

Samhandling mellom barnevern og psykisk helsevern for barn og unge – en  
litteraturgjennomgang

---

Sturla Fossum<sup>1</sup>, Camilla Lauritzen<sup>1</sup>, Svein A. M. Vis<sup>1</sup>,  
Agnetha Ottosen<sup>2</sup> og Kirsten B. Rustad<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Regionalt Kunnskapscenter for barn og unge – barnevern og psykisk helse

UiT – Norges arktiske universitet

<sup>2</sup>Pedagogisk psykologisk tjeneste, Haugesund

<sup>3</sup>Barnevernet, Tromsø

Førsteamanuensis - [sturla.fossum@uit.no](mailto:sturla.fossum@uit.no)

Førsteamanuensis - [camilla.lauritzen@uit.no](mailto:camilla.lauritzen@uit.no)

Førsteamanuensis - [svein.arild.vis@uit.no](mailto:svein.arild.vis@uit.no)

Cand.psychol - [agnethaottosen@hotmail.no](mailto:agnethaottosen@hotmail.no)

Master i barnevern - [kirsten.rustad@gmail.com](mailto:kirsten.rustad@gmail.com)

Informasjon om bidragsyterne:

Navn: **Sturla Fossum**

Tittel/yrke: **Førsteamanuensis**

Arbeidssted: **RKBU nord, Det Helsevitenskapelige fakultet, UiT – Norges arktiske universitet**

Epostadresse: [sturla.fossum@uit.no](mailto:sturla.fossum@uit.no)

Navn: **Camilla Lauritzen**

Tittel/yrke: **Førsteamanuensis**

Arbeidssted: **RKBU nord, Det Helsevitenskapelige fakultet, UiT – Norges arktiske universitet**

Epostadresse: [camilla.lauritzen@uit.no](mailto:camilla.lauritzen@uit.no)

Navn: **Svein Arild Vis**

Tittel/yrke: **Førsteamanuensis**

Arbeidssted: **RKBU nord, Det Helsevitenskapelige fakultet, UiT – Norges arktiske universitet**

Epostadresse: [svein.arild.vis@uit.no](mailto:svein.arild.vis@uit.no)

Navn: **Agnetha Ottosen**

Tittel/yrke: **Cand. psychol,**

Arbeidssted: **Pedagogisk-psykologisk tjeneste, Haugesund.**

E-post: [agnethaottosen@hotmail.com](mailto:agnethaottosen@hotmail.com)

Navn: **Kirsten Buck Rustad**

Tittel/yrke: **Master i Barnevern**

Arbeidssted: **Barneverntjenesten, Tromsø**

Epostadresse: [kirsten.rustad@gmail.com](mailto:kirsten.rustad@gmail.com)

## Sammendrag

Hensikten med kunnskapsoversikten var å lære mer om samhandlingen mellom barnevernet og psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) i Norge. Det ble gjort litteratursøk sommeren 2014 i rapporter og artikler som var publisert i tiden 2004 til 2014. Kriterier for inklusjon var at barnevern og/eller PHBU sto i tittelen. Totalt var 78 publikasjoner relevante for en grundigere gjennomgang, og av disse ble 36 inkludert i denne kunnskapsoversikten. Generelt kan det synes som om samhandlingen mellom barnevern og PHBU fungerer bra. Det finnes imidlertid eksempler hvor samhandlingen ikke fungerer tilfredsstillende. Dårlig samhandling kan føre til at barn og unge ikke får tilstrekkelig gode, helhetlige, og samordnede tiltak. Dette er bekymringsfullt siden barn og unge som mottar eller burde motta tiltak fra både barnevern og PHBU, er en særlig utsatt gruppe. Det er vanskelig å slå fast hvor mange som rammes av at samhandlingen mellom tjenestene ikke fungerer tilfredsstillende. Årsaker til vansker i samhandling kan være administrative og økonomiske forhold, samt at det er ulike lovverk som regulerer tjenestene. Kunnskapsoversikten viser at det foreligger lite forskningsbasert informasjon om omfanget av samhandling, samhandlingsvansker og mulige konsekvenser. Det er også lite kunnskap om ulike samarbeidsmodeller mellom tjenestene. Funnene og mulige implikasjoner drøftes.

### Nøkkelord:

Samhandling, barnevern, psykisk helsevern for barn og unge (PHBU)

### Abstract (avsnittstittel)

The purpose of the article is to provide information regarding interaction between child welfare agencies and mental health services for children and adolescents in Norway. We conducted literature searches and examined relevant publications. Literature published from 2004 until summer of 2014 was relevant and in all 36 of the publications were included. In general, it seems as if interaction between the services in general is good. However in some cases, cooperation is difficult. Reasons for this could be due to administrative and financial barriers and that the services are regulated by different legislation. Independently of the reasons for these barriers, cooperation difficulties gives causes for concern because these children have heightened risk for adverse outcomes in both short-term and long-term. The findings and possible implications are discussed.

