

Veileder for landsomfattende tilsyn 2008

Kommunale helse-, sosial- og barneverntjenester til barn



BARNE- OG
LIKESTILLINGSDEPARTEMENTET



HELSETILSYNET
tilsyn med sosial og helse

Godkjent av Barne- og likestillingsdepartementet og
Statens helsetilsyn 12. desember 2007

Innhold:

1. Innledning	3
2. Målsetting og avgrensning av tilsynet.....	3
3. Lovgrunnlag.....	6
3.1 Innledning	6
3.2 Kravene til samarbeid	7
3.3 Brukermedvirking og informasjon om tjenestetilbud	10
3.4 Opplysninger til barneverntjenesten og sosialtjenesten	12
3.5 Taushetsplikt og samtykke til formidling av opplysninger.....	13
3.6 Organisering.....	15
3.7 Tjenester, tiltak og forsvarlighet	20
3.8 Nærmere om tjenestenes innhold.....	23
3.9 Tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter	27
3.10 Dokumentasjon	28
3.11 Forholdet til internkontroll.....	30
4. Kjennetegn på etterlevelse av regelverket	31
4.1 ”Fasen fange opp og bidra til at barna får dekket behov for samordnede tjenester”	33
4.2 ”Undersøkelsesfase/utredningsfase”	34
4.3 ”Gjennomføringsfase”	36
4.4 Overgang – ettervern 18 – 23 år	37
4.5 Evaluering av tjenestene/tiltakene til det enkelte barn	38
4.6 Gjennomgående kjennetegn ved undersøkelsen av ovennevnte faser	38
5. Gjennomføring av tilsynet.....	41
6. Rapporter.....	45
Vedlegg.....	46

1. Innledning

Svikt oppstår ofte der flere tjenester og lovverk har tilgrensende eller overlappende formål og oppgaver. Barne- og likestillingsdepartementet (BLD) og Statens helsetilsyn (Htil) har tilsynserfaring som tilsier at oppmerksomhet må rettes mot tjenester til de brukere som har behov for samordnete tjenester. De barna som har behov for tjenester fra både barnevern, helsetjenester og sosialtjenester er sårbare og kan få sin situasjon betydelig forverret hvis kommunene ikke klarer å møte behovene og rettighetene deres på en helhetlig måte.

Samarbeid er en utfordring også for statlige etater – dette tilsynet legger til grunn at statlige myndigheter og tilsynsorgan samarbeider om å gjennomføre tilsyn som har utgangspunkt i ulike lovverk og tjenester med ulike tradisjoner.

Som ledd i forberedelsen til tilsynet har det vært gjennomført møter med kommunale tjenesteytere, forskningsmiljø, brukerorganisasjoner og andre fagmiljø som yter tjenester til barn.

Denne veilederen er utarbeidet av en arbeidsgruppe bestående av fagsjef Jostein Magne Krutvik, Fylkesmannen i Sør-Trøndelag, ass. fylkeslege Ragnar Hermstad, Helsetilsynet i Sør-Trøndelag, seniorrådgiver Siw Ellefsen og seniorrådgiver Bodil Rake Lystrup fra BLD og seniorrådgiver Pål Børresen og seniorrådgiver Jo Kittelsen i Htil. Pål Børresen har ledet gruppens arbeid.

Gruppens mandat er vedlagt (vedlegg nr 1). I mandatet er tilsynet avgrenset til å omfatte om kommunene sikrer hjemmeboende barn rette barnevern-, sosial- og helsetjenester til rett tid. Arbeidsgruppen har i samarbeid med oppdragsgiverne presisert at hjemmeboende barn også skal omfatte barn som bor i fosterhjem. Avgrensingen innebærer at tjenester til barn i institusjoner eller spesialisthelsetjenester til barn ikke skal omfattes i denne omgang. Det er ikke gitt noen aldersavgrensning eller annen avgrensning som gjelder livssituasjon, funksjonshemminger eller lignende. Arbeidsgruppen er gitt oppgaven med å finne frem til eventuelle nærmere avgrensinger.

2. Målsetting og avgrensning av tilsynet

Arbeidsgruppens mandat har vært å utforme et tilsyn der det skal undersøkes om den enkelte kommune sørger for at hjemmeboende barn, eller barn som bor i fosterhjem (inkludert beredskapshjem) i kommunen, og som har behov for to av eller alle de tre tjenestene, får tilstrekkelige tjenester til rett tid og på en samordnet måte

Arbeidsgruppens mandat har avgrenset tilsynet slik at tilsynet ikke skal undersøke hjelpetiltak og sosial- og helsetjenester som gis til barn som bor i institusjoner. Det skal heller ikke føres tilsyn med omsorgsovertakelser, vedtak, forberedelse av saker for fylkesnemnda, kommunens samarbeid med Barne-, ungdoms- og familieetaten etc. Avgrensingen innebærer også at det ikke skal føres tilsyn med andre sentrale

tjenester til barn som barne- og ungdomspsykiatri, barnevernets institusjoner eller skoler og barnehager.

Mandatet drøfter ikke andre avgrensinger som for eksempel alder eller kjennetegn ved barna. Arbeidsgruppen har innhentet synspunkter fra forskere og offentlige etater som Barneombudet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir), Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) og noen kommuner, fra brukerorganisasjoner og fra representanter fra KS (se liste i vedlegg 4).

På denne bakgrunn er tilsynet avgrenset til å omfatte:

- samarbeid mellom barnevern, sosial- og helsetjenester om utsatte barn i skolepliktig alder (6-16) og
- samarbeidet mellom barnevernet og sosialtjenesten ved eventuell overgangen fra barnevern til sosialtjeneste ved 18-23 års alder (ettervernet i barnevernets terminologi).

Med "utsatte barn i skolepliktig alder" menes i dette tilsynet barn og unge som ved tilbaketrekking, utagering, rusmisbruk eller på andre måter viser ved sin oppførsel at de har behov for samordnet bistand fra helsetjenesten, sosialtjenesten eller barnevernet. Utsatte barn kan også inkludere barn som har behov for samordnet bistand på grunn av foreldrenes atferd eller situasjon.

Tilsynet skal avgrenses slik at det ikke skal undersøkes tjenester til de barna som kun har behov for helse- og sosialtjenester. Når det i mandatet er presisert at barna skal ha behov for at minst to av tjenestene skal samarbeide, innebærer det for dette tilsynet at den ene av de to tjenestene alltid skal være barnevern.

Videre er det gjort en avgrensning som innebærer at i den grad tilsynet omfatter barn som bor i fosterhjem/beredskapshjem skal dette bare omfatte de barna som bor i fosterhjem/beredskapshjem i sin hjemkommune (omsorgskommunen). Tilsynet skal altså ikke undersøke samarbeidet mellom to kommuner om enkeltbarn plassert i fosterhjem i en annen kommune enn den som har ansvaret for plasseringen av barnet.

Fordi tilsynet skal gjelde barn i skolepliktig alder vil det være skolehelsetjenesten og eventuelt helsestasjon for ungdom, ikke helsestasjonene, som er aktuelle helsetjenester i tillegg til fastlegene. Imidlertid gjennomføres i en del kommune skolestartundersøkelsen av helsestasjonene. Tilsynet skal inkludere denne undersøkelsen som en mulig arena for å fange opp utsatte barn. Derfor er helsestasjonene omtalt i veilederen.

I en del kommuner kan det være etablert egne enheter som yter psykisk helsearbeid til voksne og barn/unge. I den grad slike tjenester fanger opp, eller yter tjenester til, utsatte barn og unge, skal de omfattes av tilsynet.

Barn og unge kan fanges opp andre steder enn ovennevnte, som for eksempel hos fysioterapeut eller tannlege, men det er ikke lagt opp til at tilsynet skal omfatte slike grupper.

Tilsynet skal ta utgangspunkt i at det for en del barn er avgjørende at helsetjenesten, ofte ved skolehelsetjenesten eller fastlegen, sosialtjenesten ved sosialkontoret eller NAV og barnevernet må samarbeide for å sikre at deres behov dekkes. Veilederen gjennomgår hvilke krav som kan stilles til samarbeid i barns kontakt med tjenestene.

Tilsynets utgangspunkt er ikke brukere med spesielle diagnoser eller tilstander, utgangspunktet er utsatte barn og unge med behov for samarbeid mellom tjenestene. Helsetilsynet gjennomførte landsomfattende tilsyn med habiliteringstjenester til barn i 2006. Tilsynet i 2008 skal derfor ikke ha denne gruppen barn som hovedfokus, men barn som har alvorlige fysiske og/eller psykiske funksjonshemminger kan trenge samordnede tjenester som inkluderer barnevern og kan derfor omfattes av tilsynets tema. Barn med psykiske lidelser kan også være omfattet, ikke primært på grunn av sin psykiske lidelse, men fordi de kan ha behov for denne typen samarbeid.

I vedlegg til veilederen gis eksempler på situasjoner som kan utløse behov for den typen samarbeid dette tilsynet skal omfatte. Disse eksemplene er ment som hjelpemidler i planleggingen av tilsynet.

Barn som har behov for samordnede kommunale tjenester kan ha svært ulike grunner til det. Det kan spenne fra barn med helseproblemer i økonomisk utsatte familier, hvor tjenestene innrettes mot helseproblemene og ikke mot de begrensningene økonomien legger på barnets mulighet til deltakelse i ordinære barneaktiviteter. Det kan dreie seg om barn som har foreldre som blir akutt psykisk eller somatisk syke og hvor støtteapparatet rundt familiene er svakt av ulike grunner slik at det offentlig må tre støttende til. Det kan også dreie seg om barn av rusmisbrukere som både fastlege og sosialtjenesten kjenner godt, men hvor barnas behov ikke fanges opp og formidles til barnevernet der det er nødvendig. Eller det kan dreie seg om barn som er kommet sammen med sin familie som flyktninger til Norge og som har vært bosatt i kommunene i noe tid før traumer eller problemer knyttet til tidligere opplevelser gir seg utslag i situasjoner der kommunale barnevern-, sosial- og helsetjenester bør tilby adekvat og samordnet hjelp.

Sosial-, helse- og barneverntjenester vil se barna fra ulike perspektiv basert på hvilke problemer hos barnet som har vært årsaken til den første kontakten. Andre kommunale instanser kan se barnet i andre situasjoner og melde sin bekymring til barnevern og i noen situasjoner til helsetjenesten ved skolehelsetjenesten. Det kan være tilfeldig hvem som først er bekymret for et barn eller oppdager signalene på at barnet kan trenge hjelp.

Kravene til forsvarlig samhandling vil variere i de ulike fasene av barnets kontakt med hjelpeapparatet og med barnets konkrete situasjon. Deltakerne i samarbeidet vil variere avhengig av om det er rusmidler involvert, om foreldrene har alvorlig sykdom, om barnet er i fosterhjem eller om barnet er på vei til å bli voksen og må få økonomisk støtte fra sosialkontoret i en overgangsfase.

Veilederen er bygget opp ved at det i kapittel 3 er gitt en grundig gjennomgang av lovgrunnlaget rundt det samarbeidet og de tjenestene som skal undersøkes i tilsynet. Deretter er det i kapittel 4 tatt utgangspunkt i de ulike fasene i barnas og ungdommens kontakt med kommunale tjenester. Fasene vil i virkelighetens verden

gripe over i hverandre. Likevel har vi funnet det hensiktsmessig å inndele tilsynet i faser for å strukturere tilsynets undersøkelser og bedømmelse. I kapittel 4 gis det videre i tilknytning til fasene eksempler på faktiske forhold i form av kjennetegn som tilsier at kommunen sikrer etterlevelsen av regelverket. Bruk av kjennetegn er valgt fordi det i liten grad er konkrete krav til kommunal organisering av samarbeidet mellom tjenester og til hvordan samarbeidet skal utføres. De fleste kjennetegnene på faktiske forhold følger ikke av absolutte krav, slik at de undersøkte forhold må bedømmes konkret i forhold til regelverket presentert i kapittel 3. Eksempelene på kjennetegn gir imidlertid føringer for hvilke forhold som bør/skal undersøkes og for den skjønnsmessige bedømmelsen opp mot regelverket

En ny utfordring for samordning kan noen steder være de nye arbeids- og velferdskontorene (NAV) og den økende bruken av interkommunalt samarbeid. Veilederen omtaler disse organisatoriske utfordringene spesielt i kapittel 3.

3. Lovgrunnlag

3.1 Innledning

I dette kapittelet gis en beskrivelse av lovgrunnlaget, som må leses med bakgrunn i tilsynets avgrensinger og holdes opp mot og anvendes sammen med kjennetegnene på faktiske forhold som tilsier at kommunen sikrer etterlevelse av regelverket i neste kapittel.

Brukermedvirkning og ivaretagelse av individuelle behov er grunnleggende forutsetninger for ytelse av helhetlige og samordnede tjenester. Barn og pårørende som har behov for hjelp fra flere kommunale tjenester eller ulike fag/profesjoner, er ofte avhengig av at de kommunale tjenestene samarbeider tverrfaglig og/eller tverretatlig. Tiltakene som kommunene iverksetter må være målrettede, og ivareta hensynene til barnets omsorgs- og sosiale situasjon, vekst, fysiske og psykiske utvikling og overgang fra barn til voksen på ulike arenaer, for eksempel i forhold til pårørende og øvrig familie, fritid og skole.

For at barna og foreldre skal få tjenester i rett tid, må tjenestene være individuelt tilpasset og avhengig av behov må tjenestene koordineres.

Mange instanser både i og utenfor kommunens barnevern, helse- og sosialtjenester kan være involvert. Tiltak fra flere instanser i samme tidsrom og/eller i rekkefølge øker behovet for samhandling. Dette forutsetter at de involverte tjenesteytere og tjenester vet hva de andre gjør og at det gjøres når det er nødvendig. Manglende bruk av andre utøveres/tjenesters kompetanse vil øke risikoen for iverksettelse av tiltak som ikke er hensiktsmessige og som i verste fall kan være skadelig for barns utvikling. Manglende samhandling fra en tjeneste vil også kunne påvirke andre tjenesters involvering og en mer samlet undersøkelses/utredningsprosess av barns og pårørendes behov for hjelp, samt tjenestens gjennomføring av tiltak og tjenester, slik at barna og pårørende ikke får et tilstrekkelig tilbud.

3.2 Kravene til samarbeid

Tilsynet handler om samarbeid og koordinering av tjenester og tiltak som avhenger av hverandre, slik at barna og pårørende får riktige tjenester til rett tid.

Tydeliggjøring og ivaretagelse av egne tjenester og tiltak, er imidlertid helt sentrale forutsetninger for at andre gjensidig avhengige tjenester kan ivareta sine oppgaver og samarbeide. Tilsynet handler derfor også om at de enkelte tjenestene tydeliggjør, ivaretar og følger opp sitt eget ansvar og egne oppgaver overfor brukerne og samarbeidende tjenester.

Kommunene må som basis organisere og tilrettelegge tilgjengelige og tydelige tjenester for å kunne ivareta ansvaret etter tjenestelovene, jf. § 2-1 i lov om sosiale tjenester mv av 13. desember 1991 nr. 81 (sotjl.), §§ 1-1 og 1-3 i lov om helsetjenesten i kommunene av 19. november 1982 nr. 66 (khl.) og § 2-1 i lov om barneverntjenester av 17. juli 1992 nr. 100 (bvl.) For eksempel må skolehelsetjenesten være tilgjengelig for skoleelevene.

Hvis ansvarsfordelingen er uklar mellom tjenester som avhenger av hverandre øker risikoen for at tjenestene ikke ivaretar behovet til barna slik at de "faller mellom stolene". Uklar ansvarsfordeling krever også mer utstrakt samarbeid mellom tjenestene og tiltakene for at barna og pårørende skal få et individuelt og helhetlig tilbud.

Det er ikke gitt et eget regelverk om hvordan samarbeidet mellom barnevern tjenesten og helse- og sosialtjenesten skal organiseres eller gjennomføres, men lovgivningen inneholder en rekke enkeltbestemmelser om samarbeid.

I henholdsvis barnevernloven, sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven er det gitt tilsvarende bestemmelser om at den enkelte tjeneste skal samarbeide med andre deler av forvaltningen.

Det fremgår av bvl. § 3-2 2. ledd at *"barneverntjenesten skal samarbeide med andre sektorer og forvaltningsnivåer når dette kan bidra til løse oppgaver som den er pålagt etter denne loven"*. Av forarbeidene til bestemmelsen fremgår at bestemmelsen også omhandler samarbeid i enkeltsaker, jf... særmerknaden til § 3-2 i Ot.prp. nr. 44 1991-92 om lov om barneverntjenester. Det uttales samme sted i proposisjonen at *"I de tilfelle barnet har behov for bistand fra flere sektorer samtidig, bør det også opprettes et samarbeid mellom disse. Også i slike tilfeller bør samarbeidsformen fastsettes etter en vurdering av den enkelte samarbeidsoppgave"*. Det fremgår også samme sted at: *"Barneverntjenestens ansvar for å ivareta barns interesser følger av § 1-1, lovens formål. Samordning og samarbeid med andre offentlige organer er en forutsetning for å imøtekomme dette ansvaret."* Samarbeidsplikten for barneverntjenesten gjelder i den grad slikt samarbeid kan bidra til å løse oppgaver som barneverntjenesten er pålagt etter barnevernloven. Det er således ikke en lovpålagt plikt om å samarbeide for at andre tjenester skal kunne løse oppgaver etter det regelverket som gjelder for disse tjenestene. Innenfor rammen av taushetspliktsbestemmelsene kan det imidlertid samarbeides når det er hensiktsmessig for å gi barnet riktige tjenester.

Videre har kommunen ansvar for å drive generell forebyggende virksomhet, jf... bvl. § 3-1 1. ledd. Barnevernloven pålegger kommunen å følge nøye med i de forhold barn og unge lever under, og har ansvar for å finne tiltak som kan forebygge omsorgssvikt og atferdsproblemer, jf.. bvl. § 3-1 1. ledd. Departementet foreslo i Ot.prp. nr. 44 (1991-1992) Om lov om barneverntjenester (barnevernloven) at barneverntjenesten skulle ha ansvaret også for det forebyggende arbeidet, jf.. særmerknaden til § 3-1: *”Bestemmelsen må ses i sammenheng med lovens formålsparagraf som også omhandler både barneverntjenestens generelle og spesielle ansvar. Første ledd pålegger barneverntjenesten å følge nøye med i de forhold barn lever under, og å finne fram til forebyggende tiltak. Det er en klar forbindelse mellom dette arbeidet og samarbeide med andre sektorer om generell oppgaveløsning og planarbeid, jf.. § 3-2. Etter annet ledd pålegges barneverntjenesten å søke avdekket omsorgssvikt og atferdsproblemer så tidlig at det enkelte barn kan få den nødvendige hjelp til rett tid.”* Flertallet i Forbruker- og administrasjonskomiteen gikk ved behandling av proposisjonen imidlertid inn for at ansvaret for den forebyggende virksomhet slik det nå fremgår av § 3-1 1. ledd, skulle legges til kommunen, og ikke til barneverntjenesten. Barneverntjenesten har et spesielt ansvar for å avdekke problemer så tidlig at tiltak kan settes inn for å unngå varige skader, jf.. § 3-1 2. ledd.

Tilsvarende følger det av sotjl. § 3-2 1. ledd 2. punktum at *”Sosialtjenesten skal samarbeide med andre sektorer og forvaltningsnivåer når dette kan bidra til å løse de oppgaver som den er pålagt etter denne loven”*. Det fremgår av forarbeidene at bestemmelsens første ledd også omhandler samarbeid i enkeltsaker og at: *”I de tilfeller klienten har behov for bistand fra flere sektorer samtidig, bør det opprettes et samarbeid mellom disse. Også i slike tilfeller bør samarbeidsformen fastsettes etter en vurdering av den enkelte samarbeidsoppgave”*. I bestemmelsens 2. ledd pålegges sosialtjenesten et særlig klargjøringsansvar hvor andre deler av forvaltningen yter mangelfull hjelp til enkelte med særlig hjelpebehov. De skal om nødvendig ta saken opp med rette vedkommende og ved uklarhet eller uenighet om ansvarsforhold søke å klargjøre forholdet. Ved rusmisbruk skal sosialtjenesten hjelpe ungdom som misbruker rusmidler og hjelpe barn/ungdom med foreldre som misbruker rusmidler, jf.. § 6-1. Det fremgår av merknadene til § 6-1 at: *”Dersom det er nødvendig skal sosialtjenesten samarbeide med andre etater, f.eks primærhelsetjenesten...”* og *”Dersom det er nødvendig skal sosialtjenesten i følge § 3-2 samarbeide med andre etater i arbeidet med å gi rusmiddelbrukerens familie nødvendig hjelp. Her kan f.eks nevnes skoleverket, barnevernet...”*

Endelig pålegger khl. § 1-4 2. ledd helsetjenesten en tilsvarende samarbeidsplikt med andre offentlige organer. Det fremgår av forarbeidene at *”Bestemmelsen gjelder helsetjenesten generelt og ikke bare det miljørettede helsevern...”* og videre fremgår at *”I nytt 3. ledd (nå 2. ledd) er helsetjenesten gitt en samarbeidsplikt med andre forvaltningsoppgaver. Bestemmelsen tilsvare § 3-2, i. ledd i Sosiallovutvalgets lovforslag i NOU 1985:18 Lov om sosiale tjenester m.v.”*, jf.. s. 66 første spalte i Ot.prp. nr. 40 1986-87 Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene m.m. Det fremgår også samme sted i forarbeidene at medvirknings eller samarbeidsformen må fastsettes i praksis etter en vurdering av den enkelte samarbeidsoppgave. Av § 2-1 3.ledd i forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende virksomhet i helsestasjon og skolehelsetjenesten

av 3. april 2003 nr 450 (forskrift om helsestasjon og skolehelsetj.), fremgår at både helsestasjonstjenesten og skolehelsetjenesten skal ha rutiner for samarbeid med blant annet andre kommunale tjenester. Videre har helsepersonell som arbeider i kommunehelsetjenesten, for eksempel med psykisk helsearbeid, plikt til å samarbeide med sosialtjenesten i klientsaker, jf.. khl. § 6-6a. De skal i henhold til bestemmelsen være oppmerksomme på forhold som bør føre til tiltak fra sosialtjenestens side, og de skal av eget tiltak gi sosialtjenesten opplysninger om slike forhold. Av eget tiltak kan opplysninger bare gis etter samtykke fra klienten, eller så langt opplysningene ellers kan gis uten hinder av taushetsplikt.

