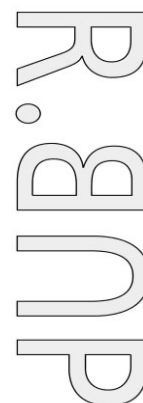


Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet  
Postboks 8036 Dep  
0030 OSLO



Vår dato  
12.11.2012

Vår referanse  
2012-075

Saksbehandler

Deres dato  
05.09.2012

Deres referanse  
12-3288

### **Vedr. høring – Forslag til endringer i barneloven (forslag om endringer i finansieringsansvaret og i den faglige samhandlingen mellom stat og kommune, forslag om styrking av barns rettigheter mv.)**

Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør (RBUP Øst og Sør), viser til mottatt høringsnotat av 05.09.2012 vedrørende forslag til endringer i barneloven.

RBUP Øst og Sør er en kompetansegivende organisasjon, som gjennom forskning og undervisning arbeider for å støtte og bedre tjenestene for barn og unge. Vi takker for anledningen til å uttale oss om forslaget til endringer i barneloven når det gjelder endringer i finansieringsansvaret og i den faglige samhandlingen mellom stat og kommune, forslag om styrking av barns rettigheter mv. I hovedsak støtter vi forslagene til endringer i det meget velskrevne notatet som departementet her har lagt frem. Vi har imidlertid noen synspunkter vi mener bør vurderes i det videre arbeidet.

#### **Bakgrunn og faktagrunnlag**

Barnevernet er en av velferdsstatens viktigste arenaer. Barna er blant samfunnets mest sårbare og utsatte, og det er derfor grunn til å merke seg den store økningen i bekymringsmeldinger til barnevernet og i antall barn som får tiltak i regi av barnevernet. Det er viktig å belyse hva tallene er et uttrykk for, og gi en tydelig bedømmelse av om det foreligger en reell økning av vanskjøtsel og omsorgssvikt, om tjenestene oppdager flere som de ikke så tidligere eller om økningen er et uttrykk for at man yter bistand til familier der hovedproblemet ikke er omsorgssvikt, men økonomiske problemer. I denne sammenheng er det også grunn til fokusere på hvilket mandat vanlige kommunale instanser som familiesentre, kommunepsykolog, helsestasjon, barnehager og skoler har i møte med barn og deres familier og om forventningene (og arbeidsfordelingen med barnevernet) er godt nok beskrevet. Etter vår vurdering må man skille mellom «velferdsbarnevernet», der barnefamilier med lav sosioøkonomisk status blir meldt til barnevernet, og "kjernebarnevernet" der de sentrale problemene er vanskjøtsel, omsorgssvikt eller store atferdsvansker. Å avklare hva som egentlig øker, er en sentral premiss for diskusjonene om kvalitative forbedringer av tjenestetilbudet i barnevernet og organiseringen av de ulike tjenestetilbudene.

Mange utfordringer er godt beskrevet i forslaget. Det er vår vurdering at barnevernet har noen tilleggsutfordringer:

- Å tilby hjelpetiltak til den ressursvake familie og å skulle vurdere å ta omsorgsansvaret fra den samme familien, er to så grunnleggende forskjellige oppgaver at det bør reises en diskusjon om de bør være forankret i samme tjeneste. Man bør – i lovgivning og praksis -

**Regionsenter for barn og unges psykiske helse  
Helseregion Øst og Sør**

RBUP Øst og Sør  
Gullhaug Torg 4B, 0484 Oslo  
Postboks 4623 Nydalen, 0405 Oslo

Sentralbord: + 47 22 58 60 00  
Web: <http://www.r-bup.no>  
Firmamail: [mail@r-bup.no](mailto:mail@r-bup.no)

Bankkonto: 6096.05.18392  
Org.nr: 980.633.004

skille tydeligere mellom oppgaven det er å tilstå en familie gratis barnehageplass eller hjelpetilbud i hjemmet (og liknende hjelpetiltak) og den uhyre vanskelige oppgave det er å vurdere om foreldre må fratras omsorgen for sitt eller sine barn.