### Key-words:

Interaction, child welfare agencies, mental health services for children and adolescents

## Innledning

Det foreligger, så langt vi kjenner til, ingen systematisk oversikt over samhandling mellom barnevernet og psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) i Norge. Dette kan synes noe paradoksalt siden barnevernsklinter oftere synes å ha behov for psykiatrisk utredning og behandling enn barnebefolkningen generelt. Denne artikkelen presenterer resultatene fra en litteraturgjennomgang for å få mer kunnskap om samarbeidet og samhandlingen mellom disse tjenestene. Vi ønsker også å drøfte forhold ved samhandlingen som fungerer og mulige årsaker til at denne av og til kan være problematisk.

Barn og unge som har vært klienter i barnevernet, har ofte dårligere sosial og psykisk fungering enn barn og unge generelt. Voksne som tidligere har vært barnevernsklinter fullfører i mindre grad utdanning, har lavere inntekt, er oftere arbeidsledige og mottar oftere sosialhjelp enn voksne uten slik forhistorie (Clausen & Kristoffersen, 2008). Disse forholdene illustrerer behovet for økt kunnskap om samhandling mellom tjenestene. I et svensk utvalg fant Vinnerljung (2006) at barn og unge som har vært under omsorg av barnevernet, har forhøyet risiko for flere uheldige utfall som unge voksne, sammenliknet med jevnaldrende. Tidligere barnevernsklinter mottok også oftere psykiatrisk behandling senere i livsløpet (Vinnerljung, Hjern, & Lindblad, 2006). Trass i funn som dette, er det viktig å ha i mente at selv om risikoen er økt for et mer ugunstig livsløp fra barndom til voksen for tidligere barnevernsklinter, gjelder ikke dette alle (se for eksempel Clausen & Kristoffersen, 2008; Clausen & Vetlesen, 2012; Vinnerljung & Ribe, 2001).

Fra og med 1. januar 2012 har samhandlingsreformen gradvis blitt innført i Norge (st.meld.nr. 42, 2008-2009). Hensikten med denne er blant annet å sørge for bedre koordinerte tjenestetiltak (ibid). En nylig publisert norsk studie viste at så mange som 76 % av barn og unge på barnevernsinstitusjon oppfylte diagnosekriteriene for minst én psykiatrisk lidelse (Kayed et al., 2015). Forskning fra USA viste at nesten halvparten av barna i barnevernsundersøkelser hadde emosjonelle- og/eller atferdsvansker (Burns, et al., 2004). Lehmann og kolleger (2013) fant at omtrent halvparten av barna i fosterhjem oppfylte kriteriene for minst én psykiatrisk diagnose. To nye, norske longitudinelle studier (Havnen, Breivik & Jakobsen, 2014; Vis, Handegård, Holtan, Fossum & Thørnblad, 2014) som fulgte utviklingen i psykisk helse hos barn i fosterhjem viste at andelen barn med psykiske helseproblemer var stabil ved ulike alderstrinn. Det er imidlertid ikke de samme barna som har problemer gjennom hele oppveksten. Havnen og kolleger (2014) fant i gjennomsnitt små endringer i omsorgspersonenes rapporterte psykososiale belastninger og at 55% av barna endret status fra ikke å ha problemer ved første gangs kartlegging til å ha psykiske helseproblemer åtte år senere. Tilsvarende var det barn (22 %) som viste en forbedring, fra å ha problemer til ikke å ha problemer av betydning ved oppfølgingstidspunktet. I lærerrapporterte vansker var det i hovedsak fremgang. Studien til Vis og kolleger (2014) fant tilsvarende resultat. I dette utvalget hadde om lag 26 % av barna en betydelig forverring av psykiske helseproblemer i løpet av åtte år, mens en like stor andel (26%) viste en klar forbedring. Begge studiene viste at mens gutter har størst problemer i yngre alder, har jenter mer problemer i tenårene. Begge studiene viste at selv om mange av barna identifiseres tidlig, får hjelp og viser forbedring, er det samtidig en betydelig gruppe barn som senere utvikler problemer.

En gjennomgang fra Helsetilsynet (2012) viste at mange barn og unge med tiltak fra barnevernet også hadde behov for hjelp fra PHBU. Likeledes fant man i studien «Barn i Bergen» at det blant de hjemmeboende barnevernsklientene var mange som hadde psykiske vansker og at så mange som 68 % i utvalget også mottok tiltak fra PHBU (Iversen, Havik, Jakobsen & Stormark, 2008). Hvor mange dette gjelder, er ikke kjent. Studiene om omfang av psykiske vansker, psykiske problemer eller psykiske lidelser hos barn med tiltak fra barnevernet, tyder på at problemomfanget er større for barn med frivillig og tvungen plassering, inkludert både barn i fosterhjem og på barnevernsinstitusjoner, enn hva tilfellet er for barn som bor hjemme. Det rapporteres at noen barn blir skjøvet fra tjeneste til tjeneste, uten at noen tar ansvar (Helsetilsynet, 2012). I en veileder til PHBU presiseres at barn og ungdommer i barnevernet som andre barn og unge skal henvises, vurderes og tas imot i poliklinikken. Dette gjelder også familier hvor foreldres omsorgsevne er under vurdering. På grunn av den aktuelle situasjonen kan disse barna og ungdommene ha særlige hjelpebehov (Helsedirektoratet, 2008). Backe-Hansen og kolleger (2011) anførte at “ved innføringen av barnevernsreformen var hensikten å sikre like gode tilbud til barn og unge med behov for barneverntjenester uavhengig av hvor i landet de bor, sørge for forsvarlig kvalitet i alle ledd innenfor barnevernet og utvikle bedre samarbeid med kommunene” (s 355). Det kan være helsegevinster forbundet med å styrke samhandlingen mellom profesjonelle aktører som kommer pasienten til gode (Buscemi et al., 2012).