Det er også gitt andre bestemmelser som har betydning for samarbeid og koordinering av tjenester og tiltak. Barneverntjenesten skal utarbeide tiltaksplan for hjelpetiltak etter bvl. § 4-5. Planen skal utarbeides i samarbeid med barnet og foreldrene. Barnevernet skal videre holde seg orientert om hvordan det går med barnet og foreldrene, og vurdere om hjelpen er tjenlig, eventuelt om det er nødvendig med nye tiltak, jf.. bvl. § 4-5. Barne- og likestillingsdepartementet har utarbeidet en veileder om tiltaksplaner og omsorgsplaner i barneverntjenesten Q-1104 B. I veilederen uttales på s. 11 at tiltak og tjenester fra andre instanser bør inngå i tiltaksplanen og at: *”Det som bestemmer om slike tiltak og innsatser skal være i tiltaksplanen, er om de er betydningsfulle virkemidler for å nå målene som er prioritert i tiltaksplanen.”*

Etter helse- og sosiallovgivningen vil også barn og/eller foreldre som har behov for langvarige og koordinerte helse og/eller sosialtjenester ha rett til individuell plan jf.. kommunehelsetjenesteloven § 6-2a og sosialtjenesteloven § 4-3a og forskrift av 23. desember 2004 nr 1837 om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven, samt Veileder til forskrift om individuell plan. Det er viktig å være oppmerksom på at kommunens helse og sosialtjenester bare er pliktig til å utarbeide individuell plan for de med behov for langvarige og koordinerte behov. Den del av kommunens helse- eller sosialtjeneste som tjenestemottakeren ”henvender” seg til, har en selvstendig plikt til å sørge for at arbeidet igangsettes uavhengig av om tjenestemottaker mottar eller har mottatt bistand fra andre deler av tjenesteapparatet. Formålet med planen er blant annet å bidra til helhetlige, koordinerte og individuelt tilpassede tjenestetilbud, jf.. forskrift om individuell plan § 2. Helse- og sosialtjenesten skal samarbeide med andre tjenester så som barneverntjenesten, men har ikke adgang til å pålegge barnevernet samarbeid i den enkelte sak, jf.. forskriften § 6. Aktuelle instanser bør trekkes inn i samarbeidet om utarbeidelse av én felles overordnet individuell plan, og andre tjenester vil avhengig av forholdene ha plikt til å samarbeide etter eget regelverk. Dette betyr at barnevernet ved henvendelse om individuell plan må vurdere om samarbeid kan bidra til å løse tjenestens oppgaver etter bvl. § 3-2.

Dette tilsynet er ikke begrenset til å undersøke om tiltaksplaner og individuelle planer foreligger og om samarbeid mellom tjenestene fremgår av planene. Tilsynets fokus skal være om tjenestene sikrer prosessene som leder fram til plandokumentene, gjennomføring av tjenestene/tiltakene og evaluering av tjenestene/tiltakene som inngår i planen, se veilederen om tiltaksplaner s.11 og veileder om individuell plan kapittel 5.1, 6 og 7. Det er en forutsetning at tjenestene ved utarbeidelse av henholdsvis individuell planer og tiltaksplaner vurderer samarbeid med andre

tjenester og ivaretar individuell planlegging av tjenester og tiltak ved brukermedvirkning.

Utenom kravet til helsestasjon og skolehelse om samarbeidsrutiner med andre kommunale tjenester, er det ikke krav til bestemte samarbeidsstrukturer mellom tjenestene, men kommunen må sikre at tjenestene samarbeider ved behov, jf. bvl. § 3-2, sotjl. § 3-2, khl. § 1-4 2. ledd og kravene til internkontroll i forskrift om internkontroll for kommunens oppgaver etter lov om barneverntjenester av 14. desember 2005 nr. 1584 og i forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten av 20. desember 2002 nr. 1731 (i veilederen omtalt som internkontrollforskriftene).

På bakgrunn av at det i liten grad er konkrete krav til organisering av samarbeid, og hvordan samarbeid skal gjennomføres, må tilsynet konkret bedømme kommunens styring av samarbeidet og om gjennomføringen i praksis ivaretar kravene til samarbeid i regelverket. I veilederens kap. 4. gis det eksempler på kjennetegn på faktiske forhold som kan tilsi at kommunen sikrer etterlevelsen av regelverket presentert i dette kapittel, men de fleste kjennetegnene følger ikke av absolutte krav, slik at de undersøkte forhold må bedømmes konkret i forhold til regelverket. Eksempelene på kjennetegn gir imidlertid føringer for hvilke forhold som bør/skal undersøkes og for den skjønsmessige bedømmelsen opp mot regelverket.

For eksempel vil tydelig og oversiktlig organisering av tjenestene og oppgavene, møte og rapporteringsordninger, samarbeidsrutiner, henvisningsruiner og tilbakemeldingsrutiner, opplæring, ansvarsgrupper og tverrfaglige team mv være kjennetegn på samarbeid, og på om kommunenes tjenester bruker hverandre for å løse oppgavene.

Videre vil kjennetegn på om kommunen gjennom sin internkontroll sikrer at tjenestene samarbeider blant annet være om kommunen kjenner sin egen organisering, oppgavefordeling og samarbeidsordninger mellom tjenestene, gjennomgår og evaluerer saker, følger med på om tjenestene fanger opp behov for tjenester både fra eget ansvarsområde og tilstøtende ansvarsområder, om tjenestene bruker hverandre og samarbeider ved behov, og om vedtatte ”tiltak/prosedyrer/strukturer/ordninger” er implementerte og tilstrekkelige i praksis. Kommunens ledelse må videre overvåke og gjennomgå om styringen av tjenestene fungerer som forutsatt og er tilstrekkelig for å sikre kravene til tjenester etter tjenestelovene.

Som vedlegg til veilederen (vedlegg 3) nevnes enkelte rundskriv og veiledere som omtaler samarbeid og helhetlige og koordinerte tjenester.

3.3 Brukermedvirkning og informasjon om tjenestetilbud

Samarbeid mellom tjenestene, kartlegging/utredning av hjelpe- og bistandsbehov, gjennomføring av tiltak og tjenester, og evaluering av tiltakene forutsetter som oftest medvirkning og/eller samtykke fra barna og/eller de pårørende for alle deler av tjenestenes arbeid.

Tiltak og tjenester skal primært ha det enkelte barns behov, ønsker og mål som utgangspunkt, men også familiens behov vil ha betydning. Barnevernloven, sosialtjenesteloven og helseelovgivningen har bestemmelser som pålegger tjenesteyter å sørge for brukermedvirkning.

Barnevernets plikt til å innhente barnets synspunkter og vektlegge disse fremgår av barnevernloven § 6-3. Foreldrenes partsrettigheter reguleres i forvaltningsloven, jf. bvl. § 6-1. Undersøkelse, gjennomføring av hjelpetiltak og oppnåelse av mål etter bvl. §§ 4-3 og 4-4 forutsetter også betydelig brukermedvirkning. Barneverntjenesten kan imidlertid gjennomføre undersøkelser mv uten samtykke i henhold til barnevernlovens nærmere bestemmelser.

Sosialtjenestens plikt til å informere og rådføre seg med brukeren slik at tjenestetilbudet så langt som mulig blir utformet i samarbeid med brukeren fremgår av sosialtjenesteloven § 4-1 og § 8-4. Helsepersonell som yter helsehjelp har etter reglene i §§ 3-2 til 3-5 i lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 nr 63 (pasientrettighetsloven pasrl.) plikt til å informere pasientene/pårørende. Dette er blant annet en forutsetning for pasientens rett til å medvirke ved behandlingen og oppfølgingen etter pasrl. § 3-1. Det følger av pasrl. § 3-5 at informasjonen skal tilpasses den enkeltes forutsetninger for å gi og motta informasjon.

Kommunale barnevern, sosial- og helsetjenesters plikt til å informere om tjenester som er aktuelle, fremgår av sotjl. § 4-1, khl. § 2-1 2. ledd og forskrift om helsestasjon og skolehelsetjeneste § 2-3 2. ledd, bvl. § 4-4 1. ledd, samt fvl. § 11. Informasjon om tjenester kan ikke bare begrenses til tilfeller der det foreligger et uttalt ønske eller søknad om tjenester. Også før det foreligger et uttalt ønske eller søknad om tjenester, vil kommunen kunne ha en plikt til å informere om hvilke typer tjenester som finnes og som kan være aktuelle i det enkelte tilfellet. Informasjonen kan heller ikke bare begrenses til de tjenester som tjenesteyter med sikkerhet vet vil bli innvilget.

Dersom barn og foreldre ikke kan tilstrekkelig norsk, vil det for å kunne gi tjenester og hjelpetiltak være behov for å benytte tolketjenester. Det er viktig å sikre at den informasjon som blir gitt, blir forstått. Kommunen må tilrettelegge for at det kan benyttes kvalifisert tolkehjelp. Barn skal ikke benyttes som tolk og det bør unngås å bruke venner og/eller slektninger til å tolke.

Barneverntjenesten skal utarbeide tiltaksplan for hjelpetiltakene etter bvl. § 4-5, og planen skal utarbeides i samarbeid med barnet og foreldrene. Barn og foreldre med behov for langvarige og koordinerte helse og/eller sosialtjenester har rett til individuell plan. Når foreldre har behov for tjenester ved for eksempel lagvarig sykdom, er det viktig å vurdere eventuelle barns behov. Utarbeiding av individuell plan forutsetter samtykke fra tjenestemottaker. Tjenestemottaker har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan, og det skal legges til rette for dette, jf. forskrift om individuell plan § 4. Formålet med planen er blant annet å bidra til helhetlige, koordinerte og individuelt tilpassede tjenestetilbud, jf. forskrift om individuell plan §2.

3.4 Opplysninger til barneverntjenesten og sosialtjenesten

Helsepersonell og sosialpersonell har en generell plikt til å være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenestens side, jf. § 33 1. ledd i lov om helsepersonell mv av 2. juli 1999 nr 64 (helsepersonelloven – hlspl.) og sotjl. § 8-8a 1. ledd, jf. bvl. § 6-4. Denne plikten er også av betydning for tjenestenes samarbeid. Ved alvorlige forhold skal personellet, etter bestemmelsenes 2. ledd, uten hinder av taushetsplikt og av eget tiltak gi opplysninger til barneverntjenesten når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt, jf. bvl. § 4-10, § 4-11, § 4-12. Det samme gjelder når et barn har vist vedvarende alvorlige atferdsvansker, jf. samme lov § 4-24. Også etter pålegg fra de organer som er ansvarlige for gjennomføringen av lov om barneverntjenester, plikter personellet å gi slike opplysninger.

For helsepersonell er opplysninger til barnevernet i mindre alvorlige situasjoner betinget av gyldig samtykke, jf. hlspl. § 33.

Helsepersonell som arbeider innenfor rammen av kommunehelsetjenesteloven skal også ”..... samarbeide med sosialtjenesten i klientsaker. De skal i sitt arbeid være oppmerksomme på forhold som bør føre til tiltak fra sosialtjenestens side, og de skal av eget tiltak gi sosialtjenesten opplysninger om slike forhold. Av eget tiltak kan opplysninger bare gis etter samtykke fra klienten, eller så langt opplysningene ellers kan gis uten hinder av taushetsplikt”, jf. hlspl. § 32 og khl. § 6-6a.

Personellets ovennevnte plikter er individuelle, men innenfor organisatoriske strukturer som sosialkontor, helsestasjon, skolehelsetjeneste og eventuelle psykisk helsearbeidsheter, kan det være hensiktsmessig å avklare hvem eller hvilke som avgir meldinger, jf. at ansvaret etter hlspl. § 33 skal legges til en ansvarlig person i helseinstitusjoner, se også punkt 8.1 i Barne- og familiedepartementets rundskriv Q-24 Barnevernet og taushetsplikten, opplysningsretten og opplysningsplikten. Selv om oppgaven til å gi opplysninger er lagt til leder eller andre, og disse unnlater å melde fra, har den enkelte ansatte likevel et selvstendig ansvar for å melde.

Det fremgår av Sosial- og helsedirektoratets rundskriv IS-17/2006 Helsepersonells plikt og rett til å gi opplysninger til barneverntjenesten, politiet og sosialtjenesten ved mistanke om: - mishandling av barn i hjemmet, – andre former for alvorlig omsorgssvikt av barn, – misbruk av rusmidler under graviditet: ”Helsepersonells opplysningsplikt til barneverntjenesten er begrenset til å gjelde de alvorlige tilfeller etter barnevernloven. Det at helsepersonellet mener at barnet ikke lever under optimale forhold vil ikke være nok til å utløse opplysningsplikten. Generelt kan man si at opplysningsplikten utløses hvis barnet lever i en situasjon hvor det er fare for at barnet kan ta vesentlig skade. Det er således ikke tilstrekkelig at foreldrene for eksempel har psykiske problemer eller rus problemer; det er problemenes innvirkning på barnet som er avgjørende.”

I Barne- og familiedepartementets veileder fra juni 2005, **Formidling av opplysninger og samarbeid der barn utsettes for vold i familien** omhandles i punkt 3.7.1 sosialtjenestens rolle der barn utsettes for vold i familien. Omtalen av sosialtjenestens og helsetjenestens rolle i disse sakene, kan også overføres til andre

situasjoner der det kan være andre grunner til bekymring eller uro for barns omsorgssituasjon. Fra veilederens siteres følgende fra 3.7.1:

”Sosialtjenesten vil kunne gjøre observasjoner som fremkaller en uro for om barn blir utsatt for vold i familien, uten at denne er nok underbygget til at det foreligger opplysningsplikt til barneverntjenesten eller anmeldelsesplikt til politiet, jf. kapittel 4 og 5. I denne fasen er det ikke anledning for sosialtjenesten til å videreformidle taushetsbelagte opplysninger til andre forvaltningsorganer i den hensikt å avklare om det er grunnlag for den bekymring som er oppstått. I en situasjon som her beskrevet vil imidlertid en gryende uro/bekymring kunne bli styrende for hvordan sosialtjenesten innretter arbeidet mot klienten/familien. Ved å arbeide ”tettere på” klienten/familie, eventuelt legge opp til et samarbeid med andre instanser, vil det kunne være mulig å få et klarere bilde av situasjonen.”

Og videre fra 3.6.1 *”Dersom helsepersonell gjør observasjoner som gir uro for at et barn blir utsatt for vold i familien må det vurderes om opplysningene skal gis til andre. Hvis uroen ikke er tilstrekkelig underbygget til at det foreligger opplysningsplikt, kan ikke helsepersonellet gi taushetsbelagte opplysninger til barnevernet eller andre for å avklare om det er grunnlag for mistanken. Helsepersonell bør i slike tilfeller følge med, dersom de fortsatt har kontakt med barnet.”*

Meldeplikten omhandler ikke direkte samarbeid mellom tjenester, men oppfyllelse av den innebærer at melder informerer barneverntjenesten, og meldingen kan gi grunnlag for mulig samarbeid knyttet til det enkelte barn og mer generell kontakt. I rundskriv Q-24 pkt 6.2.1 siste avsnitt anbefales at barnevernet alltid bør gi en generell tilbakemelding om at meldingen er mottatt, og at den vil bli fulgt opp i henhold til barnevernloven. Utover en slik tilbakemelding, kan barneverntjenesten også gi opplysninger dersom dette fremmer barneverntjenestens oppgaver ift å hjelpe barnet, eller det foreligger samtykke fra den opplysningene gjelder.

Selv om kommunen i prinsippet må kunne basere seg på at meldinger blir avgitt i samsvar med lovgivningen, bør også kommunen følge med på meldefrekvensen og meldenivå fra de ulike enheter for eventuell relevant oppfølging i form av informasjon om meldeplikten til aktuelle tjenester, oa.

3.5 Taushetsplikt og samtykke til formidling av opplysninger

For å ivareta tjenestens oppgaver vil det ved behov være nødvendig å innhente og motta opplysninger, samt samarbeide med andre tjenester. Opplysningene vil som oftest være av personlig og sensitiv karakter, og de vil være taushetsbelagte.

Tjenestene og personellet må arbeide innenfor rammen av taushetspliktsbestemmelsene, og det er særlig unntakene som er viktig å beherske. Opplysningsplikten er behandlet i pkt 3.4 ovenfor. Samtykke vil være et annet unntak. Samtykke fra foreldrene, eventuelt også fra barnet, til å formidle opplysninger, vil bl.a. ivareta brukermedvirkning og være utgangspunkt for godt samarbeid mellom tjenestene.

Helsetjenesten er avhengig av samtykke for å formidle opplysninger til andre, jf. hlspl. § 21 flg med nevnte unntak av plikten helsepersonell og personell som arbeider innenfor rammen av sosialtjenesteloven har til å melde alvorlige forhold til barnevernet etter bvl. § 4-10, § 4-11, § 4-12, jf.. § 4-24, jf.. bvl. § 6-4 og hspl. § 33 og sotjl. § 8-8a.

Barneverntjenesten og sosialtjenesten har taushetsplikt etter henholdsvis bvl. § 6-7 og sotjl. § 8-8, jf.. fvl. §§ 13 til 13e. Denne forvaltningsmessige taushetsplikten er imidlertid på enkelte punkter strengere enn det som følger av forvaltningslovens generelle bestemmelser.

Taushetsplikten etter bvl. § 6-7 2. ledd og sotjl. § 8-8 omfatter flere opplysninger enn etter forvaltningsloven.

Videre er adgangen til å gi opplysninger til andre forvaltningsorganer også mer begrenset enn etter fvl. § 13 b nr. 5 og 6. Tjenestenes adgang til å formidle slike opplysninger er begrenset til situasjoner der formidling er nødvendig for å fremme henholdsvis barneverntjenestens eller sosialtjenestens oppgaver, eller for å forebygge vesentlig fare for liv eller alvorlig skade for noens helse, jf.. bestemmelsenes 3. ledd.

Tjenestene kan også formidle opplysninger ved kartlegging/undersøkelser i saksforberedelsen, ved avgjørelser og gjennomføring av tiltak og tjenester, samt evaluering, oppfølging og kontroll, jf.. fvl. § 13 b 1. ledd nr. 2. Betingelsen for å formidle opplysninger er at formidlingene er nødvendig for å oppnå formålet. Som eksempel på formidling av opplysninger nevnes i Rundskriv Q-24 at: *”Det vil også kunne være nødvendig å gi noe informasjon til for eksempel helsesøster for at helsestasjonen på beste mulig måte skal kunne følge opp et mindre barn med særlige behov.”* Tjenestene kan ellers formidle opplysninger til andre forvaltningsorganer på grunnlag av samtykke, hvis opplysningene er anonymisert, eller i konkrete saker når opplysningene brukes for å oppnå det formålet de er gitt eller innhentet for, jf.. forvaltningslovens §§ 13a, 13b og 13d.

