.

Undersøkelsen er utarbeidet i samarbeid med NOVA<sup>35</sup> og består av to deler. Den første delen er identisk med den som brukes i andre kommunale ungdomsundersøkelser, og dekker tema innenfor de fleste livsarenaer som ungdom opptre på. Den andre delen av undersøkelsen er rettet mot mer spesifikke spørsmål knyttet til Sandnes, spesielt i forhold til ungdom som brukere av kommunale tilbud.

Rapporten "Ung i Sandnes" (Jarvik, 1999) belyser noen av hovedtemaene i undersøkelsen. Den omhandler ungdommens vurdering av det kommunale kultur- og fritidstilbudet, både det som drives i bydelene gjennom fritidsklubbene, og det som drives ved "Kultur møllå" i Sandnes sentrum. Det belyses hvordan ungdommen vurderer tilbudet i forhold til åpningstider, utstyr, muligheter for innflytelse på driften, tilbudet av aktiviteter og forholdet til de voksne ansatte. Videre blir ungdoms bruk av sentrum som fritidsarena tatt opp som tema. Ruspåvirket blant Sandnes-ungdommen sett i forhold til resten av landet og noen nærliggende kommuner blir også belyst i rapporten.

Undersøkelsen gir kommunen et større kunnskapsgrunnlag i utforming av kommunal ungdomspolitik og i henhold til målsettingene med undersøkelsen; mulighet til å styrke ungdoms medvirkning i saker som angår dem.

Å benytte brukerundersøkelser i evaluering og utvikling av tjenester ser ut til å være utbredt innenfor kommunal barnhagesektor. I kunnskapsgrunnlaget finner vi flere studier hvor kommuner etterspør brukernes erfaringer og tilfredshet med dette tilbudet.

Trondheim kommune (Drugli, 1997) har gjennomført en brukerundersøkelse blant foreldre med barn i barnehager og skoler i Saupstad distrikt. Formålet med undersøkelsen har vært å komme i bedre dialog med foreldregruppen og å kartlegge hvilke elementer foreldrene anser som sentrale i et godt foreldresamarbeid. Kommunens distriktsadministrasjon ønsket direkte innspill fra foreldregruppen, både for å få en brukerevaluering av foreldrearbeidet, og for å bedre innsikten i foreldrenes preferanser når det gjelder videre utviklingsarbeid.

Skole- og kulturretaten i Odda kommune (1996) har ved å gjennomføre en brukerundersøkelse blant brukerne av barnehagene i kommunen prøvd å gi kommunens ledelse et bilde av tilstanden til barnehagesektoren i kommunen. Gjennom deltakelse i Barne- og familiedepartementets utviklingsprogram for barnehagesektoren 1995-97, fikk kommunen blant annet i oppgave å vektlegge brukerbehov ved planlegging og organisering av barnehagetilbudet i kommunen. Kommunen fikk via prosjektet tilbud om å gjennomføre en bruker- eller behovsundersøkelse. Da kommunen har hatt full barnehagedekning siden 1991, ble brukerundersøkelse valgt.

---

<sup>35</sup> Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

Kommunen anså en brukerundersøkelse som et supplement til den informasjonsformidlingen/utvekslingen som skjer i barnehagen via foreldremøter, foreldresamtaler og via de organer som representerer brukersiden. Videre ble det ansett som en mulighet til å gi kommunens ledelse et systematisert og samlet bilde av tilstanden til barnehagesektoren i kommunen. På kort sikt kan resultatene fra en slik undersøkelse være egnet som grunnlag for å korrigere styringen av sektoren, og på lang sikt som grunnlagsmateriale for etablering av nye tilbud.

Enkelte kommuner har utviklet såkalte *serviceerklæringer* for sine tjenester i arbeidet med å sikre brukerne gode tjenester. Serviceerklæringer innebærer at kommunen innenfor de ulike tjenester definerer sine forpliktelser overfor den aktuelle brukergruppen (Wallin Andreassen & Lunde, 2001). I Oslo kommune er det satt krav om serviceerklæringer for samtlige virksomheter i kommunen (Johannessen, 2003).

For å kunne vurdere i hvilken grad tjenesteytende instans har oppfylt erklæringene, er brukernes erfaringer med enkelttjenester etterspurt. Høgskolen i Oslo har på oppdrag fra kommunen gjennomført brukerundersøkelser i Bjerke og Romsås bydel (Johannessen, 2003).

Bakgrunnen for undersøkelsen i Bydel Bjerke var utarbeidelsen av "Serviceerklæring for deg som har fått barnehageplass i Bydel Bjerke". Rapporten omhandler tema som informasjon ved barnehagestart, barnhagens hensyntagen til barn med minoritetsbakgrunn, trivsel og omsorg, utvikling og utfordringer, sikkerhet og fysisk omsorg, personalet, samarbeid og medinnflytelse samt foreldremøter og foreldresamtaler.

Tilsvarende er det gjennomført en brukerundersøkelse av helsestasjonen i Bydel Romsås (Johannessen, 2003). Som et ledd i kommunes pålegg om serviceerklæringer, ønsket Helsestasjonen i Romsås bydel å finne ut i hvilken grad denne serviceerklæringen ble oppfylt, samt å få et inntrykk av hvordan foreldre vurderer helsestasjonen. I undersøkelsen belyses helsestasjonens tilgjengelighet, bruk og vurdering av konsultasjoner, vurdering av informasjon og veiledning, type henvendelse til helsestasjonen, kjennskap til og innsyn i barnets helsekort, foreldrenes vurdering av relasjonen til helsestasjonen samt klage på tjenesten.

Steinkjer kommunes habiliteringsgruppe gjennomførte i 2001 en brukerundersøkelse av tverrfaglig tjenestetilbud til barn med ulike hjelpebehov i kommunen (Stene, (2002). Målet med undersøkelsen var å finne ut hvordan arbeidet rundt barn med ulike hjelpebehov fungerer, og tydeliggjøre eventuelle problemstillinger det vil være aktuelt å jobbe videre med for å forbedre tjenesten. Høgskolen i Nord-Trøndelag ble engasjert for å sammenfatte og dokumentere resultatene fra undersøkelsen. Tre spørsmål syntes aktuelle som grunnlag for det videre forbedringsarbeidet: 1) Kan og bør samhandlingene mellom hjelpeapparatet og brukerne forenkles og forbedres – spesielt i de kritiske fasene? 2) Kan man i større grad individualisere samhandlingen etter brukernes situasjon? 3) Er kontinuitet i samhandlingen kritisk, og hvordan bør den eventuelt sikres? Resultatene omtales nærmere i kapittel 11.2.2.

I kunnskapsgrunnet inngår også studier hvor brukerundersøkelser er benyttet for å evaluere kommunale barnevernstjenester (Lichtwark, Magnussen & Fylling, 2001; Lichtwark & Horverak 2003). Disse studiene omtales nærmere i andre del av kapitlet (11.2.2).

Det bør også nevnes at det eksisterer nettbaserte brukerundersøkelser vedrørende kommunale tjenester til barn og unge. Nettstedet [bedrekommune.no](http://bedrekommune.no) er en portal for kommuner som ønsker å kartlegge kvalitet og gjennomføre nettbaserte brukerundersøkelser innenfor områdene skole, barnehage, barnevern, sosialtjeneste, pleie- og omsorg og byggesak. Portalen gir brukere mulighet til å se på resultater fra kommuner som har gjennomført slike kartlegginger. Dette gjelder både data for ressursinnsats, objektiv kvalitet og hva brukerne mener om tjenestene. Innenfor tema brukertilfredshet, omhandles blant annet brukermidvirkning, informasjon, tilgjengelighet, fysisk miljø, trivsel og samordning. Både foresatte, barn og unge er respondenter i undersøkelsene.



## BRUKERUNDERSØKELSER I ANDRELINJETJENESTEN

I denne delen presenteres studier i kunnskapsgrunnlaget hvor tjenester på andrelinjenivå innhenter erfaringer fra brukerne av tjenesten.

Prosjektet "Brukerbasert tjenesteutvikling" (Johnsen, m.fl. 2000) har vært et samarbeid mellom flere institusjoner innen barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien tilknyttet Barne- og familieetaten i Oslo kommune.

Målsettingen med prosjektet har vært å 1) utvikle lokalt forankrede modeller for brukerbasert løpende evaluering av barne- og ungdomspsykiatriens og barnevernets tjenestetilbud. Modellene skal kunne legges til grunn for tjenestestedenes løpende tilpasning og utvikling av sitt tilbud. 2) Å utvikle modeller for løpende brukerbasert evaluering av etatens tjenestetilbud som helhet. Modeller som kan legges til grunn for løpende tilpasning og utvikling av tjenestetilbud på ulike nivåer i etaten.

Bakgrunnen for prosjektet var at Larkollen ungdomspsykiatriske behandlingshjem og Kringsjø barnepsykiatriske døgnenhet ønsket å gjennomføre en brukerundersøkelse, der hensikten var å få tilbakemelding fra brukere som kunne fungere som korrektiv på egen praksis og faglige arbeid.

I rapporten "Slik brukerne ser det" (Lied & Lerdal, 1999) presenteres resultatene fra en brukerundersøkelse ved barnehabiliteringstjenesten i Vest-Agder. Hensikten med brukerundersøkelsen har vært å få en helhetlig oversikt over brukernes tilfredshet og evaluering av de mest sentrale sider ved virksomheten. Videre har man ønsket å få en oversikt over hvilke tjenesteområder brukerne ønsker at skal prioriteres høyere eller forbedres.

Brukerundersøkelsen ansees som et viktig redskap og grunnlagsmateriale i arbeidet med å videreutvikle tjenestene. På grunnlag av resultatene har intensjonen vært å skissere aktuelle tiltak som kan rette opp svakheter som undersøkelsen avdekker. Undersøkelsen omfatter samtlige brukere som var definert som inntatt i habiliteringsavdelingen i 1997.

Senter for Samfunnsforskning (Fjær, 2001) har gjennomført en brukerundersøkelse av Habiliteringstjenesten i Hordaland. Her betraktes kommunene som tjenestens brukere, og studien presenterer kommunenes tilfredshet med tilbudet Habiliteringstjenesten gir.

Høgskolen i Vestfold (Rønningen & Øygard, 2003) har på oppdrag fra Tverrfaglig spesialisttjeneste ved Vestfold Fylkeskommune gjennomført en brukerundersøkelse ved Skjerfheim bo- og behandlingsskole, som er en barnevernsinstitusjon med ansvar for å gi omsorg og behandling for ungdom i alderen 13-18 år.

I tillegg til å kartlegge hvordan det har gått med ungdommene som har hatt opphold ved kollektivet, har hensikten med undersøkelsen vært å vurdere tiltakets plass i tiltakskjeder rettet mot denne målgruppen, og å kartlegge eventuelle behov for endringer eller kvalitets-sikringstiltak ved kollektivet. Undersøkelsen har synliggjort enkelte endringspotensialer i selve behandlingen, men også i tiltakskjedene for marginalisert barn og ungdom. Undersøkelsen har omfattet alle (22 ungdommer) som hadde et tilbud ved Skjerfheim bo- og behandlingsskole i perioden 1997-2001.

## RAPPORTER SOM OMHANDLER METODER I BRUKERMEDVIRKNING

I kunnskapsgrunnlaget inngår også enkelte rapporter som omhandler tiltak og metoder for å øke barn og unges deltakelse og medvirkning i samfunnslivet generelt og kommunale beslutningsprosesser spesielt.

På oppdrag fra Fylkeslegen i Vestfold har HENÆR (Høgskolen i Vestfold) utarbeidet en rapport (Rønningen & Hauger 1999) som skal fungere som et metodisk veiledningsverktøy for oppstart og planlegging av tiltak og prosjekter i helsefremmende og forebyggende arbeid rettet mot barn og unge, med fokus på metoder i brukermedvirkning. Det redegjøres for erfaringer angående brukermedvirkning knyttet til Aksjonsprogrammet "Barn og helse", det

presenteres framgangsmåter og metoder som kan brukes for å hente inn erfaringer fra barn og unge, utløse ressurser samt å etablere samarbeid mellom voksne og barn/ungdom.

Boka "Vi vil prøve verden selv" (Martens & Sandgren 1999) omhandler metoder for å øke barn og unges innflytelse gjennom medvirkning. Det er samlet erfaringer fra en rekke kommuner som har prøvd ut ulike tiltak. Første del av boka gir en generell innføring i hvorfor, hvor og hvordan utfordringene knyttet til medvirkning kan møtes. I del to av boka presenteres og drøftes metoder som kan benyttes for å øke barns og unges innflytelse gjennom medvirkning. Dette gjelder metoder til bruk for å finne ut hva barn mener, metoder for å komme i dialog med de unge og metoder i forhold til medvirkning på et formelt og organisert plan (deltakelse i styrer, råd og utvalg).

På oppdrag fra barne- og familiedepartementet har NOVA utarbeidet plandokumentet "Familierådslag. Nasjonal plan for utprøving og evaluering av metoden familierådslag" (Einarsson & Nordahl, 2003). Intensjonen med familierådslag er å introdusere nye og alternative beslutningsformer i barnevernet, der familiens egen kunnskap, dens ansvar og innsatsmuligheter får større plass enn tidligere. En nasjonal satsing muliggjør koordinering av eksisterende kompetanse, videre kunnskapsutvikling og en bredere evaluering av metoden enn hva som har vært mulig tidligere.

Publikasjonen "Fra barnetrakk til ungdomsting" (Barne- og familiedepartementet, Kommunenes sentralforbund, 1997) er som omtalt tidligere i dette kapitlet en rapport som ble utarbeidet i forbindelse med prosjektet "Oppvekst i kommunene" og en konferanse i Porsgrunn i 1996. Første del av rapporten gir en oversikt over metoder for planlegging, utforming og igangsetting av tiltak for og med barn og ungdom. Den gir også en gjennomgang av lover og regelverk som ivaretar barns rettigheter og muligheter for medvirkning. I rapporten drøftes hvilke forhold som virker fremmende og hemmende på utvikling av en helhetlig oppvekstpolitikk.

"Nye metoder i et moderne barnevern (Schjeldrup, et al., 2005) gir et innblikk inn i nye arbeidsmetoder som er på vei inn i norsk barnevern. Her står begrep som dialog, medvirkning og aktive medborgere sentralt. Målsettingen med boka er å gi mer konkret kunnskap om metodenes faglige og verdimeslige forankringer samt erfaringer fra praktisk anvendelse.

### 10.2.2 Brukererfaringer og brukertilfredshet

Opplysninger om hvordan brukerne opplever møte med offentlige tjenester er et viktig element i evaluering av tjenestene. Det er ulike sider og dimensjoner i møte mellom tjenesteyter og bruker som vil kunne påvirke brukernes opplevelser og tilfredshet; hvordan oppleves møte med tjenesten, hvordan fungerer informasjonsflyten mellom partene, brukernes muligheter for medvirkning, brukernes opplevelse av kontinuitet i tjenestetilbudet og hvordan samarbeider, samordner og koordinerer ulike instanser sine tjenester.

I denne delen av kunnskapsstatus presenteres studier om ulike brukergruppers erfaringer og tilfredshet med offentlige tjenester til barn og unge. Hver av studiene peker på flere av de omtalte dimensjonene i møte mellom bruker og offentlige tjenester.

#### BARN OG UNGES MØTE MED OFFENTLIGE TJENESTER

Flere nyere studier av brukererfaringer i Norge har fokusert på hvordan foreldre og barn opplever møtet med psykisk helsevern (Gylseth, 2004, Andersson et al., 2005; Schjeldrup et al., 2005).

Gylseth og medarbeidere (2004) presenterer resultater fra tre studier, som med ulike metodiske innfallsvinkler belyser hjelpetilbudet fra brukernes ståsted; en kvalitativ undersøkelse med 15 case, en kvalitativ undersøkelse der en følger fire barn og familier gjennom ett år,

samt en spørreskjemaundersøkelse blant brukere som nylig har avsluttet behandling ved barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUA).

Resultatene fra disse undersøkelsene viser at relasjonen mellom bruker og hjelper er svært avgjørende for hvordan behandlingen oppleves. Studien viser videre at følgende faktorer er viktige i forhold til relasjonen mellom bruker og hjelper; å bli tatt godt i mot ved første møte, at kjemien passer (hjelper er lett å snakke med, lett å like), at hjelperen er i stand til å skjønne hvordan bruker føler det, at hjelper godtar det som blir sagt, at kroppsspråket har betydning for opplevd kontakt, humor kan være en viktig ressurs i forhold til relasjon og kontakt mellom hjelper og bruker. Brukerne er like opptatt av å få fortalt sin historie og bli lyttet til, som å kunne delta i egen behandlingsprosess. Dette tyder på at det å bli møtt på en anerkjennende måte kan bety like mye som å være med å drøfte tilnæringsmåter eller type faglig hjelp. Brukerne er mindre opptatt av type hjelp som blir gitt; det viktige er at de faktisk får hjelp.

Spørreskjemaundersøkelsen som ble gjennomført blant avsluttede saker ved barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUA), viste at mange brukere gruer seg for møtet med psykisk helsevern. De opplever det som vanskelig å snakke om de problemene de har. Brukerne etterlyser mer informasjon, både om medisiner og om alternativ behandling.

I løpet av de siste årene er det også gjennomført brukerundersøkelser vedrørende tilfredshet med kommunale tjenester til barn og ungdom med psykiske lidelser.

SINTEF- studien "Brukerbasert evaluering av det kommunale tjenetilbudet for barn og unge med psykiske vansker" (Sitter & Andersson, 2005) har som en sentral målsetting å studere hvordan brukere med psykiske vansker opplever møte med kommunale tjenester. Undersøkelsen som inngår i Opptrappingsplanen for psykisk helse, er basert på en spørreskjemaundersøkelse blant barn, unge og deres foresatte som var brukere av PP- tjenesten eller helsestasjon- og skolehelsetjenesten i 56 kommuner i løpet av en avgrenset periode høsten 2004. I alt deltok 5126 brukere i undersøkelsen.