Samhandling mellom barnevernet og PHBU kan være problematisk. Det hevdes at “barn under omsorg i barnevernet blir avviste med at omsorgssituasjonen er uavklart, at barnet er umotivert, eller at psykisk helsevern for barn og unge ikke har et passende behandlingstilbud” (Helsetilsynet, 2011). Videre er det argumentert med at “gjentatte

studier indikerer et underforbruk av psykiske helsetjenester blant barn og unge med tiltak i barneverntjenesten” (s. 27, Helsetilsynet, 2006). Det er gjennomført en kunnskapsgjennomgang av det samlede tjenestetilbudet til barn og unge i 2005 (Andersson, 2005). Samarbeidet mellom barnevernet og PHBU inngår i dette arbeidet, men gjennomgangen er noe gammel og den har heller ikke et spesifikt fokus på samhandlingen mellom barnevern og PHBU. Med bakgrunn i dette ble det gjennomført en systematisk kartlegging av utredninger, rapporter, artikler og annet (heretter omtalt som publikasjoner) for slik å øke kunnskapen om denne samhandlingen.

Kunnskapsoversikten er gjennomført ved Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – nord (RKBUN) på oppdrag fra Barne-, ungdoms-, og familiedirektoratet (Bufdir) og Helsedirektoratet. Resultatene fra denne kunnskapsoversikten ble presentert i en rapport av Fossum, Lauritsen & Vis (2014). Med utgangspunkt i kunnskapsgrunnlaget fra denne rapporten har Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet igangsatt arbeid for å utarbeide et felles rundskriv for å avklare hvilke rettslige rammer som gjelder for samarbeid mellom PHBU og barnevernet (se Bufdir/ Helsedirektoratet, 2015).

Hensikten med denne kunnskapsgjennomgangen er å videreføre dette arbeidet som en vitenskapelig artikkel og å videreføre og ytterligere aktualisere drøftingene av samarbeidet mellom barnevernet og PHBU. Forhold som blir belyst er:

- (i) Hvordan fungerer samarbeidet mellom barnevernet og PHBU i dag?
- (ii) Hva gjør at samarbeidet fungerer/ ikke fungerer?
- (iii) Finnes det samarbeidsmodeller og
- (iv) Hva er forhold i samarbeidet som kunnskapsoversikten viser kan styrke samhandlingen?



## Metode

Artikkelen skal gi en oversikt over aktuell litteratur og forskning om samarbeid mellom barnevern (kommunal og statlig) og psykisk helsevern for barn og unge (PHBU, også kalt BUP). Dette inkluderer også enheter i spesialisthelsetjenesten som barnehabilitering, psykiatriske sengeposter for barn og unge, familiesentre, barneavdeling og annet. Systematiske søk og datainnsamlinger ble gjort av fjerde- og femteforfatterne.

Nettsteder og fagbibliotek som ble gjennomført for relevant litteratur var:

- (i) [bufetat.no/bufdir](http://bufetat.no/bufdir),
- (ii) [fhi.no](http://fhi.no),
- (iii) [regjeringen.no/nb/dok/nouer](http://regjeringen.no/nb/dok/nouer),
- (iv) [helsetilsynet.no](http://helsetilsynet.no),
- (v) [sintef.no](http://sintef.no),
- (vi) [hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA](http://hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA),
- (vii) [kunnskapssenteret.no](http://kunnskapssenteret.no), og
- (viii) [ssb.no](http://ssb.no).

Det ble også gjort søk i rapporter fra RKBUEne (herunder også publikasjoner fra RBUPene og BUSene og RBUP sør og øst). Noen referanselister til aktuelle rapporter ble gjennomført for relevant litteratur. Disse inkluderte Helsetilsynet (2012) og Kunnskapssenteret (2013).

Dokumenter med enten *barn, ungdom, familier, barnevern, psykisk helse/ psykisk helsevern, adopsjon eller fosterhjem* i tittelen ble gjennomgått nærmere. Dokumentene med disse ordene/frasene/ begrepene i tittelen ble gjennomgått nærmere ved å

kartlegge innholdsfortegnelsen for relevante sammendrag, kapitler og avsnitt. Videre ble det gjort elektroniske søk i hver enkelt publikasjon og relevante referanser med søkeordene og søkefrasene barnevern, psykisk helsevern, BUP/ PHBU og samhandling. For ytterligere informasjon om prosedyrer og litteraturgjennomgangene se Fossum og kollegaer (2014). Tjue av publikasjonene ble uavhengig vurdert av to kodere og enigheten mellom kodernes rapportering var tilfredsstillende. 687 publikasjoner ble ved første gjennomgang vurdert som relevante og av disse var 78 (11,4 %) relevante for en grundigere gjennomgang. Etter gjennomgangen av de 78 publikasjonene ble til sammen 36 publikasjoner inkludert.