I rundskrivet punktene 6.2.6 og 6.2.7 er barnevernets adgang til å formidle opplysninger i ansvarsgrupper og til å legge frem saker for faste tverrfaglige team nærmere omtalt. Det fremgår her at som en hovedregel bør utveksling av opplysninger innen ansvarsgrupper være basert på klientens samtykke, jf.. forvaltningsloven § 13 a nr. 1, og eventuelt deltakelse. Taushetsplikten er ikke til hinder for at det etableres slike grupper. Men, dersom det ikke foreligger samtykke fra dem opplysningene gjelder, vil barneverntjenesten i hver enkelt sak måtte vurdere hvem den kan formidle hvilke opplysninger til og på grunnlag av hvilken hjemmel. Det innebærer at hele saken sjelden kan diskuteres med alle medlemmene i gruppen, men at enkelte deler av saken kan diskuteres med enkelte medlemmer og andre deler med andre medlemmer. I enkelte kommuner kan det være etablert kommunale konsultasjonsteam der for eksempel barneverntjenesten, helsetjenesten og sosialtjenesten kan være representert sammen med andre tjenester. I rundskrivet punkt 6.2.7 heter det: *”For barneverntjenesten kan det å legge frem en sak for et tverrfaglig team være et godt utgangspunkt for en helhetlig vurdering av et barns totale omsorgssituasjon. Tverrfaglige team vil også kunne medvirke til en felles forståelse av rollene og ansvarsområdene til de ulike tjenestene og instansene som er*

representert i teamet.” For at barneverntjenesten skal kunne legge frem en sak for et slikt team, er det nødvendig at saken drøftes anonymt, eller at det innhentes samtykke fra dem saken gjelder. Dersom saken ikke er anonymisert, eller det ikke foreligger samtykke, må det i hver enkelt sak vurderes konkret hvilke opplysninger som kan gis ut til hvem og på grunnlag av hvilken hjemmel.

Anonymisering for å innhente råd fra andre, er særlig aktuelt tidlig i den enkelte tjenestes undersøkelse og kartlegging av behovet for tjenester/tiltak.

Samtykke fra den som har krav på taushet skal være informert, og samtykket opphever taushetsplikten så langt det rekker. For formidling av taushetsbelagte opplysninger som gjelder flere personer kreves samtykke fra hver enkelt. I forhold til barn er den medisinske myndighetsalder som hovedregel 16 år slik at etter fylte 16 år kreves bare samtykke fra barnet, jf. hlspl. § 22 og pasrl. §§ 4-3 og 4-4.

Når det gjelder barnevern og sosialtjeneste kreves som hovedregel samtykke fra foreldrene til å gi informasjon. Etter barnevernloven § 6-3 har barn i utgangspunktet partsrettigheter etter fylte 15 år dersom barnet forstår hva saken gjelder, slik at etter fylte 15 år vil både barnets og foreldrenes samtykke være nødvendig for å formidle opplysninger i henhold til samtykke, jf. s. 6.1.1 i Rundskriv Q-24 Barnevernet og taushetsplikten, opplysningsretten og opplysningsplikten. Etter sosialtjenesteloven § 8-3 har barn i utgangspunktet partsrettigheter etter fylte 12 år, slik at det trolig kreves samtykke fra både foreldre og barn som har fylt 12 år for å formidle opplysninger til andre i medhold av samtykke. Der samtykke ikke kan innhentes, kan det være behov for å basere formidlingen av opplysninger på forvaltningsloven § 13 b. 1. ledd nr. 2 og 5.

Samtykket bør være skriftlig, men det er ikke et absolutt krav.

3.6 Organisering

De fleste organisatoriske bestemmelser i den kommunale særlovgivningen ble fjernet ved tilpasning til kommuneloven i 1993, jf. lov 11. juni 1993 nr. 85 om endringer i særlovgivningen for kommuner og fylkeskommuner. Både kommunehelsetjenesteloven (med enkelte unntak (så som krav til medisinsk faglig rådgiver) og sosialtjenesteloven (med unntak av tjenester etter kap 5 om økonomisk stønad som skal være en del av NAV) bygger på at kommunen har frihet til å organisere sine helse- og sosialtjenester innenfor de generelle rammene og kravene til organisering etter kommuneloven med kommunestyret som øverste myndighet. Det er ikke krav om egen helse og/eller sosialadministrasjon. Barnevernloven bygger på et annet utgangspunkt ved at myndigheten til å fatte vedtak i utgangspunktet tilligger barnevernadministrasjonen ved dens leder. Dersom kommunestyret bestemmer det, kan et folkevalgt organ, som ikke kan være kommunestyret og som ved behandling av klientsaker skal ha fem medlemmer, utgjøre en del av barneverntjenesten jf. s. 20 flg i Ot.prp. nr. 44 1991-92 Om lov om barneverntjenester (barnevernloven) og s. 12 i Ot. prp. nr. 59 1992-93 Om tilpasning av særlovgivningen til ny kommunelov.

Det følger av loven og forarbeidene til barnevernloven at barnvernet skal ha sin egen administrasjon, men kommunene har frihet til å:

”...forankre barnevernet der kommunen finner det mest tjenlig. Kommunen kan derfor velge å beholde barneverntjenesten som en del av sosialadministrasjonen eller knytte den til den til omsorgs- og oppvekstetat, eventuelt velge andre løsninger” jf.. Ot.prp. nr. 44 (1991-92) s. 22.

Det er på denne bakgrunn nødvendig at kommunen har utpekt hvem som arbeider med saker etter barnevernloven, og at disse har en leder som har ansvaret for oppgaver etter loven. I forhold til ansvarsfordelingen mellom barnevernleder og kommuneledelsen har daværende BFD i brev av 19.02.99 til Fredrikstad kommune uttalt følgende:

”Etter barnevernloven § 2-1 (daværende) tredje ledd er kommunens barnevernleder barneverntjenestens øverste myndighet i barnevernfaglige spørsmål som ikke er lagt til folkevalgt organ. Administrativt er barnevernlederen underlagt kommuneledelsens instruksjonsmyndighet. Barnevernlederen kan ikke instrueres i faglige spørsmål av rådmannen eller andre administrativt overordnede i kommunen (.....) Det er vanskelig å trekke eksakte grenser mellom hva som er henholdsvis faglige og administrative spørsmål. At barnevernleder ikke kan instrueres i barnevernfaglige spørsmål innebære imidlertid, slik vi ser det, at administrativt overordnede (som for eksempel rådmannen) heller ikke kan frata barnevernleder ansvaret for behandling av konkrete enkeltsaker når dette begrunnes i uenighet i faglige spørsmål. Dette vil etter vår oppfatning innebære en faglig inngripen som kommunens ledelse etter barnevernloven ikke har kompetanse til.”

Kommunens administrasjonssjef er således avskåret fra å instruere i faglige spørsmål knyttet til enkeltsaker. Det er likevel slik at det er kommunen som sådan som har ansvaret for å ivareta de kommunale oppgavene etter barnevernloven, og barneverntjenesten er underlagt kommunestyre og administrasjonssjef (rådmannen) som øverste administrative leder for den samlede kommunale administrasjon. Barneverntjenesten må legge til grunn de administrative vedtak og føringer som innenfor lovgivningens rammer fattes av kommunestyre og kommunens overordnede ledelse så som budsjett, organisering og kontroll med etterlevelse av samarbeid med andre kommunale tjenester, fastsettelse av kommunale rutiner/tiltak for samarbeid mv, jf.. bvl. §§ 2-1 1. og 2. ledd og § 3-2.

Kommunene har således ganske store frihetsgrader mht hvordan de vil organisere sine tjenester og tiltak, med et visst unntak for barnevernet og etter hvert for økonomisk sosialhjelp som alle kommuner innen utgangen av 2009 skal ha organisert i de lokale NAV kontorene (lov om arbeids- og velferdsforvaltningen av 16. juni 2006 nr 20 § 13 2. ledd). Kommunene og NAV står fritt til å avtale at også andre kommunale tjenester skal inkluderes, noen steder omfatter det barnevern og tjenester til rusmiddelmissbrukere, jf.. arbeids- og velferdsforvaltningsloven § 13. Kommunene står fritt til å organisere råd og veiledningstjenester, jf.. sotjl. § 4-1, i eller utenfor NAV. I den grad kommuner som har etablert NAV kontor er gjenstand for tilsyn, vil det være hensiktsmessig å undersøke hvordan dette er organisert før tilsynet gjennomføres. Sosialtjenestens plikt til å i gi opplysning, råd og veiledning

som kan bidra til å løse eller forebygge sosiale problemer (jf.. sotjl. § 4-1) kan gjelde i saker der tjenesten har brukere med barn.

Som ledd i opptrappingsplanen for psykisk helse er kommunene tilført midler for å styrke tilbudet både til voksne og til barn og unge. I noen kommuner er det etablert egne deltjenester innrettet mot disse gruppene. Andre steder er midler brukt til å øke kompetansen og tilbudet i de ordinære tjenestene. Tilsynet skal ikke vurdere det faglige innholdet i tjenestene til personer med psykiske lidelser. I den grad det finnes slike tjenester vil de imidlertid både kunne fange opp utsatte barn og unge gjennom kontakt med foreldre og selv tilby tjenester til utsatte barn og unge. Det vil derfor inngå i tilsynet å undersøke om og hvordan kommunen sørger for at eventuelle slike tjenester inngår i og deltar i samarbeidet.

Barne- og likestillingsdepartementet har i brev til landets kommuner og fylkesmenn av 27. september 2007, "*Vedrørende barnevernets organisatoriske plassering*", gjennomgått hvilke hensyn som skal vektlegges ved valg av barnevernets organisatoriske plassering. Foreløpig er det få kommuner som har organisert barnevernet i NAV. I den grad dette gjøres endres ikke de kravene til tjenestene som dette tilsynet omfatter.

I det nevnte brevet fra BLD av 27. september 2007 omtales også nye bestemmelser i lov av 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) om interkommunalt samarbeid, §§ 28a-k. I Ot.prp. nr 95 (2005-2006) Om lov om endringer i lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner (interkommunalt samarbeid) er enkelte forhold knyttet til styring kommunene imellom grundig behandlet, mens forhold knyttet til vertskommunenes samarbeid med "gjenværende" kommunale tjenester i samarbeidskommunene og vertskommunenes tjenester er lite omtalt.

Tilsyn handler i sin kjerne om kontroll med at den ansvarlige etterlever regelverket. Samarbeidskommunen har det grunnleggende ansvaret for at tjenestene de tilbyr sine innbyggere tilfredsstillende lovens krav uavhengig av organisering. Avhengig av forholdene vil samarbeidskommunen kunne være rett saksøkt. Samarbeidskommunene kan i samarbeidsavtalen, og som delegerende organ, gi generelle retningslinjer for hvordan oppgaven skal utføres og løses av vertskommunen på vegne av samarbeidskommunen. Samarbeidskommunen kan også instruere i enkeltsaker.

I kommuneloven § 28 k har man imidlertid valgt at statlige tilsyn skal rette pålegg til vertskommunen, og at vertskommunene er ansvarlig for å etterkomme påleggene. Av forarbeidene til bestemmelsen fremgår at det generelt er lagt vekt på at delegerende organ i praksis sjelden griper inn i enkeltsaker og at generelle retningslinjer ikke kan gripe inn i styringsretten til vertskommunen som arbeidsgiver. Det uttales at "*Der det er vertskommunene som etter delegasjon skal stå for den aktuelle tenesta, vil det derfor i regelen vere naturleg at eventuelt statleg tilsyn blir retta mot vertskommunen, og at eventuelle pålegg blir retta til denne*".

Det følger videre av kommuneloven § 28 k at: "*Der en oppgave er delegert til vertskommunen, har statlige tilsynsetater rett til innsyn i vertskommunens*

saksdokumenter, og kan kreve at vertskommunens organer, folkevalgte og ansatte uten hinder av taushetsplikt gir de opplysninger og meldinger som er nødvendige for at tilsynsorganet kan utføre tilsyn.”

På denne bakgrunn og etter kommuneloven § 28a nr. 1, må det legges til grunn at ansvaret for å sikre organisering og ytelse av tjenestene i henhold til regelverket tilligger vertskommunen. Vertskommunen må blant annet ha etablert systematiske styringstiltak som sikrer etterlevelse av relevante myndighetskrav etter internkontrollforskriften(e). Selv om samarbeidskommunen har det overordnede formelle ansvaret for tjenestene som delegeres vertskommunen, og politiske organ i vertskommunen er avskåret fra å instruere i saker som kommer fra samarbeidskommunene, kan det ikke overfor samarbeidskommunen stilles opp nærmere krav til systematiske styringstiltak for organisering og ytelse av tjenestene som den har overlatt vertskommunen.. Det er vertskommunen med arbeidsgiveransvar som kan og skal sikre etterlevelse av regelverket. Samarbeidskommunen må imidlertid sikre at ”gjenværende” tjenester ivaretar kravene til samarbeid, herunder med tjenesten(e) som er overlatt vertskommunen, slik at for eksempel helse og/eller sosialtjenesten samarbeider med barneverntjenesten organisert i en vertskommune.

Vertskommunesamarbeid legger til rette for en styrking av fagmiljø og den enkeltes rettsikkerhet. På den annen side innebærer et vertskommunesamarbeid, som ved alle andre interkommunale samarbeid, at samarbeidskommunen gir fra seg styring og innflytelse over et område. Det er likevel lagt inn noen sterkere styringsmekanismer for samarbeidskommunen til å instruere i enkeltsaker, jf.. Ot.prp. nr. 95 (2005-2006). Samarbeidskommunen er imidlertid avskåret fra å gripe inn i vertskommunens styringsrett som arbeidsgiver. Det uttales i forarbeidene at ” *Instruksjonsretten til samarbeidskommunen må avgrensast mot den styringsretten vertskommunene har som arbeidsgivar. Samarbeidskommunane kan ikkje gi retningslinjer for organisering av arbeidet, gi instruksar eller på anna vis gripe inn på ein måte som kjem i strid med dette.*”, se punkt 4.5.3 i Ot.prp. nr. 95 (2005-2006). Det fremgår av samme punkt at samarbeidskommune bør være varsomme med å bruke sin instruksjonsmyndighet i enkeltsaker. Det legges også til grunn at spesielle instruksjoner om innhold i vedtak bare vil benyttes i få tilfeller, og at retningslinjer for eksempel for tildeling og nivå på tjenester i utgangspunktet fastsettes ved inngåelse av samarbeidsavtalen.

Interkommunalt samarbeid om enkeltoppgaver innebærer også utfordringer i forhold til en samarbeidskommunes helhet av kommunale tjenester og styring av samarbeid mellom disse tjenestene. Det fremgår av proposisjonens punkt 4.5.3. at hver enkelt kommune formelt vil være ansvarlig for at tjenestetilbudet samlet oppfyller regelverket, og at kommunene bør legge vekt på dette ved avgjørelsen av om bestemte tjenester som henger sammen med andre tjenester skal overføres til en vertskommune samlet eller ikke i det hele tatt.

Kommuneloven § 28 e stiller enkelte krav til hva samarbeidsavtalen skal inneholde, blant annet skal hvilke oppgaver og hvilken avgjørelsesmyndighet som skal legges til vertskommunen inngå. Det er ikke stilt nærmere krav til saksbehandlingsrutiner eller

samarbeidsrutiner med samarbeidskommunene og dennes gjenværende tjenester eller samarbeidet innen vertskommunen.

På denne bakgrunn vil eventuelt tilsyn med samarbeidskommuner som har inngått samarbeid knyttet til barnevern og/eller helse eller sosial i henhold til kommuneloven, innebære at tilsynet også må omfatte vertskommunen, slik at det må føres tilsyn med to kommuner for å avklare om ”en” kommunes samarbeid mellom barnevern, helse og sosialtjenester er forsvarlig. Avhengig av hvilke oppgaver som er lagt til vertskommunene må avvik etter regelverket og eventuelt pålegg rettes til vertskommunen eller samarbeidskommunen, jf. kommuneloven § 28 k.

Selv om samarbeidskommunene har et overordnet formelt ansvar, innebærer overlattelsen av oppgavene til vertskommunen ved samarbeidsavtale at vertskommunen har et rettslig ansvar for å ivareta oppgavene. For eksempel vil vertskommunene ved overtagelse av barnevernet ha ansvaret for å sikre at barnevernet sikrer at sakene i samarbeidskommunen undersøkes i henhold til kravene etter bvl § 4-3, jf. internkontrollforskriften, og eventuelle mangler skal rettes til vertskommunen. Tilsvarende vil også vertskommunen for barnevernet ha ansvaret for et forsvarlig samarbeid med andre sektorer når barnet har behov for flere tjenester, jf. bvl § 3-2 og internkontrollforskriften.

Ved for eksempel svikt i samarbeidet mellom barneverntjeneste overlatt en vertskommune og en samarbeidskommunes skolehelsetjeneste, kan svikten og konsekvensen av denne avdekkes i en kommune mens årsaken ligger i den andre kommunen. Svikten vil også kunne skyldes mer komplekse årsaksfaktorer i begge kommuner. I tråd med kommuneloven § 28k og kravet om systematisk styring etter internkontrollforskriftene, skal eventuelle avvik fra regelverket som regel følges opp overfor vertskommunen dersom svikten/konsekvensene viser seg i tjenester som er overlatt denne, mens svikt som viser seg i ”gjenværende” tjenester i samarbeidskommunen skal følges opp ovenfor samarbeidskommunen.

Veilederen beskriver ikke tilsyn med forsøk etter lov om forsøk i offentlig forvaltning av 26. juni 1992 nr. 87. I de tilfeller det er aktuelt å føre tilsyn med kommuner som har fått godkjent forsøk, og som eventuelt reiser behov for avklaring av tilsynsmessige spørsmål, bes om at det tas kontakt med Statens helsetilsyn eller BLD.

Selv om kommunene har stor frihet til å organisere sine tjenester, innebærer kravet til internkontroll krav til kommunene om å organisere, gjennomføre og vedlikeholde et omfang av tjenester og tiltak i henhold til de nærmere kravene som stilles til kommunene i barnevernloven, sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven. Dette gjelder også når kommunen legger tjenester inn i NAV. Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten og forskrift om internkontroll etter barnevernloven gir en nærmere beskrivelse av hvordan virksomhetene skal sikre og dokumentere at de etterlever myndighetskrav, jf. bvl. § 2-1 2 ledd, lov om statlig tilsyn med helsetjenesten av 30. mars 1984 nr 15 (tilsynsloven) § 3 og sotjl. § 2-1. Dette innebærer spesifikke krav til styring og ledelse.

3.7 Tjenester, tiltak og forsvarlighet

Kommunene er pliktige til å sørge for nødvendige helse- og sosialtjenester. Kommunen skal sørge for nødvendig helsetjeneste i henhold til khl. § 1-1, jf. § 1-3, og etter khl. § 2-1 er den enkelte gitt rett til nødvendig helsehjelp. Sammenholdt med khl. § 1-3a og § 6-3 siste ledd er retten til nødvendig helsehjelp krav til både forsvarlig omfang og innhold. Det følger også av khl. § 1-3a og hlspl. § 16 at kommunene må tilrettelegge slik at personellet kan utføre sine oppgaver i henhold til krav i regelverket.

Selv om sosialtjenesteloven ikke har en lignende bestemmelse om ”*nødvendig sosialtjeneste*”, er det også etter denne loven en grunnleggende forutsetning at tjenestene skal ligge på et forsvarlig nivå, jf. Rt. 1990 s. 874 og sotjl. § 4-3 hvor det fremgår at den som ikke kan dra omsorg for seg selv, eller som er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål, har krav på hjelp etter sotjl. § 4-2 bokstav a-d. Det følger av sotjl. § 2-6 siste ledd at det kan gis pålegg dersom tjenestene drives uforsvarlig.

Heller ikke i barnevernloven er det gitt en egen forsvarlighetsbestemmelse for kommunens forpliktelser. Kravene til kommunene er detaljerte og konkretiserte i en rekke enkeltbestemmelser for å ivareta formålet med barnevernloven. Formålet med barnevernloven er å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får ”*nødvendig hjelp og omsorg til rett tid*”, og bidra til at barn og unge får trygge oppvekstvilkår, jf. bvl. § 1-1. Kommunen er pålagt å drive generelt forbyggende arbeid i forhold til barn og unge. Den skal følge nøye med i de forhold barn lever under, og har ansvar for å finne tiltak som kan forebygge omsorgssvikt og adferdsproblemer. Barneverntjenesten har spesielt ansvar for å søke å avdekket omsorgssvikt, adferds-, sosiale og emosjonelle problemer så tidlig at varige problemer kan unngås, og sette inn tiltak i forhold til dette, jf. bvl. § 3-1. Det skal legges avgjørende vekt på å finne tiltak som er ”*til beste*” for barnet, jf. bvl. § 4-1. Dette gjelder både i vurderingen av om det skal settes inn tiltak, og dersom tiltak settes inn, hvilke tiltak dette skal være. Tiltakene skal ikke være mer inngripende enn nødvendig, og skal i størst mulig grad være basert på frivillighet. I tilfeller hvor barnet ikke kan gis tilstrekkelig hjelp og beskyttelse ved frivillige tiltak, kan det iverksettes tiltak uten samtykke. En undersøkelse etter barnevernloven skal gjennomføres så skånsomt som mulig, jf. bvl. § 4-3.

Selv om det ikke er nedfelt direkte krav om ”*forsvarlige tjenester*” er det likevel ikke tvilsomt at det kommunale barnevernet i tillegg til å ivareta barnevernlovens enkelte bestemmelser må være forsvarlig ut fra allmenne rettsprinsipper og plikten til å legge avgjørende vekt på å finne tiltak som er ”*til beste*” for barnet, jf. bvl. § 4-1.