Studien viser at en stor andel av foresatte til barn med psykiske vansker opplever møte med helsestasjonstjenesten som positivt. Respondentene opplever at de blir hørt og tatt på alvor i forhold til barnets problem (88 prosent), at de blir ansett som en viktig samarbeidspartner (80 prosent) og at de får god informasjon om hvordan barnets problem kan møtes (66 prosent). Sammenliknet med andre brukere av helsestasjonstjenesten er imidlertid foresatte til brukere med psykiske vansker i mindre grad tilfredse med tjenesten. Forskjellene mellom brukergruppene er statistisk signifikant<sup>36</sup> for samtlige tilfredshetsmål ved tilbudet.

Blant ungdom over 16 år, opplever hele 94 prosent av brukere med psykiske vansker at de blir hørt og tatt på alvor i møte med helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Til tross for at en svært høy andel av denne gruppen ungdommer er tilfreds med møte med tjenesten, er også ungdommer med psykiske vansker mindre tilfreds enn andre brukere av tjenesten.

Når det gjelder brukere av PP-tjenesten, opplever 85 prosent av foresatte til barn med psykiske vansker at de blir hørt og tatt på alvor i forhold til barnets problem. Tilsvarende tall for andre brukere av tjenesten er 90 prosent.

Doktorgradsstudien "Barn og foreldre som sosiale aktører i møte med hjelpetjenester" (Sandbæk, 2002) setter fokus på hvilke forhold foreldrene opplever som viktige i møte med hjelpetjenester for barn og unge. For det første fremheves *personene* som familiene kommer i kontakt med som avgjørende for hvordan utviklingen blir. Foreldrene i undersøkelsen beskriver store variasjoner i den enkeltes måte å møte dem og barna på. Dette gjelder både fagpersonens egenskaper og kompetanse, og ikke minst konsekvensene av måten de forholder seg på. Læreren oppleves eksempelvis som avgjørende for barnas utvikling på skolen. I vurdering av hjelpetiltakene som iverksettes, legger foreldrene vekt på om barna blir *inkludert eller marginalisert*. For mange innebærer tiltakene både elementer av inkludering og marginalisering. De trenger og nyttiggjør seg dem for å fungere bedre, men mange føler seg

<sup>36</sup> Kji-kvadrattester er benyttet i analysen av forskjeller mellom gruppene.

samtidig stemplet gjennom å motta hjelpen. Videre legger foreldrene også avgjørende vekt på om de selv opplever *innflytelse eller avmakt* i møte med hjelpetjenestene.

En annen studie i kunnskapsgrunnlaget (Sørheim, 2000) viser hvordan innvandrere med funksjonshemmede barn opplever møte med det norske tjenesteapparatet. Studien omfatter 30 familier som har barn med funksjonshemming og med bakgrunn fra Pakistan. Den peker blant annet på hvordan språk og mangelfull kommunikasjon samt ulike kulturers sykdomsforståelse påvirker og problematiserer relasjonene mellom foresatte og tjenestene barnet er i kontakt med.

#### KONTINUITET I TJENESTETILBUDET

Blant brukere med psykiske vansker opplever mange mangel på kontinuitet i det kommunale tjenestetilbudet (Sitter & Andersson, 2005). Omlag 40 prosent av foresatte til barn med psykiske vansker som er i kontakt med helsestasjonstjenesten, opplever at de ofte må gjenta sin historie i møte med tjenestene, mens dette kun gjelder for 25 prosent av andre brukere. Brukere med psykiske vansker er også mer sårbare i forhold manglende kontinuitet i form av nye kontaktpersoner og tjenesteytere. Ved skifte av tjenesteyter, vil 42 prosent av denne brukergruppen oppleve dette som å starte på nytt i forholdet til den aktuelle tjenesten.

Brukernes opplevelse av stadig å måtte fortelle sin historie for nye instanser og tjenesteytere og å fungere som "informasjonssentral" og "administrator" for tjenestene man er i kontakt med, belyses også i andre studier.

Nordlandsforskning (Lichtwark & Horverak, 2003) har på oppdrag fra Rana kommune gjennomført en evaluering av barnevernstjenesten i kommunen der brukernes vurderinger av tjenesten har vært et hovedfokus.

Studien viser at vakante stillinger, bytting av saksbehandlere og sykemeldinger oppleves som svært negativt av foreldrene. Dette betyr at stabilitet i kontaktforholdet mellom familien og barnevernsarbeider er av stor betydning. Et punkt som fremheves, er at det er den personlige kontakten som foreldrene opplever som betydningsfull, ikke kontakten med etaten. Samtlige av foreldrene som var i kontakt med barnevernet i 2001 og 2002 ble forespurt om å delta i brukerstudien. Av 40 husstander, var 12 foreldre/foreldrepar villige til å delta.

En studie av tiltaksavdelinga i Steinkjer kommune (Lichtwark, Magnussen & Fylling, 2001) viser resultater som er i tråd med disse funnene. De viktigste ankepunktene som foreldrene hadde mot barnevernstjenesten, var mangel på kontinuitet, vanskelig tilgjengelighet, knapphet på tid og holdningen overfor brukerne. I det siste lå det en beskrivelse av at barnevernsansatte hadde en manglende evne til å lytte, vise respekt og ta foreldrene på alvor, samt et manglende engasjement i barnets situasjon.

I en annen SINTEF- studie (Andersson, et al., 2004) gir i alt 82 prosent av foreldre til barn med hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD uttrykk for at det har vært nødvendig å gjenta sitt problem i møte med nye aktører og instanser. Videre angir rundt 70 prosent av foreldrene at de har opplevd det som vanskelig å forklare aktuelle problem for tjenesteytere. Om lag 40 prosent har erfart at tjenesteytere har hatt en annen oppfatning av hva som er problemet enn de selv. Brukerundersøkelsens formål har vært å studere opplevelser og erfaringer foresatte til barn med hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD har, fra møte med helsetjenestene. Videre er foresattes ønsker og udekkede behov for helhetlige tiltak kartlagt. I forhold til denne problemstillingen viser resultatene fra brukerundersøkelsen at en høy andel av foreldrene mener de har et udekket behov for en rekke hjelpe- og støttetiltak, som f.eks et hjelpetilbud som omfatter hele familien, og et bedre tilrettelagt skoletilbud. Studien viser også at tre av fire familier ikke var sikre på hvor de kunne gå for å få hjelp i tiden før barnet fikk diagnosen.

## INFORMASJON OM TJENESTETILBUD OG KOORDINERENDE INSTANS

Mangel på informasjon og kunnskap om hvilke tjenester som eksisterer, er også et tema i boka "Sosiale tjenester" (Askheim, Andersen & Eriksen, 2004). I kapitlet "Kampen og tilfredsheten – om tjenester for familier med funksjonshemmede barn" (Lundeby & Tøssebro, 2004) belyses forholdet mellom familiene og hjelpeapparatet sett fra et foreldreperspektiv. Søkelyset rettes mot to motstridende forhold; foreldres tilfredshet med tjenestene og deres beskrivelse av "kampen mot hjelpeapparatet". Kapitlet har basis i en studie av foreldre til funksjonshemmede barn i førskolealder (Tøssebro & Lundeby, 2002).

Studien inkluderer barn i alderen 2-5 år med fysiske funksjonsvansker, utviklingshemning og sammensatte funksjonsvansker. To metodiske tilnærminger er benyttet; intervju med foreldre til 31 barn (Sør-Trøndelag) og spørreskjema til foreldre til 601 barn (landsomfattende utvalg).

Studien viser at mange foreldre opplever informasjonssvikt i møtet med hjelpeapparatet, og hele 77 prosent er helt eller delvis enige i at det er vanskelig å finne ut hvor de skal henvende seg for ulike typer hjelp. Samtidig viser resultatene at en overvekt av foreldrene er fornøyde med hjelpen de får fra ulike instanser. Dette sprikende bilde handler ifølge studien om forskjellen på prosess og resultat. Misnøyen retter seg ikke mot tjenestene i seg selv eller hva den enkelte instans skal kunne tilby. Snarere dreier det seg om hvor vanskelig det kan være å få tilgang til de ulike tjenestene. Problemet er at det eksisterer mange barrierer for å finne fram i systemet og få etablert et tilstrekkelig tilbud. Dette er en prosess der foreldrene i stor grad er prisgitt sin egen stå-på-vilje og utholdenhet. Kritikken rettes i første rekke mot en vanskelig prosess, hvor silingsmekanismer som er ment å forhindre misbruk av ordninger rammer de med rett til ordningene. Studien peker på behovet for en uavhengig instans som kan gi informasjon, råd, følge opp saker og ta en større del av den administrative foreldrerollen. I boka "Å vokse opp med funksjonshemming– de første årene" (Tøssebro & Lundeby, 2002) formuleres dette slik;

*"...dersom det er slik at tildelingssystemene trenger silingsmekanismer og barrierer, burde en ikke da se det som en offentlig oppgave å geleide "verdige trengende" igjennom systemet? Trolig bør det innføres en eller annen form for advokat- eller isbryterordning for familier med funksjonshemmede barn."*

En koordinerende enhet etterlyses også i "Foreldreerfaringer" (Osgjelten & Wirak, 2004) hvor administrasjonsjobben rundt barna med ekstra hjelpebehov oppleves som svært omfattende for mange av foreldrene. Utsagnet "Det er ikke barnet som er mest krevende – det er systemet rundt" (Osgjelten & Wirak, 2004, side 38), betegnes som svært treffende av mange foreldre.

Trondheims kommunes brukerundersøkelse<sup>37</sup> i barnehage og skole (Drugli, 1997) som ble omtalt i første del av kapitlet, peker også på at kontakt og informasjon mellom hjem og skole/barnhage kan videreutvikles. Foreldre vil ha større omfang og mer nyansert informasjon, særlig om de hverdagslige opplevelsene barnet har i barnhagen, og de åpner for utveksling av mer informasjon om barnets hjemmeliv. Undersøkelsen viser videre at foreldre til barn i skolen også ønsker mer informasjon om barnets skolehverdag.

---

<sup>37</sup> Det ble brukt to ulike metoder i undersøkelsen, gruppeintervju og spørreskjema. Totalt ble 21 foreldre intervjuet, 12 fra barnehagene og 9 fra skolene. I skole og barnehage besvarte henholdsvis 146 og 60 foreldre spørreskjema, noe som ga en svarprosent på 25 og 24 prosent.

## MEDVIRKNING

En kvalitativ tilnærning til tema brukervedvirkning finner vi i doktorgradsavhandlingen "Barn, foreldre og de gode hjelpere" (Tronvoll, 1999). Dette er en studie av samhandling mellom familier med funksjonshemmede barn og kommunalt ansatte hjelpere. Studien omhandler brukervedvirkning, og hensikten med studien er å få informasjon om hvordan samarbeidsprosessen oppleves av de som deltar i den, og hvilken betydning behov og behovsforståelse har i denne prosessen. Undersøkelsen er utformet som en inngående studie av situasjonen til åtte barn, der familien og deres nettverk innenfor det kommunale hjelpeapparatet er brukt som informanter.

En av hovedkonklusjonene i dette arbeidet er at offentlig ansatte hjelpere stort sett ser på sitt forhold til foreldre med funksjonshemmede barn som et samarbeid, mens foreldre ser på sitt forhold til hjelpeapparatet som en form for kamp, som et slit. Forfatteren mener det er berettiget å stille spørsmål om "brukervedvirkning" i egentlig forstand forekommer, selv om de ideologiske overtoner med brukervedvirkning som begrep får en viss innvirkning på hvordan fagfolk tenker. Studien viser at aspekter som har betydning for forholdet mellom familien og hjelpeapparatet er respekt for barnets integritet og nærhet til barnet.

Studien "Eleven i fokus" (Grøgård, et al., (2004)) som er omtalt i forrige delkapittel, omhandler også tema brukervedvirkning. Målgruppen i denne undersøkelsen er barn som får spesialundervisning basert på enkeltvedtak. Undersøkelsen har som mål å vurdere det konkrete opplæringstilbudet som elevene får i klassen og på skolen, samt å vurdere det spesialpedagogiske støtteapparatet, herunder tiltak og tjenester fra PP- tjenesten, kommunalt og fylkeskommunalt, samt fra Statlig spesialpedagogisk støttesystem (Statped).

Studien er basert på en omfattende spørreskjemaundersøkelse blant brukere, elever med enkeltvedtak og deres foresatte og skoleledere og lærere i grunnskolen og i videregående opplæring. Undersøkelsen omfatter i alt 69 grunnskoler og 23 videregående skoler. Responsraten er lav med hhv 26 prosent for grunnskole og 22 prosent for videregående skole. Det er imidlertid gjennomført frafallsanalyse som viser at undersøkelsen har brukbar representativitet til tross for lav svarprosent.

Foreldre som medvirket i undersøkelsen tok stilling til en rekke påstander vedrørende brukervedvirkning. Resultatene viser at foreldre er usikre på hvilke forventninger skolen har til dem, halvparten uttrykker at samarbeidet med skole er godt, mens så mye som 30 prosent ikke har grunnlag for å vurdere dette. Dette kan blant annet skyldes at de i liten grad har vært involvert i utarbeidelse av individuell opplæringsplan (IOP). Det er 30-40 prosent av foreldrene som mener at de ikke har særlig innflytelse på organiseringen av undervisningstilbudet og undervisningsopplegget, og 30- 40 prosent uttrykker at brukervedvirkningen ikke kan karakteriseres som god.<sup>38</sup>

Alle elever som mottar spesialundervisning har rett til en individuell opplæringsplan. Planen skal vise mål for innholdet i opplæringen, og hvordan opplæringen skal foregå. I alt 90 prosent av lærerne oppga at elevene hadde en slik plan. IOP var i hovedsak utarbeidet av kontaktlærer, eller støttelærer. Tilbud om spesialundervisning skal utformes i samarbeid med eleven, og elevens foresatte. Studien viser at eleven sjelden medvirker, og at under halvparten av de foresatte har medvirket i utforming av planen. Elever som har krav på koordinerte støttetiltak har krav på en individuell plan. I tilfeller der elever har en individuell plan, skal IOP være en del av denne. Lærerne rapporterer at for 56 prosent av elevene er IOP en del av en Individuell plan. I alt 21 prosent oppgir at IOP ikke er en del av individuell plan, mens 14 prosent ikke vet dette sikkert.

Doktorgradsavhandlingen "Tverretattlig samhandling i spesialundervisningen. Oppfyller det spesialpedagogiske arbeidet kravene som stilles i offentlige dokumenter?" (Rønbeck, 2003) omhandler også brukervedvirkning i skolen. Denne brukerundersøkelse er basert på et

---

<sup>38</sup> Undersøkelsen viser at lærere ikke er fornøyde med tiltak fra PPT. Følgend faktorer foreslås som mulige årsaker til dette; kompetansekonflikt, (pedagoger uttrykker skepsis til psykologisk og spesialpedagogisk kompetanse), posisjons-/rollekonflikt (de som har ansvar for opplæringen opplever at støtteapparatet er for lite fokusert på primæraktiviteten i skolen); manglende treffsikkerhet (støtten oppleves som lite adekvat på områder der lærer forventer å få assistanse).

”casemateriale” av fire barn og deres foreldre. De fire foreldreintervjuene viser at foreldre er aktive i samarbeidet, men de er mest involvert som informasjonsleverandører, og at foreldermedvirkningen derfor ikke er optimal og reell. Foreldrene har ikke innflytelse på innholdet, metoder, eller på det konkrete arbeidet i skolen. De er også lite involvert i forhold til målformuleringer, planlegging og gjennomføring av tiltak, blant annet er de ikke særlig involvert i utforming av individuell opplæringsplan.

Trondheims kommunes tidligere omtalte brukerundersøkelse<sup>39</sup> i barnehage og skole (Drugli, 1997) viser at mange foreldre ønsker mulighet for større innflytelse over barnehagehverdagen til sine barn. I skolen viser studien at jo mer kontakt det er mellom foreldre og lærer, jo mer fornøyd er foreldrene med samarbeidet. For halvparten av foreldrene er det nesten ingen kontakt mellom dem og klasselærer utenom det formaliserte samarbeidet. Det er derfor svært mange som opplever at de ikke kjenner barnets lærer. Rapporten fastslår at det synes som det største potensialet for å utvikle skolens foreldrearbeid, ligger i å øke det uformelle samarbeidet med foreldrene. Det er gjennom dette at kjennskap, tillit og gjensidighet vokser fram. Hvis foreldre skal ta mer aktiv rolle i samarbeidet, må terskelen for kontakt og kommunikasjon avklares og senkes.

Undersøkelsen viser videre at foreldre påpeker svakheten med at enkeltlærere utøver sitt arbeid både overfor barn og foreldre svært ulikt. Man blir enten ”heldig” eller ”uheldig” med klasselæreren, og foreldrene opplever seg delvis prisgitt dette. Foreldrene opplever også i barnhagen at kvaliteten på samarbeidsforholdet i stor grad er personavhengig.

SINTEF- rapporten ”Psykisk helsevern for barn og unge – Behandlernes og brukernes vurderinger av behandlingstilbudet” (Andersson, et al., 2005) presenterer resultater fra en nasjonal undersøkelse i psykisk helsevern for barn og unge.

I en av tre delstudier i rapporten omhandles brukernes vurderinger av det polikliniske behandlingstilbudet til barn og unge innen psykisk helsevern. Et av temaene som belyses er medbestemmelse ved undersøkelser og behandlingsopplegg. Blant foresatte mener 18 prosent at de har fått bestemme for lite når undersøkelser eller behandlingsopplegg har blitt planlagt. Tilsvarende tall for barn og unge er 23 prosent.