- Å vurdere omsorgsovertakelse og å yte slik omsorg til barn som ikke kan bo hjemme, er en så alvorlig oppgave at det må stilles store krav til fagligheten i vurderingene. Det må være klart - ut fra forskning og evaluering, eller utvetydig praksiserfaring - at man gjør mer nytte enn skade. Det faglige grunnlaget for barnevernets tiltak i alvorlige saker er for svakt. Det gjelder også systemer for monitorering av kvalitet, støtte til lokal kvalitetsforbedring, og systemer for å lære av sine feil.
- Alle "hjelpetjenester" bør være delt i en førstelinjetjeneste og en annenlinje. De to nivåene har to helt ulike oppgaver og funksjoner, og må samarbeide nært og tillitsfullt. I mange tjenester verden over anses dette så viktig at man lager én felles tjeneste (som er uavhengig av samfunnets forvaltningsnivåer). For eksempel er helsetjenesten i Storbritannia og flere andre land innrettet slik. Førstelinjen skal møte hele det usorterte problemtilfanget og finne de som må ha videre oppfølging, mens annenlinjens oppgave er å arbeide med de komplekse, vanskelige sakene som ikke lett lar seg håndtere med "enkle" tiltak i førstelinjen. Denne forståelsen er ikke godt nok forankret i barnevernet, og tilliten mellom det kommunale og statlige nivået er ikke god nok. Det å henvise en familie tidlig nok til et team som har større kompetanse på komplekse saker, er en vanskelig, men helt nødvendig del av et barnevern der barn faktisk blir beskyttet og tatt på alvor når de trenger det. Denne beslutningskompetansen kan lett bli forstyrret av organisatoriske rammer som for eksempel en betalingsordning.
- I møtet med den norske kommunemodellen (mange små kommuner med betydelig handlefrihet i oppgaveløsningen) har barnevernet et stort problem knyttet til det som i internasjonal litteratur om tjenesteforbedring kalles volum/kvalitet-spørsmålet. For faglig kompliserte tjenester som ytes relativt sjelden (f. eks. omsorgsovertakelser og akutt plasseringer) må tjenesten arbeide med et tilstrekkelig høyt volum for å opprettholde og forbedre kvalitet. Alle norske kommuner med færre enn 50 -100 000 innbyggere har her en åpenbar kvalitetsutfordring i barnevernssaker. Det er sannsynligvis svært vanskelig å konkludere med at det haster med å gi et lite barn et annet omsorgsmiljø når en ikke er trenet i slike vurderinger gjennom flere saker per måned. Tilsvarende vet vi det er vanskelig å gjøre vurderinger på basis av mistanke om vold når en ikke har gjentatte erfaringer med problematikken.
- Samarbeidet og arbeidsdelingen med helsetjenesten fungerer altfor dårlig. Det er innlysende at de fleste av barna som må plasseres i fosterhjem eller på institusjon (eller som får krevende hjemmebaserte tiltak) også har betydelige psykiske problemer. For å håndtere slike vansker må barnevernet enten kunne yte helsetjenester selv med veiledning (fra spesialisthelsetjenesten) eller få hjelp av helsetjenesten i et konkret, forpliktende og faglig godt samarbeid. Et enkelt eksempel er at det må gjøres gode suicidfarevurderinger i akuttinstitusjoner. Det er også et tydelig behov for samarbeid i lokalsamfunnet om forebyggende tiltak, både av generell karakter og overfor risikofamilier. Forebyggende barnevern er i stor utstrekning sammenfallende med forebyggende psykisk helsearbeid rettet mot barn, unge og familier.

### Finansieringsansvar

Finansieringsordninger er et virkemiddel som brukes for å stimulere til rett bruk av rett tjeneste. Etter vår vurdering er det grunn til å spørre om bruk av økonomiske incentiver virkelig er tilpasset den realiteten barnevernet står i. Hvis de aller fleste norske kommuner har få eller svært få saker der egenandelen er høy, er ikke dette incentivet nødvendigvis et godt virkemiddel. Dersom det foregår et utstrakt interkommunalt samarbeid der faglige vurderinger gjøres og økonomiske konsekvenser bæres i store fellesskap, kunne det fortone seg annerledes.

Andre virkemidler som skal balansere økonomiske incentiver, blir ofte alt for svake. Det foreligger betydelig erfaring fra helsetjenesten på dette punkt. Økonomiske incentiver skaper regelmessig uønskede vridningseffekter som ikke lar seg balansere f.eks. av det svake virkemiddelet "faglige retningslinjer".

Dersom man skal eksperimentere med slike ordninger, bør det skje innenfor rammen av evalueringsforskning. Eksempelvis kan man gjøre en trinnvis innføring og slik lære om effektene på en bedre måte enn om man innfører slike ordninger over det ganske land på samme tidspunkt.

### **Bedre faglig samhandling mellom stat og kommune**

Skal to forvaltningsnivåer yte hver sin del av det som av befolkningen burde oppleves som én tjeneste, stiller det store krav til samhandlingen. Den samme utfordring har alltid vært stor i helsetjenesten, selv om man der - historisk - har hatt et mer uproblematisk forhold (enn i barnevernet) mellom "spesialister" i annenlinjen og "generalister" i førstelinjen. Problemet er ikke løst selv etter at forvaltningsnivået (fylkeskommunen) sluttet å ha driftsansvar og staten overtok i form av særskilte foretak med egne styrever og egen lovgivning.

Etter vår vurdering er det grunn til å tro at barnevernet vil måtte leve med store samhandlingsproblemer også etter innføring av de foreslåtte tiltak. De grunnleggende utfordringene er store, mens virkemidlene er for svake.