### Metodiske begrensninger

Gjennomføringen av denne kunnskapsoversikten har noen svakheter som man bør ta hensyn til når implikasjonene diskuteres. Litteratursøkene i kartleggingen var omfattende. Det er likevel mulig at det finnes relevant informasjon som belyser samhandlingsproblematikk, men som ikke ble identifisert i søkene våre. Dette gjelder særlig interne rapporter og evalueringer som ikke er tilgjengelige eller publiserte. Det var også relativt få publikasjoner som ble skåret uavhengig av to skårere. Metodisk ville dette ha styrket studien, i og med at dette ville styrket robustheten i kartleggingen. Praktiske forhold som tid og ressurser til faktisk å gjøre dette, begrenset arbeidet. Begrensningene, både ved litteratursøkene og skåringene av de aktuelle publikasjonene, kan ha ført til at informasjon av interesse kan ha blitt utelatt. En annen begrensning i denne oppsummeringen er det manglende fokuset på foreldre, ved at man har utelatt samhandling mellom psykisk helsevern for voksne og barnevern/PHBU. Bedre samhandling mellom tjenester som behandler voksne med psykiske helseproblemer

eller rusproblemer og barnevern/PHBU er et sentralt satsingsområde i samhandlingsreformen, men dette var ikke aktuelt å kartlegge i dette arbeidet.

## Resultater

Totalt ble altså 687 publikasjoner vurdert som relevante ved første gjennomgang og 78 (11,4 %) grundigere gjennomgått. Etter en gjennomgang av innholdsfortegnelser og tekst med søkeord/søkefraser i 78 publikasjoner, ble 36 publikasjoner inkludert i kunnskapsgjennomgangen. I fortsettelsen presenteres funnene i forhold til temaene meldinger/ henvisninger, utredninger, samarbeid i behandling/ tiltak/ ettervern og rapporterte vansker og hindringer i samarbeid.

*Meldinger og henvisninger.* I en offentlig utredning fra 2002 hadde 1,2 % av barna i barnevernet blitt meldt av PHBU (Kristoffersen, 2007). Dette økte til 4 % i 2009 (NOU, 2009). I en evaluering av storbysatsingen ble 8 fagfolk fra ulike fagfeltintervjuet, og alle som jobbet innen PHBU rapporterte at de ofte eller av og til sendte bekymringsmelding til barnevernet etter å ha blitt kjent med forhold som pasientene lever under. Noen hadde dårlig erfaring med å sende bekymringsmeldinger til barnevernet, fordi de ikke mottok tilbakemelding om hva barnevernet foretok seg eller uenigheter i vurderingene (Myrvold et al., 2011). Informanter fra 32 barnevernkontorer i Midt-Norge var opptatte av at PHBUene brukte lang tid vedrørende henvisningene og eventuell behandling (Lurie, 2011).

I en SINTEF-rapport, rapporterte Andersson og Norvoll (2006) at om lag 11 prosent av henvisningene til PHBU kom fra barneverntjenesten. Fastlegene var den vanligste henvisende instansen. Barnevernets rutiner og praksis i tilknytning til

henvisningsprosessene varierte fra kommune til kommune (ibid). En NIBR-rapport viste at i 2005 kom 9 % av henvisningene til PHBU fra sosialtjenesten eller barnevernet, en reduksjon fra 12 % i 2002, men det er noe usikkerhet knyttet til dataene (Kristoffersen, 2007). I en rapport fra Helsedirektoratet (2009) var barnevernet involvert i 8822 av henvisningene til PHBU, eller 16 % av pasientgrunnlaget. Informasjon om barnevernets rolle var ukjent for halvparten av disse barna/ pasientene (ibid).

Blant noen av informantene ansatt i PHBU var det ulike erfaringer knyttet til barnevernets henvisninger til PHBU. Noen mente barnevernet henviser mange, mens andre var uenig i dette. Flere mente at barn som ble henvist fra barnevernet, ofte eller av og til kom for sent til behandling hos PHBU (Myrvold et al., 2011).

*Utredning.* Publikasjonene omhandlet utredninger bestilt av barneverntjenesten fra PHBU. I en rapport vedrørende modellkommunene kom det fram at 18 kommuner (ca. 70 %) hadde etablert veiledningstjeneste knyttet til bruk av kartleggingsverktøy, og tiltak for å sikre nødvendig oppfølging av barn og familier. Veiledningstilbudene varierte i forhold til hvilke verktøy som ble benyttet og hvilke instanser som benyttet dem. I flere kommuner ble veiledningen gitt av ulike fagpersoner i spesialisthelsetjenesten (som DPS eller PHBU), eller fagpersoner med denne kompetansen som kommunepsykolog. Omfanget varierte (se Rambøll, 2010). I en rapport om oppfølging av 105 fosterbarn rapporterte saksbehandlerne at PHBU hadde vært involvert i utredningen til ca. en tredjedel av sakene (Backe-Hansen, Havik, & Grønningssæter, 2013).

*Samarbeid i behandling/ tiltak/ ettervern.* Ingen publikasjoner refererte til ettervern. En NIBR-rapport viste at av 31 000 barn og unge som i 2002 fikk behandling i barne- og

ungdomspsykiatrien var 15 prosent av disse også registrert i forhold til undersøkelser eller tiltak i regi av barneverntjenesten. Nær 32 000 barn og unge mottok i 2002 barnevernstiltak og av disse fikk 3,1 prosent poliklinisk tiltak eller behandling og i underkant av en halv prosent av barnevernsbarna hadde fått institusjonsbehandling fra PHBU (Kristofersen, 2004).