#### SAMARBEID, SAMORDNING OG KOORDINERING

I den tidligere omtalte SINTEF- rapporten ”Brukerbasert evaluering av det kommunale tjenestetilbudet for barn og unge med psykiske vansker” (Sitter & Andersson 2005) er hovedproblemstillingen å studere hvordan brukere med psykiske vansker opplever samarbeid, samordning og koordinering mellom ulike tjenesteytere og instanser. Undersøkelsen som inngår i Opptrappingsplanen for psykisk helse, er basert på en brukerundersøkelse blant barn, unge og deres foresatte som er brukere av PP- tjenesten eller helsestasjons- og skolehelsetjenesten høsten 2004.

Resultatene viser at blant foresatte til barn med psykiske vansker er 64 prosent svært eller nokså fornøyd med samarbeid, samordning og koordinering mellom tjenestene de er i kontakt med. Dette gjelder brukere som er i kontakt med helsestasjonen og samtidig mottar tjenester fra andre instanser. Tilsvarende tall for andre brukere av helsestasjonstjenesten er 76 prosent. Dette betyr at en betydelig andel av brukere med psykiske vansker ikke er tilfredse med samarbeidet mellom offentlige tjenester.

Blant ungdom over 16 år, er det større forskjell i tilfredshet når det gjelder tjenestenes samarbeid og samordning. For denne gruppen er 59 prosent av brukere med psykiske vansker svært eller nokså fornøyd med samarbeidet, mens 79 prosent av andre brukere av helsesta-

<sup>39</sup> Det ble brukt to ulike metoder i undersøkelsen, gruppeintervju og spørreskjema. Totalt ble 21 foreldre intervjuet, 12 fra barnehagene og 9 fra skolene. I skole og barnehage besvarte henholdsvis 146 og 60 foreldre spørreskjema, noe som ga en svarprosent på 25 og 24 prosent.

sjons- og skolehelsetjeneste er svært eller nokså fornøyd. Det er signifikante forskjeller mellom gruppene.

Når det gjelder brukere av PP- tjenesten, opplever 68 prosent av foresatte til barn med psykiske vansker at de svært eller nokså fornøyd med samarbeid og samordning mellom tjenestene barnet deres er i kontakt med. Tilsvarende tall for andre brukere av tjenesten er 79 prosent.

Studien viser med andre ord at til tross for at en stor andel av brukere som mottar tjenester fra flere offentlige instanser er tilfredse når det gjelder samarbeid og koordinering mellom disse, er det et klart resultat at brukere med psykiske vansker skårer lavere enn andre brukere i forhold til dette tema.

Den andre omtalte SINTEF- rapporten (Andersson et al., 2005) viser i en av tre delstudier hvordan brukere av det polikliniske behandlingstilbudet innen psykisk helsevern til barn og unge vurderer samarbeid mellom poliklinikken og andre eksterne tjenester/fagpersoner. Studien viser at 20 prosent av de foresatte og 15 prosent av barn og unge mener behandlerne ved poliklinikken samarbeider for lite med eksterne fagpersoner. Særlig er barn i alderen 11-12 år lite fornøyd med det eksterne samarbeidet.

En studie av behovet for helsetjenester hos familier med barn med sjeldne diagnoser (Helle, 1996) viser at det ikke er mangel på fagkompetanse eller mangel på helsetjenester som er det største problemet for disse pasientgruppene. Problemene ligger i at fagkompetanse kan være vanskelig tilgjengelig og ukjent i det lokale miljø, der familien skal leve og bo. Mangel på koordinering av eksisterende helsetjenester og støttetiltak skaper problemer og organisatorisk merarbeid for familiene.

Studien er et ledd i evalueringen av Smågruppesentret ved Rikshospitalet. Det er brukernes synspunkter som legges frem, og de er samlet inn ved strukturerte samtaler med aktuelle brukere av smågruppesentret. Det er kursdeltakere ved Frambu helsesenter som er blitt intervjuet og materialet er derfor ikke representativt for alle brukere. De uttrykte opplevelser og meninger kan stå som talerør for foreldre som har barn med en sjelden diagnose. I alt er 40 foreldre er blitt intervjuet.

Steinkjer habiliteringsgruppes brukerundersøkelse<sup>40</sup> av tverrfaglig tjenestetilbud til barn med ulike hjelpebehov i kommunen (Stene, 2002), omhandler også tema samarbeid mellom kommunale tjenester. Studien viser at kun et mindretall (28 prosent) opplever samarbeidet mellom tjenestene i kommunen som meget eller ganske bra. En noe større andel (33 prosent) opplever at samarbeidet mellom kommunens tjenester og andre offentlige instanser (habiliteringstjeneste, sykehus, trygdekontor og andre spesialisttjenester) fungerer bra i forhold til å ivareta deres behov.

En hovedproblemstilling hos Gylseth og kollegaer (2004)<sup>41</sup> har vært å undersøke om brukere i psykiske helsevern for barn og unge er fornøyd med samarbeide mellom instanser og aktører som er involvert i hjelptilbudene, og den hjelpen de får. Studien viser at mange brukere ønsket bedre oppfølging etter avsluttet behandling, både fra skole, og fastlege. Når det gjelder samarbeidet med kommunale instanser har flere brukere et ønske om at dette blir bedre, blant annet ved at BUA følger opp over lengre tid.

Videre viser denne studien at brukere og hjelpere har ulike opplevelser av hvordan hjelperne samarbeider seg i mellom. Brukerne opplever at hjelperne ikke snakker sammen, mens hjelperne opplever at dette fungerer bra. Foreldre og barnehage/skole opplever samme behov for tettere samarbeid med hjelpeinstansene. Et viktig resultat i undersøkelsen er

<sup>40</sup> Det ble sendt ut spørreskjema til 80 brukere. Totalt kom det inn 28 svar, noe som tilsvarer en svarprosent på 35. Funnene kan dermed ikke generaliseres men kan betraktes som signaler fra de aktuelle respondentene.

<sup>41</sup> Gylseth og kollegaer (2004) presenterer resultater fra tre studier som med ulike metodiske innfallsvinkler belyser hjelpetilbudet fra brukernes ståsted; en kvalitativ undersøkelse med 15 case, en kvalitativ undersøkelse der en følger fire barn og familier gjennom ett år, samt en spørreskjemaundersøkelse blant brukere som nylig har avsluttet behandling ved barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUA).



erkjennelsen av hvor viktig det er å lytte til barnas meninger, og at en er klar over at barn kan oppleve ting annerledes enn voksne.

### 10.3 Brukerorganisasjonenes aktivitet og metoder for økt medvirkning

#### *Mål og fremgangsmåte*

Målet er å presentere eksempler på brukerorganisasjonenes aktivitet, metoder, og innsats i forhold til brukermedvirkning, og å fremstille hvordan sentrale brukerorganisasjoner jobber for å påvirke til økt brukermedvirkning.

Vi har hatt kontakt med følgende organisasjoner; Organisasjonen Voksne for Barn (VfB), Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO), og Norsk forbund for Utviklingshemmede (NFU). Vi har benyttet kontaktpersoner i brukerorganisasjonene når vi har innhentet informasjon og opplysninger om deres aktiviteter. De to førstnevnte organisasjonene har bidratt med materiell og dokumentasjon som vært relevant i forhold til våre problemstillinger. Informasjonen er gjennomgått og vurdert i forhold til kvalitet og relevans.

#### VOKSNE FOR BARN (VfB) SITT ARBEID MED BRUKERMEDVIRKNING

Interesseorganisasjonen Voksne for Barn (VfB) er en frivillig, landsomfattende medlemsorganisasjon som arbeider sosialpolitisk for barns psykiske helse. Organisasjonens hovedmål er å arbeide for god psykisk helse hos barn og unge, ved å bidra til økt kunnskap, innsikt og mestringsevne hos foreldre, omsorgspersoner, barn og unge, økt kompetanse hos de som jobber med barn og unge, økt prioritering hos beslutningstagere, samt økt oppmerksomhet i befolkningen.

Voksne for barn jobber for økt brukermedvirkning for barn blant annet ved å arrangere kurs og seminarer relatert til dette temaet. Eksempler på et aktuelt kurs er " Barn og unges stemme i barnevernet" (2005), som er et seminar som fokuserer spesifikt på hvilke rammer og betingelser som finnes for barn og unges rett til medvirkning i barnevernet. Kurset tar også opp nye erfaringer fra bruk av ulike verktøy og metoder for barns medvirkning. Kurset "Hvordan lede samtalegrupper for barn med psykisk syke foreldre", har som mål å formidle nødvendige kunnskaper for å lede samtalegrupper for barn av psykisk syke. Kurset er rettet mot fagpersoner med barne – og sosialfaglig utdanning. I et eget seminar fokuseres det mer direkte på kommunikasjon med barn av psykisk syke foreldre; hva er forutsetningene for å oppdage disse barna, hvordan kan en motivere og rekruttere til for eksempel barnegrupper, og hvordan kan en møte og samtale med barna.

Voksne for barn gjennomfører også prosjekter på oppdrag fra myndighetene. Et eksempel på dette er et forprosjektarbeid som har fokusert på innvandrere som ressurs i forhold til voldelige ungdomsgjenger. Prosjektet "Anerkjennelse – en forutsetning for ressursmobilisering i arbeid med innvandrerforeldre" (Undersrud & Keynan, 2002), har hatt som hovedmål å innhente systematisk kunnskap om innvandrerfamilier for å få frem deres erfaringer og synspunkter i forhold til å være foreldre og ungdom i et "nytt land", hvordan dette påvirker deres livssituasjon, og deres møte med de offentlige hjelpe- og tjenesteapparat. Sentrale problemstillinger i forprosjektet har vært hvordan familienes ressurser kan mobiliseres, og hvordan en kan utvikle egnede metoder for å komme i kontakt familiene og ungdommene på. Prosjektet var finansiert av Justisdepartementet og Utlendingsdirektoratet.

Voksne for barn ha gjennom de seneste årene jobbet direkte med økt brukermedvirkning gjennom prosjektet ARENA, finansiert av Sosial – og helsedirektoratet. Prosjektet driver systematisk opplæring av talspersoner for barn og unge. Det omfatter både opplæring og å finne lokale talspersoner for barn og unges psykiske helse, som de kommunale tjenestene kan samarbeid med. Målsettingen er å danne ett nettverk av talspersoner i hele landet, som kan tale barn og unges sak når og der det trengs. ARENA henvender seg i utgangspunktet til

foreldre og pårørende som er brukere av et tjenestetilbud. En talsperson skal tale barn og unges sak i råd og utvalg på kommunalt, fylkeskommunalt eller statlig nivå. Talspersonene får opplæring og veiledning fra Voksne for Barn. Talspersonene er både unge, pårørende og fagpersoner.

ARENA er et bidrag i å realisere intensjonene i Opptrappingsplanen for psykisk helse (St. prp. nr 63, 1996-97; St. prp. nr 1, 2003-2004) om økt og reell brukermedvirkning for barn og unge. Gjennom prosjektet har VFB har så langt etablert et nettverk av talspersoner på ca 100 personer. Talspersonenes oppgave er å tale barn og unges sak, men også bidra til at barn og unges røst oftere blir hørt direkte. Programmet benytter metoder basert på Participatory Learning and Action (PLA), - deltagende og reflekterende læring og handling, utviklet i samarbeid med unge. PLA er et omfattende metodeverktøy for medvirkning. Gjennom VFB's programmer, tiltak og virksomheter foreligger det prosessdata og statistikk om barn og unges møte med ulike tiltak og tjenester.

Gjennom ARENA arbeider Voksne for Barn også med å systematisere brukererfaring og brukerkunnskap, samt for å finne fram til gode metoder for brukermedvirkning på både individ- og systemnivå.

#### AKTIVITET FOR ØKT BRUKERMEDVIRKNING I FUNKSJONSHEMMEDES FELLESORGANISASJON (FFO)

FFO er Norges største paraplyorganisasjon for organisasjoner av funksjonshemmede og kronisk syke. FFO representerer 66 medlemsorganisasjoner på nasjonalt nivå. FFO jobber særskilt for å fremme dialog mellom interesseorganisasjoner og felles politisk opptreden overfor myndighetene. Organisasjonen er representert i samtlige fylker, og aktiv i 60 kommuner.

Samfunnsmessig likestilling og deltagelse for funksjonshemmede er det overordnede målet for FFO. FFO jobber politisk gjennom representasjon i forvaltningen, politiske organer eller i styrer og råd. I tillegg tilrettelegger FFO møteplasser og arenaer der medlemsorganisasjonene kan samtale og samarbeide om felles interesseområder. Fagpolitikk er en sentral del av FFO's interessepolitikk, der oppvekst, helse og opplæring er noen av flere sentrale interessepolitiske områder. Fagpolitikk relatert til levekår for funksjonshemmede er en vesentlig del av FFO's interessepolitikk. Dette består av det påvirkningsarbeidet FFO utøver overfor myndigheter og politikere. En stor del av dette påvirkningsarbeidet skjer i form av høringsuttalelser, krav til statsbudsjettet, samt merknader til de forskjellige fagkomiteene på Stortinget.

Et eksempel på en slik for politisk aktivitet er utarbeidelsen av FFO's "Gule Bok" (Funksjonshemmedes fellesorganisasjon, 2005). Dette er et statsbudsjett- sammendrag som er laget for å gi medlemsorganisasjonene et grunnlagsdokument som skal gi en nødvendig oversikt for å kunne gjøre et godt påvirkningsarbeid. Dokumentet gir også grunnlag for oppfølging av tidligere krav, og reflekterer i tillegg FFO's vurderinger i forhold til utforming av nye krav til statsbudsjettet for år 2006. FFO jobber i tillegg i forhold til skole og barnehage i forskjellige lovsaker. FFO har også vært aktive samarbeidspartnere, sammen med flere andre organisasjoner, under utarbeidelsen av Supplerende Rapport 2004 – til Norges tredje rapport til FNs komité for Barns Rettigheter (Forum for Barnekonvensjonen, 2004).

I 2000 opprettet FFO et Rettighetssenter. Dette var et prosjekt under regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede, 1998-2001. Senteret fungerer som et rådgivnings- og kompetansesenter i rettighetsspørsmål som gjelder funksjonshemning og kronisk sykdom (Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon, 2003). Senteret gir informasjon om barn og unges rettigheter, og kan sees på som en måte å organisere tjenestetilbudet på, samtidig som det er et tiltak. Kjernen i virksomheten er en organisert telefontjeneste.

Basert på henvendelser til Rettighetssenteret er det utarbeidet en rapport til Utdanningsdirektoratet, med tittel "Rettsikkerhetsproblem – og/eller pedagogiske utfordringer?". Rapporten omhandler brukernes erfaringer på opplæringslovens område, som spesialpedagogisk hjelp, prinsippet om tilpasset opplæring og spesialundervisning. Rapporten er

basert på en gjennomgang og analyse av 540 henvendelser til Rettighetssenteret på opplæringslovens område, fra foreldre og andre, i perioden februar 2000 til mars 2005. Henvendelser på opplæringslovens område utgjorde nesten 8 prosent av alle henvendelser til senteret i den aktuelle perioden. Rapporten baserer seg i tillegg på annen kontakt Rettighetssenteret har hatt med brukere, brukermiljøer og tjenesteytere. Hovedformålet med rapporten er å identifisere, synliggjøre og dokumentere i hvilken grad henvendelser til Rettighetssenteret inneholder informasjon om opplæring og utdanning for barn og unge (og voksne), med særskilte opplæringsbehov, som kan formidles tilbake til etaten, - for slik i neste omgang å bidra til en utbedring av tilbudet (Funksjonshemmedes fellesorganisasjon - Rettighetssenteret, 2005).

#### 10.4 Internasjonal forskning på brukermedvirkning for barn og ungdom

Brukermedvirkning i forskning og utvikling av tjenester for voksne har vokst betydelig de siste årene. Dette initiativ og engasjement er imidlertid fremdeles i en tidlig startfase når det gjelder barn og unge, - noe som reflekteres i forskningslitteraturen. Det råder fremdeles en viss usikkerhet i forhold til hvordan man best kan involvere barn og unge, spesielt hvordan en kan gjøre dette på en effektiv måte som også gir resultater (Sinclair, 2004).

Formålet med dette delkapitlet er primært å gi eksempler på tiltak, prosesser og forskning som er iverksatt i andre land, der en har fokusert på barn og unges medvirkning i utforming av tiltak og tjenestetilbud. Vi ønsker også å belyse ulike aspekter ved brukermedvirkning som fremheves i nyere internasjonal forskningslitteratur.

##### *Fremgangsmåte*

Det er gjennomført søk i litteratordatabasene Psychinfo, Eric, og Pubmed for å skaffe relevant litteratur. Søkebegrepene som ble benyttet var *participation*, *involvement* og *user*, i kombinasjon med *children* eller *adolescents*. Søket resulterte i treff på ni relevante artikler. Kapitlet tar utgangspunkt i denne litteraturen, samt forskning som er referert i disse studiene.

##### DOKUMENTASJON PÅ AT BARN OG UNGE MEDVIRKER

I Storbritannia finnes det i økende grad beskrivelser og analyser av hvordan man på nye måter kan involvere barn og unge i beslutningsprosesser (Cavet & Sloper, 2004). Det vises i denne sammenheng til tiltak der barn og unge medvirker i forskning (Claveirole, 2004), politiske beslutninger og monitorering av tjenester (f eks Norman, 2002; Department of Health, 2003).