Barnevernet må for eksempel ivareta samarbeidet med andre etater etter bvl. § 3-2 på en forsvarlig måte. Dersom det ved dette tilsynet avdekkes mangler knyttet til bvl. § 3-2 om samarbeid eller andre bestemmelser etter barnevernloven, hvor kravet til forsvarlighet utfyller den enkelte bestemmelse, skal manglene ikke beskrives som uforsvarlig eller hjemles i en forsvarlighetsnorm. I slike tilfelle skal avviket hjemles i den enkelte bestemmelse etter barnevernloven og forskrift om internkontroll i barnevernet.

Barnevernloven gir ikke barna rettskrav på tjenester som etter kommunehelsetjenesteloven eller sosialtjenesteloven. Kommunen har imidlertid plikt til å gjennomgå og vurdere innkomne meldinger, foreta undersøkelser dersom det er rimelig grunn til å anta at det foreligger forhold som kan gi grunnlag for tiltak, og sette i verk hjelpetiltak når barna og barnefamilier har særlige behov for det. Formelle rettigheter knyttet til rett på barneverntjenester er derfor i de fleste situasjoner av underordnet betydning.

Barneverntjenesten har som nevnt ovenfor spesielt ansvar for å søke avdekket omsorgssvikt, adferds-, sosiale og emosjonelle problemer så tidlig at varige problemer kan unngås, og sette inn tiltak i forhold til dette”, jf. bvl. § 3-1 2. ledd. Det følger av bvl. § 4-4 1-3. ledd at:

”Barneverntjenesten skal bidra til å gi det enkelte barn gode levekår og utviklingsmuligheter ved råd, veiledning og hjelpetiltak.

Barneverntjenesten skal, når barnet på grunn av forholdene i hjemmet eller av andre grunner har særlig behov for det, sørge for å sette i verk hjelpetiltak for barnet og familien, f.eks. ved å oppnevne støttekontakt, ved å sørge for at barnet får plass i barnehage, ved besøkshjem, ved avlastningstiltak i hjemmet eller andre foreldrestøttende tiltak. På samme måte skal barneverntjenesten også søke å sette i verk tiltak som kan stimulere barnets fritidsaktivitet, eller bidra til at barnet får tilbud om utdanning eller arbeid, eller anledning til å bo utenfor hjemmet. Barneverntjenesten kan videre sette hjemmet under tilsyn ved at den oppnevner tilsynsfører for barnet.

Barneverntjenesten kan også yte økonomisk stønad som hjelpetiltak for barnet”.

Barnevernloven gjelder i utgangspunktet for barn under 18 år, jf. bvl. § 1-3 1. ledd. Tiltak som er iverksatt før barnet fyller 18 år, kan imidlertid opprettholdes eller erstattes med andre tiltak inntil barnet har fylt 23 år dersom barnet samtykker, jf. samme bestemmelse 2. ledd. Fra denne hovedregelen er det gitt unntak i bvl. § 4-24 3. ledd.

For barn det er truffet vedtak om omsorgsovertakelse for, har barneverntjenesten en plikt til å vurdere om plasseringen skal opprettholdes eller om barnet skal motta andre tiltak etter fylte 18 år, jf. bvl. § 4-15 4. ledd. Dette skal skje i god tid før barnet fyller 18 år, og i samarbeid med barnet. Dersom barnet samtykker til tiltak etter fylte 18 år, skal det utarbeides en plan for fremtidige tiltak. Planen kan endres. Dersom barnet avslår tiltak etter fylte 18 år kan han eller hun angre og senere ombestemme seg. Barneverntjenesten kan gi tilbud selv om kontakten formelt har vært avsluttet en periode.

Rundskriv publisert 11. november 2004 Barnevernloven § 1-3 – tiltak for ungdom over 18 år: *”Dersom tiltak etter barnevernloven ikke skal opprettholdes, må barneverntjenesten i samråd med ungdommen og i god tid før tiltak etter barnevernloven opphører, undersøke om det er behov for andre tiltak eller tjenester. Dersom det er behov for slike tiltak, vil sosialtjenesten ha et særlig ansvar etter sosialtjenesteloven. I disse tilfellene må barneverntjenesten informere*

sosialtjenesten om ungdommens behov og eventuelt bistå sosialtjenesten med å finne fram til aktuelle tiltak”.

Dersom barneverntjenesten kommer til at barnet etter 18 år ikke skal ha tiltak fra barnevernet, kan barneverntjenestens avgjørelse påklages til fylkesmannen. Videre må kommunen sikre samarbeid mellom aktuelle tjenester ved behov i god tid før barna fyller 18/23 år, herunder samarbeid mellom barnevernet og sosialtjenesten, jf. bvl. §§ 3-2, 4-5 og 4-15 og sotjl. § 3-2 og jf.. § 4-3, jf.. 4-2 a-d, samt internkontrollforskriftene.

Forsvarlighetskravet for helse- og sosialtjenesten og kravene til kommunenes barneverntjeneste, innebærer krav til kommunene om å organisere, gjennomføre og vedlikeholde et tilstrekkelig omfang av tjenester og tiltak, jf.. også kravene til internkontroll i bvl. § 2-1 2.ledd, sotjl. § 2-1 2.ledd og tilsynsloven § 3.

Kommunen skal sikre tjenestene til barn med behov for tjenester til enhver tid, jf.. bvl. §§ 4-4 og 4-5, khl. 2-1 og sotjl. § 4-3, jf.. § 4-2 a-d, forskrift om individuell plan § 7 og internkontrollforskriftene for helse- og sosialtjenesten og barneverntjenesten. De må fange opp endringer i livssituasjon og behov, og evaluere tiltakenes/tjenestenes hensiktsmessighet og effektivitet. Kommunen må bruke tilbakemeldinger og klager til forbedring av utredninger og tiltak/tjenester og gjennomføre vurderinger av sårbare områder ved behovsutredninger og tiltak/tjenester

Det er imidlertid som nevnt opp til kommunene å dimensjonere, organisere og tilrettelegge tjenestene etter kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven og barnevernloven, kfr. dog barnevernlovens krav om egen barnevernadministrasjon med egen leder. Selv om bistand fra helse- og sosialtjenesten, kvalitativt og kvantitativt, skal vurderes ut fra konkrete behov og kommunens ressurser, må imidlertid hjelpen ligge på et forsvarlig nivå og ha et forsvarlig innhold basert på individuelle forhold, jf. sotjl. § 4-3 og khl. § 2-1. Tilsvarende må kommunen oppfylle pliktene etter barnevernloven, jf.. pliktene som er lagt på kommunene ved dens barnevernstjeneste i barnevernloven kap. 4. Særlige tiltak, herunder § 4-4. Hjelpetiltak for barn og barnefamilier.

Selv om kommunen er pliktig til å sette i verk hjelpetiltak etter barnevernloven og tjenestemottakeren/pasienten har krav på tjenester etter sosialtjenesteloven/kommunehelsetjenesteloven, innebærer ikke dette at barnet/pårørende har krav på én eller flere bestemte tjenester/tiltak. Kommunene (barnevernleder innenfor kommunale rammer) kan velge hvilke tjenester/tiltak som skal ytes og omfang. For barneverntjenester skal det imidlertid legges avgjørende vekt på å finne tiltak som er *”til beste”* for barnet, jf.. bvl. § 4-1 og tilbudet av helse- og sosialtjenester må være forsvarlig. Barnet og foreldrene må som hovedregel samtykke, og de må medvirke i tilstrekkelig grad i forhold til tjenestetype, tiltak, omfang, innhold og gjennomføring for at tjenestene og tiltakene skal kunne fungere etter sin hensikt, jf.. pasrl. § 3-1 og sotjl. § 8-4, se også merknaden til sotjl. § 4-2 på side 106 i rundskriv I-1/93. Barnevernloven § 6-3 gir på nærmere vilkår barn rett til å bli informert og til å få uttale seg før det tas avgjørelse i sak som gjelder ham eller henne. Barnets mening skal tillegges vekt i samsvar med barnets alder og modenhet.

3.8 Nærmere om tjenestenes innhold

Sosiale tjenester:

Sosialtjenesten må generelt være oppmerksom på sosiale problemer for å ivareta oppgaven etter sotjl. § 4-1: ” *Sosialtjenesten skal gi opplysning, råd og veiledning som kan bidra til å løse eller forebygge sosiale problemer. Kan sosialtjenesten ikke selv gi slik hjelp, skal den så vidt mulig sørge for at andre gjør det*”. Det fremgår av merknadene til bestemmelsen at den ”.. *omfatter alt fra rutinemessig henvisning til andre instanser til personlige råd, veiledning og familiebehandling*” og at sosialtjenesten er pliktig til å gi opplysninger om andre instansers hjelpetilbud.

Videre skal personell som arbeider innenfor rammen av sosialtjenesteloven som nevnt i sitt arbeide være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenestens side, jf. sotjl. § 8-8a. De må også være oppmerksomme på barns eller foreldres helse hvis foreldrene ikke kan dra omsorg for seg selv eller for barna, jf. sotjl. §§ 4-3 og 4-1.

Sosialtjenesten har kontakt med familier med barn fordi medlemmer av familiene søker økonomisk sosialhjelp, jf. sotjl. §§ 5-1 og 5-2, fordi medlemmer av familiene mottar sosiale tjenester, jf. sotjl. § 4-2 eller fordi medlemmer av familien er rusmiddelmissbrukere jf. sotjl. kap. 6. Tilsynet omfatter ikke tildeling av økonomisk stønad etter sotjl. §§ 5-1 og 5-2, men ved ytelse av økonomisk sosialhjelp må sosialtjenesten være oppmerksomme på eventuelle barns situasjon, jf. sotjl. § 8-8a og på behov for råd og veiledning, jf. sotjl. § 4-1.

Når kommunen gjennom sine sosiale tjenester får kontakt med familier med barn som kan ha behov for hjelpetiltak skal den undersøke dette nærmere. I de fleste slike situasjoner skal sosialtjenestens ansatte samarbeide med barnas foreldre eller andre omsorgspersoner for å finne frem til hvilke hjelpetiltak sosialtjenesten eventuelt selv kan bidra med og om det er behov for å henvise til eller innlede samarbeid med andre tjenester som helsetjeneste, PPT eller barnevern.

For sosialtjenestene vil det i noen tilfelle være tilstrekkelig å beskrive hvilke tjenester andre kan bidra med og forvente at foreldre/foresatte selv søker hjelp. Sosialtjenesten skal imidlertid i en del tilfeller forsikre seg om at dette vil skje, eller selv, med samtykke fra, og i samarbeid med de foresatte, kontakte relevante tjenester og bidra til å etablere den kontakt som er en forutsetning for at familien vil søke den hjelp barna trenger.

I noen tilfeller vil sosialtjenesten drive motivasjonsarbeid og kan trekke seg ut når nye kontakter er etablert, i andre situasjoner kan det være nødvendig at to eller flere tjenester samarbeider med familien over tid.

Slikt samarbeid kan foregå i såkalte ansvarsgrupper eller i andre former som planlegges og beskrives konkret for den enkelt familie.

Ansatte i sosialtjenesten kan altså ikke unnlate å søke å bidra til at barn får nødvendig hjelp selv om forholdene ikke er slik at de har plikt til å gi opplysninger til barneverntjenesten, jf. sotjl. § 8-8a.

Behovet for å vurdere barnas hjelpebehov spesielt vil oppstå i familier som over lang tid mottar økonomisk sosialhjelp og hvor barna kan bli gradvis sosialt ekskludert på grunn av foreldrenes inntektsfattigdom. I slike situasjoner kan det være aktuelt å samarbeide med foreldrene om kontakt med barnevernet som kan ha virkemidler som sosialtjenesten selv ikke disponerer.

Sosialtjenesten vil ofte ha kontakt med voksne med rusproblemer, også der problemene ikke er så alvorlige at eventuelle barn i familien lider den typen overlast som må føre til opplysninger til barneverntjenesten jf. sotjl. § 8-8a. I den grad sosialtjenesten selv arbeider langsiktig med foreldrene for å bistå i å redusere eller kontrollere rusproblemer, skal barnas behov vurderes kontinuerlig. Når det er nødvendig skal sosialtjenesten søke å oppnå foreldrenes samtykke til å innlede samarbeid med andre tjenester som kan gi familien eller barna nødvendige tilbud. Barnevernet rår over tiltak som kan sette foreldre i stand til å utvikle sin egen foreldrekompentanse. Der sosialtjenesten ser behov for den typen tiltak skal den arbeide med sikte på å etablere kontakt med barnevernet.

Kommunen vil også gjennom de sosialtjenestene som arbeider med familier med funksjonshemmede medlemmer (jf. sotjl. §§ 4-2 og 4-3) komme i kontakt med barn som omfattes av den avgrensingen som er gjort i kap. 2. Barn som selv er funksjonshemmet eller som lever i familier med funksjonshemmede søsken eller foreldre kan være utsatt og vise det gjennom tilbaketrekking, utagering, rusmisbruk eller på andre måter og ha behov for samordnede helse- sosial og barneverntjenester.

Når ansatte i kommunens sosialtjeneste har slik kontakt skal den også være oppmerksom på at foreldrene kan ha behov for bistand i sin foreldrerolle overfor for eksempel søsken til alvorlig funksjonshemmede barn. I slike situasjoner vil det sjelden være aktuelt å avgi melding til barnevernet etter sotjl. § 8-8a. Det kan imidlertid være behov for å gi barna tjenester som sosialtjenesten ikke selv rår over og innlede samarbeid med barnevernet, helsetjenesten eller skolen for å forhindre at barna utvikler sosiale eller andre problemer. I noen tilfeller vil sosialtjenesten gi foreldrene opplysninger og råd som setter dem i stand til selv å søke relevant hjelp. Sosialtjenesten kan imidlertid i andre situasjoner måtte følge dette opp over noe tid og selv delta i innledende kontakter med for eksempel barnvernet for å sikre at barna får den hjelpen de har behov for.

Barneverntjenesten:

I henhold til bvl. § 3-1 skal kommunen ”.følge nøye med i de forhold barn lever under, og har ansvar for å finne tiltak som kan forebygge omsorgssvikt og adferdsproblemer.

Barneverntjenesten har spesielt ansvar for å søke avdekket omsorgssvikt, adferds-, sosiale og emosjonelle problemer så tidlig at varige problemer kan unngås, og sette inn tiltak i forhold til dette.” Barnevernet skal snarest og senest innen 1 uke gjennomgå meldinger og vurdere om saken skal undersøkes etter barnevernloven § 4-3, jf.. § 4-2.

Etter barnevernloven § 4-3 skal barneverntjenesten snarest undersøke om forholdene i hjemmet eller andre særlig grunner innebærer grunnlag for hjelpetiltak for barn og barnefamilier etter § 4-4. *”En undersøkelse etter § 4-3 skal gjennomføres snarest og senest innen tre måneder. I særlige tilfelle kan fristen være seks måneder”*, jf. bvl. § 6-9. I loven er følgende hjelpetiltak nevnt: oppnevning av støttekontakt, sørge for at barnet får plass i barnehage, besøkshjem, avlastningstiltak i hjemmet eller andre foreldrestøttende tiltak, tiltak som kan stimulere barnets fritidsaktivitet, eller bidra til at barnet får tilbud om utdanning eller arbeid, eller anledning til å bo utenfor hjemmet, tilsynsfører for barnet og økonomisk stønad som hjelpetiltak for barnet. Det fremgår at oppramsingen i loven ikke er uttømmende.

I barnevernets undersøkelsesfase og utredningsprosess vil det kunne være behov for å søke råd om helsespørsmål, innhente helseopplysninger, og i enkelte tilfeller også ta initiativ ovenfor barna og foreldrene til medisinsk undersøkelse og utelukkelse/fastsettelse av barns/foreldres medisinske diagnose.

En tilstrekkelig undersøkelse av barnevernet innebærer å vurdere behovet for medisinske undersøkelser av barnet og eventuelt av foreldre, med mindre det er åpenbart unødvendig ut fra sakens natur eller tilgjengelig informasjon. Manglende vurdering av behovet og bruk av medisinsk kompetanse kan øke risikoen for iverksettelse av tiltak som ikke er hensiktsmessige og i verste fall skadelige for barns utvikling. Avhengig av forholdene kan det også være viktig å innhente, eller eventuelt undersøke og avklare foreldres diagnose og hjelpebehov.

Barnevernets undersøkelsesfase vil også inkludere innhenting av kunnskap og opplysninger fra andre tjenester. Der sosialtjenesten over tid har hatt kontakt med en familie vil barnevernet gjennom å søke samtykke fra familien kunne innhente kunnskap som vil være av betydning for å vurdere hvilke hjelpetiltak som skal iverksettes. Sosialtjenestens opplysninger kan for eksempel ha betydning når det gjelder å vurdere om det er rett å sette inn støttetiltak i familien, om økonomiske virkemiddel som det å betale for fritidsaktiviteter, skoleturer med videre vil være tiltak som kan tjene barnets behov.

Helsetjenesten:

Barn har rett på helsekontroll, jf. khl. § 2-2. Kommunens skolehelsetjeneste skal sikre at barn undersøkes *”for vurdering av risiko for sykdom og/eller utviklingsavvik ut fra opplysninger om allmenntilstand, livsstil, risikofaktorer, kliniske undersøkelser og prøver”*, jf. § 2-3 2. ledd og § 4-1 i forskrift om helsestasjon og skolehelsetj. med merknader, khl. § 2-2 og forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten § 4. Det følger av merknaden til § 2-3 2. ledd at helsestasjon og skolehelsetjenesten i sitt forebyggende arbeid *”... har en viktig rolle i samarbeid med psykisk helsevern for å forebygge psykiske plager og lidelser, rusbruk, spiseforstyrrelser, utvikling av overvekt og å fange opp tidlige signaler på omsorgssvikt, mistriivsel og utviklingsavvik mv.”*

Skolehelsetjenesten må sikre at behov for å avklare/avkrefte diagnose tas opp med barn og foreldre, jf. forskrift om helsestasjon og skolehelsetj. § 2-3 2. ledd som krever helseundersøkelser og rådgiving ved behov, og kravet om internkontroll i

forskriftens § 4-1, jf. forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten § 4. Manglende avklaring av diagnose og mulighet for behandling er i praksis også av stor betydning i forhold til hvem og hvordan tjenestene samarbeider og involverer seg i barnets og foreldrenes problemer.

Det vil være ulikt hvilken legedekning som er i helsestasjon og skolehelsetjenesten. Kommunene kan velge at lege knyttet til disse tjenestene, kun ivaretar rutinemessige helseundersøkelser slik at annen medisinsk problematikk blir vist til barnas fastleger. Det må derfor undersøkes hvilken ansvarsfordeling som er mellom leger tilknyttet helsestasjon og skolehelsetjeneste og fastleger i oppfølgingen av barn ved spørsmål om diagnostisering. Uavklart ansvar kan innebære uforsvarlige forhold ved at informasjon om behovet for utredning ikke blir formidlet og at utredningen tar lengre tid enn nødvendig.

Fastlegene har ansvaret for allmennlegetilbudet til pasienter på sin liste, jf. § 7 i forskrift om fastlegeordningen i kommunene av 14. april 2000 nr. 328. For å sikre koordinering av tjenester og bidra til at fastleger skal kunne ivareta sitt ansvar, må det være samarbeidsrutiner som sikrer informasjon til fastleger om eventuelle henvisninger til spesialisthelsetjenesten fra lege i helsestasjon og skolehelsetjenesten, jf. forskrift om helsestasjon og skolehelsetj. § 2-1 3. ledd og khl. § 1-3a.

Kommunene må ha rutiner som sikrer at det vurderes om fastleger skal delta i samarbeid, eventuelt delta i samarbeidsmøter og at de inviteres til slikt samarbeid. Kommunene kan ikke stille krav om legenes deltakelse, men det er en forutsetning for tilstrekkelige og forsvarlige tjenester at det legges til rette for fastlegenes deltakelse. Dersom fastlegene generelt ikke deltar i det samarbeidet dette tilsynet omfatter, må det forventes at kommunene bringer temaet opp i opprettet samarbeidsutvalg i henhold til Rammeavtale mellom Kommunenes Sentralforbund (KS) og Den norske lægeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene - perioden 1. juli 2006 - 30. juni 2008 (ASA 4310). Ved spørsmål om manglende involvering fra enkeltleger, må det forventes at kommunen tar dette opp i de møter som kommunen årlig skal ta initiativ til med den enkelte lege i henhold til nevnte avtale for drøftelse av legens virksomhet i forhold til kommunale mål, retningslinjer, planer og vedtak (jf. pkt 10.5 i ASA 4310).

I hvilken grad fastleger kan forventes å skulle informere helsestasjon og skolehelsetjenesten og andre kommunale tjenester om tiltak som fastleger iverksetter, avhenger i hovedsak av behovet for tverretatlige og tverrfaglige tiltak som legen må vurdere ut fra kravet til forsvarlig virksomhet, jf. hlspl. § 4. Dette kan imidlertid i mindre grad styres gjennom kommunens rutiner, selv om helsestasjonens og skolehelsetjenestes rutiner for samarbeid med fastleger og andre kommunale tjenester vil være av betydning.