I den situasjonen man er i, er det imidlertid viktig å fremme tiltak som kan styrke fagligheten, fremme implementeringen av kvalitetsforbedring og bidra til bedre koordinering av oppgaveløsningen. Det bør innebære at også kommunene får et fagdirektorat som – som foreslått – kan spille en mer generell faglig rolle. Et fagdirektorat, når det fungerer godt, vil nettopp spille en viktig rolle for å legge et mer enhetlig og faglig sterkt grunnlag for en tjenestes virksomhet. Det kan bl.a. skje gjennom utarbeidelsen av faglige anbefalinger og ambisjoner, som i kvalitetsforbedringsarbeidet går under en rekke navn (retningslinjer, behandlingslinjer, normer, faglige standarder, prioriteringer, råd mm.). Det er en uklar overgang til mer juridisk bindende dokumenter (som forskrifter) og på den annen side mer operativ virksomhet som faglig veiledning og støtte, støtte til kvalitetsforbedringsarbeid, videre- og etterutdanning og andre tiltak.

Det er naturlig at et slikt faglig koordinerende ansvar ivaretas av et direktorat med sterk støtte fra et dedikert kunnskapsmiljø. Et direktorat alene skal ikke og kan ikke være fullt ut oppdatert om kunnskapsstatus for ulike problemer og virkemidler, og kan også lett få utfordringer knyttet til å organisere gode prosesser der myndigheter, tjenesteeiere, forskere og brukere samhandler systematisk og faglig godt etter en egnet mal (jfr. Helsedirektoratets problemer med å etablere en gode prosesser og produkter for kvalitet og prioritering). Derfor har vi i norsk helsetjeneste fått Nasjonalt kunnskapsenter for helsetjenesten, på samme måte som svensk, finsk og dansk helseforvaltning støtter seg til fagmiljøer som har som oppgave å legge kunnskapsgrunnlaget for policybeslutninger og å støtte kvalitetsutvikling i feltet. Selv om departementet ikke nå har drøftet hvordan et slikt faglig oppdrag bør organiseres, vil vi gjerne peke på at det ligger vel til rette for at de regionale kunnskapsentre for barn og unge (RKBU/RBUP) kan fylle en slik rolle vis-a-vis et mer komplett fagdirektorat.

### **Styrket rettssikkerhet**

Her er flere viktige og gode forslag, særlig knyttet til lovfesting av barns rett til medvirkning og mulighet til å ha en særskilt tillitsperson. Forslaget om å rettighetsfeste barnevernsloven støttes. Vi gir også vår tydelige tilslutning til forslaget om endring til ord og begreper som oppleves bedre av barn og familier som får tjenester fra barnevernet.

### Forslag om pilotdistrikter

Både Trondheim kommune og Oslo kommune har hatt/har ordninger der kommunene både har ivarettatt første- og andrelinjansvaret i barnevernet. Disse har ikke blitt fulgt systematisk med forskning.

Det hadde vært interessant å få etablert modelldistrikter der alle bekymringsmeldinger går til en egen spesialisert interkommunal enhet der sorteringen av alvorlighetsgrad foretas (i større kommuner kan man organisere dette på egen kjøll). Samme enhet følger direkte opp familier der det er mistanke om alvorlig omsorgssvikt eller vanskjøtsel (eller atferdsvansker). De øvrige familiene får sin oppfølging av et kommunalt barnevern som er spesialisert på hjelpetiltak og oppfølging av barn som bor i omsorgstiltak henvist fra den spesialiserte enheten.

På denne måten vil også bruk av tiltakene som det statlige barnevernet rår over få bestillinger av et operativt barnevern som får trening i å håndtere de mest komplekse sakene. Kommunene på sin side vil få ansatte som virkelig er trent i hjelpetiltak og oppfølging forhåpentligvis i nært samarbeid med forskningsmiljø. Både New Zealand og Chile har valgt slike modeller og slik vi tenker, vil de kunne representere et nyttig bidrag for bl.a. å sikre en mer forsvarlig behandling av bekymringsmeldinger og mer forsvarlig gjennomførte undersøkelsessaker. Barnet vil møte ansatte som har trening i å se barn som lever i omsorgssvikt og trening i hjemmebaserte observasjoner. En slik modell kan også lede til en profesjonalisering av hjelpetiltak og oppfølging av barn under omsorg.

Dersom slike modeller implementeres innen rammen av gode evalueringsforskning, vil man relativt raskt kunne få sikker og relevant kunnskap om nytten av slike endringer.

Med vennlig hilsen

sign.

---

Arild Bjørndal  
direktør  
RBUP Øst og Sør

sign.

---

Marit Bergum Hansen  
leder  
Nasjonalt Kompetansenettverk  
for sped- og småbarns psykiske helse