##### ØNSKER MER MEDVIRKNING

Samtidig finner en dokumentasjon på at medvirkning fra barn og unge er av begrenset omfang, og at dette er en brukergruppe som ønsker å ha større innflytelse i offentlige beslutningsprosesser (Tolly, et al., 1998). Noen forskere har fremlagt dokumentasjon på at barn og unges medvirkning i liten grad virkelig gjelder de dimensjoner ved tjenestene som barn og unge er opptatt av (Hennessy, 1999), og at barn og unge i liten grad har innflytelse på utforming og levering av tjenestene (Treseder & Crowley, 2004).

##### BARRIERER FOR MEDVIRKNING FRA BARN OG UNGE

Selv om det de siste årene har blitt en betydelig fokus på innhente erfaringer og synspunkter fra brukere i utforming av tiltak og tjenester, er det fremdeles svært sjelden at barn og unge

inkluderes i slike prosesser. Dette kan i stor grad henge sammen med at man ikke har tilgjengelige metoder for å involvere de unge brukerne (Hart & Chesson, 1998).

Forskning fra Storbritannia har vist at det er grupper av barn og unge som har reduserte muligheter for medvirkning, selv om full deltagelse og likestilling er et overordnet mål. Funktionshemmede barn er den gruppen som hyppigst er nevnt som en gruppe som faller utenfor i denne sammenheng (McNeish et al., 2000; Khan, 2001; Lightfoot & Sloper, 2003). Andre grupper som har relativt liten mulighet for innflytelse, er barn i etniske minoritetsgrupper (f. eks. Domain et al., 2004), og yngre barn (f. eks. Sloper & Lightfoot, 2003).

Andre hindringer er relatert til organisasjoners komplekse og byråkratiske natur (Matthews, 2001; Kirby & Bryson, 2002), eller de voksnes holdninger og behov for å kontrollere aktuelle prosesser (Matthews, 2001; Bell et al., 2002). Flere forskere har da også fremhevet betydningen av at voksne trenger opplæring og trening i hvordan de kan opptre støttende og gi barn og unge optimale muligheter til å medvirke (Hart & Chesson, 1998; Kirby & Bryson, 2002). Brukermedvirkning forutsetter at beslutningstagere og tjenesteutøvere anerkjenner brukernes kompetanse som likeverdig med egne fag- og systemkompetanse.

#### PROSEDYRER FOR Å LYKKES MED BRUKERMEDVIRKNING

Basert på forskning har man kommet frem til en rekke punkter som barn og unge selv opplever som viktige i forhold til skulle lykkes med brukermedvirkning (f. eks. Matthews, 2001; Coombe, 2002; Lightfoot & Slooper, 2002, 2003). Det fremheves at det er nødvendig med en "lyttende kultur", slik at barn og unge opplever å ha respekt, og at deres meninger blir verdsatt (McNeish et al., 2000; Sinclair & Franklin, 2000). Forskere vektlegger i denne sammenheng også behovet for at det oppmuntres til en organisasjonskultur som fremmer brukermedvirkning (McNeish et al., 2000; McNeish & Newman, 2002).

Et annet forhold som trekkes frem som viktig i forhold til barn og unges brukermedvirkning er at det gis klar og tydelig informasjon om hva en kan forvente, og at en viser ærlighet i forhold til i hvilken grad brukeren kan påvirke beslutningsprosesser (Sinclair & Franklin, 2000; Lightfoot & Slooper, 2002, 2003). God veiledning og gode retningslinjer er viktig for god og effektiv brukermedvirkning (Cark & Herts, 2000; Domain, et al., 2004).

Metodisk fleksibilitet, anvendelse av ulike prosedyrer og tilnærminger anses også som viktig for å sikre barns deltagelse (Kirby & Bryson, 2002; Bell et al., 2002; Coombe, 2002; Lightfoot & Sloper, 2002; 2003). Flere forskere har dessuten vært opptatt av betydningen av ressurser for å lykkes med brukermedvirkning (f. eks. Cark & Herts, 2000; Lardner, 2001; Coombe, 2002). I dette ligger både et behov for finansiering av prosjekter samt opplæring av fagpersoner. Flere legger vekt på betydningen av informasjon og opplæring til brukere, pårørende, tjenesteytere og beslutningstagere, og at man jobber for å oppnå tillit hos hverandre i forhold til å jobbe med brukermedvirkning (Hennessy, 1999; McNeish et al., 2000). Brukermedvirkning krever

#### KONSEKVENSER AV BARN OG UNGES MEDVIRKNING

Når det gjelder forskning og omtale av brukermedvirkning for barn og unge er det typisk skrevet mest om prosesser, og betydelig mindre om utfall i forhold til tjenestens utforming (Sinclair, 2004). Dokumentasjon som foreligger i forhold til vurdering av resultater, eller effekter av brukermedvirkning, bærer i tillegg preg av å være oppsummeringer av erfaringer, mer enn forskning. Det finnes noe forskning som viser at en stor andel av brukere som får anledning til å medvirke, opplever dette som svært positivt og givende. I tillegg har tjenesteytere rapportert om gode erfaringer med å la brukerne delta i utforming av tjenester og i beslutningsprosesser (f. eks. McNeish et al., 2000; Lightfoot & Sloper, 2003). Det er imidlertid flere forhold som må vurderes dersom barn og unges medvirkning fortsatt skal ha en positiv utvikling i forhold til å være effektiv og meningsfull. utfordringer i fremtiden vil være å jobbe frem brukermedvirkning i en form der barns deltagelse er en integrert del av organisasjonens kultur og struktur (Sinclair, 2004).

## 10.5 Oppsummering

Tema for dette kapitlet har vært barn og unges brukermedvirkning og brukertilfredshet vedrørende kommunale tjenester. Først omhandles barn og unges medvirkning i nasjonal og kommunal planlegging og tiltaksutforming. Her presenteres hvordan barn og unge i Norge i 2003 for første gang bidro i landets rapportering til barnekomiteen i FN. Gjennom prosjektet "Livet under 18" ble 1500 barn og unge fra ulike deler av Norge invitert til å formidle hvordan det er å vokse opp i Norge, og hvordan det kan bli enda bedre. Bak prosjektet stod Barneombudet i samarbeid med Forum for barnekonvensjon (FFB), Landsrådet for Norske barne- og ungdomsorganisasjoner og barne- og Familiedepartementet.

Å øke barn og unges deltakelse og medvirkning i kommunale planleggings- og beslutningsprosesser har vært en klar målsetting de siste tiårene (NOU 1995:26, Stortingsmelding nr. 39 (2002)). Sentrale myndigheter har initiert flere prosjekter for å stimulere dette arbeidet i kommunene. Barne- og familiedepartementet har støttet lokalt utviklingsarbeid og bidratt til ide- og erfaringsutveksling gjennom konferanser og utgivelse av informasjonsmaterieil. I fylker og kommuner er det i dag et mangfold av ulike styrever, råd, utvalg og prosjekter hvor barn og unge kan delta. Om lag tre fjerdedeler av landets kommuner har opprettet et innflytelsesorgan for barn og ungdom (nettstedet ung.no).

Videre presenteres studier som viser hvordan ulike deler av det offentlige hjelpeapparatet etterspør brukernes erfaringer i arbeidet med å utvikle og forbedre tjenestene. Både sentrale myndigheter, enkeltkommuner og enkelttjenester benytter brukerundersøkelser som metode for å kunne evaluere og korrigere de offentlige tjenestene.

I andre del av kapitlet er tema brukererfaringer og brukertilfredshet. Her presenteres studier som omhandler møte mellom bruker og tjenesteapparat. Det er ulike dimensjoner som påvirker hvordan brukerne opplever relasjonen til offentlige instanser. Studiene i kunnskapsgrunnlaget viser at det å bli hørt og tatt på alvor, samt å bli møtt på en anerkjennende måte, er viktige faktorer i relasjonen mellom bruker og hjelper (Gylseth 2004, Sandbæk, 2002). Videre oppleves stabilitet i kontaktforholdet og kontinuitet i tjenestene som viktige faktorer når det gjelder tilfredshet med tjenestene (Lichtwarck & Horverak, 2003, Andersson et al., 2004, Sitter & Andersson, 2005). Å stadig måtte fortelle sin historie for nye instanser og tjenesteytere opplever brukerne som negativt.

Videre opplever mange foreldre informasjonssvikt i møte med hjelpeapparatet. Det eksisterer mange barrierer for å få finne fram i systemet og få etablert tilstrekkelige tilbud (Tøssebro & Lundeby, 2002). Silingsmekanismer som er ment å forhindre misbruk av ordninger, rammer de som har rett til ordningene. Studien peker på behovet for en uavhengig instans og koordinerende enhet som kan gi informasjon, råd, følge opp saker og ta en større del av den administrative foreldrerollen.

Studier som omhandler brukermedvirkning, viser at det kan være berettiget å stille spørsmål om brukermedvirkning i egentlig forstand forekommer (Tronvoll, 1999, Rønbeck, 2003). Mens foreldre til funksjonshemmede barn ser på sitt forhold til hjelpeapparatet som en form for kamp, som et slit, ser stort sett offentlig ansatte hjelpere på forholdet som samarbeid (Tronvoll, 1999).

Studier som presenterer barn, unge og foresattes erfaringer i forhold til samarbeid, samordning og koordinering mellom ulike tjenester og instanser, viser at det her er et klart forbedringspotensial (Helle, 1996, Stene, 2002, Gylseth, 2004, Andersson, Ose & Sitter, 2005, Sitter & Andersson, 2005).

Som en del av kunnskapsgrunnlaget vedrørende brukermedvirkning har vi presentert eksempler på brukerorganisasjonenes aktivitet, metoder, og innsats i forhold til brukermedvirkning. Interesseorganisasjonen Voksne for Barn (VfB) jobber for økt brukermedvirkning for barn og unge med psykiske problemer ved å arrangere kurs og seminarer om temaet, samt gjennom prosjektarbeid. En del av denne aktiviteten gjennomføres på oppdrag fra myndighetene. De siste årene har organisasjonen jobbet direkte med økt brukermedvirkning gjennom prosjektet ARENA, som er finansiert av Sosial- og helsedirektoratet. Gjennom prosjektet jobber VfB med å systematisere brukererfaringer

og brukerkunnskap, og å finne frem til gode metodeer for brukermedvirkning både på individ og systemnivå.

Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO) jobber for samfunnsmessig likestilling og deltagelse for funksjonshemmede. FFO jobber politisk gjennom representasjon i forvaltningen, politiske organer, styrer og råd. Oppvekst, helse og opplæring er noen av flere sentrale interessepolitiske områder for organisasjonen. Som et prosjekt under regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede (1998- 2001) opprettet FFO i 2000 et Rettighetssenter. Senteret fungerer som et rådgivnings- og kompetansesenter i rettighetsspørsmål som gjelder funksjonshemming og kronisk sykdom, og gir informasjon om barn og unges rettigheter

Vi har i kapitlet også gitt eksempler på tiltak, prosesser og forskning fra andre land, der fokus er på barn og unges medvirkning i utforming av tiltak og tjenestetilbud. Denne litteraturen er dominert av studier fra Storbritannia. Den internasjonale forskningen gir beskrivelser og analyser av hvordan man best kan involvere barn og unge i beslutningsprosesser vedrørende tjenestene. Samtidig viser flere studier at barn og unge i realiteten har liten innflytelse både på utforming av tjenesten og hvordan den ytes. Funksjonshemmede barn og barn fra etniske minoritetsgrupper har spesielt liten innflytelse. En viktig årsak dette er at en mangler gode metoder for å involvere de unge. Flere forskere har vært opptatt av at brukermedvirkning for barn og unge forutsetter opplæring av voksne, slik at de kan gi barn og unge muligheter for å medvirke, og videre at det finnes en organisasjonskultur som fremmer brukermedvirkning. Andre faktorer som er trukket frem som viktige for å lykkes med brukermedvirkning er ressurser, - til opplæring av personell, finansiering av prosjekter og evaluering av prosedyrene. I den internasjonale forskningen er det påpekt at hovedutfordringen i fremtiden er å jobbe frem brukermedvirkning i en form der barns deltagelse er en integrert del av organisasjonens kultur og struktur.

# 11 Forskning - og kunnskapsbehov

I dette kapitlet fremmes forslag til tiltak og forskning for utbedring av tjenester for barn og unge. Forslagene er basert på foreliggende kunnskapsstatus, og en overordnet målsetting om helhetlige og sammenhengende tjenester som ivaretar barn og unges rett til medvirkning.

## 11.1 Dokumentasjon vedrørende tjenestenes organisering og samarbeid

Kunnskapsoversikten har avdekket manglende, - eller lite tilgjengelige oversikter over hvordan kommunale tjenester for barn og unge er organisert. Det er behov for å utarbeide en nasjonal oversikt over omfanget av en felles organisering av tjenester for barn og unge i kommunene.

### SPRE KUNNSKAP OM DE GODE EKSEMPLENE

Forskningsoversikten viser eksempler på effektive organiseringstiltak og modeller for samarbeid mellom instanser. Både familiesentermodellen og SLT- modellen er verd å trekke frem i denne sammenheng. Det er viktig å sørge for at erfaringer og kunnskap med disse modellene gjøres kjent, og at de gode eksemplene spres til landets kommuner.

### FORSKNING RETTET MOT TILTAK OG MODELLER FOR Å OPPNÅ BEDRE SAMARBEID

Kunnskapsstatusen har identifisert en rekke faktorer som virker hemmende eller fremmende på samarbeid mellom instanser. Forskningsoversikten tyder på at mange av disse faktorene er universelle, dvs. gjelder på tvers av tjenester. Kunnskap om hemmende og fremmende faktorer gjør det mulig å sette inn tiltak for å effektivisere og forbedre samarbeid.

Det er behov for videre arbeid rettet mot utprøving av tiltak og modeller for bedre samarbeid mellom instanser som jobber med barn, unge og deres familier. Et slikt fokus er viktig i forhold til målsettinger om helhetlige tjenester, tidlig identifikasjon av barn som har hjelpebehov, samt effektiv forebygging. Det foreslås at fremtidig forskning spesielt rettes mot tiltak eller modeller der målet er å:

- a) øke samarbeidskompetansen i kommunen, samt kunnskap om andre tjenester og lovgrunnlag
- b) utvikle felles kunnskap og forståelse for oppgave og oppgaveløsninger, muligheter og begrensninger
- c) etablere flere nye møteplasser og arenaer for samhandling, og utvikle samarbeidskulturer

#### KUNNSKAP OM DEN ENKELTE TJENESTES ROLLE OG BIDRAG I FOREBYGGING

Et overordnet spørsmål i den fremtidige forskningen bør imidlertid være hvordan man gjennom samarbeid mellom tjenester kan utvikle den primære helse- og sosialtjeneste til effektivt å forebygge. Problemstillingen innebærer blant annet et behov for å definere de ulike kommunale tjenestenes bidrag og rolle i forhold til forebygging, hva som er status, og hva som er utfordringene. Det er i denne sammenheng nødvendig med nærmere studier av både prosesser, flaskehals og tiltak for realisering.

#### DE KOMMUNALE TJENESTENES KOMPETANSE OG RESSURSBRUK I ARBEID MED UTSATTE GRUPPER

Kunnskapsoversikten har fokusert på det samlede tjenestetilbudet for barn og unge generelt. Det finnes imidlertid lite kunnskap om hvilke tiltak og tjenester de kommunale instansene tilbyr utsatte grupper barn og ungdom. Fremtidige undersøkelser bør fokusere på hvordan kommunale tjenester for ulike brukergrupper av barn og unge fungerer, med spesiell vekt på kompetanse og ressursbruk.

### 11.2 Kunnskap om erfaringer med interkommunalt samarbeid

Det finnes lite tilgjengelig dokumentasjon på erfaringer fra interkommunalt samarbeid vedrørende tjenester til barn og unge. Spesielt vedrørende PPT, der man i mange år, og i utstrakt grad, har praktisert interkommunalt samarbeid, og innen barnevern, der det nå drives utstrakt forsøksvirksomhet, ville det være formålstjenlig med systematiske evalueringer, gjerne større prosjekter som sammenligner ulike modeller for samarbeid.

Et annet problem er at de offentlige datakildene vedrørende interkommunalt samarbeid er mangelfulle. Kommunal- og regionaldepartementets database for interkommunalt samarbeid bør oppdateres. Eventuelt bør også Kommunal organisasjonsdatabase inkludere PP-tjenesten og sosialtjeneste/barnevern i forhold til spørsmål om interkommunalt samarbeid.

### 11.3 Dokumentasjon av samarbeid mellom kommunale og statlige tjenester

Med økt vekt på forebygging, og større ansvar til kommunene, følger også et økt behov for kontakt med spesialistenheter, både i forhold til samarbeid om tiltak overfor brukere, men ikke minst i forhold til oppfølging og veiledning av kommunalt personell. Kunnskapsstatusen viser at dette er aktuelle problemstillinger både fra de kommunale og de statlige tjenestenes ståsted. Det varierer imidlertid i hvilken grad dette er dokumentert i studier. Dette antyder at det både trengs ytterligere dokumentasjon av samarbeidet mellom kommunale og statlige tjenester, og at det trengs samarbeidstiltak i tjenestene. Vi skal i det følgende se på hver enkelt tjeneste i forhold til denne utfordringen.

#### PSYKISK HELSEARBEID – TILTAK SOM FREMMER SAMARBEID

Når det gjelder psykisk helsearbeid for barn og unge, er det godt dokumentert at det eksisterer et udekket behov for samarbeid mellom kommunale tjenester (helsestasjon, PPT, barnevern, skole, fastlege) og spesialisthelsetjenesten.

Det trengs tiltak i forhold til å få i stand avtaler om regelmessig og formalisert samarbeid mellom kommunale tjenester og tjenester i psykisk helsevern. Det trengs mer kontakt, inkludert veiledning og opplæring overfor kommunalt personell.