Kommunene må tilrettelegge for ivaretagelse av legeundersøkelser ved helsestasjonslege eller fastlege og for at helsepersonell har anledning til å søke råd hos spesialisthelsetjenesten etter khl. § 1-3a, jf. hlspl. § 4.

Fastlegene er ikke gjenstand for tilsynet. Fastlegene vil likevel ha informasjon om hvordan de kontaktes og samarbeider med andre kommunale deltjenester.

Informasjon om fastlegenes rolle vil derfor inngå i grunnlaget for vurdering av om kommunen sikrer at barn med behov for å avklare/avkrefte diagnose får forsvarlig medisinsk utredning.

3.9 Tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter

Kommunenes ansvar for tjenester og tiltak omfatter en plikt til blant annet å ha tilstrekkelig og kvalifisert personell for ivaretagelse av oppgavene. Dette innebærer at kommunene må ha oversikt over kompetansebehov og rekruttere personell med tilstrekkelig kompetanse for oppgavene og sikre at alle har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter i forhold til oppgavene.

Kommunen skal sørge for nødvendig opplæring i forhold til oppgavene. Dette er direkte fastsatt i bvl. § 2-1 siste ledd og sotjl. § 2-3 hvor det fremgår at kommunen skal sørge for nødvendig opplæring av barneverntjenestens og sosialtjenestens personell, samt khl. § 6-2 som krever at kommunen skal sørge for påkrevd videre- og etterutdanning. Det følger også av forskriftene om internkontroll for barneverntjenesten og sosial- og helsetjenesten og deres § 4 bokstav c, at kommunen skal sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelige kunnskaper og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet. Dette gjelder for eksempel tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter hos de som henholdsvis skal kartlegge barnas og pårørendes behov for hjelp, kunnskap om aktuelle samarbeidende tjenester og kunnskap om utarbeidelse av tiltaksplaner, individuelle planer og hvordan dette skal håndteres innen tjenesten og i samarbeid med andre tjenester.

Virksomhetenes opplæringsansvar vil være kontinuerlig ut fra fagutvikling, utskifting av personell og fordi barns behov endrer seg.

For å kunne innhente råd, ”henvise” og samarbeide ved behov må personellet i helse- og sosialtjenestene ut fra aktuelle oppgaver, ha tilstrekkelig kunnskap om kommunens barnevernstjeneste og dens innhold for adekvat rådgivning av barn/foreldrene eller eventuelt for å kunne ta direkte kontakt med barnevernet etter samtykke. Sosialtjenesten er pliktig til å gi opplysninger om andre instansers tjenestetilbud (jf. sotjl. § 4-1). Helsestasjon og skolehelsetjeneste er pliktig til å ha rutiner for samarbeid med blant annet fastlegene og andre kommunale tjenester (jf. forskrift om helsestasjon og skolehelsetj. § 2-3 3.ledd). Kravet om at personellet skal være oppmerksom på forhold som kan medføre tiltak fra barneverntjenestens side i henholdsvis sotjl. § 8-8a og hlspl. § 33 innebærer også at man må ha tilstrekkelig kunnskap om kommunens barnevernstjeneste og dens innhold. Tilsvarende må helsepersonell ha tilstrekkelig kunnskap om sosialtjenesten for å kunne være oppmerksomme på forhold som bør føre til tiltak fra sosialtjenestens side, jf. hlspl. § 32 og khl. § 6-6a.

Barneverntjenesten må også ha tilstrekkelig kunnskap om helsetjenesten i alminnelighet og kommunens egne helse- og sosialtjenester for å kunne innhente opplysninger og søke råd og bistand for å ivareta oppgavene i barnevernloven kap. 4.

Generelt må det forutsettes at personellet i tjenestene, som skal samarbeide og ofte er avhengige av hverandre, har allmenn kunnskap om oppgavene til andre som yter

tjenester/tiltak til barn og foreldre, og har lett tilgjengelige beskrivelser av oppgavefordeling, samarbeidsordninger og kommunens organisasjon mv ved intranett, årsmeldinger og lignende, jf. bvl. § 3-2, sotjl. § 3-2 og khl. § 1-4 2.ledd, samt internkontrollforskriftene. Videre må personellet kjenne til kravene til taushetsplikt og samtykke. Ved mer komplekse og større organisasjoner, organisatoriske endringer mv vil det være behov for å sikre at personellet har tilstrekkelig kunnskap om relevante tjenesteytere og samarbeidsrelasjoner. Det kan også være behov for rutiner, og for helsestasjon og skolehelsetjeneste er det som nevnt krav om at de har rutiner for samarbeid med blant annet fastlegene og andre kommunale tjenester.

Ved stort skifte av personell, vikarstafetter av leger fra utlandet og lignende vil det også være nødvendig at kommunen sørger for at personellet gjøres kjent med relevante tjenesteyteres oppgaver og spesielle plikter så som meldeplikten og rutiner for samarbeid.

3.10 Dokumentasjon

For å kunne vurdere om kommunene er innrettet slik at brukervedvirkning blir ivaretatt, samhandling finner sted og at tjenestene er individuelt tilpasset og helhetlige og sammenhengende, vil gjennomgang av brukermapper, klientmapper, tiltaksplaner, individuelle planer og pasientjournaler være sentrale aktiviteter under tilsynene. Ved innhenting og gjennomgang av opplysninger er det viktig at opplysningene innhentes og gjennomgås på en slik måte at taushetsbelagte opplysninger ikke formidles til uvedkommende. Tilsynet kan derfor ikke forelegge eller innhente opplysninger via tjenester som fra før ikke er kjent med opplysningene. Tilsynet må på denne bakgrunn innhente taushetsbelagt informasjon fra de enkelte deltjenester, og ikke samlet via for eksempel helsetjenesten fordi barnevernet ikke har hjemmel for slik utlevering til helsetjenesten eller omvendt (se for øvrig kap. 5).

Både de ansvarlige for virksomhetene og de som yter tjenester, har plikter i dokumentasjonssammenheng. Dokumentasjonsplikten i forhold til barneverntjenesten og sosialtjenesten følger i hovedsak av kravene til saksbehandling ved tildeling av tjenester, og er regulert i forvaltningsloven, jf. blant annet fvl. §§ 11c og 17. For den løpende tjenesteytingen er det ikke spesifikke krav om dokumentasjon på samme måte som for ytelse av helsetjenester med krav til journalføring. Kommunen har imidlertid etter § 4 bokstav g i både forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten og forskrift om internkontroll for kommunens oppgaver etter barnevernloven, plikt til å sørge for nødvendig kunnskap om at tiltak som er iverksatt fungerer og at det er rapporteringsrutiner som kan avdekke eventuell svikt. For å ha noen mulighet til å samle og benytte denne informasjonen, må nødvendig og relevant informasjon om den løpende tjenesteytingen i praksis være skriftlig.

Det vil imidlertid være en konkret vurdering i det enkelte tilfellet om barneverntjenesten og sosialtjenestens gjennomføring av den løpende tjenesteyting må dokumenteres. Krav til skriftlighet for å ivareta oppgavene vil avhenge av forholdene og risiko for svikt. Det vil for eksempel kunne være behov for skriftlighet

for å informere personell som ikke har deltatt i møter eller lignende om endringer i tjenesteytingen.

For de med krav på individuell plan innebærer forskrift om individuell plan § 7 elementer av krav om dokumentasjon, blant annet skal planen inneholde en beskrivelse av hvordan tiltakene skal gjennomføres og tidspunkt for eventuelle justeringer og revisjoner av planen. Tilstrekkelig grunnlag for evaluering fordrer ofte skriftlighet av tiltakenes gjennomføring. Ut fra dette må også sosialtjenesten i en viss utstrekning sies å ha dokumentasjonsplikt i forhold til den løpende tjenesteytingen. Tiltaksplanene etter bvl. § 4-5 må også være skriftlige.

Barneverntjenesten og sosialtjenesten skal på denne bakgrunn sikre nødvendig dokumentasjon for utredning, planlegging, gjennomføring og evaluering av tjenestene, samt for kommunikasjon med andre innenfor rammene for taushetspliktslovgivningen. En forutsetning for at de skal kunne gjøre dette er at de må sørge for relevant og nødvendig dokumentasjon av sin løpende tjenesteyting, jf. blant annet fvl. §§ 11c og 17, bvl. § 4-5, sotjl. § 4-3, jf. § 4-2, internkontrollforskriftene § 4 bokstav g og § 7 i forskrift om individuell plan. Hva som er nødvendig må vurderes konkret i det enkelte tilfellet.

Helsepersonell har i henhold til hlspl. § 39 en selvstendig plikt til å føre journal. Det følger av § 4 i forskrift om pasientjournal av 21. desember 2000 nr. 1385 at virksomheter som yter helsehjelp må opprette pasientjournalssystem for føring og oppbevaring av pasientjournaler. Plikten til forsvarlige informasjonssystemer i kommunehelsetjenesten ligger til kommunen, se merknad til § 4 i forskrift om pasientjournal. Journalsystemene kan være felles eller delte, papirbaserte eller elektroniske, men de skal til enhver tid fungere i tråd med kravet til forsvarlige helsetjenester. Systemene må ivareta dokumentasjonsplikt, tilgjengelighet til informasjon og ivareta krav til taushetsplikt innad i virksomheten og i forhold til andre.

Tilretteleggingsplikten etter khl. § 1-3a, jf. forskrift om pasientjournal § 4, innebærer også at virksomhetene må sørge for at helsepersonell i sin yrkesutøvelse har rammebetingelser som gjør det mulig å overholde helsepersonellens dokumentasjonsplikt og plikt til forsvarlig virksomhet generelt. Dette betyr at virksomhetens ledelse skal ha en overordnet styring av hva slags praksis som skal følges i forhold til dokumentasjon av relevant og nødvendig informasjon for å sikre forsvarlig behandling og opplysninger til helsepersonell som trenger disse for å kunne gi forsvarlig oppfølging.

Etter hlspl. § 40 skal journalen føres i samsvar med god yrkeskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i eller i medhold av lov. Nedtegnelser skal gjøres uten ugrunnet opphold etter at helsehjelpen er gitt, jf. forskrift om pasientjournal § 7 2. ledd. I samme forskrift § 8 er det presisert hvilke opplysninger journalen skal inneholde dersom de er relevante eller nødvendige.

3.11 Forholdet til internkontroll

Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten og forskrift om internkontroll for kommunens oppgaver etter barnevernloven gir en nærmere beskrivelse av hvordan virksomhetene skal sikre og dokumentere at de etterlever myndighetskrav, jf. også bvl. § 2-1 2 ledd, tilsynsloven § 3 og sotjl. § 2-1. Dette innebærer spesifikke krav til styring og ledelse. Barnevernloven og helse- og sosiallovgivningen for øvrig inneholder regler som både dreier seg om innhold i tjenesten og krav til styring og ledelse og disse må sees i sammenheng med kravene til internkontroll. Tilsvarende må kravet til forsvarlighet i helse- og sosiallovgivningen sees i sammenheng med kravet til internkontroll.

Dersom det oppstår svikt i tjenestene, kan dette skyldes svakheter i organiseringen, manglende styring og ledelse, personlig svikt eller en kombinasjon av disse. Det vil være grenseflater og gråsoner mellom det ansvaret som tillegges virksomheten og det ansvaret som tillegges den enkelte yrkesutøver. For eksempel vil ansattes plikt til å ta stilling til behovet for tolk og tjenestens ansvar for å tilrettelegge for adekvate tolketjenester være en slik grense. Tilsvarende vil det være en slik grense mellom det enkelte personells ansvar for å ivareta informasjon og medvirkning, og hva som kan forventes av tilrettelegging og sikring fra virksomhetens side. Det kan også være andre typer grenseflater/gråsoner som for eksempel kommunenes ansvar for å sikre at helsestasjon informerer barnas fastleger om henvisning til spesialisthelsetjenesten, mens fastlegene i utgangspunktet ikke har en tilsvarende plikt til å informere helsestasjon/skolehelsetjeneste.

Tilsynet omfatter organisering og styring av kommunens barneverntjenester, helse- og sosialtjenester når det gjelder samhandlingen mellom tjenestene, enhetene og personellet, og ivaretagelse av brukermedvirkning. Tilsynet skal undersøke om kommunene har etablert systematiske styringstiltak som sikrer etterlevelse av relevante myndighetskrav. Innen fasene i veilederens neste kapittel med kjennetegn på faktiske forhold som tilsier etterlevelse av regelverk om samarbeid, skal fokus ved tilsynet være på praksis og styring av praksis. Som omtalt i Helsetilsynets gjeldende prosedyre for systemrevisjon kapittel 5.5.3, skal internkontroll ikke være selvstendig tema i tilsynene. Internkontrollkravene skal derfor brukes som revisjonskriterier sammen med kravene i barnevern, helse- og sosiallovgivningen, for å kunne vurdere om kommunen sikrer at barnevern, helse- og sosiallovgivningen følges. Når avvik skal konstateres i en revisjon, skal kravene i lovgivningen som avviket bygger på anføres først, deretter internkontrollforskriften. Kravene til internkontroll inngår altså som en del av vurderingen av om kravene i lovgivningen etterleves, og er en del av hjemmelsgrunnlaget for avviket. Faktaopplysninger som refererer seg til enkeltbestemmelser i internkontrollforskriften på det aktuelle området, anføres som revisjonsbevis som underbygger avviket. Hensikten med denne tilnærmingen er å styrke fokuset på god internkontroll som en nødvendig forutsetning for å sikre at virksomheten oppfyller kravene i lovgivningen.

I tilfeller der det for eksempel foreligger revisjonsbevis som innebærer avvik fra enkeltbestemmelser som er ment å understøtte forsvarlighetskravet i helse- og sosiallovgivningen, som for eksempel manglende sikring av opplæring av personell i sosialtjenesten om andre tjenesters oppgaver, kan avviket knyttes til sotjl. § 2-3, jf. forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten § 4 bokstav c, men det må også

vurderes om avviket i seg selv eller sammen med andre revisjonsbevis og avvik innebærer avvik fra forsvarlighetskravet. I sistnevnte tilfeller skal avvik fra enkeltbestemmelser med tilhørende revisjonsbevis som regel rubriseres som revisjonsbevis og underbygge avviket fra kravet til forsvarlighet, selv om de i prinsippet utgjør selvstendige avvik fra lov eller forskriftsbestemmelser. Dersom det ved dette tilsynet avdekkes mangler knyttet til barnevernloven som for eksempel bvl. § 3-2 om samarbeid, skal mangelen imidlertid ikke vurderes opp mot en forsvarlighetsnorm. I slike tilfeller skal avviket hjemles i den enkelte bestemmelse etter barnevernloven og forskrift om internkontroll i barnevernet.

Eventuelle avvik i form av manglende sikring av dokumentasjon og bruk av denne, vil kunne være relevante revisjonsbevis innen flere av fasene og temaene for tilsynet. Avvik knyttet til manglende dokumentasjon av tjenesteytingen skal primært knyttes til tilsynets temaer. I de tilfeller der det foreligger revisjonsbevis som innebærer avvik fra enkeltbestemmelser som er ment å understøtte forsvarlighetskravet i helselovgivningen, bør avviket knyttes til disse bestemmelsene. Det må også vurderes om avviket i seg selv, eller sammen med andre revisjonsbevis og avvik, innebærer avvik fra forsvarlighetskravet. I sistnevnte tilfeller skal som nevnt for helse- og sosiallovgivningen avvik fra enkeltbestemmelser med tilhørende revisjonsbevis rubriseres som revisjonsbevis og underbygge avviket fra kravet til forsvarlighet

Ved tilsynene vil det gjennomgående i tilknytning til samtlige faser være nødvendig å avklare forhold som gjelder ansvar, oppgaver og kompetanse. Det forutsettes at virksomhetene har iverksatt systematiske tiltak for å sikre ansattes kunnskaper og ferdigheter i forhold til å yte nødvendige tjenester, og tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av tjenestelovgivningen med fokus på prosesser hvor det er risiko for at svikt kan oppstå og hvor konsekvensene av svikt er store, og dette bør fokuseres på alle tre tjenesteområdene.

Videre er det viktig å fokusere på om kommunen og dens ledelse følger med på og har styring med innholdet i tjenestene, jf. § 4 h i internkontrollforskriftene for tjenestene som stiller krav om regelmessig gjennomgang av aktivitetene ved ledermøter, kontroller eller lignende for å sikre at kommunens styring fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

4. Kjennetegn på etterlevelse av regelverket

Tilsynet skal som nevnt undersøke om kommunale helse- sosial og barneverntjenester som har kontakt med utsatte barn og unge i skolepliktig alder sikrer at de får nødvendig og rett hjelp til rett tid og på en samordnet måte. Tilsynet skal avdekke om det fra kommunenes side er lagt til rette for at tjenestene gir nødvendig hjelp og sikrer dette ved oppfølging og kontroll av om praksis er i samsvar med kommunens plikter.

Det er som det fremgår av kap. 3 i liten grad spesifikke krav til organisering og gjennomføring av samarbeid i og mellom tjenestene som sådan. Det kan derfor i

begrenset grad generelt stilles opp mer konkretiserte revisjonskriterier i forhold til kommunenes organisering og gjennomføring av samarbeid mellom tjenestene.

I denne veilederen er det derfor valgt å gi eksempler på faktiske forhold i form av kjennetegn som kan tilsi at kommunen sikrer etterlevelsen av regelverket presentert i kap. 3. For undersøkelse og bedømmelse av kommunenes praksis og styring av praksis i henhold til regelverket, er det nødvendig å bruke både kap. 3 og kap. 4 i sammenheng. Det vil være de faktiske forhold i kommunen som gir føringer for hvilke hjemler som er aktuelle ved avvik. I dette kapittel gis det også enkelte eksempler på mulige avvik for å illustrere tilsynets fokus. Disse er ment som eksempler, og eventuell bruk av elementer fra eksemplene må gjøres med betydelig varsomhet.

Kjennetegnene er nedenfor fordelt på ulike faser i kommunale helse- sosial og barneverntjenesters arbeid med barna og ungdommene. I innledningen til hver fase gis det nærmere føringer for hva tilsynet skal undersøke. Fasene vil i praksis gli over i hverandre. Flere av de beskrevne kjennetegnene og andre relevante kjennetegn, vil være aktuelle for flere av fasene. Noen kjennetegn er også av mer utpreget generell og gjennomgående karakter så som kompetanse, evaluering og dokumentasjon. Disse gjennomgående kjennetegnene som særlig sier noe om kommunens styring etter internkontrollforskriftene, men også om dokumentasjon av tjenesteutøvelsen, er relevante for alle fasene og er listet til slutt i dette kap. punkt 4.6.

I mangel av mer konkretiserte revisjonskriterier knyttet til organisering og gjennomføring av samarbeid, må kommunens styring av samarbeidet etter kravene i lovgivningen om samarbeid og etter kravene om internkontroll, bedømmes konkret i forhold til eventuelle avvik og merknader. Eksemplene på kjennetegn under hver fase gir imidlertid føringer for hvilke faktiske forhold som ut fra de lokale forhold er relevante å undersøke og for den skjønsmessige bedømmelsen opp mot regelverket.

Som nevnt i kap. 3 vil for eksempel møte og rapporteringsordninger, samarbeidsrutiner, henvisningsrutiner og tilbakemeldingsrutiner, opplæring, ansvarsgrupper og tverrfaglige team mv være kjennetegn på samarbeid, og på om kommunenes tjenester bruker hverandre for å løse oppgavene. Kjennetegn på om kommunen gjennom sin internkontroll sikrer at tjenestene samarbeider vil for eksempel være om kommunen kjenner sin egen organisering, oppgavefordeling og samarbeidsordninger mellom tjenestene, gjennomgår og evaluerer saker, følger med på om tjenestene fanger opp behov for tjenester både fra eget ansvarsområde og tilstøtende ansvarsområder, om tjenestene bruker hverandre og samarbeider ved behov, om vedtatte ”tiltak/prosedyrer/strukturer/ordninger” er implementerte og tilstrekkelige i praksis, og om kommunens ledelse overvåker og gjennomgår om styringen av tjenestene fungerer som forutsatt og er tilstrekkelig for å sikre kravene til tjenester etter tjenestelovene.

Tilsynet skal omfatte undersøkelse av hver enkelt fase, men det vil være de lokale forhold som gir føringer for hvilke og hvor mange av de eksemplifiserte kjennetegnene og andre kjennetegn som har betydning og relevans i forhold til hva som skal undersøkes og inngå i bedømmelsen av den enkelte kommunene. Det er ikke slik at alle kjennetegnene skal undersøkes i alle deltjenester. Hvilke kjennetegn

som er relevante og nødvendige å undersøke nærmere og bedømme i forhold til om tjenestene samarbeider tilstrekkelig, må foruten de lokale forhold og lokale tilsynsmyndigheters kunnskap også ta utgangspunkt i den skriftlige informasjon som innhentes på forhånd.