Nær 70 prosent av kommunene rapporterte at helsesøstertjenesten deltok i fagnettverksgrupper for psykososiale vansker hos barn og ungdom, og tverrfaglige grupper for forebygging av psykiske vansker (Kristofersen, Sverdrup, Haaland, & Wang Andersen 2006). I en rapport om PHBU og samarbeid, kom det frem at det i 2267 (24 %) av sakene var et samarbeid mellom kommunalt barnevern og PHBU. Dette samarbeidet ble vurdert av behandlere i PHBU til å være dårlig i 10 % av sakene, som middels bra i 27 % av sakene, og godt eller veldig godt i de resterende sakene. I forhold til samarbeid med det statlige barnevernet, gjaldt dette i 4 % av sakene. Dette samarbeidet ble vurdert som godt i overkant av 80 % av sakene (Andersson, 2009). I en høringsuttalelse het det at det psykiske helsevernets forpliktelser angående prioritering og tilrettelegging av tjenester for barn/ unge med tiltak fra barnevernet, burde klargjøres. Det er viktig at barneverntiltak ikke blir eksklusjonskriterium for å få rett til nødvendig helsehjelp i psykisk helsevern (Helsetilsynet, 2006). Videre ble det presisert i en veileder at barneverntjenesten kan delta i samarbeid med andre tjenesteytere selv om barnevernets sak er avsluttet. Under forutsetning om samtykke kan for eksempel arbeidet med en individuell plan (IP) videreføres (Kommunesektorens organisasjon, 2013).

*Deltagelse i møter og tiltak.* En artikkel viste at på en skala som varierte fra 1 (ikke i det hele tatt) til 5 (i stor grad) svarte 426 informanter i barneverntjenesten i gjennomsnitt 3,5 med tilhørende standardavvik 0,94 på spørsmålet «I hvor stor grad samarbeider du med PHBU? (Heggen, Jørgensen, & Rød, 2013). I forhold til barn og unge med hyperkinetiske vansker/ ADHD, rapporterte 350 ansatte i PHBU at barnevernet var involvert i 42 % av sakene der barnet befant seg på en institusjon. Behandlerne oppga videre at barnevernet trolig burde vært involvert i ytterligere 5 % av sakene (Andersson, Ådnanes, & Hatling, 2004).

I intervju med 6 PHBU-ledere mente disse at PHBU stort sett var godt tilgjengelige (på telefon) for foreldre, og samarbeidspartnere (fastleger, helsesøstre, PPT og barnevern) (Kristoffersen, 2007). Både ledere og ansatte i PHBU mente at barnverntjenesten stort sett var ganske greit tilgjengelig for dem når det var nødvendig å ta kontakt om en sak, men ansatte i PHBU var ikke alltid enige i barnevernets prioriteringer. På den annen side rapporterte både barnevernlederne og – ansatte i varierende grad at PHBU var blitt mer tilgjengelig for dem etter opptrappingsplanen for psykisk helse. De mente at de kunne nå fram ganske raskt i akuttsaker, men syntes PHBU var vanskeligere tilgjengelig i mindre akutte saker (Kristoffersen, 2007). Data fra PHBU kunne tyde på at prosentdelen barn i PHBU som også mottok tiltak fra barnevernet, har vært stabil rundt 17 prosent i årene 2002–2010. Materialet tydet også på at prosentdelen av barn med tiltak fra barnevernet var høyere i PHBU-institusjoner enn tilfellet var for polikliniske tiltak. I forhold til pasientene som var i døgntil behandling i PHBU i 2009-2010, var barnevernet involvert i 26 % av sakene. I samme tidsrom var barnevernet involvert i arbeidet med om lag 16 % av sakene med tiltak i regi av PHBU. I underkant av 25 % av sakene hadde ikke PHBU kjennskap til om barnevernet var involvert (Helsedirektoratet,

2012). I en NOVA-rapport om oppfølgingen av barn i fosterhjem, kom det fram at PHBU deltok i om lag 13 % av samarbeidsmøtene som hovedsakelig besto av barnets fosterforeldre, kontaktlærer, saksbehandler i barneverntjenesten samt PPT-rådgiver (Backe-Hansen, Havik, & Grønningssæter, 2013).