## RE-/HABILITERING – OMFATTENDE STUDIER AV SAMARBEID

Når det gjelder statlige og kommunale tjenester vedrørende re-/habilitering av barn og unge, fins det lite dokumentasjon av omfang, innhold, behov og erfaringer med samarbeid. Her trengs det mer forskning både vedrørende arbeidet med individuelle planer på tvers av forvaltningsnivå, og habiliteringstjenestens oppfølging av de kommunale tjenestene i forhold til tiltak overfor barn og unge, samt oppfølging og veiledning av kommunalt personell. Det er dokumentert at tilfeldighet og mangel på systematikk preger praksis når det gjelder koordinerende enhet på kommunalt nivå sitt samarbeid med statlige instanser, inkludert spesialisthelsetjenesten. Dette bør følges opp med konkrete tiltak i kommunene.

Forøvrig har HOD (2004) presisert at det i arbeidet med implementering av individuell plan, vurderes behov for særskilte tiltak knyttet til det å få etablert gode, faste rutiner for samarbeid mellom ulike nivåer og etater på et tidlig stadium.

## OPPLÆRING – GRUNDIGERE STUDIER AV SAMARBEID

Det foreligger ikke relevante undersøkelser av omfang, - innhold og behov for samarbeid vedrørende opplæringstjenester (skole, barnehage, PPT). Basert på lokale evalueringer i de ulike regionene, identifiseres imidlertid en rekke behov som kommunene har når det gjelder tjenester fra Statped. Hovedinntrykket er at kommunene opplever at kompetansesentrene ikke i tilstrekkelig grad imøtekommer de behov for bistand som PP- tjenesten har. Det trengs studier der en fokuserer på samarbeidet mellom de statlige og kommunale opplærings-tjenestene, og på faktorer som sikrer gode læringsvilkår for barn og unge som trenger særskilt hjelp.

## BARNEVERN – DOKUMENTASJON AV DE STORE ORGANISATORISKE ENDRINGENE

De omfattende organisatoriske endringene som følge av fjerning av fylkeskommunalt nivå, større ansvar til kommunalt barnevern, og opprettelse av Bufetat krever dokumentasjon i forhold til effekter. Det samme gjelder i forhold til utbredelse av "Felles dør" – tiltak i kommunene. Når det gjelder samarbeidsforhold trengs det dokumentasjon i forhold til både omfang av samarbeid, innhold og eventuelle udekkede behov for samarbeid. Region Midt-Norges uttalte satsning på å styrke samarbeidet mellom barneverntjenesten, rusomsorgen og BUP må også dokumenteres.

## SAMARBEID MELLOM FRIVILLIGE ORGANISASJONER OG KOMMUNER

Når det gjelder samarbeidet mellom kommuner og frivillig sektor er det gjort fylldige evalueringer i case – kommuner, men det fins ingen nasjonal kartlegging av omfang av samarbeid. Det trengs en nasjonal kartlegging av omfang og innhold i samarbeidstiltak mellom kommuner og frivillige organisasjoner.

Når det gjelder bruk av frivillige organisasjoner i kommunal tjenesteproduksjon er dette et område i utvikling, og som utfordrer den tradisjonelle norske velferdsstaten. Man bør se på erfaringer med utvikling av denne sektoren i norske kommuner (i tillegg til erfaringer i det kontinentale Europa).

Ett forslag i en av studiene vedrørende det mer tradisjonelle området for frivillig sektor, nemlig velferdsproduksjon knyttet til folks fritid (sangkor, idrett osv.), er utvikling av modellområder eller prøvekommuner for å teste ut resultatskapingen av slik virksomhet. Knyttet til dette bør man se på de mange utfordringene disse organisasjonene har: behov for fornyelse, hvilket tilbud de kan gi, og til hvilke grupper. En målsetting, dersom man skal øke nytteverdien av samarbeid, kan for eksempel være at organisasjonene gjør seg kompetent til mer utfordrende oppgaver, for eksempel overfor barn og unge i risiko/grensesonen. Dette kan gjøres ved økt profesjonalisering, men dette gir også en tettere tilknytning til det offent-

lige. Her trengs det avveininger i forhold til hvor uavhengig man ønsker at innslaget av frivillige skal være. Det kan være nyttig med tiltak der ulike modeller prøves ut.

I modellforsøk bør man også være bevisst problemet med at samarbeid mellom frivillige organisasjoner og kommuner ofte foregår sektorvis, og ofte kan blokkere for samarbeidsrelasjoner på tvers av tjenester. En hypotese er at de siste årenes fokus på flat struktur i kommunene bidrar til at dette i mindre grad er et problem

I tillegg til at kommunesektoren mangler en uttalt politikk for å stimulere frivillige aktiviteter, synes det også å mangle planer for en strategisk bruk av frivillige. Det bør oppfordres til at slike planer utarbeides.

#### 11.4 Økonomiske analyser, vurdering av nye finansieringsordninger og studier av ressursbruk.

Generelt finnes det lite forskning på tjenester rettet mot barn og unge i kommunaløkonomiske analyser med unntak av barnehagesektoren og grunnskolen. Her ligger det mye uutnyttet informasjon i offentlig tilgjengelig statistikk, som kan bidra til å øke kunnskapen om det kommunale tjenestetilbudet til barn og unge.

Dersom aktivisering av barn og unge gjennom for eksempel fritidsklubber og støtte til barne- og ungdomsorganisasjoner anses som viktig, bør andre finansieringsordninger vurderes (for eksempel øremerking) for å redusere forskjellene i ressursinnsatsen på dette feltet mellom kommunene.

En bør fremskaffe kunnskap om variasjoner mellom kommunene når det gjelder ressursbruk på tjenester for barn og unge. For eksempel undersøke ressursbruken i barnevernet og SFO. Hvorfor bruker større kommuner mer på disse tjenestene, mens kommuner med høyt nivå på frie inntekter har lavere utgifter til disse tjenestene? Er det et "storbyfenomen" eller et resultat av lokale prioriteringer? I denne sammenheng vil det også være interessant å undersøke hva som kjennetegner kommuner som har relativt høy ressursinnsats innenfor tjenester rettet mot barn og unge. En fremgangsmåte er å plukke ut noen kommuner som typisk har høy ressursinnsats i en eller flere av disse tjenestene, for så å identifisere andre egenskaper ved disse kommunene gjennom mer kvalitativ informasjonsinnhenting.

Kunnskapsgrunnlaget viser at kommuner med høy ressursbruk innenfor barnehagesektoren også har høy ressursbruk innenfor de andre sektorene. Vi finner imidlertid en negativ sammenheng i ressursbruk knyttet til forholdet mellom ressursbruk i grunnskole og SFO. Kommuner med høye utgifter per elev i grunnskolen har i gjennomsnitt lavere utgifter knyttet til SFO. Det hadde vært interessant å undersøke om dette er de samme kommunene som har høy egenbetaling på SFO, da vi vet at dette varierer stort mellom kommunene. Det bør også gjennomføres grundigere analyser av ressursinnsats per bruker og dekningsgrader, for å utnytte informasjonen som ligger i statistikken. Dessuten, grundige analyser på kommunale tjenester rettet mot barn og unge i forhold til andre kommunale tjenester, for å undersøke om tjenester til barn og unge nedprioriteres til fordel for tjenester rettet mot andre brukere i kommuner med visse kjennetegn.

#### 11.5 Kunnskap om betydningen av taushetspliktbestemmelsen

Det finnes lite empirisk materiale på erfaringer av bruk av taushetspliktsbestemmelsene. Dette gjelder både når vi ser på samarbeid innenfor ulike tjenestoområder og bruk av bestemmelsene generelt.

For økt kunnskap om hvilken betydning taushetsplikten har for det forebyggende samarbeidet om barn og unge foreslås flere tiltak.

En bør undersøke hvordan taushetspliktsbestemmelsene praktiseres når ulike etater samarbeider. Vi mangler bred og god kunnskap fra de fleste kommunale tjenesteområder, i tillegg til erfaringer fra samarbeid mellom ulike forvaltningsnivå.

En må sikre at fremtidige evalueringer av ulike samarbeidsforsøk omfatter erfaringer med praksis rundt taushetspliktsbestemmelsene. Ulike forsøk med samarbeid som omhandler taushetsplikten må dessuten gjøres tilgjengelig, dersom slike finnes.

Dersom taushetspliktsreglene ikke forenkles bør dette temaet vektlegges i lærebøker og undervisning av personell som arbeider med barn og unge i kommunene. Kanskje egne kurs for de ansatte med hvordan reglene skal praktiseres kan bidra til at reglene ikke oppleves som hemmende i ulike samarbeidsrelasjoner.

## 11.6 Bruk av verktøy for samhandling – dokumentasjon av erfaringer

### BRUK AV INDIVIDUELL PLAN- BEHOV FOR BREDERE DOKUMENTASJON

I kunnskapsgrunnlaget finnes en del data som beskriver i hvilken grad barn/unge med psykiske problemer har en individuell plan som del av sitt totale tjenestetilbud. I psykisk helsevern er det lagt opp til kontinuerlige datainnsamlinger som i fremtiden kan si noe om omfanget av individuelle planer. Tilsvarende kartleggingsdata finnes ikke fra kommunehelse-tjenesten. Dokumentasjonen for omfanget av planer for hele gruppen av barn/unge med behov for en individuell plan (ikke kun de med psykiske lidelser) er meget begrenset. I tillegg til behovet for data som beskriver omfang, er det ut i fra et brukerperspektiv behov for ytterligere dokumentasjon av brukernes opplevde nytte av en plan. Det er videre behov for undersøkelser som kan dokumentere i hvilken grad individuell plan fører til bedre kvalitet i det totale tjenestetilbudet. Det foreligger ikke undersøkelser som gir grunnlag for å vurdere hvorvidt sektorvise planer (individuell opplæringsplan, individuell behandlingsplan osv) danner grunnlag for utarbeidelse av individuell plan.

### UTARBEIDELSE AV INDIVIDUELL PLAN- BEHOV FOR KUNNSKAP OM FAGPERSONERS ERFARINGER

Slik vi kjenner til er det gjennomført noen studier av fagpersoners erfaringer med å utarbeide og jobbe med prosessen knyttet til individuell plan. Disse har i all hovedsak hatt fokus på hvordan det er å jobbe med individuell plan for voksne brukere. Ingen undersøkelser har spesifikt kartlagt fagpersoners erfaringer med å jobbe med individuell plan for barn og unge.

### ANSVARSGRUPPER- BEHOV FOR KUNNSKAP OM FAGPERSONERS ERFARINGER

For å styrke kunnskapen om ansvarsgrupper som samarbeidsmodell er det behov for å undersøke nærmere omfanget av bruk av ansvarsgrupper. Det foreligger en del studier av brukeres (foresattes) erfaringer med deltakelse i ansvarsgrupper, men det er stort behov for bedre dokumentasjon av fagpersoners (både kommunalt og statlig ansattes) erfaringer med verktøyet.

### BEHOV FOR DOKUMENTASJON AV ERFARINGER RELATERT TIL BRUK AV ANDRE VERKTØY

Det er behov for økt kunnskap både i forhold til grad av bruk, - samt erfaringene knyttet til bruk av samarbeidsverktøyene "Firfotmodellen", "KPA" og "Case management".

## 11.7 Tiltak for økt brukermedvirkning blant barn og unge

Forskningsoversikten viser at det internasjonalt sett, - og spesielt i Storbritannia foregår en del forskningsaktivitet i forhold til brukermedvirkning hos barn og unge. Resultatene fra

denne forskningen gir nyttig kunnskap i forhold til videre utvikling av,- og arbeid med brukermedvirkning i Norge. Med basis i den internasjonale forskningen, og de tema som det er fokusert på i denne litteraturen, synliggjør kunnskapsoversikten en rekke tema som en bør se på i videre arbeid for økt brukermedvirkning for barn og unge i Norge.

Det bør jobbes videre med utvikling av metoder for innhenting av barn og unges synspunkter. I dette arbeidet må en bevisst søke å finne metoder og prosedyrer som sikrer likeverdig deltagelse for alle barn. Metodene må tilpasset barn i ulike grupper, som for eksempel små barn, funksjonshemmede og barn i etniske minoritetsgrupper. Det vil i denne sammenheng være behov for ressurser til opplæring av tjenesteytere i forhold til brukermedvirkning.

Kunnskapsgrunnlaget gir eksempler på barn og ungdoms deltagelse og medvirkning. Imidlertid foreligger ingen studier som viser at iverksatte metoder eller prosedyrer for brukermedvirkning fungerer. I hvilken grad blir brukerens synspunkt tatt inn i planleggings- og styringsprosesser, og i hvilken grad får de gjennomslag. Har barn og unge noen reell innflytelse? Hvem hører barnas stemmer? Det er behov for å gjennomføre evalueringer av effekter av barn og unges medvirkning.

## 12 Referanser

- Abbot, D., Phil, M Townsley, R. & Watson, D. (2005). Multi-agency working in services for disabled children: what impact does it have on professionals? *Health & Social Care in the Community*, 13, 2, pp.155.
- Abbott, D., Watson, D., Townsley, R. (2005). The proof of the pudding: What difference does multi-agency working make to families with disabled children with complex health care needs? *Child & Family Social Work*, Volume 10, pp. 229-238
- Agenda utredning & utvikling (2004). For og med barn og unge. Evaluering av statlige tilskuddsordninger til frivillige barne- og ungdomsorganisasjoner. Hovedrapport.
- Alm Andreassen, T., & Grut, L. (1994). Brukermedvirkning i norsk helsetjeneste. Kartlegging av former for brukermedvirkning som er prøvd ut i norsk helsetjeneste. Byggforsk/SINTEF-SI, prosjektrapport nr 142. Oslo.
- Almvik, A. & Borge, L. (2000): Tusenkunstnerne. Muligheter & mangfold i psykisk helsearbeid.
- Andersson, H.W., Ose, S.O. & Sitter, M. (2005). Psykisk helsevern for barn & unge – Behandlernes og brukernes vurderinger av behandlingstilbudet. SINTEF Helse. Trondheim.
- Andersson, H.W., Ådnanes, M. & Hatling, T. (2004). Nasjonal kartlegging av tilbud om diagnostisering og helhetlig behandling av barn og ungdom med hyperkinetiske forstyrrelser /ADHD. SINTEF Helse. Rapport STF78 A045012
- Andersson, H.W, Røhme, K & Hatling, T. (2005). Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge. Opptrappingsplanens effekt på psykisk helsearbeid i kommunene. Delrapport 2. SINTEF Helse. STF78 A055002.
- Andersson, H.W. & Tingvoll, L. (2005). Hvordan fungerer fastlegen for barn og unge med psykiske problemer? – Evaluering av fastlegeordningen med vekt på samarbeid, tilgjengelighet og kontinuitet i tjenestetilbudet. SINTEF Helse, Rapport NR. STF78 A055019.
- Anderaa, B. & Tveiten, G. (1994). Kommuner for barn. Oslo: Kommunefolaget.
- Andreassen, T.W & Lunde, T. (2001) Offentlige tjenester – prinsipper for økt brukerorientering. Universitetsforlaget.
- Anning, A. (2005). New forms of professional knowledge and practice in multi-agency services. Economic and social research council – ESRC (<http://www.esrcsocietytoday.ac.uk>)
- Askheim, O.P, Andersen, T., Eriksen, J. (2004). Sosiale tjenester for familier som har barn med funksjonsnedsettelse. Gyldendal akademisk.
- Askheim, O.P. & Rønning, R. (1987). Prosjekt: Samordning av tiltak på lokalplanet for utsatte barne- og ungdomsgrupper. Lillehammer: Rapport Østlandsforskning.
- Atkinson, M., Wilkin, A., Stott, A., Doherty, P. & Kinder, K. (2002). Multi- Agency Working: a Detailed Study. National Foundation for Educational Research Slough.
- Backe-Hansen, E. & Havik, T. (1997). Barnevern på barns premisser. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

- Bakken, H., Eidhammer, Gjerde, J., et al. (1999). Oppvekstfeltets organisering: en evaluering av utprøving av deler av barne- og ungdomsplanen i Molde kommune. Molde: Høgskolen i Molde
- Balchen, P.C. (1998). Politiets forebyggende arbeid. Begrensninger og muligheter. Vett & Viten AS.
- Barne- og familiedepartementet (2002). Mer innflytelse til barn og ungdom – eksempler fra arbeidet i kommuner og fylker.
- Barne- og familiedepartementet (2004): Satsning på barn og ungdom. Regjeringens mål og innsatsområder i statsbudsjettet 2004.
- Barne- og familiedepartementet (2005). Satsning på barn og ungdom. Regjeringens mål og innsatsområder i statsbudsjettet 2005.
- Barne- og familiedepartementet /Kommunenes sentralforbund (1997). Fra barnetråkk til ungdomsting. Medvirkning fra barn og ungdom i kommuner – erfaringer og eksempler.
- Barnevernboka (2003). Årbok for barnevernet 2003. Senter for atferdsforskning, Høgskolen i Stavanger.
- Bell, P. (2002). Changing the view: how young people's ideas can revolutionise health services: Youth Work Project, Conference presentation. Involving young people in the NHS, 20 September 2002, York.
- Berge, A.R. & Lorentsen, Ø. (2003). Individuelle planer med fokus på livskvalitet: verktøy for bedre tjenesteyting og ressursutnyttelse. Resultater fra et UoD-prosjekt i Tvedestrand kommune. Rehab-Nor 2003.
- Berge, D.M., Romuld, K., & Aarseth, T. (2004). Faglig utvikling og samarbeid i det forebyggende helsearbeidet for barn og ungdom. En evaluering av Ressurshelsestasjon for 12 kommuner i Romsdal og Nordmøre. Rapport Møreforskning Molde, 0403.
- Berglien & Skovly (2005). Forebyggende arbeid blant ungdom i risikozonen/potensielle drop-outs- Vennesla kommune. Evaluering av arbeidsmetode og tiltak i forhold til 58 ungdommer i perioden 2002- desember 2004. [www.krad.dep.no/](http://www.krad.dep.no/).
- Bergstrøm, S.M., & Voll, A.L.S. (2002). Mange voksne – felles barn. Barnehage- skole- fristidsordning. HøgskoleForlaget.
- Bjørkly, A. B., & Wicken, A.M. (2003). Samarbeid i utvikling: samarbeid i kommunene om barn og unge med psykiske vansker. Molde: Høgskolen i Molde.
- Bjørkly, A. B., & Wicken, A.M. (2004). Barne- og ungdomspsykiatri i krise? En studie av grenseflaten mellom 1. og 2. linjetjenesten i barne- og ungdomspsykiatrien. Hovedfagsoppgave, Institutt for administrasjons – og organisasjonsvitenskap, Universitetet i Bergen.
- Bliksvær, T, Fylling, I, Gjernes, T Handegård, TL (2004). Fyrtårn og balansekunstnere? En evaluering av regionsentrene for barn og unges psykiske helse (Rbup). NF-rapport nr.14/2004.
- Blindheim, I. (2001). Barrierer i tverretattlig samarbeid særlig med vekt på flyktningebarn. Hovedoppgave i spesialpedagogikk. Universitetet i Oslo. Det utdanningsvitenskapelige fakultet. Institutt for spesialpedagogikk.
- Borge, L. E. & Pettersen, I. (1998). Likeverdig skoletilbud og kommunale inntekter. ALLFORSK: Trondheim.
- Borge, L. E., Falck, T., & Pettersen, I. (2002). Ressurssituasjonen i grunnskolen. ALLFORSK: Trondheim.
- Borge, L. (2000) I: Almvik, A. & Borge, L. (2000). Tusenkunstnerne. Muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid. Fagbokforlaget. Bergen.