4.1 ”Fasen fange opp og bidra til at barna får dekket behov for samordnede tjenester”

Tilsynet skal undersøke om kommunen sikrer at helse-, sosial- og barneverntjenestene og dens utøvere har tilstrekkelig kunnskap om egne og hverandres oppgaver, rammer og tjenestetilbud, slik at de kan bidra til at barna/foreldrene får nødvendig og rett hjelp til rett tid, jf. blant annet bvl. § 4-3, sotjl. § 4-1, khl. § 2-1 andre ledd og kravene til samarbeid etter bvl. § 3-2, sotjl. § 3-2 og khl. § 1-4 andre ledd, samt internkontrollforskriftene.

Det kan for eksempel foreligge avvik fra kommunale barnevern, sosial- og helsetjenesters plikt til å informere om tjenester som er aktuelle iht. sotjl. § 4-1, khl. § 2-1 andre ledd og forskrift om helsestasjon og skolehelsetjeneste § 2-3 2.ledd og/eller bvl. kap. 4, samt fvl. § 11 og internkontrollforskriftene.

Det kan også være omfattende kunnskapssvikt i tjenestene, slik at det vil være grunnlag for avvik fra samarbeidsbestemmelsene etter sotjl. § 3-2, bvl. § 3-2 og/eller khl. § 1-4 2. ledd og forskrift om helsestasjon og skolehelsetjeneste § 2-3 2.ledd, jf.. internkontrollforskriftene. Kunnskapssvikt knyttet til samarbeid bør imidlertid som hovedregel forbeholdes de situasjoner hvor manglende sikring av kunnskap innebærer at det ikke samarbeides tilstrekkelig ved behov, og som regel knyttes til kommunens mangelfulle sikring av samarbeid ved utredning og gjennomføring.

Avvik fra opplæringsbestemmelsene i tjenestelovene, jf. bvl. § 2-1 siste ledd, sotjl. § 2-3 og/eller khl. § 6-2, jf. internkontrollforskriftene bør i utgangspunktet sees i sammenheng og underbygge avvik knyttet til manglende sikring av kunnskap for samarbeid. Avvik fra opplæringsbestemmelsene vil også være aktuelle for alle fasene i form av revisjonsbevis, og i slike tilfeller bør mangelfull sikring av opplæring inngå i rapportenes omtale og vurdering av styringssystemet.

Det vil også være avvik etter forskrift om helsestasjon og skolehelsetjeneste § 2-3 2.ledd, hvis skolehelsetjenesten ikke har rutiner for samarbeid med andre tjenester, herunder fastlegene, barnevernet og sosialtjenesten, samt dersom barnevernet ikke sikrer gjennomgang av meldinger innen 1 uke og vurderer om saken skal undersøkes etter barnevernloven § 4-3, jf.. § 4-2, jf. internkontrollforskriften.

Aktuelle kjennetegn på om kommunen sikrer at helse- sosial og barneverntjenestene og dens utøvere har tilstrekkelig kunnskap om egne og hverandres oppgaver, rammer og tjenestetilbud slik at de kan bidra til at barna/foreldrene får nødvendig og rett hjelp til rett tid vil kunne være at:

- Ansatte i de aktuelle tjenestene har nødvendig kjennskap til sine plikter og muligheter når det gjelder taushetsplikt, opplysningsplikt og opplysningsrett som

bl.a. skal bidra til at barna får den hjelpen de har behov for

- Ansatte i de aktuelle tjenestene har nødvendig kjennskap til samtykkebestemmelser som kan legge grunnlaget for samarbeid mellom de tjenestene barnet har behov for
- Ansatte i de aktuelle tjenestene har tilstrekkelig kunnskap om hverandres tjenester og rammer til at de kan vurdere disse i relasjon til barn og unges behov
- Der det er nødvendig av hensyn til størrelse eller organisatorisk kompleksitet (for eksempel NAV) har kommunen plassert ansvaret for hvem i de aktuelle tjenestene som skal avgi meldinger til barnevernet
- De ansatte i barnevernet blir regelmessig etterspurt om de ved meldinger fra helse- og sosialtjenesten vurderer om det er nødvendig med tilbakemelding for å sikre et eventuelt nødvendig samarbeid
- Barnevernet gir tilbakemelding om at meldingen er mottatt og at det vil bli fulgt opp i henhold til barnevernloven
- Det gjennomføres regelmessige møter, avsettes tid til deltakelse i ad hoc møter eller andre samhandlingsfora eller det legges til rette på andre måter for at relevante tjenester kan drøfte uklare eller usikre problemer knyttet til enkeltbarn, om nødvendig i anonymisert form
- Skolehelsetjenesten og andre helsetjenester vurderer løpende om barn/unge den har kontakt med har behov for tjenester fra barnevern og/eller sosialtjeneste
- Skolehelsetjenesten og andre helsetjenester har rutiner for samarbeid med andre tjenester, herunder fastlegene, barnevernet og sosialtjenesten
- Skolehelsetjenesten, samt sosialtjeneste og barnevern, er tilgjengelig for barna og foreldre, og samarbeidende tjenester
- Klar oppgavefordeling mellom tjenestene
- Barnevernet gjennomgår meldinger innen 1 uke og vurderer om saken skal undersøkes

4.2 ”Undersøkelsesfase/utredningsfase”

Tilsynet skal undersøke om kommunene sikrer at helse-, sosial- og barneverntjenestenes undersøkelser/utredninger omfatter vurderinger av behov for tjenester/tiltak fra andre relevante tjenester, og at tjenestene ved behov samarbeider om utredninger og følger opp barna/foreldrene mens utredningene pågår, jf. blant annet i forhold til utredninger bvl. § 4-3, jf. fvl. § 17, sotjl. §§ 4-1 og 4-3, jf. fvl. § 17 og/eller khl. § 2-2, jf. § 2-3 2.ledd i helsestasjon og skolehelsetjenesteforskriften med merknader, og i forhold til samarbeid sotjl. § 3-2, bvl. § 3-2 og/eller khl. § 1-4 2.

ledd og forskrift om helsestasjon og skolehelsetjeneste § 2-3 2. ledd, samt internkontrollforskriftene, samt i forhold til oppfølging under utredning bvl. § 4-4, khl. § 2-1 og/eller sotjl. §§ 4-1, 4-2 a-d, jf. § 4-3.

Ved for eksempel manglende sikring av vurderinger av behov for tjenester/tiltak fra andre relevante tjenester, kan det foreligge avvik fra henholdsvis barnevernets undersøkelsesplikt etter bvl. § 4-3, jf. fvl. § 17, sosialtjenestens undersøkelser etter sotjl. §§ 4-1 og 4-3 jf. fvl. § 17 og/eller khl. § 2-2, jf.. § 2-3 2.ledd i helsestasjon og skolehelsetjenesteforskriften med merknader, jf. internkontrollforskriftene. Ved manglende sikring av samarbeid om utredninger vil det også kunne være avvik fra en eller flere av tjenestelovens samarbeidsbestemmelser og internkontrollforskriftene.

Aktuelle kjennetegn på om kommunen sikrer at helse-, sosial- og barneverntjenestenes undersøkelser/utredninger omfatter vurderinger av behov for tjenester/tiltak fra andre relevante tjenester, og at tjenestene ved behov samarbeider om utredninger og følger opp barna/foreldrene mens utredningene pågår, vil kunne være at:

- Barnevernet vurderer om det er behov for medisinsk utredning av et barn i undersøkelsesfasen, sosialtjenesten vurderer om det er behov for kontakt med barnevernet i saker der det er søkt om økonomisk sosialhjelp eller andre tjenester til familier med barn
- Ved helseundersøkelsene vurderer skolehelsetjenesten om det er behov for tjenester fra barnevern og/eller sosialtjeneste
- Ansatte i barnevern-, helse- og sosialtjenesten har kapasitet og kompetanse til å bistå i å gjennomføre faglig forsvarlig utredning av barn og unge når det er nødvendig
- Barnevernet gjennomfører undersøkelser etter § 4-3 innen fristen på tre måneder eller i særlige tilfeller innen 6 måneder. Det klart for barnevernets ansatte hva som kan regnes som særlige tilfeller
- Ledere i helse-, sosial- og barneverntjenester vurderer regelmessig (gjennom rapporteringer, i møter, ved stikkprøver eller annet som er tilpasset kommunenes størrelse og egenart) om egne ansatte har tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å delta i tverrfaglige samarbeidsfora når det er nødvendig
- Det er entydig og kjent hvilken ansvarsfordeling kommunen har når det gjelder forholdet mellom leger tilknyttet skolehelsetjenesten og fastlegene
- Barnevern, helse- og sosialtjenestene samarbeider med fastlege, skole, PPT, barnehager, spesialisthelsetjenester og statlig barnevern for å gi barn og unge forsvarlige utredning når det er nødvendig
- Tjenestene samarbeider (innenfor taushetspliktens bestemmelser) og gir hverandre tilstrekkelig informasjon til at barn og unge under utredning blir fulgt opp av

relevante tjenester mens utredningen pågår, og ivaretar på samme måte barn/unges behov når det er foreldrene som er under utredning

- Det fremgår av klient/pasient dokumentasjonssystemet (som vil være ulikt fra etat til etat) at saker som gjelder utsatte barn og unge er forsvarlig opplyst, inkludert at det er innhentet råd, opplysninger eller annen bistand for å sikre tilstrekkelig utredning av hjelpebehovet
- Kommunen har organisert prosessene som leder fram til tiltaksplaner og eventuelle individuelle planer, herunder forholdet mellom dem
- De tre tjenestene vurderer samarbeid med andre tjenester og ivaretar individuell planlegging ved utarbeidelse av tiltaksplaner og individuelle planer

4.3 "Gjennomføringsfase"

Tilsynet skal undersøke om kommunene sikrer at helse- sosial og barneverntjenestene ved behov informerer hverandre og samarbeider om gjennomføring av tjenester og tiltak, jf. blant annet bvl. § 3-2, sotjl. § 3-2 og/eller khl.l § 1-4 2. ledd, samt internkontrollforskriftene.

Det vil for eksempel være avvik hvis kommune ikke sikrer prosessene som leder frem til henholdsvis tiltaksplaner etter bvl. § 4-5 og/eller individuelle planer etter sotjl. § 4-3a og/eller khl. § 6-2a og forskrift om individuell plan, jf. internkontrollforskriftene. Det vil også være avvik hvis kommunen ikke sikrer gjennomføring av planenes innhold og evaluerer tjenestene og tiltakene som inngår i planene, jf. krav til kommunes tjenester i henholdsvis bvl. § 4-5, khl.l. § 2-1, jf.r §§ 1-1 og 1-3, sotjl. §§ 4-1 og 4-2 a-d, jf. § 4-3 samt internkontrollforskriftene.

Videre vil det for eksempel kunne være avvik fra tjenestelovenes samarbeidsbestemmelser hvis kommunen ikke sikrer informasjon og samarbeid ved behov etter bvl. § 3-2, sotjl. § 3-2 og/eller khl.l § 1-4 2. ledd, jf. internkontrollforskriftene, men hvis manglende sikring av samarbeid er begrenset til skolehelsetjenestens involvering bør avviket knyttes til § 2-3 2.ledd i helsestasjon og skolehelsetjenesteforskriften.

Aktuelle kjennetegn på om kommunen sikrer at helse-, sosial- og barneverntjenestene ved behov informerer hverandre og samarbeider om gjennomføring av tjenester og tiltak vil kunne være at:

- Det utarbeides tiltaksplaner for hjelpetiltak etter bvl. § 4-5 og eventuelt individuelle planer i samarbeid med barnet og foreldrene
- Ved behov for samarbeid omfatter henholdsvis tiltaksplaner og/eller individuelle planer, samarbeidet. Et annet kjennetegn kan være at kommunen lager felles planer når det er behov for samarbeid

- Tjenestene og tiltakene i planene blir gjennomført i samsvar med vedtak og innen rimelig tid. Når vedtakene ikke kan iverksettes treffes det korrigerende eller kompensierende tiltak
- Sosialtjenesten tar opp saker ut fra sitt klargjøringsansvar hvor andre deler av forvaltningen yter mangelfull hjelp til enkelte med særlig hjelpebehov
- Sosialtjenestens ansatte deltar i samarbeid om familier med barn og unge når det er nødvendig for å sikre helhet og sammenheng i kommunens tjenester til familier med sammensatte problemer
- Det er lagt til rette for og det er rutiner for å følge opp at barnevernet samarbeider med andre når dette er nødvendig for å løse barnevernets oppgaver
- Eventuelle egne enheter som arbeider med psykisk helsearbeid i kommunen deltar i samarbeid når det er nødvendig
- Skolehelsetjenesten deltar i samarbeid om barn og unge når det er nødvendig for å sikre barna og ungdommen rett oppfølging
- Sosial- og helsetjenesten (inkludert fastlegen) får, innen rammen av taushetspliktsbestemmelsene, de nødvendige tilbakemeldinger fra barnevernet og hverandre for å kunne gjennomføre forsvarlige tjenester

4.4 Overgang – ettervern 18 – 23 år

Tilsynet skal undersøke om kommunene sikrer at sosial og barneverntjenestene forbereder og eventuelt gjennomfører overgang fra barnevern til sosialtjeneste, jf. blant annet bvl. §§ 1-3, 3-2, 4-3, 4-5 og 4-15 og sotjl. §§ 3-2 og 4-2 a-d, jf. § 4-3, samt internkontrollforskriftene.

Det vil være avvik fra bvl. §§ 1-3, 3-2, 4-3, 4-5, 4-26 og/eller 4-15, jf. internkontrollforskriften hvis ikke kommunen sikrer at barnevernet i god tid før opphør av barneverntjenester ved fylte 18 eller 23 år undersøker behovet for andre tjenester eller tiltak og eventuelt forbereder og samarbeider med sosialtjenesten. Det vil være avvik fra sotjl. § 3-2 og § 4-2 a-d, jf. § 4-3 og internkontrollforskriften hvis ikke kommunen sikrer at sosialtjenesten samarbeider ved spørsmål om behov for tjenester etter sotjl.

Aktuelle kjennetegn på om kommunen sikrer at barnevern- og sosialtjenestene forbereder og gjennomfører overganger fra barnevern til sosialtjeneste vil kunne være at:

- Barnevernets tiltaksplaner omhandler overganger, herunder fra barnevernet til sosialtjeneste (plan for fremtidige tjenester § 4-15 siste ledd)

- Barnevernet informerer aktuelle ungdommer og eventuelle fosterforeldre om adgangen til å opprettholde barnevernets vedtak etter fylte 18 år
- Barnevernet har tiltak som sikrer at alle aktuelle ungdommer vet at de har mulighet til å ombestemme seg dersom de har valgt å avslutte tiltak fra barnevernet
- Kommunen har lagt til rette for, ved prosedyrebeskrivelser, faste kontaktpersoner, regelmessige fellesmøter og lignende at både barnevernet og sosialtjenesten er forberedt i god tid på å tilrettelegge overganger mellom tjenestene

4.5 Evaluering av tjenestene/tiltakene til det enkelte barn

Tilsynet skal undersøke om kommunen sikrer at helse-, sosial- og barneverntjenestene løpende evaluerer de samlede tjenester/tiltak som ytes det enkelte barn/foreldre, jf. forsvarlighetskravet, kravene til individuell plan og tiltaksplaner, samt internkontrollforskriftene.

Aktuelle kjennetegn på at kommunen sikrer at helse-, sosial- og barneverntjenestene evaluerer tjenestene og tiltakene til det enkelte barn/foreldre vil kunne være at:

- Tjenestene gjennomgår egne tiltak
- Tjenestene evaluerer tiltaksplaner og individuelle planer i henhold til de enkelte planers krav til evaluering
- Samarbeidende tjenester evaluerer planene i fellesskap
- Evalueringene omfatter om man møtes som avtalt, om de ressurser som er besluttet brukt fra de ulike tjenestene faktisk settes i verk, om det fortsatt er klart og entydig hvem som har påtatt seg ansvar for hvilke oppgaver (inkludert ansvaret for regelmessig felles evaluering), konsekvenser av omorganiseringer og oppgaveendringer, om man har oppnådd de mål som var utgangspunktet for samarbeidet etc
- Barn og foreldre medvirker ved evaluering av tjenestene/tiltakene

I hvilken grad slike evalueringer skal dokumenteres må vurderes konkret (jf. kapittelet om dokumentasjon over), men det må finnes informasjon om vurdering og revurdering av behov i den pasient/klientdokumentasjon som foreligger.

4.6 Gjennomgående kjennetegn ved undersøkelsen av ovennevnte faser

Evaluering mv av samarbeidet mellom tjenestene

Tilsynet skal i tilknytning til fasene nevnt ovenfor undersøke om kommunen sikrer evaluering av samarbeidet mellom helse-, sosial- og barneverntjenestene, jf.

forsvarlighetskravet, kravet om å legge avgjørende vekt på å finne tiltak som er beste for barnet etter bvl. § 4-1, jf. § 3-1 og internkontrollforskriftene.

Aktuelle kjennetegn på at kommunen sikrer at helse-, sosial- og barneverntjenestene evaluerer samarbeidet mellom tjenestene vil kunne være at:

- Kommunen følger med på planprosessene, gjennomføring av tjenestene/tiltakene og evaluerer tjenestene/tiltakene
- Kommunen følger med på oppgavefordeling og samarbeidsordninger mellom tjenestene
- Kommunen gjennomfører vurderinger av sårbare områder knyttet til samarbeid mellom tjenestene
- Kommunen følger med på utviklingen i omfang av meldinger til barnevernet fra ulike instanser
- Rapporteringer om meldinger til barnevernet gjennomgås på faste møter, i skriftlige rapporter, ved ledelsens gjennomgang eller lignende for å fange opp indikasjoner på mulig svikt i forståelsen av betydningen av å melde når det er behov for det
- Kommunen følger med på om tjenestene fanger opp behov for tjenester innen eget ansvarsområde og tilstøtende ansvarsområder, og om tjenestene bruker hverandre og samarbeider ved behov
- Kommunen følger med på om vedtatte ”tiltak/prosedyrer/strukturer/ordninger” er implementerte og tilstrekkelige i praksis
- Kommunens ledelse overvåker og gjennomgår om styringen av tjenestene fungerer som forutsatt og er tilstrekkelig for å sikre gjennomføring av tjenester etter tjenestelovene.
- Barnevern-, helse- og sosialtjenestene har rutiner for regelmessig evaluering/vurdering av om de tiltakene som er satt i verk er effektive og hensiktsmessige. Ledere på relevante nivå etterspør evaluering og revidering av tiltak og tiltaksplaner
- Kommunen har oversikt over klager på barnevern-, helse- og sosialtjenester til barn og unge og anvender disse ved regelmessig gjennomgang og forbedring av tjenestene
- Kommunen tar i henhold til rammeavtalen årlig initiativ til møter med den enkelte fastlege for drøftelse av legens virksomhet i forhold til kommunale mål, retningslinjer, planer og vedtak, herunder eventuelt manglende samarbeid med andre tjenester om enkeltklienter (Rammeavtale mellom Kommunenes Sentralforbund (KS) og Den norske lægeförening om allmennlegepraksis i

fastlegeordningen i kommunene – perioden 1. juli 2006-30. juni 2008, ASA 4310).

- Kommunen påser at fastlegen innkalles til samarbeidsfora der dette er nødvendig og at innkallingen gjøres i så vidt god tid at fastlegens mulighet til deltagelse blir reell
- Kommunen har, i henhold til rammeavtalen, tatt opp rutiner mv for samarbeid med fastlegene i samarbeidsutvalget

Kompetanse

Tilsynet skal i tilknytning til fasene nevnt ovenfor undersøke om kommunen sikrer at helse- sosial og barneverntjenestene har tilstrekkelig kompetanse etter bvl. § 2-1 siste ledd, sotjl. § 2-3 og khl. § 6-2, jf. internkontrollforskriftene.

Aktuelle kjennetegn på om kommunen sikrer tilstrekkelig kompetanse vil kunne være at:

- Kommunen ansetter folk med rett kompetanse
- Kommunen gjennomfører opplæringsvirksomhet eller sikrer på annen måte at de ansatte som arbeider med barn og unge i de aktuelle tjenestene til enhver tid har rett kompetanse
- Kommunen gjennomgår kompetansestatus i tjenestene
- Kommunen har opplæringsplan som bygger på en kontinuerlig vurdering av hvilken kompetanse som bør være tilgjengelig. Ledelsen etterspør regelmessig status på kompetanse og opplæring
- Kommunen har tilrettelagt for bruk av kvalifiserte tolker som ledd i å sikre barn og unge tjenester. Det er kjent blant de ansatte hvordan de skal gå frem for å skaffe tolk og i hvilke situasjoner det skal brukes tolk

Dokumentasjon

Tilsynet skal undersøke om kommunen sikrer tilstrekkelig dokumentasjon, informasjon mv om den løpende tjenesteytingen, jf. for barneverntjenesten og sosialtjenesten blant annet fvl. §§ 11c og 17 og henholdsvis bvl. § 4-5 og forskrift om individuell plan § 7, og for helsetjenesten §§ 4, 7 og 8 i forskrift om pasientjournal og forskrift om individuell plan § 7, samt internkontrollforskriftene for alle tjenestene.