*Rapporterte vansker og hindringer i samarbeid.* I en NOU ble det påpekt at det har vært svake samarbeidstradisjoner mellom barnevernet og psykisk helsevern og til dels manglende gjensidig kunnskap om hverandres fagtradisjoner og arbeidsmetoder. Dette har vært en utfordring for å oppnå bedre koordinering av tjenestene til barn og unge. Det aktuelle utvalget vurderte at ulikheter i de forvaltningsmessige systemene, forhandlingsmuligheter mellom tjenestene og adgang til klage var de viktigste problemstillingene i samarbeidet (Barne- og likestillingsdepartementet, 2009). Videre har det blitt fremhevet at betalingsordningene i barnevernet er innfløkte og at spørsmål om økonomisk ansvarsdeling har vært et konfliktema i samhandlingen mellom stat og kommune. Det er også argumentert for at betalingsordningene i barnevernet må innrettes slik at økonomiske forhold ikke veier tyngre enn barnevernfaglige vurderinger og beslutninger. Barnevernspanelet foreslo at behandlingsutgifter i barnevernet likestilles med behandlingsutgifter innen helsesektoren. Videre var barnevernspanelet kjent med at det er store utfordringer knyttet til samhandling mellom Bufetat og PHBU. Panelet foreslo mer forpliktende samarbeid mellom for eksempel barnevernsinstitusjoner og PHBU i regi av Bufetat eller helseforetakene (Barnevernspanelet, 2011). I en tilsynstapport fra 2012 fremkom det at det i flere tilsyn ble påpekt at den kommunale barneverntjenesten i undersøkelsessaker ikke innhentet relevant og nødvendig informasjon om barnet og familien fra andre instanser som kjente barnet og familien, med det resultat at saken ble dårlig opplyst (Helsetilsynet, 2012).

I vurdering av hvor lett eller vanskelig de anså det var å få en klient "inn i PHBU", trakk mange fram avstanden til poliklinikken i et NIBR-notat. Det var ikke bare antall kilometer det måtte reises som ble trukket fram, selv om også dette var viktig når avstanden var stor. Det ble også vektlagt at det finnes profesjonelle ulikheter og «kulturforskjeller» mellom tjenestene. I et NIBR-notat kom det frem at ansatte i barneverntjenesten ofte følte seg som en slags "Svarte-Per". De må behandle alle forespørsler og ta inn nesten alle saker. Dette gjaldt særlig de sakene "ingen andre vil ha". Mange mente PHBU var i en særstilling som spesialisthelsetjeneste da de lettere kan definere en klient ut (Kristofersen, 2004). Ansatte i barnevernet har ifølge en SINTEF-rapport hevdet at PHBU ofte har kviet seg for å ta stilling til omsorgssituasjonen til et barn, og dermed unnlatt å trekke barnevernet inn i arbeidet. I saker hvor det forelå omsorgssvikt ble dermed gråsonen mellom BUP og barnevern aktualisert (Andersson & Norvoll, 2006).

Barnevernansatte var gjennomgående mer kritiske til tilgjengeligheten i PHBU enn hva de ansatte i PHBU var i forhold til de kommunale barneverntjenestenes tilgjengelighet. Videre syntes både ansatte og barnevernlederne i varierende grad at PHBU var mer tilgjengelig etter opptrappingsplanen. De mente at de nådde ganske raskt fram i akuttsaker, men dette var vanskeligere i mindre akutte saker. I hovedsak har det skjedd en viss forbedring av både tilgjengelighet til PHBU og samarbeidet mellom PHBU og barnevernet. Konklusjonen var allikevel at målene i opptrappingsplanen for psykisk helse ikke var nådd (Kristofersen, et al., 2007). I en NOU ble det poengtert at i saker hvor det var behov for øyeblikkelig hjelp utenom ordinær arbeidstid, og hvor barnevernleder kunne være involvert sammen med politi, barnevernvakt eller «somatisk» legevakt,



savnet flere barnevernledere bedre psykisk helsehjelp til barnet/ungdommen (NOU, 2009). I forhold til generelle samarbeidsproblemer, viste registreringen at totalt 3 058 pasienter (33 %) ble omfattet av et samarbeid mellom PHBU og annen instans.

Samarbeidet ble vurdert som dårlig eller middels bra. Undersøkelsen viste at "For få møteplasser" og "Samarbeidende instans mangler ressurser" ble hyppigst rapporterte som grunn til dette (hhv. for 17 % og 14 % av pasientene). Øvrige barrierer var "Ulik faglig forankring", "Ansvarsforskyvning", "Uenighet i forståelse/iverksetting av tiltak", "Mangler koordinator", "PHBU mangler ressurser" i 4-9 % av sakene (Andersson, 2009). Flere av i alt 19 informanter fra barneverntjenesten (ansatte i kommunalt barnevern, fagteam og Bufdir) mente at manglende psykiatritilbud til barn og unge utgjorde en stor utfordring (Gautun, 2009). I en rapport vedrørende prosjektet «storbysettingsingen» kom det fram at PHBU av prinsipp ikke går inn i situasjoner der omsorgssituasjonen for barnet er uavklart (Myrvold et al., 2009).

I en NOVA-rapport fremkom det at bare 13 % av 362 barnevernledere mente at tilbudet fra PHBU fungerte meget eller stort sett godt utenom ordinær kontortid. 28 % svarte at tilbudet som eksisterte innen PHBU fungerte «både og». De fleste (59 %) var kritiske - 22 % svarte lite tilfredsstillende, 12 prosent svarte dårlig og 25 prosent at det ikke var noe tilbud på den tiden av døgnet. Videre ble det rapportert om marginale forskjeller når svarene ble sett i forhold til barnevernets akuttberedskap eller kommunestørrelse (Falck & Vorland, 2009). Ansatte i de statlige barneverntjenester rapporterte at de samarbeidsproblemene som fortsatt eksisterer skyldes mangel på kunnskap om og forståelse for ulikheter mellom de to tjenestene. Dette gjaldt ulikheter i roller, organisering, lovverk og tilbud (Myrvold et al., 2011).