- Borrill, C., West, M., Dawson, J., Shapiro, D., Rees, A., Richards, A., Garrod, S., Carletta, J. & Carter, A. (2002). *Team Working and Effectiveness in Health Care*. Aston Centre for Health Service Organisation Research, University of Aston, Aston.
- Brandtzæg, B.A. og K.G. Sanda (2003): *Vellykkede interkommunale tjenestesamarbeid. Resultater fra en kartlegging høsten 2002*. Rapport nr 204, 2003. Telemarkforskning-Bø.
- Briseid, L. G. (2000): *Fra lov til praksis. Det spesialpedagogiske feltet og flerfaglig samarbeid*. Høyskoleforlaget, Kristiansand 2000.
- Brostrøm, B. (2002a). *Forebyggende arbeid blant barn og unge- en tverrsektoriell forpliktelse. Fra ide til virkelighet. En modell for koordinering og drift av det forebyggende barne- og ungdomsarbeidet*. NOVA 1/02.
- Brostrøm, B. (2002b): *Fra ide til virkelighet. En modell for koordinering og drift av det forebyggende barne- og ungdomsarbeidet*. Nova temahefte, 2002 nr. 1.
- Bufetat (2005). *Årsmelding 2004*. Barne-ungdoms- og familiedirektoratet.
- Bugge, L.S. (2000): *Med plikt til å tie. Yrkesetikk og taushetsplikt i førskolelærrollen*. Rapport nr. 10-2000, Høgskolen i Hedmark.
- Bukve, O. & A. Offerdal, (2002): *Den nye kommunen: Kommunal organisering i endring*. Oslo: Samlaget.
- Cameron, A. & Lart, R. (2003). *Factors promoting and obstacles hindering joint working: a systematic review of the research evidence*. *Journal of Integrated Care*, 11, 9-17.
- Cameron, A., Lart, R., Harrison, L., MacDonald, G. & Smith, R. (2000). *Factors promoting and obstacles hindering joint working: A systematic review*. School for Policy studies, University of Bristol, Bristol.
- Capjon H., Kinge, E., Haugstvedt, K.T.S. & Abildgård, H. (1998). *Habilitering av barnehagebarn med funksjonshemning. Den gode viljen – den vanskelige tverrfagligheten*. Delrapport 1. Fokus på habiliteringsteamene. Sosial- og helsedepartementet, prosjektnr. 11017.
- Carlsson, Y. (1996). *Tverrfaglig team- samarbeid eller revirkamp? Evaluering av tverrfaglig samarbeid på Varden barnestasjon i Sandefjord*. Oslo: Norsk institutt for by- og reginsforskning.
- Carlsson, Y. (2002). *Utviklingsprogram for styrking av oppvekstmiljøet*. Rapport fra en følgeforsker. NIBR- notat:2002:125. Oslo: Norsk institutt for by - og regionsforskning.
- Carlsson, Y. (2005a). *Det kompliserte samarbeidet om utsatte barn og unge. En erfaringsrapport fra Randesund bydel i Kristiansand*. NIBR. NOTAT 2005:110.
- Carlsson, Y. (2005b). *Utviklingsprogram for styrking av oppvekstmiljø 2002-2004*. NIBR. Notat, 2005:104.
- Cavet, J., & Sloper, P.(2004). *The participation of children and young people in decisions about UK service development*. *Child: Care, Health & Development*, 30, 613-621.
- Clark, P., & Herts, B. (2000). *Make it happen!* Department of Health, London, UK.
- Claveirole, A. (2003). *Listening to young voices: challenges of research with adolescent mental health users*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 253-260.
- Coombe, V. (2002). *Up for it: getting young people involved in local government*. The Natinal Youth Agency, London, UK.
- Dalin, P. (1997). *Skoleutvikling. Teorier for forandring*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Den norske lægeforening (2004). *Statusrapport: psykiske lidelser – Faglighet og verdighet. Rett til utredning, diagnostisk vurdering og målrettet behandling*.
- Department of Health (2003). *Listening, Hearing and Responding*. Department of Health Action Plan 2003/2004. Department of Health, London, UK.

- Domain, A.M., Tisdall, K., Hamilton, D. (2004). Taking the initiative: Promoting young people's participation in public decision making in Scotland, Carnegie Young People Initiative, London, UK.
- Drugli, May Britt (1997). Brukerundersøkelse blant foreldre som har barn i barnehager og skoler i Saupstad distrikt. Trondheim Kommune.
- Dræge, M. Løyland, K. & Ringstad, V. (1997). Brukertilfredshet med kommunale tjenester. Rapport nr. 131 Telemarkforskning-Bø.
- Eidheim, S. (1996). Tverrfaglig samarbeid for barn og unge utsatt for seksuelle overgrep. Evaluering av 22 tverretatlige samarbeidsgrupper på kommunenivå i Akershus. Barnevernets utviklingssenter, Rapport nr 1- 1996.
- Eidsheim, F. (2001). BRO-Teamet. En prosessevaluering av barne- og ungdomspsykiatrisk ressursteam. NIBR. Prosjektrapport 2001: 21.
- Eikås, M. (2001). New Public Management og restruktureringen av de nordiske velferdsstatene. Endrede roller og relasjoner for de frivillige organisasjonene? S. 189-207, i: Skov Henriksen, L og Ibsen, B. (red.): Frivillighedens utfordringer. Nordisk forskning om frivillig arbeid og frivillige organisasjoner. Odense Universitetsforlag, Odense.
- Einarsson, J.H., Nordahl, T. (2003). Familierådsdag. Nasjonal plan for utprøving og evaluering av metoden familierådsdag. NOVA.
- Eriksen, E.O. (2001). Demokartiets sorte hull – om spenningen mellom fag og politikk i velferdsstaten. Abstrakt forlag. Oslo.
- Evenstad, A.M.B. (2002). Koordinering av psyko-sosialt arbeid. Erfaringer og resultater fra Folloklinikken og syv tilhørende kommuner. GRUK-rapport nr. 2- 2002.
- Every Child Matters (2003), (<http://www.everychildmatters.gov.uk/key-documents>)
- Faglig enhet for PP- tjenesten (2001). Håndbok for PP- tjenesten. GAN Grafiske.
- Falck, S. (2002). Barne- og ungdomskriminalitet i Norge på nittitallet. Det Kriminalitetsforebyggende råd. Oslo.
- Faldet, A.C. (2004). Forebyggende barnevern og tverrfaglig samarbeid i bydel Sagene Torshov: En undersøkelse av ansattes erfaringer og opplevelser og forslag til forbedringer. Hovedoppgave i spesialpedagogikk. Universitetet i Oslo.
- Feiring, M. , Fauske, H. & A. Trondsen (1997): Rehabilitering i kommunene – en kartleggingsundersøkelse. ØF-rapport nr. 12/1997.
- Fjær, Svanaug (2001). Brukerundersøkelse – Hablitteringstenesta i Hordaland. Senter for Samfunnsforskning.
- Flermoen S. og K.G. Sanda (2004): Evaluering av felles sosial- og barnevernstjeneste i Flesberg og Rollag. Førstusituasjonen og foreløpige resultat etter halvannet års drift. Telemarkforskning – Bø, Tf-notat nr. 8 2004.
- FOR 2000-04-14 nr 328: Forskrift om fastlegeordning i kommunene. Helsedepartementet, 2000.
- FOR 2001-06-28 nr. 765: Forskrift om habilitering og rehabilitering. Sosial- og helsedepartementet.
- FOR 2001-06-08 nr. 676: Forskrift om individuell plan. Sosial- og helsedepartementet.
- FOR 2003-04-03 nr. 450: Forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet, 2003.
- FOR 2004-12-23 nr. 1837: Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven. Helse- og omsorgsdepartementet.



- Forum for Barnekonvensjonen (2004). Supplerende rapport 2004- til Norges tredje rapport til FN's komité for barnets rettigheter. PDC: Tangen.
- Fosse, Elisabeth (2002). Brukermedvirkning og helhet, Individuell plan som virkemiddel: evaluering av utviklingstilbud innen rehabilitering i Hordaland. HEMIL- rapport. (2002:1).
- Fossum, R., & Reistad, V.(2003). Samarbeid ambulant miljøterapi og skole. Hovedoppgave pedagogikk. Universitetet i Oslo. Det utdanningsvitenskapelige fakultet. Pedagogisk forskningsinstitutt,
- Fredriksen, K. (2002). Individuelle planer. Erfaring fra prosjektarbeid i Finnmark og Rogaland. Helse Vest, Rehabiliteringstjenesten. Stavanger.
- Fugleseth, A. & Ekker, T.K. (1998). Samarbeid til barnets beste? LOS senteret. Rapport 0903.
- Funksjonshemmedes fellesorganisasjon – Rettighetssenteret (2005). Brukererfaringer med tjenestene. Henvendelser til Rettighetssenteret. Rettssikkerhetsproblem- og/eller pedagogiske utfordringer? Opplæring og utdanning for barn, unge og voksne med særskilte behov. Rapport til Utdanningsdirektoratet avgitt 15. juni 2005.
- Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (2003). Fra usikkerhet til rettssikkerhet? Sluttrapport fra Rettighetssenteret som prosjekt under Regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede. FFO- Prosjektrapport 5/03.
- Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (2005). FFO's statsbudsjett- sammendrag 2005.
- Glavin, K., & Erdal, B. (2000). Tverrfaglig samarbeid i praksis: til beste for barn og unge i kommune-Norge. Oslo: Kommuneforlaget.
- Godeseth, M. (1992). Ansvarsgrupper: en metodisk innføring. Temahefte. Barnevernets Utviklingssenter. Oslo.
- Godeseth, M. (1995). Arbeid med og i ansvarsgrupper. I Bunkholt, V. og E. Larsen (red): Metodisk barnevernsarbeid. Oslo: TANO.
- Godeseth, M. (2004). Verdighet på spill? Foreldres erfaringer fra å delta i ansvarsgrupper i barnevernet. Hovedoppgave i sosialt arbeid. Høgskolen i Oslo/NTNU.
- Grotle, B.T. (2003). Barn og unge med psykiske vansker: Hvordan opplever familien hjelpe-tilbudet fra BUA og 1. linjetjenesten? Foredrag presentert på Psykisk helse- konferansen, Oslo 11. september 2003. Sosial- og helsedirektoratet.
- Grue, L. (1999). Tverrfaglig samarbeid i ansvarsgrupper – myte eller realitet? Tidsskrift for Velferdsforskning. Vol. 2, nr 3, s. 176 – 182.
- Grøgård, J.B., Hatlevik, I., & Markussen, E. (2004). Eleven i fokus? En brukerundersøkelse av norsk spesialundervisning etter enkeltvedtak. NIFU Step Rapport 9/2004.
- Gylseth, G. (2004). Rapport fra prosjektet SiU, Samarbeid i Utvikling. Barne- og ungdoms-psykiatrisk avdeling, Molde sjukehus i samarbeid med kommunene i Romsdal og fire kommuner på Nordmøre. Helse Nordmøre og Romsdal, Avdeling for barn og unge. KS, Utvikling og dokumentasjon.
- Halvorsen, G. (2000). Eleven og "de gode hjelperne". Ansvarsgrupper og tverretattlig samarbeid i lys av skolens ideologi, teori og praksis. Statens utdanningskontor i Hordaland.
- Handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort, 2004-2008.
- Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009. Sammen om fysisk aktivitet
- Handlingsplan mot rasisme og diskriminering (2002-2006).
- Handlingsplan – Sammen mot barne- og ungdomskriminalitet (2005).
- Harsheim, J., & Østtveiten H.S. (1995). – Samarbeid i barnevernet. Realitet eller retorikk? NIBR notat 1995:116.

- Harstad, E. (1994). Ansvarsgrupper; Langvarig forpliktende oppfølging og ansvarsgruppe-seminar. Dialog nr 2, s. 27-30.
- Hart, C., & Chesson, R. (1998). Children as consumers. *British Medical Journal*, 316, 1600-1603.
- Haugland, R. (2004): Evaluering av forsøk med familiesenter i Norge. Underveisrapport 2. Tilbakemelding til oppdragsgiver og informanter for periodene 2002-2003 og 2003-2004. RBUP. Universitetet i Tromsø.
- Haugland, S. & Misvær, N. (2004). Håndbok for skolehelsetjenesten 1.-10. klasse. Kommuneforlaget. Oslo
- Haugstvedt, K.T.S., Kinge E., Capjon, H., & Abildgård, H. (1998). Habilitering av barnehagebarn med funksjonshemming. Den gode viljen – den vanskelige tverrfagligheten. Delrapport 3. Kommunikasjon i det tverrfaglige samarbeidet mellom ekstrahjelp, fysioterapeut og spesialpedagog. Sosial- og helsedepartementet prosjektnr 11017.
- Haugstvedt, K.T.S., Kinge E., Capjon, H., & Abildgård, H. (1998). Habilitering av barnehagebarn med funksjonshemming. Den gode viljen – den vanskelige tverrfagligheten. Delrapport 5. Fagperspektiv og tverrfaglig samarbeid. Sosial- og helsedepartementet prosjektnr 11017.
- Heflinger, C.A., Sonnichsen, S.E., & Brannan, A.M. (1996). Parent satisfaction with children's mental health services in a children's mental health managed care demonstration. *The Journal of Mental Health Administration*, 23, 69-79.
- Helle, K. M. (1996). Behov for helsetjenester hos familier som har barn med en sjelden diagnose. Arbeidsforskningsinstituttet.
- Helsedepartementet (2002). Statlig spesialpedagogisk støttesystem og barnehabiliterings-tjenesten. Tjenester til barn og unge under 18 år med sammensatte lærevansker. En kartlegging av oppgaver og samhandling. Rapport med anbefalinger fra en tverrdepartemental arbeidsgruppe. Oktober 2002.
- Hem, H.E. (1998). "Tverrsektorielt samarbeid – barn og unge. Delrapport 1: Rapport fra prosessevaluering i en kommune. HENÆR- rapport nr 5/1998
- Hennessy, E. (1999). Children as service evaluators. *Child Psychology and Psychiatry Review*, 4, 153-161.
- Henriksen, L.S. & Ibsen, B. (2001). Frivillighedens utfordringer: nordisk forskning om frivilligt arbejde og frivillige organisationer. Odense: Univesitetsbiblioteket
- Herseth, J. (2002). ISP-team eller ansvarsgruppe. Foreldres syn på tverrfaglig samarbeid. Hovedoppgave i spesialpedagogikk. Universitetet i Oslo/NTNU.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2004). Habilitering av barn. Helsetjenestetilbud til barn med nedsatt funksjonsevne og kronisk syke barn, og deres foreldre – organisering og utvikling. Helsedepartementet.
- Hovik, S og Stigen, IM (2004). Kommunal Organisering 2004. Redegjørelse for kommunal- og regionaldepartementets organisasjonsdatabase. NIBR Notat 2004:124.
- Hummerfelt, K. (2005). Begrepene brukermedvirkning og brukerperspektiv- honnørord med avt presisjonsnivå. I: Willumsen, E. (red.) Brukernes medvirkning! Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene. Oslo: Universitetsforlaget.
- Høyvik, K (1996). Barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien; Samarbeid eller henvisning? Hovedoppgave i sosialt arbeid. NTNU. Trondheim.
- Hårstad, I. & de Vibe, M. (2005). Notat fra sluttkonferanse for KPA-prosjektet i Kragerø. Erfaring og læring.