Aktuelle kjennetegn på at kommunen sikrer at helse-, sosial- og barneverntjenestene har tilstrekkelig dokumentasjon, informasjon mv om den løpende tjenesteytingen vil kunne være at:

- Journaler og annen klientdokumentasjon er utformet på en slik måte at det til enhver tid er mulig å vite hva som er gjort, hva som er planlagt, hvordan brukerne er involvert, hvem som deltar i samarbeidet etc. Ledelsen i de enkelte tjenestene kontrollerer dokumentasjonen regelmessig og bruker dette til å vurdere risiko og i opplærings- og forbedringsarbeid
- Kommunene innhenter skriftlige samtykker ved formidling av opplysninger
- Samarbeidende tjenester informerer hverandre ved behov innenfor rammene av taushetsplikten
- Kommunen informerer om sine tjenester på de aktuelle områdene på måter som er enkelt tilgjengelig for de aktuelle brukerne

5. Gjennomføring av tilsynet

Dette tilsynet er lagt opp innenfor rammene av lov om kommuner og fylkeskommuner av 25. september 1992 nr. 107 (kommuneloven) kap. 10A, jf. brev fra Statens helsetilsyn til landets fylkesmenn og Helsetilsynet i fylkene av 3. april 2007 – Endringer i lovgivningen for tilsyn kommunale helse- og sosialtjenester.

Dette tilsynet skal gjennomføres i henhold til Helsetilsynets *Prosedyre for planlagte tilsyn som systemrevisjon*. Tilsynet skal gjennomføres av et tilsynslag som har kunnskap om kommunale barnevern-, sosial- og helsetjenester og de juridiske rammene for disse tjenestene. Tilsynslaget må ha både fylkesmannens og Helsetilsynet i fylkets myndighet. Fylkesmannen har ansvaret for å samarbeide med fylkeslegen slik at teamet settes sammen med rett kompetanse når det gjelder tjenestene og de juridiske rammene.

I det varselbrevet som går til kommunene må det stå eksplisitt at hele teamet gjennomfører tilsyn i henhold til alle de tre lovverkene og at de med Fylkesmannens og Helsetilsynet i fylkets myndighet (bvl. § 2-3, sotjl. § 2-6 og lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 2) derfor alle har tilgang på den informasjon som er nødvendig for å kunne gjennomføre tilsynet.

Tilsynslaget skal også ha revisjonskompetanse og lederen skal fortrinnsvis ha kurs i, og erfaring som, revisjonsleder. Revisjonsleder skal ha innflytelse på sammensetningen av revisjonslaget for å sikre at laget kan arbeide sammen som et team.

Revisjonsleder har ansvaret for forberedelsen og gjennomføringen av tilsynet og skal på vegne av Fylkesmannen/Helsetilsynet i fylket fordele ansvar og følge opp samarbeidet og den enkelte deltaker i tilsynslaget. Revisjonsleder har ansvar inntil endelig rapport foreligger. I hvilken grad, eller om, revisjonsleder skal følge opp eventuelle avvik etter tilsynet besluttet lokalt, men det anbefales at revisjonsleder deltar i dette arbeidet.

Det skal gjennomføres tilsyn i minst 6 kommuner i hvert fylke. Dette er det eneste landsomfattende tilsynet med kommunale helse- sosial og barneverntjenester i 2008 og det er forutsatt at teamene vil få god rutine på forberedelse og gjennomføring slik at det vil være realistisk med et så vidt stort omfang. Tilsynslaget velger hvilke kommuner det skal gjøres tilsyn i på bakgrunn av kjennskap til de aktuelle tjenestene og til barns situasjon i den enkelte kommune.

Det skal sendes ett varsel og en rapport om tilsynet til hver kommune.

I de tilfeller det velges eller må velges å føre tilsyn med samarbeidskommuner som har overlatt barnevern, helse eller sosialtjenester til en vertskommune etter kommuneloven § 28a flg og beholdt en eller flere av tjenestene, må det i praksis føres tilsyn med to kommuners styring av tjenester for å avklare om kommunene sikrer forsvarlig samarbeid mellom barnevern, helse og sosialtjenester. Dette vil innebære et mer omfattende og komplekst tilsyn, og spesielt hvis tilsynet bør/må omfatte flere vertskommuner. Modellen kan imidlertid også innebære reduksjon i tilsynsomfang ved at det gjennomføres tilsyn med en vertskommune og flere av samarbeidskommunene. Selv om det kan innebære en økt belastning for det enkelte embete skal det gjennomføres tilsyn med minst 6 kommuner i hvert fylke også for de fylker hvor det velges eller må velges tilsyn med kommuner som har overlatt aktuelle tjenester til en vertskommune. Belastningen kan eventuelt begrenses ved at det gjennomføres tilsyn også med den aktuelle vertskommunen og eventuelt med flere samarbeidskommuner som har samme vertskommune.

I de tilfeller det gjennomføres tilsyn med samarbeidskommuner, skal det sendes eget varsel og egen rapport til vertskommunen og de(n) samarbeidskommune som det føres tilsyn med, samt med innbyrdes kopier.

Vi vil anbefale at det avholdes formøte med de aktuelle kommunene fordi dette tilsynet omfatter tre tjenestoområder som ikke har vært gjenstand for felles tilsyn tidligere.

Vi anbefaler også at det innhentes informasjon fra andre tjenester som skole, PPT, Barne-, ungdoms- og familieetaten og fra fastlegene som ledd i forberedelsen av tilsynet. Selv om disse ikke er gjenstand for vårt tilsyn vil de kunne ha viktig informasjon om hvordan det er tilrettelagt for samarbeid om utsatte barn og unge i den enkelte kommune. Deres informasjon kan bidra til gjøre oss i stand til å undersøke de områdene der det kan være fare for at tjenestene ikke er gode nok, eventuelt også til å identifisere tema som kan sjekkes ut uten svært inngående undersøkelser. Det må kunne forutsettes at vi får informasjon som disse tjenestene kan stå for, men denne typen informasjon skal ikke brukes som bevis i selve tilsynet, kun som ledetråder i våre forberedelser.

De som blir bedt om å gi tilsynet slik forhåndsinformasjon bør få brev med skriftlig redegjørelse for formålet med informasjonsinnhenting og presisering av vår rolle og hvordan vi vil bruke informasjonen. Informasjonen kan innhentes skriftlig, i møter eller over telefon. Praktiske forhold i det enkelte fylket vil avgjøre hvordan det best kan gjennomføres.

Tilsynslagene må på bakgrunn av sin kjennskap til kommunene og til hvilke dokumenter som allerede finnes hos FM/Htil i Fylket konkret beslutte hvilke dokumenter det skal anmodes om å få tilsendt.

Eksempler på sentrale dokumenter kan være:

- Organisasjonsbeskrivelser, arbeidsbeskrivelser og oversikt over ledere og ansatte i de ulike delene av kommunene/bydelene, eventuelle skriftlige samarbeidsavtaler eller prosedyrer som beskriver samarbeid mellom de tre deltjenestene/etatene.
- Styrende dokumenter og annen informasjon som kan gi oversikt og informasjon om tjenestene og tiltak knyttet til meldinger, utredning, planlegging og evaluering
- Opplysninger om verktøy (maler, skjema), eventuelle skriftlige prosedyrer og tiltak som benyttes for å koordinere utredning, planlegging, gjennomføring og evaluering av tjenestene til barn, inkludert forberedelser av overganger.
- Opplysninger om tiltak som sikrer brukermedvirkning
- Opplysninger om virksomhetenes systematiske gjennomgang av drift og resultater innen temaet for tilsynet.

Når det gjelder dokumenter har vi nedenfor sagt noe om hvor gamle sakene skal være og hvor mange saker som skal gjennomgås i hver kommune. I noen kommuner vil disse tallene være urealistiske, noen kommuner har ikke så mange relevante saker innenfor det tidsspennet vi har satt opp. I slike kommuner må tilsynslaget bruke skjønn for å vurdere hvor mange, eventuelt hvor gamle, saker som skal gjennomgås.

Under selve tilsynsbesøket skal tilsynslaget gjennomgå klientdokumentasjon/journaler inkludert referater fra eventuelle samarbeidsmøter, ansvarsgrupper etc. Det skal også gjennomgås referater fra møter der det er drøftet saker som er anonymisert fordi det ikke har vært mulig å innhente samtykke. Vi anbefaler at man ikke ber om å få tilsendt denne typen informasjon i posten, men at den gjennomgås under selve tilsynsbesøket.

Informasjonen som fremkommer her skal sammenholdes med det som for øvrig fremkommer i intervju og fra andre kilder om tilsynets tema. Dokumenter om enkeltbarn skal ikke være mer enn to år gamle. Antallet saker må ikke være for lavt for å unngå at tilfeldige feil eller mangler gir utslag på tilsynets konklusjoner.

Det å be om å få utlevert klient- eller pasientinformasjon som et ledd i dette tilsynet kan røpe taushetsbelagt informasjon. Selv om tilsynsmyndigheten skal ha tilgang på pasient og klientinformasjon, kan det å be om saker utlevert for å vurdere samarbeid bidra til å gjøre klientforhold kjent og risiko for at mer omfattende taushetsbelagte opplysninger blir gjort kjent for uvedkommende. Hvis det er kjent at vi skal se på samarbeid mellom tjenestene og ber om at for eksempel fastlegen utlevere journal på NN kan det medføre at fastlegen derved får vite at NN er eller kan være klient i

barnevernet eller sosialtjenesten. Opplysninger kan heller ikke innhentes via andre enn de som skal ivareta sin taushetsplikt.

Dette betyr at tilsynslaget kun kan be om å få utlevert skriftlig klient/pasientdokumentasjon i saker der det er etablert et samarbeid eller der det tidligere er innhentet informasjon slik at klientforholdet er kjent.

Videre skal hver enkelt deltjeneste levere sine pasient/klientmapper eller journaler direkte til tilsynslaget. Laget skal be om:

- De siste 10 sakene fra skolehelsetjenesten hvor det er samarbeid med barnevernet
- De siste 10 sakene fra sosialkontoret/NAV (den enheten/de enhetene i kommunen som tildeler økonomisk sosialhjelp) hvor det enten er klienter med rusproblematikk eller kjent psykisk lidelse som har daglige omsorg for egne barn i skolepliktig alder eller saker der det er etablert samarbeid med barnverket om familien
- I kommuner som har organisert psykisk helsearbeid i en egen enhet skal det innhentes inntil 10 saker fra tjenester til barn/unge eller til foreldre med daglig omsorg for barn i skolepliktig alder
- De 20 siste sakene fra barnevernet hvor det er etablert samarbeid med en av de øvrige tjenestene inkludert minst 10 saker der det er tiltaksplan.
- De siste 10 tiltaksplanene fra barnevernet for ungdom i alderen 16 – 23 år.

Sakene skal gjennomgås for å se på hvordan samarbeidet er dokumentert, for å vurdere referater fra eventuelle samarbeidsmøter, ansvarsgrupper og lignende med tanke på samarbeidets konkrete innhold, for å vurdere hvem som deltar og i hvilken grad det er sendt innkalling til relevante samarbeidspartnere, om innkalling er sendt i tide slik at de realistisk sett skal kunne møte, om det sendes ut referater til de som skulle ha deltatt etc. Dette med innkalling og utsendelse av referater er særlig relevant i forhold til å trekke fastlegene inn i samarbeidet når det er nødvendig for barnets beste. Tiltaksplanene for ungdom i alderen 16 – 23 skal gjennomgås for å undersøke dokumentasjon av forberedelsen og gjennomføringen av samarbeid med sosialtjenesten om eventuell overgang/overføring av ansvar.

Når vi skal vurdere om samarbeid burde vært etablert i saker der det ikke er det, vil våre kilder være intervju, det skriftlige styringssystemet og klientmapper eller journaler fra sosialtjenesten og eventuelle egne psykisk helsearbeidsenheter. Dette kan være lite for vår bevisvurdering og tydeliggjør betydningen av sluttmøtet som en sentral arena for å bringe klarhet i om vi har oppfattet situasjonen riktig.

Utvelgelse av intervjupersoner vil avhenge av kommunens organisering og av tilsynsmyndighetens kunnskap om hvor det kan være fare for at det er svikt i samarbeidet. Det vil være viktig å intervju personer fra minst to nivå i de aktuelle tjenestene og å planlegge dagene slik at ikke alle fra samme tjeneste intervjues etter hverandre. Det vil være viktig å kunne ta med kunnskap fra en av tjenestene i intervju med de øvrige, det vil også være viktig at kunnskap fra dokumentgjennomgangen kan sjekkes ut i intervjuene. Aktuelle personer vil kunne være:

- Rådmannen
- Kommunelege I
- Leder av sosialtjenesten
- Ledende helsesøster
- Barnevernleder
- Leder i NAV
- Helsesøster i skolehelsetjenesten
- Saksbehandler (sosionom) som behandler økonomisk sosialhjelpssaker
- Ansatte (psykiatrisk sykepleier, psykolog, sosionom e.l.) som arbeider med voksne eller barn og unge med psykiske lidelser
- Ansatt i kommunens barnevern (barnevernpedagog, sosionom)

Tilsynet skal være gjennomført innen 1. oktober 2008.

6. Rapporter

BLD og Htil lager en felles rapportmal for dette tilsynet som skal foreligge på nynorsk og bokmål etter mønster av det som er gjort tidligere når det har vært gjennomført felles helse- og sosialtilsyn i kommunene.

Oversendingsbrev og rapport skal sendes den aktuelle kommunen med kopi til Barne- og likestillingsdepartementet og Statens helsetilsyn. Rapportene skal også sendes elektronisk til postmottak@helsetilsynet.no og vil bli lagt ut på Statens helsetilsyns hjemmeside www.helsetilsynet.no. Rapportene skal likeledes legges ut på den enkelte fylkesmanns hjemmeside.

Vedlegg

Vedlegg 1

Mandat for arbeidsgruppen som skal utarbeide veileder for felles landsomfattende tilsyn med kommunale tjenester til barn

Godkjent av Barne- og likestillingsdepartementet og Statens helsetilsyn den 14. mars 2007.

I 2008 skal det gjennomføres landsomfattende felles tilsyn med kommunale tjenester til hjemmeboende barn som har behov for tjenester regulert i barnevern-, helse- og sosiallovgivningen. Formålet med gjennomføringen av tilsynet er å undersøke kommunens etterlevelse av myndighetskrav for å yte barn rett hjelp til rett tid. Herunder skal tilsynet undersøke om de aktuelle kommunale tjenestene samarbeider i henhold til lovenes krav og koordinerer tiltak i henhold til barnets behov.

Barne- og likestillingsdepartementet (BLD) og Helsetilsynet (Htil) vil tilrå at arbeidsgruppen definerer målgruppe og problemområder slik at revisjonen lar seg gjennomføre innenfor realistiske arbeids- og tidsmessige rammer. Læringsaspektet vil også være viktig i et slikt sammensatt tilsyn.

Tilsyn med barneverntjenesten og sosialtjenesten utføres av Fylkesmannen, tilsyn med helsetjenesten av Helsetilsynet i fylket. Arbeidsgruppen skal utarbeide veileder som skal brukes ved gjennomføringen av tilsynet. Forslag til veileder skal leveres Barne- og likestillingsdepartementet (BLD) og Statens helsetilsyn (Htil) for godkjenning innen 15.10.2007.

Arbeidsgruppen skal utarbeide veilederen i tråd med gjeldende prosedyrer for systemrevisjon. Dersom det avdekkes divergens mellom ulike prosedyrer eller praksis for gjennomføring av tilsyn som har betydning for gjennomføring av dette felles tilsynet, skal arbeidsgruppen løse dette i veilederen. Ved uenighet i gruppen eller ved behov for prinsipielle avklaringer, løftes det ut av gruppen og løses i linjeledelsen i BLD og i Htil.

Arbeidsgruppen skal utarbeide mal for tilsynsrapport, som skal brukes ved utarbeidelse av rapport etter gjennomføringen av den enkelte systemrevisjon. Rapportmalen skal bygge på gjeldende rapportmal utarbeidet av Htil og som fylkesmennene/Htil i fylkene anvender, og på rapportmal anvendt ved systemrevisjoner i den kommunale barneverntjenesten.

Arbeidsgruppen vurderer selv om fagmiljø eller brukergrupper skal konsulteres under arbeidet med veilederen. Medfører dette kostnader skal Htil og BLD godkjenne dette.

Tema

Tilsynet skal rettes mot tjenesteområder der det er sannsynlighet for svikt, og hvor denne svikten kan få alvorlige følger for barns livssituasjon og oppvekst. Ved innretningen av tilsynet skal arbeidsgruppen basere seg på de innspill som kom i møtet med ulike aktører 2. november 2006.

I utarbeidingen av veilederen skal arbeidsgruppen tydeliggjøre at tilsynet skal rettes mot kommunens ansvar for å styre tjenestene, herunder etterleve kravene i internkontrollforskriftene (i sosial- og helsetjenesten og i barneverntjenesten).

Innholdet i veilederen

Foruten klargjøring av tema, skal arbeidsgruppen operasjonalisere de relevante myndighetskravene som skal legges til grunn i tilsynet. Kravene skal i alminnelighet knyttes både til de enkelte tjenestelovene og til forskrifter om internkontroll.

Veilederen skal begrunne valg av tema og avgrensning, og legge til rette for et tilsyn som er håndterbart for tilsynsmyndigheten og relevant for tjenesten og tjenestemottageren.

Arbeidsgruppen skal i veilederen komme med forslag til gjennomføringen av tilsynet.

Andre forhold

Arbeidsgruppen skal ha et medansvar for å gjennomføre en samling for fylkesmennene/Helsetilsynet i fylkene der innholdet i veilederen legges fram, og der det orienteres nærmere om tidsramme for gjennomføringen, omfanget og ressursbruken ved tilsynet.

Prosessen og samarbeidet rundt oppsummering av tilsynet vil Htil og BLD komme tilbake til på et senere tidspunkt.

Vedlegg 2

Case 1

Familien Khan bor i Norge og består av mor og far med fem barn i alderen to til sytten år. Mor og far er opprinnelig fra Pakistan og har bodd i Norge i mange år. Alle barna er født i Norge. Mor og far snakker ikke godt norsk, men de gjør seg forstått på norsk. Far kjører drosje. Mor er hjemmeværende med den minste jenta Aisha, som er to år gammel. Tvillingene Ali og Hassan på ti år går i femte klasse på Østkanten skole. Fatima på tretten år går første året på ungdomstrinnet på Østkanten skole. Den eldste sønnen Mohammed er sytten år og går andre året på videregående skole, på transport og servicelinjen.

Mor: Hun har psykiske problemer og har regelmessig kontakt med fastlegen. Hun bruker medisiner for sin psykiske lidelse som fastlegen har gitt henne. Med jevne mellomrom blir hun svært ustabil, roper og skriker og fantaserer om at hun er besatt av onde ånder. Barna blir livredde sin egen mor i disse situasjonene. Da pleier hennes mann å kontakte psykiatrisk legevakt slik at hun blir akutt innlagt for et døgn. Hun kommer så hjem igjen. Mor har kontakt med saksbehandler på sosialkontoret, fordi hun ofte må søke om nødhjelp. Grunnen til dette er at far bruker opp lønna si slik at den ikke rekker til familiens behov. Han sender penger til sine gamle og syke foreldre hjemme i Pakistan hver måned.

Far: Han kjører drosje oftest om natten for da er det mest å tjene. Dette innebærer at han må sove om dagen. Han blir oppfarende og sint fordi han får for lite søvn, ettersom mor ikke går ut av leiligheten i lange perioder. Det er generelt en amper stemning mellom foreldrene.

Aisha: Datteren Aisha gråter ofte og er utilpass. Hun trenger mer utfoldelse enn hun får inne i leiligheten og mor klarer ikke å roe henne eller å sysselsette henne. Familien er trangbodd, de har kun to soverom. Aisha er mye plaget med bleieutslett. Mor møter nokså uregelmessig til de avtalene hun har på helsestasjonen. Helsestasjonen er bekymret over mor-barn-samspeilet, de ser at mor er deprimert og de innkaller Aisha utover de faste kontrollene for å følge litt ekstra med. De har gitt mor ulike råd, om å skifte bleie ofte, skifte til et annet bleiemerke, la barnet gå en del uten bleie om ettermiddagene, bruke en salve osv. Mors depresjon fører imidlertid til at hun ikke klarer å følge opp rådene fra helsestasjonen annet enn sporadisk.

Ali og Hassan: Tvillingene er oppvakte og lærevillige. De trives på skolen og er godt likt av andre barn. De får imidlertid sjelden gjort lekser, noe læreren har tatt opp med foreldrene som et problem. Mor har gitt uttrykk for at det er mye støy i leiligheten om ettermiddagen når alle er hjemme. De har kun et salongbord i stua. Der spises alle måltidene. Det er derfor vanskelig å sitte med skolearbeid her. Barna ønsker å ha vennene sine på besøk hjemme, men dette er vanskelig pga plassmangel, mors sykdom og fars arbeidssituasjon.