I en rapport fra landsomfattende tilsyn i 2012, uttrykte flere informanter fra barnevernstjenesten at tilgangen til PHBU ofte kan ofte bli utsatt for barn og unge med en uavklart omsorgssituasjon, iallfall til omsorgssituasjonen var bedret. Dette kan noen ganger bli brukt som grunn for å avslå hjelp til barn (Helsetilsynet, 2012). I flertallet av fylkesmennes tilsyn med kommunalt barnevern, ble det avdekket at virksomhetene hadde mangler ved sin internkontroll. Virksomhetene hadde ikke et styringssystem som sikret at de ansatte hadde nødvendig opplæring i reglene om opplysningsplikt og unntak fra taushetsplikten. Virksomhetene manglet eller hadde mangelfulle rutiner for når og hvordan meldinger skulle sendes, og ledelsen etterspurte ikke meldinger til barnevernet. Det ble således tilfeldig og opp til det enkelte helsepersonell om og når det sendte bekymringsmelding til barnevernet (Helsetilsynet, 2014).

I Andersson og Steihaug (2008) påpekte informantene fra tre kommuner at de kommunale tjenestene til barn og unge var avhengig av ventetid ved BUP. En kommune rapporterte å være fornøyd med ventetiden. De to andre kommunene hadde i perioder opplevd betydelige kapasitetsproblemer ved PHBU med alt for lang ventetid og også inntaksstopp, som har vanskeliggjort arbeidet i de kommunale tjenestene. Flere informanter fra poliklinikkene i PHBU rapporterte å ha opplevd at barneverntjenesten og andre tjenester ofte trakk seg ut fra saker hvor poliklinikkene var involvert (NOU, 2009). Så å si alle respondentene rapporterte at kapasiteten ved deres PHBU-kontor var for liten i forhold til omfanget av henvendelser, og at de sjelden fikk tilbakemelding når det var sendt bekymringsmelding, selv om det spesifikt ble bedt om dette. Samarbeidet var som regel godt når dette var påbegynt. Blant ansatte i PHBU opplevdes uenighet om tiltaksbruk, ulik faglig forankring og uenighet om et barn skal plasseres i institusjon i

regi av barnevernet eller psykisk helsevern som kilder til faglige uenigheter (Myhrvold et al., 2011).

## Diskusjon

Vi ønsket å kartlegge kunnskap og forskning om samhandling mellom barneverntjenesten og psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) og hvordan denne er i Norge. Fokuset var særlig rettet mot tiden etter innføringen av samhandlingsreformen fra januar 2012 til i dag, men også tiden før dette var av interesse. De inkluderte publikasjonene var publisert i tiden 2004 til sommeren 2014. Mer kunnskap om årsaker til at samarbeidet opplevdes som vanskelig og eksisterende samarbeidsmodeller mellom barnevernet og PHBU var særlig av interesse.

Vi fant nokså få publikasjoner, i alt 36, som var relevante for å belyse problemstillingene til tross for at samhandling mellom barnevernet og PHBU var bredt definert. Blant annet inkluderte søkene etter relevante publikasjoner med tema om samhandling som meldinger/ henvisninger, utredning, samarbeid i behandling/ tiltak/ ettervern og rapporterte vansker og hindringer i samarbeid. Med så få publikasjoner blir kunnskapsgrunnlaget om samhandling og samarbeid mellom de to tjenestene begrenset. Hovedinntrykket etter gjennomgang av publikasjonene er at samhandlingen mellom tjenestene som oftest er tilfredsstillende eller god. Dette gjaldt sentrale forhold som henvisninger og meldinger, deltagelse i møter og annet. Det er allikevel viktig å poengtere at det også i forhold til dette var det noen bekymringsfulle momenter og at disse gjaldt både barnevernet og PHBU.

*Hvorfor er samhandling viktig?*

At det er viktig med god samhandling mellom tjenestene kan illustreres ved at det blant 900 barn og ungdommer som befant seg på barnevernsinstitusjoner, mottok omlag 42 % behandling/hjelp fra psykisk helsevern i 2010 (Bufdir, 2010) og at forekomsten av minst en psykiatrisk diagnose blant barn og unge på barnevernsinstitusjon anslagsvist er så høyt som 76 % (Kayed et al., 2015). Godt samarbeid mellom tjenestene kan styrke tilbudet for disse barna og ungdommene. For å lykkes med dette, er det viktig at tjenestene faktisk har kjennskap til hverandres aktiviteter i arbeidet med en sak. Dette er ikke alltid tilfellet (Helsetilsynet, 2012). Det er sentralt med kunnskap om ulike roller, opplysningsplikt, unntak fra taushetsplikt (Helsetilsynet, 2014) og at høyt arbeidspress ikke fører til at en tjeneste trekker seg ut når en annen involveres (NOU, 2009). Det er nylig publisert et rundskriv som tydeliggjør ansvarsforhold, oppgaver, plikt til å samarbeide og taushetsplikt (Bufdir/Helsedirektoratet, 2015). I fortsettelsen vil vi fokusere på samhandlingen mellom barnevern og PHBU etter innføringen av samhandlingsreformen, utfordringer i samhandling og kunnskap om samarbeidsmodeller som er prøvd ut.