- Innst. S. nr. 121 (2002-2003). Innstilling fra familie-, kultur- og administrasjonskomiteen om barne- og ungdomsvernet. Oslo: Familie-, kultur og administrasjonskomiteen.
- Innst. O. nr. 118 (2000-2001). Innstilling fra sosialkomiteen om lov om helseforetak m.m.
- Innst. O. nr. 64 (2003-2004). Innstilling fra familie-, kultur- og administrasjonskomiteen om lov om endringer i Lov 17. juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester (barnvernloven) og lov 19. juni 1997 nr. 62 om familievernkontorer (familievernkantorloven) m.v.
- Innst. O. nr. 253 (2001-2002). Innstilling fra kommunalkomiteen om lokaldemokrati, velferd og økonomi i kommunesektoren 2003 (Kommuneproposisjonen). Kommunalkomiteen.
- Iversen, O. & Havnen, K. (1996). Bekymringsteam. Et egnet tiltak i de tverretatlige samarbeidet? Barnevernets utviklingscenter på Vestlandet.
- Jarvik, A. (1999). Ung i Sandnes. En brukerundersøkelse om ungdomskulturer, rusmønstre, tilfredshet med fritidstilbudet og bruk av Sandnes sentrum. Sandnes kommune.
- Johannessen, A. (2003). Brukerundersøkelse Barnehagene Bydel Bjerke. Høgskolen i Oslo.
- Johnsen, A.M., Sørheim, B., Bilicz, K., Bengtson, M., Ekern, S.F. (2000). Dialog. Vil vi vite hva brukerne mener om oss? Prosjekt brukerbasert tjenesteutvikling.
- Jonassen, W., & Stefansen, K. (2003). Ideologi eller profesjonstenkning?: en statusrapport om krisesentrene. Rapport 2003, nr. 27. Oslo: Høgskolen i Oslo, Kompetansesenter for voldssofferarbeid.
- Kalseth, J. (2005) (red). SAMDATA psykisk helsevern. SINTEF Helse, Rapport /05.
- Khan, J. (2001). Listening to the views, wishes and feelings of disabled children and young people in the quality protects era. Occasional paper 8, Council for Disabled Children, National Children's Bureau, London, UK.
- Killén, K. (1993). Barnevern- Barne- og ungdomspsykiatri: Premisser for prosesser. I K. Ustvedt Christiansen (red.), Forholdet mellom barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien. Skriftserie fra barnevernets utviklingscenter, 1993, nr 5, side 20-34.
- Kirby, P., & Bryson, S. (2002). Measuring the magic? Evaluating and researching young peoples participation in public decision making. Varnegie Young People Initiative, London, UK.
- Kjellevoll, A. (1997): Barnevernets taushetsplikt og mulighet for samarbeid og kommunikasjon. I Barnevern og omsorgsovertakelse, red S. Tjomsland. Kommuneforlaget AS Oslo, 1997.
- Kjønstad, A. (2001): Taushetsplikt om barn. Kommunikasjon og samarbeid mellom helse-etaten, skoleetaten, sosialtjenesten og barnevernet. Kommuneforlaget AS, Oslo.
- Kjønstad, A. og A. Syse (red.) (1999): Velferdstett II. De sosiale tjenestene. Ad Notam Gyldendal. Oslo: 1999.
- Kloster, E., Lidén, H. og Lorentzen, H. (2003). Frivillighetssentralen. Resultater, erfaringer, forandringer. Institutt for samfunnsforskning ISF. Rapport 2003: 4.
- Knudsen, H. (1993). Samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser. I Repstad, P. (red.). Dugnadsånder og forsvarsverker, side 12- 69. Oslo: Tano
- Kolfjord, I., & Albertsen, K. (1997). Det forebyggende arbeids dilemma, barrierer og muligheter. Rapport fra et samarbeidsprosjekt i Telemark fylke. Skien: Fylkesmannen i Telemark.
- Kommunenes Sentralforbund (2005). Interkommunalt samarbeid; Hva innebærer det? KS arbeidsnotat utarbeidet av prosjektet "Framtidens kommunestruktur- kommuner med ansvar for egen utvikling".
- Kongsvoll, T., Lysø, R., & Sletterød, N.A. (1999). Modellfylkeprosjektet. Følgeevaluering av SOHOs forsøksprogram. Sluttrapport. Steinkjer: Nordtrøndelagsforskning.

- KOU (2003). Velferd, Virkelighet og Visjoner. Oppsummeringskapitlet. Mot bærekraftige kommuner. Kommuneforlaget AS, Oslo.
- KOU notat (2002). Velferdskommunen og de frivillige organisasjonene. Dugnad, engasjement og velferd. Kommuneforlaget AS, Oslo.
- Kvello, Ø og Wendelborg, C (2003). Det kommunale hjelpeapparatet for barn og unge. Kommunestørrelse relatert til organisering av, samarbeid mellom og effektiviteten i hjelpeapparatet. Nord-Trøndelangsforskning, Høgskolen i Sør-Trøndelag og NTNU. NTF-rapport 2003:2.
- Kvello, Ø., & Wendelborg, C. (2002). Nasjonal evaluering av skolefritidsordningen. Belyst i et helhetlig perspektiv på barns oppvekstmiljø. Nord-Trøndelagsforskning. Steinkjer.
- Lappegård, T. & Ytrehus, S. (1999). Ansvarsgruppen i kommunen – brukeren og ansattes erfaringer. Prosjektrapport. Byggforsk. Oslo.
- Lardner, C. (2001). Exploring good practice in youth participatin: A critical review. Clarity, Edinburgh, UK.
- Lauvås, K., & Lauvås, P.(1998). Tverrfaglig samarbejde - perspektiv og strategi. Århus: Klim.
- Lauvås, K., & Lauvås, P. (2004). Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi. 2 utg. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Leinslie, J.E. (2004). "Nei\_\_\_Nei. Vet du, det er en helt integrert bit av politiet, har det blitt". Om formelt og uformelt samarbeid mellom en barnvernsvakt og politi. Hovedfagsoppgave i spesialpedagogikk. Pedagogisk institutt. NTNU/Høgskolen i Sør-Trøndelag, avd. for lærer – og tolkeutdanning.
- Lenschow, K. (2004). Forsøk med familiesentre. Rapport 2002-2003. Første utkast – medio juni 2004. Personlig kommunikasjon.
- Liabo, K. Newman, T., Stephens, J. & Lowe, K. (2001). A Review of Key Worker systems for disabled children and the development of information guides for parents, children and professionals. Wales Office of R&D for Health and Social Care, Cardiff.
- Lichtwarck W., & Horverak, S. (2003). Et barnevern som når mange barn? – En evaluering av barneverntjenesten i Rana. Nordlandsforskning, NF- rapport nr. 15.
- Lichtwark, W., Magnussen, T. & Fylling, I. (2001). Nyorientering eller stagnasjon – en studie av tiltaksavdelinga i Steinkjer kommune. NF-rapport nr. 7/2004.
- Lied, Ø. & B. Lerdal (1999). Slik brukerne ser det. Brukerundersøkelse ved barnehabiliteringstjenesten i Vest-Agder.
- Lightfoot, J., & Sloper, P. (2002). Having a say in health: Guidelines for involving young patients I health services development (www document). Social Policy Research Unit, York, University of York, York, UK, URL.
- Lightfoot, J., & Sloper, P. (2003). Having a say in health: Involving children and young people with a chronic or physical disability in local health services development. Child: Care, Health & Development, 29, 156-20.
- Lillemyr, O.F., Bergstrøm, S., Eggem, A., Skevik, S., Støp, K., & Voll, A.L.S. (1998a). Overgangen barnehage – småskole. Et forsknings – og utviklingsprosjekt i Nord-Trøndelag. Volum 1. Bakgrunn- teori- metode.
- Lillemyr, O.F., Bergstrøm, S., Eggem, A., Skevik, S., Støp, K., & Voll, A.L.S. (1998b). Overgangen barnehage – småskole. Et forsknings – og utviklingsprosjekt i Nord-Trøndelag. Volum 2. Delprosjekter-hovedresultater- drøfting

- Lillemyr, O.F., Bergstrøm, S., Eggen, A., Skjevik, Støp, K., & Voll, A.L.S (1998). Overgangen barnehage- småskole. Et forsknings- og utviklingsprosjekt i Nord- Trøndelag. Volum 1 og 2. NTF- rapport 1998: 5a og b. Steinkjer: Nord- Trøndelagsforskning.
- Lorentzen, H. (2003). Velferdskommunen og de frivillige organisasjonene: dugnad, engasjement og velferd. Oslo: Kommuneforlaget.
- LOV-1992-07-17-100. Lov om barneverntjenester. Barne- og familiedepartementet.
- LOV-1998-07-17-61. Utdannings- og forskningsdepartementet. Lov om grunnskolen og den videregående opplæringa (Opplæringslova).
- LOV-1982-11-19-66. Lov om helsetjenester i kommunene. Helse- og omsorgsdepartementet.
- LOV-1999-07-02-62). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven). Helse- og omsorgsdepartementet.
- LOV-1999-07-02-61. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. Helse- og omsorgsdepartementet.
- LOV-1999-07-02-63. Lov om pasientrettigheter (Pasientrettighetsloven). Helse- og omsorgsdepartementet.
- LOV-1991-12-13-81. Lov om sosiale tjenester (Sosialtjenesteloven). Helse- og omsorgsdepartementet
- Lunde, K. (2002). "Om å hjelpe en anden..." – Samarbeid mellom PPT og lærere. Hovedoppgave i pedagogikk. Profesjonsstudiet. Universitetet i Oslo. Det utdanningsvitenskapelige fakultet. Pedagogisk forskningsinstitutt.
- Lyne, P., Allen, D. & Satherley, P. (2001). Systematic review of evidence of effective methods for removing barriers to change to improve collaborative working. The National Assembly for Wales, Cardiff.
- Løge, I.K., Bø. I., Omdal., & Thorsen, A.A. (2003). Hva skjer ved overgangen barnehage-skole? Tverrfaglig samarbeid rundt skolestart.
- Marshall C. & Rossman G. B. (1995). Designing Qualitative Research. Second Edition. Thousand Oaks, Sage Publications.
- Martens, B., Sandgren, E. (1999). Vi vil prøve verden selv. En metodebok om barn og medvirkning. Kommunenes sentralforbund.
- Martinsen, A. (1999). Samarbeid mellom barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk og skole. Hovedoppgave i spesialpedagogikk. Universitetet i Oslo.
- Mathisen, V. (1999). Etterutdanning i tverrfaglig samarbeid i oppvekstsektoren- et nyttig verktøy for kommunene? Østlandsforskning. ØF- rapport NR 19.
- Matthews, H. (2001). Citizenship, youth councils and young people's participation. *Journal of Youth Studies*, 4, 299-318.
- McConachie, H. (1999). Conceptual frameworks in evaluation of multidisciplinary services for children with disabilities. *Child: Care, Health and Development*, 25, 101-113.
- McNeish, D., & Newman, T. (2002). Involving children and young people in decision making. In: McNeish, D. Newman, T., & Roberts, H. (red.) *What Works for Children?* Side, 186-206. Open University Press, Bickingham, UK.
- McNeish, D., Downie, A., Newman, T., Webster, A., & Brading, J. (2000). Report for Lambeth, Southwark and Lewisham Health Action Zone: The Participation of Children and Young People. Barnado's, Barking, UK.

- Moen, HB. (2004). "Færrest mulig kontordører å gå gjennom..." – en kartlegging av den koordinerende enhet for re-/habiliteringsvirksomheten i kommunene. SKUR-rapport nr. 5. Statens kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering.
- Moseid, T.(2005). Sosial- og helsedirektoratet.
- Myrvold, T. M. (2004): Tilbudet til mennesker med psykiske problemer. Kommunenes arbeid med integrering og koordinering. NIBR- rapport 2004: 12.
- Myrvold, T. M. og Helgesen, M. (2005): Psykisk helsearbeid. En studie av organisering og samarbeid i syv kommuner. NIBR Notat 2005:108.
- Nasjonalt læremiddelsenter (1996). Læreplanverket for den 10-årige grunnskolen (L97).
- Nilsen, B. E. (2002). De som er med i ansvarsgruppen må ha lyst til å gjøre noe for barnet ditt. Hovedfagsrapport 2002 nr. 16. Høgskolen i Oslo.
- Nordahl, T. (1993) Tverretatlig samarbeid i utvikling s. 19-33. I: Christiansen, Ø. og Nordahl, T. (1993): Tverretatlig samarbeid i utvikling. Hamar: Kapére Forlag.
- Nordahl, T. (2001). Muligheter og utfordringer i samarbeidet mellom barnevern og skole. Norges Barnevern, nr. 4.
- Nordahl, T.(2000). En skole to verdener: et teoretisk og empirisk arbeid om problematferds og mistilpasning i et elev- og lærerperspektiv. Universitetet i Oslo.
- Nordisk Ministerråd (2001). Tverrsektoriell handlingsplan for barne- og ungdomspolitisk samarbeid.
- Norman, C. (2002). We say..., Quality Protects Newsletter, 11, 30-31.
- Norsk Psykologforening (2004). Økt innsats for barn og unge? En statusrapport fra Norsk Psykologforening om psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene.
- NOU 1988:17 Frivillige organisasjoner.
- NOU 2000: 12. Barnevernet i Norge. Tilstandsvurderinger, nye perspektiver og forslag til reformer. Barne- og familiedepartementet.
- NOU 2000: 22. Om oppgavefordelingen mellom stat, region og kommune.
- NOU 2001: 22. Fra bruker til borger. En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer.
- NOU 2003: 31. Retten til et liv uten vold. Oslo. Justisdepartementet.
- NOU 2004: 18. Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene. Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester.
- NOU 2005: 3. Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste.
- Odda kommune (1996). Brukerundersøkelse i barnehagene. Forarbeid og resultater. Skole- og kulturetaten.
- Ogden, T. & Weselka, J. (1990). Utvikling av tiltakskjede i Oppland fylke. Evaluering av prosjekt "Barnevern/skole". Barnevernets utviklingssenter. Rapportserie 3/90.
- Ogden, T. (1995). Kompetanse- et bidrag til tverretatlig begrepsutvikling. Norges Barnevern nr 4, 4-9.
- Olsen, H. (2005). Om samarbeid barneverninstitusjon – skole. En intervjuundersøkelse med fokus på tilpasning i skole. Masteroppgave i spesialpedagogikk. Høgskolen i Bodø. Profesjonshøgskolen, Institutt for lærerutdanning og kulturfag. Masteroppgave nr 7/2005.
- Olsen, L.O. (1993): Juridiske rammer for tverretatlig samarbeid. I Dugnadsånd og forsvarsverker, P. Repstad (red.). Kap. 5. Tano Oslo, 1993.

- Opedal, Stigen & Laudal (2002): Flat struktur og resultatenheter. Utfordringer og strategier for kommunal ledelse. NIBR-rapport 2002:21
- Ose, S. O. & Kalseth, J. (2004). Opptrappingsplan for psykisk helse: Hva forklarer variasjonene i kommunale brukerrater og dekningsgrader? SINTEF Helse rapport, STF78 A045027.
- Osgjelten, R.T., & Wirak, M.T. (2004). Foreldreerfaringer. I: Askheim, O., Andersen, T., & Eriksen, J. (red.), Sosiale tjenester for familier som har barn med funksjonsnedsettelse. Gyldendal Norsk Forlag AS, 2004.
- Ot. prp. nr. 46 (1997-98). Om lov om grunnskolen og den videregående opplæringa (Opp-læringslova). Oslo: Kirke, - undervisnings- og forskningsdepartementet.
- Ot. prp. nr. 66 (2000-2001). Om lov om helseforetak (helseforetaksloven).
- Ot. prp. nr. 9 (2002-2003). Om lov om endringer i lov 17. juli 1992 nr. 100 om barnevern-tjenester.
- Ot. prp. nr. 44 (1991-1992). Om lov om barneverntjenester.
- Ot. prp. nr. 67 (2002-2003). Om lov om endringer i lov 17. juli 1998 nr. 61 om grunnskolen og den videregående opplæringa (opplæringslova).
- Ot. prp. nr. 72 (2004-2005). Om lov om barnhager (barnehageloven)
- Ot. prp. nr. 76 (2002-2003). Om lov om endring i lov 5. mai 1995 nr. 19 om barnehager (barnehageloven).
- Pedersen O. B., Fiskum, H., Howatson, H., Evenstad, A. M. & de Vibe, M. (1998). Koordinering av psyko-sosialt arbeid (Case Management) for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser. Opplæring i kommunebaserte tjenester. Dialog nr. 3, s. 14-20.
- Pettersen, I.(1999). Forskjeller i ressursbruk i grunnskolen: Forklaringer og konsekvenser. Hovedoppgave, Institutt for samfunnsøkonomi, NTNU.
- Raddum, G. (1996). Idealer og realiteter i tverretattlig samarbeid. En studie av samarbeids-relasjoner mellom barnevernet, og skoler, barnehager, PP- tjenesten og helsesøster-tjenesten. Hovedfagsoppgave. Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap. Universitetet i Bergen.
- Rasmussen, Ø. (1997). Kommunikasjonsrett og taushetsplikt i helsevesenet. ISBN: 82-91906-00-9. Borgund forlag.
- R-BUP, Midt-Norge (2004). Kommunenes kompetanse og kompetansebehov innen området barn og unges psykiske helse. Regionsenter for barn og unges psykiske helse. NTNU.
- Regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede, 1994-1997.
- Regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede, 1998-2001.
- Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer, 2003-2005.
- Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse (2003) ...sammen om psykisk helse....
- Rugset, S. A (1996): Taushetsplikt av hensyn til brukerne? Om taushetsplikt, organisering og faglig samarbeid i de fylkeskommunale barne- og ungdomstjenestene i Aust-Agder og Hedmark. Østlandsforskning, rapport nr. 30/1996.
- Rundskriv I-3 (2004). Om samarbeid mellom tjenesteytere som gir tilbud til barn og unge under 18 år med nedsatt funksjonsevne – bruk av individuell plan
- Rundskriv I-47 (1999). Helsestasjon for barn og unge 0-20 år - eit kraftsenter for helse og oppvekst. Sosial og helsedirektoratet.
- Rundskriv Q-24, (2005). Barnevernet og taushetsplikten, opplysningsretten og opplysnings-plikten. Barne- og familiedepartementet