Fatima: Jenta er skoleflink, men det gjelder også for henne at hun har problemer med å gjøre lekser hjemme. Hun går på bibliotekfilialen sammen med venninnen sin av og til og får gjort noe lekser der. Hun har imidlertid mange plikter hjemme grunnet mors sykdom. Hun lager ofte middag, hun handler inn mat og hun steller

med lillesøster. I tillegg er far streng med henne. Nå som hun er blitt tretten år, må hun dekke til håret sitt; noe hun ikke ønsker selv.

Mohammed: Han har skulket skolen over lange perioder og skolens rådgiver har meldt fra til oppfølgingstjenesten. Gutten vagabonderer i byen med et par andre kamerater i tilsvarende situasjon. Far og mor er fortvilet over situasjonen til gutten. Mohammed har lenge ønsket å delta på karateundervisning, men dette får han ikke penger til av far. Mohammed trives ikke hjemme fordi familien har så liten plass, det er dårlig stemning mellom foreldrene og han er lei av skrikingen til lillesøster.

Aktuell situasjon

Naboene til familien Khan har meldt bekymring til den lokale barneverntjenesten fordi Aisha gråter så mye og de har forstått at mor er mye deprimert. Naboene er redde for at barna ikke blir tilstrekkelig ivaretatt. Barneverntjenesten igangsatte en undersøkelse og ba i den forbindelse både helsestasjonen og Østkanten skole om opplysninger om barna og om kontakten mellom helsestasjonen/foreldrene og skolen/foreldrene. Barneverntjenesten har senere iverksatt hjelpetiltak overfor flere av barna. Barneverntjenesten mener familien er trangbodd og at størrelsen på leiligheten er et varig hinder for å kunne ivareta fem barns omsorgsbehov. De mener derfor familien trenger en større bolig. Mor og far selv mener ikke noe særlig om dette, for de anfører at de ikke har råd til noe større – de har derfor avfunnet seg med boligsituasjonen slik den er.

Mohammed: Saksbehandler i barnevernet har løpende samtaler med Mohammed, der de diskuterer hjemmesituasjonen og skolesituasjonen. Mohammed ønsker å flytte på hybel, med økonomisk støtte fra barnevernet og med regelmessig oppfølging fra en tilsynsfører. Dette er under vurdering i barnevernet. Mor er villig til å diskutere en slik løsning for Mohammed. Far er helt imot dette og sier det ikke kan komme på tale. Sønnen skal ifølge far ikke flytte hjemmefra før han er gift. Mohammed har fått innvilget støtte til karateundervisning av barneverntjenesten.

Tvillingene: Barneverntjenesten har iverksatt leksehjelp til tvillingene på skolen to ganger i uka. De har også innvilget støtte til en leksepult på det ene soverommet.

Aisha: Hun har fått tildelt halvdagsplass i barnehage og barneverntjenesten betaler den månedlige kostnaden til dette.

Fatima: Saksbehandleren i barnevernet har regelmessige samtaler med mor. Av og til er far med på disse samtalene. Tiltaket er definert som ”råd og veiledning”. I disse samtalene tas hele familiens situasjon opp, *men det fokuseres også spesielt på Fatima*. Saksbehandlerens holdning er at Fatima må fratas noen av voksenoppgavene hun har i familien, slik at hun får lov til å være barn. Som vi har hørt handler Fatima inn matvarer og lager middag til familien flere ganger i uka i tillegg til å passe lillesøster, og kompenserer på denne måten de omsorgsoppgavene mor og far ikke utfører. Barnevernet har under vurdering hvordan de kan ivareta Fatima og løse henne fra en del av disse voksenoppgavene, samtidig som det er et faktum at mor og far ikke klarer å ivareta disse omsorgsforpliktelsene overfor sine barn.

Case 2

Lars har begynt i ungdomsskolen (8. klasse) i høst. Han har alltid vært noe urolig og ”kreativ”, men den tidligere barneskolen han var på hadde så vidt oversiktlige forhold og små klasser at de klarte å håndtere det. Nå er han imidlertid kommet i en guttegjeng med større aktivitet. Kontaktlærer har drøftet det med sosiallærer på skolen og det har vært samtaler mellom skole og foreldre, men dette har ikke medført vesentlig bedring. Skolen begynner å bli mer usikker på om de klarer å håndtere hans læringssituasjon godt nok og kontakter helsesøster for å snakke med gutten, da skolen også vet at mor til Lars er syk. Samtidig blir også Lars meldt opp til PPT, da skolen er usikker på om det kan foreligge noen spesifikke læringsproblemer.

Helsesøster snakker med Lars, hun kommer liten vei og han er unnvikende. Hun blir imidlertid mer bekymret for guttens situasjon da det i kontakt med skolen også kommer fram at han har plaget en del yngre elever på skoleveien og etter hvert frambyr mønster på mer mobbing av medelever, samt mer utagering.

Etter at skole/PPT har avklart med foreldre at saken kan drøftes i det fra før etablerte tverrfaglige teamet ved skolen, tas det opp her. I tverrfaglig team pleier følgende å møte: skolen ved ledelsen og sosiallærer, aktuelle kontaktlærer, helsesøster, PPT og barnevernet. Her kommer det frem en samlet vurdering på at Lars sin utvikling har vært stadig mer bekymringsfull. Han er observert sent ute på kveldene, og da sammen med en gjeng eldre ungdommer hvor man mistenker at det er noe bruk av rusmidler.

Det er usikkert om det som ledd i hans situasjon også kan være en ADHD-tilstand, og da særlig med bakgrunn i konsentrasjonsvansker fra helt tidlig i livet. Man blir derfor enig om at helsesøster skal kontakte foreldre og få en time hos fastlegen for vurdering, samt at hun også skriver en redegjørelse til fastlegen på hans situasjon. I tillegg vil helsesøster forsøke å følge opp med samtaler i den grad Lars stiller her. Videre vil skolen/sosiallærer samarbeide tettere med PPT for råd og veiledning for tilrettelegging. Ut over dette vil også PPT foreta en utredning av hans tilstand med ulike tester med tanke på innspill for vurdering av ADHD. Barnevernet er bekymret for situasjonen, men velger å avvente videre tiltak til det foreligger en nærmere utredning av eventuelt ADHD.

Etter 3 måneder er Lars sin tilstand bare blitt verre. Han er mer utagerende, skaper stor uro i skolen og har begynt å bli borte enkeltdager uten at skolen er sikker på hvorfor. Han er av fastlegen, vedlagt vurdering fra helsesøster og PPT, søkt til Barne- og ungdomspsykiatrien, uten at han har fått time ennå. Mor er blitt tiltagende dårlig, og fars behov for å støtte henne medfører at han har liten eller ingen tid for Lars. Et nytt møte i skolens tverrfaglige team, hvor det kommer frem at bekymringene er øket, medfører at barnevernet vurderer om de skal komme på banen. Foreldrene har nok med sitt, og klarer ikke se Lars sine behov. Teamet blir derfor enig i at helsesøster skal melde saken som en bekymring til barnevernet.

Barnevernet utreder Lars sin situasjon med den kunnskapen de innhentet fra skole, PPT, helsesøster og fastlege. Før de er ferdig med alle innhentinger av opplysninger, har Lars vært i BUP og blitt diagnostisert med ADHD. Utprøving av medisinsk behandling er vanskelig på grunn av de uforutsigbare hjemmeforholdene, særlig da

mor er mye på sykehus, og far følger henne der. Barnevernet velger derfor i samarbeid med foreldrene å sette inn leksehjelp og støttekontakt, samt lage avtaler på hvem som kan sikre at Lars tar sine medisiner. For at dette skal fungere må både barnevern og helsesøster være i løpende kontakt med skolen slik at denne vet om hvilken behandling/tjenester Lars får, for dermed å kunne støtte opp om dette. Etter avtale med foreldre velges det å opprette ansvarsgruppe omkring Lars, slik at han kan få tjenestene mer koordinert. Denne ansvarsgruppen ledes av kontaktlærer, men både PPT, barnevern og helsesøster deltar. Det er ikke laget en Individuell plan da foreldre ikke ønsket dette. Imidlertid er det laget tiltaksplan etter barnevernloven og individuell opplæringsplan.

Mot slutten av skoleåret dør mor. Lars får ytterligere problemer, men møter oftere opp for samtaler hos helsesøster enn tidligere. Ansvarsgruppen er tett på. Far ser at han trenger mer hjelp, og ber om hjemmehjelp og utvidet støttekontakt for Lars. Barnevernet er mer på banen og samarbeider etter hvert med sosialtjenesten for å gi mer hjelp til familie som helhet.

Case 3

Siri er 8 år, skoleflink, men passiv og tilbaketrukket. På skolen er hun trett, ikke alltid velstelt i klærne og har ikke alltid gjort lekser. Det er imidlertid ikke noe som er så påfallende at læreren tenker PPT eller barnevern.

Siri oppsøker stadig helsesøster med tilsynelatende småting som for eksempel innebærer at hun ikke kan delta i gym eller på skoleutflukter, hun ber om hodepinetabletter, plaster og lignende. Helsesøster kjenner mor og Siri fra den gangen de kom (noe uregelmessig) til småbarnkontroller og vaksinasjoner.

Mor har kontakt med sosialkontoret hvor hun får økonomisk sosialhjelp. Mor har i perioder et høyt alkoholmisbruk, men utover at det av og til tas opp i samtaler med saksbehandler på sosialkontoret er dette ikke et tema i kontakter med hjelpeapparatet. Saksbehandler på sosialkontoret arbeider med å gi mor råd og veiledning utover den rene økonomiske stønaden, men har lite tid til å følge godt opp over tid.

Verken mor eller Siri har kontakt med far, mors egen familie bor på en annen kant av landet. Mor er bekymret for at Siri ser ut til å være mye alene, for at hun har lite lyst til å gå på skolen og for at ikke gjør lekser så mye som hun skal, men hun klarer ikke å gjøre noe med det.

Helsesøster tar initiativ til at hun og Siri skal snakke med mor om bekymringene om at Siri stadig har helseproblemer og kommer til skolehelsetjenesten. Fordi mor og helsesøster deler bekymringen om at Siri er mye alene, blir de enige om at helsesøster skal støtte mor overfor sosialkontoret for å se om de kan gi støtte til at Siri kan delta i fritidsaktiviteter sammen med skolevenninnene.

Sosialkontoret, helsesøster og mor møtes så regelmessig over en periode hvor hovedtemaet er hvordan mor kan støtte Siri bedre. Sosialkontoret forsøker å finne en støttekontakt til mor, men de finner ingen mor har tillit til.

Verken helsesøster eller saksbehandleren på sosialkontoret mener det er grunnlag for at de skal melde bekymring til barnevernet, men de mener at mør bør søke hjelp der fordi barnevernet rår over flere virkemidler enn sosialkontoret og skolehelsetjenesten. Mor ser på barnevernet som en trussel og ønsker ikke slik kontakt.

Imidlertid presser sosialkontoret, med økonomiske argumenter på, og mor tar tilslutt kontakt og ber om hjelp fra barnevernet. Barnevernet utredere saken og innhenter opplysninger fra sosialkontoret og skolehelsetjenesten, men utover det er det ingen kontakt.

Sosialkontoret fortsetter å yte økonomisk bistand til mor, men etter en omorganisering og en utskifting av saksbehandlere reduseres kontakten til å dreie seg om søknader og sporadiske forsøk med kurs eller lignende for å hjelpe mor til arbeid.

Helsesøster ser Siri på skolen, men hun oppsøker ikke lenger helsesøster. I skolemøter forstår helsesøster at Siri har økende fravær og dårligere resultater, men hun forutsetter at barnevernet gjør det de kan for å hjelpe Siri.

Vedlegg 3

Eksempler på omtale av samarbeid i rundskriv og veiledere:

Formidling av opplysninger og samarbeid der barn utsettes for vold i familien, veileder utgitt juni 2005 av BFD etter anbefalinger fra arbeidsgruppe sammensatt av representanter fra JD, UFD, Shdir (representerte også HOD og AID) og BFD

Pkt. 1 Innledning s. 5: *”De forskjellige instansene og tjenestene kan uansett ikke alene oppgå de overordnede målsettingene for arbeidet med barn som er utsatt for vold i familien. En viktig forutsetning for at samfunnet skal bli i stand til å gi barna og deres familier tilstrekkelig beskyttelse og helhetlig og koordinert hjelp, er at instansene og tjenestene utleverer og innhenter nødvendige opplysninger og etablerer et funksjonelt samarbeid, der forholdene ligger til rett for og lovverket åpner for det.”*

Samarbeid mellom tjenesteytere som gir tilbud til barn og unge under 18 år med nedsatt funksjonsevne – bruk av individuell plan utgitt av BFD, HOD, SD og UFD, jf.. rundskriv I-3/2004. Her heter det under overskriften Regelverk om samarbeid: *”Samarbeid mellom tjenestene på tvers av ulike sektorer og nivåer er en forutsetning for et godt hjelpeapparat og et så selvfølkelig mål at det ikke er regulert særskilt i et eget regelverk. Derimot er det gitt en rekke enkeltbestemmelser som regulerer sider av samarbeidet mellom tjenestene”.*

I Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene, en veileder utgitt av Sosial- og helsedirektoratet etter oppdrag fra HOD og BLD, jf.. IS-1405, heter det i forordet: *”Barn og unge som sliter psykisk vil ofte ha behov for støtte og hjelp fra mange offentlige instanser. Altfor ofte kjenner foreldrene seg alene om å skaffe nok hjelp til barnet sitt. Derfor vil Regjeringen styrke samarbeidet og samordningen av tiltak mellom det kommunale psykiske helsearbeidet, spesialisthelsetjenesten og barnevernet. Disse barna og disse foreldrene er helt avhengig av at de møter et hjelpeapparat som evner å samarbeide om tiltak til barnets beste. Et slikt samarbeid må organiseres, og det er et ledelsesansvar å organisere tjenesten slik at den også treffer barn med sammensatte problemer...”*

I Oppfølging av barn til psykisk syke og/eller rusavhengige foreldre, et rundskriv fra Sosial- og helsedirektoratet, jf.. IS-5/2006 heter det: *”Foreldre i en vanskelig situasjon kan trenge bistand til å bedre ivareta barnas behov. Dersom det oppstår motstridende interesser mellom barn og foreldre er det viktig at barneperspektivet ivaretas. På denne bakgrunn anbefaler direktoratet at aktuelle tjenester etablerer rutiner/prosedyrer som tar sikte på å fange opp om aktuelle tjenestemottakere har barn, hvordan barnas situasjon er, samt sikre at nødvendig oppfølging er igangsatt eller tar initiativ til at det igangsettes. Arbeidet med å sikre at barn får nødvendig oppfølging vil i mange tilfeller forutsette samhandling med og ansvarliggjøring av andre instanser. Kommunikasjon med andre instanser må som hovedregel skje på bakgrunn av tjenestemottagerens tillatelse. I noen tilfeller kan det imidlertid foreligge opplysningsplikt/rett”*

I Forebyggende innsats for barn og unge, et rundskriv utgitt av Barne- og likestillingsdepartementet, Kommunal- og regionaldepartementet, Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Justis og politidepartementet og Kunnskapsdepartementet jf.. rundskriv Q-16/2007 s. 7 heter det: ” *Barn og unge lever ikke sine liv innenfor sektorgrenser. En del barn og unge har omfattende og sammensatte problemer og har behov for hjelp fra flere tjenester. Da er det viktig at disse tjenestene samarbeider og er mest mulig samkjørte. Et godt samarbeid forutsetter også at de som jobber med barn og unge har tilstrekkelig kunnskap, blant annet om plikt og adgang til å videreformidle opplysninger. .. (s 8) Mange kommuner har erfart at uformelle samarbeidsrelasjoner også kan gi gode resultater. Faren med et slikt uformelt samarbeid er at innsatsen blir sårbar og lett kan falle sammen, for eksempel dersom en av nøkkelpersonene i arbeidet forsvinner. Å etablere gode samarbeidsrutiner og strukturer forutsetter kunnskap om lokale forhold og rammebetingelser og om muligheter og barrierer. Både styrker og svakheter for samarbeid må identifiseres, og man må finne felles retning og mål. Sjansen for å lykkes vil være større dersom problemforståelse, målformuleringer, styrings- og rapporteringssystemer drar i samme retning, og samarbeidspartnere har forståelse og aksept for hverandres ansvar, roller, kunnskap og verdier.*”

I barnevernloven er kommunens og barneverntjenestens forebyggende virksomhet og samarbeid med andre deler av forvaltningen regulert i §§ 3-1 og § 3-2.

Kommunen har ansvar for å drive generelt forebyggende virksomhet, jf.. § 3-1 1.ledd. Barnevernloven pålegger kommunen å følge nøye med i de forhold barn og unge lever under, og har ansvar for å finne tiltak som kan forebygge omsorgssvikt og atferdsproblemer, jf.. § 3-1 1. ledd. Departementet foreslo i Ot.prp. nr. 44 (1991-1992) Om lov om barneverntjenester (barnevernloven) at barneverntjenesten skulle ha ansvaret også for det forebyggende arbeidet, jf.. særmerknaden til § 3-1: ”*Bestemmelsen må ses i sammenheng med lovens formålsparagraf som også omhandler både barneverntjenestens generelle og spesielle ansvar. Første ledd pålegger barneverntjenesten å følge nøye med i de forhold barn lever under, og å finne fram til forebyggende tiltak. Det er en klar forbindelse mellom dette arbeidet og samarbeide med andre sektorer som generell oppgaveløsning og planarbeid, jf.. § 3-1. Etter annet ledd pålegges barneverntjenesten å søke avdekket omsorgssvikt og atferdsproblemer så tidlig at det enkelte barn kan få den nødvendige hjelp til rett tid.*” Flertallet i Forbruker- og administrasjonskomiteen gikk ved behandling av proposisjonen imidlertid inn for at ansvaret for den forebyggende virksomhet slik det nå fremgår av § 3-1 1. ledd, skulle legges til kommunen, og ikke til barneverntjenesten. Barneverntjenesten har et spesielt ansvar for å avdekke problemer så tidlig at tiltak kan settes inn for å unngå varige skader, jf.. § 3-1 2. ledd.

Samarbeid med andre deler av forvaltningen er regulert i barnevernloven § 3-2. I Ot.prp. nr. 44 er det i særmerknaden til § 3-2 uttalt: ”*Barneverntjenestens ansvar for å ivareta barns interesser følger av § 1-1, lovens formål. Samordning og samarbeid med andre offentlige organer er en forutsetning for å imøtekomme dette ansvaret.*”

Barnevernlovens og sosialtjenestelovens bestemmelser om samarbeidsplikt er til dels like i innhold, jf.. begge lover § 3-2 2. ledd, der det heter at tjenesten skal samarbeide med andre sektorer og forvaltningsnivåer når dette kan bidra til å løse oppgaver som

den er pålagt etter ”denne loven.” Samarbeidsplikten for barneverntjenesten gjelder i den grad slikt samarbeid kan bidra til å løse oppgaver som barneverntjenesten er pålagt etter barnevernloven, og tilsvarende for sosialtjenesten. Det er således ikke en lovpålagt plikt om å samarbeide for at andre tjenester skal kunne løse oppgaver etter det regelverket som gjelder for disse tjenestene.

I veileder fra Sosial- og helsedirektoratet IS-1154 **Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten** omtales kravet i Helsestasjonsforskriften, § 2-1 3. ledd, om rutiner for samarbeid med andre kommunale tjenester. ”Det er en fordel at slike samarbeidsrutiner er nedskrevet med tanke på kvalitetssikring og kontinuitet i tilbudet. Det gjør samarbeidet enklere ved evt. Utskifting av personell (s 13)..... Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal samarbeide med andre kommunale tjenester som for eksempel sosialtjenesten, barneverntjenesten, barnehage, skole, PP-tjeneste og hjemmesykepleie. Hvordan man velger å organisere samarbeidet avhenger av den lokale strukturen. Det som er viktig er at man gjennom samarbeid styrker tilbudet til brukerne og bidrar til at det samlede tjenestetilbudet fremstår helhetlig og integrert.”

Vedlegg 4

Oversikt over deltakere i forberedende møter om felles landsomfattende tilsyn 2008 med kommunale helse- sosial- og barneverntjenester til barn.

Brukere:

Landsforeningen for barnevernsbarn
Voksne for barn
Foreningen for fosterhjemforeldre
Mental helse
Redd Barna
Frelsesarmeen

Fagmiljø:

Politidirektoratet
Barneombudet
Leger i samfunnsmedisinsk arbeid
Norsk sykepleierforening, Landsgruppe av helsesøstere
Fellesorganisasjonen for barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleiere
NOVA
Barnevernets utviklingssenter i Bergen
Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet
Sosial- og helsedirektoratet

I tillegg ble det avholdt møte med

KS

Ett felles møte med representanter fra Melhus og Oppdal kommuner i Sør-Trøndelag