- Rundskriv Q-9 (1999). Om styrking av oppvekstmiljø for barn og ungdom. Barne- og familie-departementet.
- Rundskriv Q-0902 B (1995). Lov om barnehager. Barne- og familiedepartementet.
- Rønbeck, A.E. (2003). Tverretattlig samhandling i spesialundervisningen. Oppfyller det spesialpedagogiske arbeidet kravene som stilles i offentlige dokumenter? Avhandling til graden doctor rerum politicarum. Pedagogisk institutt- Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø.
- Rønning, R. & Solheim, L.J. (1998). Hjelp på egne premisser. Om brukermedvirkning i velferdssektoren. Oslo: Universitetsforlaget.
- Rønning, W. (2004). Kommunenes og habiliteringstjenestens kjennskap til og bruk av kompetansesentra for sjeldne funksjonshemninger. SKUR-rapport nr. 4, 2004.
- Rønningen, G.E. (1999). Aksjonsprogrammet "Barn og helse" i Buskerud, evalueringsrapport. HENÆR-rapport nr. 7/99: Høgskolen i Vestfold.
- Rønningen, G.E. (2002). Evaluering av tverrfaglig samarbeid og forebyggende innsats for barn og unge. Kompetansebygging til "800" i Lillehammer kommune. HENÆR- rapport nr. 06/2002.
- Rønningen, G.E., Hauger, B. (1999). Medvirkning fra barn og unge i helsefremmende og forebyggende arbeid. Ressurstilnærming og metode.
- Rønningen, G.E. & Øygaard, L. (2003). Ungdom på Skjerfheimkollektivet HENÆR, Høgskolen i Vestfold.
- Sandbæk, M. (2002). Barn og foreldre som sosiale aktører i møte med hjelpetjenester.
- Sandstrand, T (2001). Ambulerende tjenester på spesialistnivå. Oversikt i 5 helseregioner. SKUR, Statens kunnskaps- og utviklingscenter for helhetlig rehabilitering
- Schjeldrup, L., Omre, C., Marthinsen, E. (2005). Nye metoder i et moderne barnevern. Fag-bokforlaget.
- Selbekk, A.S., Lunestad, J., & Østby, L.(2005). Kriminalitetsforebyggende arbeid i skjæringspunktet mellom offentlig byråkrati og lokalt engasjement. En evaluering av SLT-arbeidet i Ski kommune. Rapport nr 1/2005, Avd. for forskning og utvikling, Diaforsk. Diakonhjemmet Høgskole i Oslo.
- Sinclair, R. (2004). Participation in practice: Making it meaningful, effective and sustainable. *Children and Society*, 18, 106-118.
- Sinclair, R., & Franklin, A. (2000). Young peoples's participation: making it meaningful, effective and sustainable. *Children and Society*, 18, 106-118.
- Sitter, M., & Andersson, H.W. (2005). Brukerbasert evaluering av det kommunale tjenestetilbudet for barn og unge med psykiske vansker. SINTEF Helse. Rapport STF78 A055005.
- Sivesind, K.H., Lorentzen, H., Selle, P., & Wollebæk, D. (2002). The voluntary sector in Norway. Composition, changes, and causes. Institutt for samfunnsforskning, ISF.
- Sjögren, O. (1996). ISP Individualiserade Service Program 1. Modellen. Teko Nova AB, Sverige.
- Skjøten, K., & Paul, R.E. (2001). Konfliktfamilier, barn og samlivsbrudd: prosjektsamarbeid mellom Kompetansesenter for voldsofferarbeid og Likestillingscenteret. Oslo: Høgskolen i Oslo.
- Sloper, P. (2004). Facilitators and barriers for co-ordinated multi-agency services. *Child: Care, Health & Development*, 30, 6, 571-580.
- Sloper, P., & Lightfoot, J. (2003). Involving disabled and chronically ill children and young people in health service development. *Child: Care, Health & Development*, 29, 15-20.



- Solheim, E. M. (1998). Ansvarsgrupper for psykisk utviklingshemmede. Hvordan opplever foreldre/foresatte til psykisk utviklingshemmede det offentlige støtteapparatet i form av ansvarsgruppe/samarbeidsgrupper? Hovedoppgave, ISP, Universitetet i Oslo.
- Sosial- og helsedirektoratet (2001). Veileder for individuell plan 2001, Oslo.
- Statped (2004). Årsmelding 2003. Statlig pedagogisk støttesystem.
- St. meld. nr. 37 (1992-93). Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid. Sosialdepartementet.
- St. medl. nr. 40 (1992-93). ... vi smaa, en alen lange. Om 6- åringer i skolen – konsekvenser for skoleløpet og retningslinjer for dets innhold. Oslo: Kirke-, undervisnings og forskningsdepartementet.
- St. meld. nr. 29 (1994-95). Om prinsipper og retningslinjer for 10- årig grunnskole- ny læreplan. Oslo. Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet.
- St. meld. nr. 23 (1996-1997). Trygghet og ansvarlighet. Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen. Sosial- og helsedepartementet.
- St. meld. nr. 34 (1996-1997). Resultater og erfaringer fra Regjeringens handlingsplaner for funksjonshemmede og veien videre. Sosial- og helsedepartementet.
- St. meld. nr. 25 (1996-1997). Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Sosial- og helsedepartementet.
- St. medl. nr. 27 (1996-1997): Om statens forhold til frivillige organisasjoner. Kommunal- og regionaldepartementet.
- St. meld. nr. 23 (1997-1998). Om opplæring for barn unge og voksne med særskilte behov. Den spesialpedagogiske tiltakskjeda og det statlege støttesystemet.
- St. meld. nr. 21 (1998 – 99). Ansvar og meistring. Mot ein heilskapeleg rehabiliteringspolitikk. Sosial- og helsedepartementet. Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet.
- St. meld. nr. 17 (1999-2000). Handlingsplan mot barne- og ungdomskriminalitet. Barne- og familiedepartementet.
- St. meld. nr. 31 (2000-2001). Kommune, fylke, stat – en bedre oppgave fordeling. Kommunal- og regionaldepartementet.
- St. meld. nr. 22 (2000-2001). Politireform 2000. Justis- og politidepartementet
- St. meld. nr. 19 (2001-2002). Nye oppgaver for lokaldemokratiet – regionalt og lokalt nivå. Kommunal- og regionaldepartementet.
- St. meld. nr. 39 (2001-2002). Oppvekst og levekår for barn og unge i Norge. Barne- og familiedepartementet.
- St. meld. nr. 40 (2001-2002). Om barne- og ungdomsvernet. Barne- og familiedepartementet.
- St. meld. nr. 29 (2002-2003). Om familien – forpliktende samliv og foreldreskap. Barne- og familiedepartementet.
- St. meld. nr. 16 (2002-2003). Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken. Helsedepartementet.
- St. meld. nr. 40 (2002-2003). Nedbygging av funksjonshemmende barrierer. Strategier, mål og tiltak i politikken for personer med nedsatt funksjonsevne. Sosialdepartementet.
- St. meld. nr. 6. (2002-2003). Tiltaksplan mot fattigdom. Sosialdepartementet.
- St. meld. nr. 30. (2003-2004). Kultur for læring. Utdannings- og forskningsdepartementet.
- St. meld. nr. 42 (2004-2005). Politiets rolle og oppgaver. Justis- og politidepartementet.

- St. meld nr. 13, (2004-2005). Om incestsentra – tilbud, finansiering og forvaltning. Barne- og familiedepartementet.
- St. prp. nr 1 (2004-2005). For budsjetterterminen 2005. Utdannings- og forskningsdepartementet.
- St. prp. nr 1 (2003-2004). For budsjetterterminen 2005. Utdannings- og forskningsdepartementet.
- St. prp. nr. 60 (2004-2005). Om lokaldemokrati, velferd og økonomi i kommunesektoren 2006 (kommuneproposisjonen). Kommunal- og regionaldepartementet.
- St. prp. nr. 64 (2003-2004). Om lokaldemokrati, velferd og økonomi i kommunesektoren 2005 (kommuneproposisjonen). Kommunal- og regional departementet.
- St. prp. nr. 63 (1997-98). Om Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998. Sosial- og helsedepartementet.
- Statens Helsetilsyn (2003). Tilsyn med sosial og helse. Oppsummering av landsomfattende tilsyn med helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer i 2002, Oslo: Rapport 4/2003.
- Statens Helsetilsyn (1998) Veileder i habilitering av barn og unge.
- Statlig spesialpedagogisk støttesystem (2005). Prosjektrapport. Framtidig faglig profil og organisering av Statped.
- Stene, M. (2002). Brukerundersøkelse – tverrfaglig tjenestetilbud til barn med ulike hjelpebehov i Steinkjer kommune. Høgskolen i Nord-Trøndelag.
- Stien, K og Hansen, K (2002). Til dagens barns beste. Evaluering av Opplæringsplan for barneverntjenestene i Midt-Troms. Barnevernets Utviklingssenter i Nord-Norge.
- Strategiplan for habilitering av barn (2004). Helsetjenestetilbud til barn med nedsatt funksjonsevne og kronisk syke barn, deres foreldre – organisering og utvikling.
- Syse, A (2004): Norges lover. Lovsamling for helse- og sosialsektoren 2004-2005. Gyldendal Akademisk Oslo 2004.
- Syse, A. (1997): Formålet med det lovmessige grunnlaget for taushetsplikten. Tidsskrift for den Norske Lægeforening 29/1997, 117: 4262-4.
- Sætre, R.H. Mathiesen, K.S., & Nærde, A. (1996). Barnefamilien- trivsel og levekår. Helsestasjonens rolle i kommunens forebyggende arbeid for barn. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Sørhaug, H.C. (2004). Managementalitet og autoritetens forvandling. Bergen: Fagbokforlaget
- Sørheim, T.A. (2000). Innvandrere med funksjonshemmede barn i møte med tjenesteapparatet. Oslo: Gyldendal Akadmisk.
- Sørli, R. (2005). Lillehammer kommune. Personlig kommunikasjon, juni 2005.
- The Children Bill (2004), (<http://www.publications.parliament.uk/>)
- Thommesen, H. (2002). *Kommunenes arbeid med individuell plan et år etter at forskriften om individuell plan trådte i kraft*, Bodø: SKUR-rapport 2002:2.
- Thommesen, H. (2004). Individuell plan – en type praksis. Kommuneundersøkelse årsskiftet 2003/2004, Bodø: SKUR-rapport nr. 3/2004.
- Thommesen, H., Normann T. & Sandvin, J.T. (2003). Individuell plan. Et sesam, sesam? Kommuneforlaget. Oslo.
- Tolly, E., Girma, M., Stanton Wharmby, A., Spate, A. & Milburn, J. (1998). Young Opinions, Great Ideas. National Children's Bureau, London, UK.

- Tranvik, T. & Selle, P. (2003). Farvel til folkestyret? Nasjonalstaten og de nye nettverkene. Oslo: Gyldendal.
- Trefjord, S. & Hatling T. (2004). Erfaringer og anbefalinger fra arbeid med individuell plan for mennesker med psykiske lidelser, ved bruk av planverktøyet IPPH (Individuell plan psykisk helse). Sluttrapport fra Samhandlingsprosjektet, februar – desember 2003. SINTEF Helse. Trondheim.
- Treseder, P., & Crowley, A. (2004). Taking the initiative: promoting young people's participation in decision making in Wales. Carnige Young People Initiative, London, UK.
- Tronvoll, I.M. (1999). Barn, foreldre og de gode hjelpere. En studie av brukermedvirkning mellom familier med funksjonshemmede barn og hjelpere på kommunalt nivå. NOSEB NTNU.
- Trygdeetaten (2001).  
([http://www.trygdeetaten.no/generelt/Pub/arsmelding\\_2001/hjelpemidler/hjelpemidler.html](http://www.trygdeetaten.no/generelt/Pub/arsmelding_2001/hjelpemidler/hjelpemidler.html))
- Tøssebro, J. & Lundeby, H. (2002). Å vokse opp med funksjonshemming – de første årene. Gyldendal Norsk Forlag. Oslo.
- Undersrud, G. & Keynan, H. (2002). Anerkjennelse - en forutsetning for ressursmobilisering i arbeid med innvandrere. Organisasjonen Voksne for barn.
- Utdanningsdirektoratet (2004). Veiledning - Spesialundervisning i grunnskole og videregående opplæring (revidert). <http://skolenettet.no>.
- Utdanningsdirektoratet (2005). Innstilling fra Utdanningsdirektoratet til utdannings- og forskningsdepartementet. Prosjekt Statped 2005. Framtidig faglig profil og organisering av Statped.
- Utdanningsdirektoratet (2005). Strategi for læringsmiljøet i grunnopplæringen (2005-2008). Læringsmiljø i skole og lærebedrift.
- Utdannings- og forskningsdepartementet (2004). Likeverdig utdanning i praksis! Strategi for bedre læring og større deltagelse av språklige minoriteter i barnehage, skole og utdanning 2004-2009
- Veileder Q-1088B (2005): Formidling av opplysninger og samarbeid der barn utsettes for vold i familien. Barne- og familiedepartementet, 2005.
- Verpe, A. M & Engja, H. (2004). Barn på venting. Institusjonsarbeid med barn under offentlig omsorg. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Vestre, Svein Egil (1995). Foreldresyn på grunnskolen. Kirke- utdanning og forskningsdepartementet.
- Voksne for Barn (2002). Planlegging for og med barn og unge - fra et brukerperspektiv. – Håndbok i utarbeidelse av plan for det psykiske helsearbeidet i kommunen.
- Voksne for Barn (2004). Barn i Norge 2004. Livsmot. Årsrapport om barn og unges psykiske helse.
- Voll, A.L.S., & Bergstrøm, S. M (2000). Samarbeid barnehage, småskole, skolefritidsordning, Visjon eller virkelighet?
- Vaagen, K. (2003). Frivillige organisasjoners omfang og rolle i småsamfunn. "Drivkraften i den sociala ekonomin är framför alt engagerade människor". Næringsrådgivning AS.
- Vaagen, K. (2005). På sporet av en lokal frivillighetspolitikk? En kartlegging av forholdet mellom kommuner og frivillige organisasjoner. Næringsrådgivning AS.
- Watson, D., Townsley, R. & Abbot, D. (2002). Exploring multi-agency working in services to disabled children with complex healthcare needs and their families. Journal of Clinical Nursing, 11, 367-375

Watson, D., Townsley, R., Abbott, D. & Latham, P. (2000). Working Together? Multi-agency working in services to disabled children with complex health care needs and their families – A literature review. The Handsel Trust, Birmingham.

Willumsen, E. (1999). "De kan ikkje bara sitta og sei sånn utifra et kontor". En kvalitativ studie av aktører og relasjoner i tverrfaglig samarbeid om barn og unge med psykososiale problemer. Høgskolen i Stavanger. Avd. for Helse- og sosialfag, Institutt for sosionomutdanning. Senter for atferdsforskning.

Willumsen, E., & Hallberg, L. (2003). Interprofessional collaboration with young people in residential care: some professional perspectives. *Journal of Interprofessional Care*, 17, 289-400.

Willumsen, E. (2005). Brukernes medvirkning! Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene. Universitetsforlaget.

Wold, R.B. (1997). I: Hummelvoll, J.K. og Lindstrøm (red.). 1997. Nordiska perspektiv på psykiatrisk omvårdnad. Lund.

Wollebæk, D., Selle, P. & Lorentzen, H. (2000). Frivillig innsats. Sosial integrasjon, demokrati og økonomi. Bergen: Fagbokforlaget.

Waal, B., Sørland, T.O., Fasmer, R. & Natrud, A. (2001). Tenke det, tale det, ville det..... Samarbeid barne- og ungdomspsykiatri/barnevern. Prosjektrapport BRO-Teamet.

Østtveiten, H.S. (1996). For barns skyld- en studie av samarbeide mellom barnevern og offentlig sektor. NIBR rapport 1996:8.

## 12.1 Aktuelle nettadresser

[www.barnehabilitering.net/](http://www.barnehabilitering.net/)

[www.barneombudet.no](http://www.barneombudet.no)

[www.bedrekommune.no](http://www.bedrekommune.no)

[www.bufdir.no](http://www.bufdir.no)

[www.bufetat.no](http://www.bufetat.no)

[www.dep.no/krd/norsk/tema/kommune/forsok/](http://www.dep.no/krd/norsk/tema/kommune/forsok/)

[www.esrcsocietytoday.ac.uk](http://www.esrcsocietytoday.ac.uk)

[www.ffe.no](http://www.ffe.no)

[www.gruk.no/](http://www.gruk.no/)

[www.home-start-norge.no/](http://www.home-start-norge.no/)

[www.hpp.no](http://www.hpp.no)

[www.hoykom.no](http://www.hoykom.no)

[www.krad.no](http://www.krad.no)

[http://krd.vestforsk.no/](http://http://krd.vestforsk.no/)

[www.kommunesamarbeid.no/](http://www.kommunesamarbeid.no/)

[www.krad.no](http://www.krad.no)

[www.ks.no](http://www.ks.no)

[www.nfunorge.org](http://www.nfunorge.org)

[www.odin.dep.no/](http://www.odin.dep.no/)

[www.publications.parliament.uk/](http://www.publications.parliament.uk/)

[www.psykopp.no](http://www.psykopp.no)

[www.sbf.stat.no/](http://www.sbf.stat.no/)

[www.skur.no](http://www.skur.no)

[www.ssb.no/](http://www.ssb.no/)

[www.statped.no](http://www.statped.no)

[www.statped.no/nordnorsk/](http://www.statped.no/nordnorsk/)

[www.trygdeetaten.no/](http://www.trygdeetaten.no/)

[www.unghelse.no](http://www.unghelse.no)

[www.ung.no](http://www.ung.no)

[www.utdanningsdirektoratet.no](http://www.utdanningsdirektoratet.no)

[www.vfb.no](http://www.vfb.no)