#### *Utfordringer i samarbeidet mellom barnevern og PHBU.*

Ovenfor konkluderte vi med at henvisninger mellom tjenestene som oftest synes å fungere bra. Allikevel er ikke dette alltid tilfellet. Det ble hevdet at saksbehandlerne i barnevernet i flere saker vurderte det slik at et barn eller en ungdom hadde et behandlingsbehov i regi av PHBU, men at det tross dette ikke ble sendt henvisning (Aamodt, 2009). Dette rapporteres av flere, men omfanget av manglende henvisninger er verken kjent eller kartlagt. Videre ble det rapportert at enkelte barnevernskonsulenter benyttet skjønn i forhold til hvilke saker som ble henvist til PHBU. Samtidig rapporterte flere barnevernsansatte at de syntes PHBU ofte brukte for

lang tid for å vurdere henvisningene og eventuell behandling (Lurie, 2011). Hvis dette er riktig, kan dette være alvorlig i og med at utsatte barn og unge faktisk ikke får den behandlingen, støtten eller hjelpen de har behov for. Samarbeidet er uten tvil problematisk i noen saker. Dette kommer av og til til uttrykk i media og i fagdebatter (se Drammen Tidene, 2015; Kramås, 2012). Det er problematisk å vite hvor hyppig dette forekommer i og med at ingen av publikasjonene rapporterte om hyppigheten av samarbeidsvansker.

#### *Hva kjennetegner saker der det er alvorlige samarbeidsproblemer?*

I en kunnskapsoversikt basert på en rekke publikasjoner presentert i 2005, rapporterte Andersson og Ådnes (2005) at samarbeidet mellom barnevernet og PHBU kunne oppfattes som problematisk grunnet ulik problemforståelse og metodisk tilnærming i tjenestene. Riedl (2009), en advokat med erfaring fra barnevernssaker, hevdet at det skjer ofte i de sakene han har at PHBU ikke vil involvere seg i en sak fordi omsorgssituasjonen ikke er avklart (se også Myhrvold et al., 2009 og Helsetilsynet, 2012). Det er dessverre liten grunn til å tvile på at dette skjer. I en høringsuttalelse fra 2006 ble det slått fast at det psykiske helsevernets forpliktelser angående prioritering og tilrettelegging av tjenester for barn/ unge med tiltak fra barnevernet, burde klargjøres og at det er viktig at barneverntiltak ikke blir eksklusjonskriterium for å få rett til nødvendig helsehjelp i psykisk helsevern (Helsetilsynet, 2006). Dette var altså fortsatt et problem både 3 år (Myhrvold et al., 2009; Riedl, 2009) og 6 år senere (Helsetilsynet, 2012). De virkelige taperne i en slik ansvarsfraskrivelse fra tjenestene er barna, ungdommene og deres familier som trenger samordna tiltak. I en gjennomgang av virksomheten til poliklinikkene i PHBU slo Helsetilsynet (2015) fast at «BUP skal være et tilbud for pasienter med psykiske problemer som ikke kan løses i de kommunale

helsetjenestene, som hos fastlege eller helsesøster, i pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) eller i barnevernet (s.6)». Dette kan vanskelig tolkes som annet enn at PHBU faktisk *skal* gi et tilbud når et barn eller en ungdom har psykiske problemer uavhengig om han eller hun har en uavklart omsorgssituasjon. I etterkant av kunnskapsgjennomgangen har Bufdir og Helsedirektoratet utgitt et rundskriv som har som formål å bidra til å videreutvikle et godt og fleksibelt samarbeid mellom barneverntjenester og psykiske helsetjenester (Bufdir/ Helsedirektoratet, 2015). Om samarbeidet styrkes på bakgrunn av disse presiseringene og rundskrivet, bør følges tett opp av ansvarlige myndigheter.

På basis av de gjennomgåtte publikasjonene er det vanskelig å gi en forklaring på hva som kjennetegner de sakene der det er samarbeidsvansker. Vi vet derfor ikke om dette hovedsakelig gjelder sakene der man ikke lykkes med å nå barn og unge med de mest omfattende problemene, eller om disse sakene blir mest omtalt fordi det er her samarbeidsproblemene vises tydeligst. Det er også viktig å presisere at vi heller ikke vet om godt samarbeid faktisk vil være vesentlig forbedring i deres liv. Det hadde vært av interesse om fremtidige studier av barns psykiske helse i barnevernet også innhentet opplysninger om omfang og kvalitet på samarbeidet mellom de ulike tjenestene. Det er utviklet instrumenter for måling av dette (se for eksempel Martinussen og kolleger, 2012).

### *Hva skyldes dårlig samarbeid?*

Dårlig samarbeid kan skyldes manglende kunnskap til hverandres fagtradisjon og arbeidsmetoder. Det er hevdet at fagmiljøene innen PHBU tradisjonelt har fremstått som sterkere enn de barnevernfaglige miljøene og at ansatte i PHBU kan ha en holdning til at de ansatte i barneverntjenesten ikke har greie på psykisk helse (Riedl, 2009). I en

rapport ble det konkludert med at i den grad det eksisterer samarbeidsproblemer mellom barnevern og PHBU, mente ansatte i det statlige barnevernet at mangel på kunnskap om og forståelse for ulikheter i roller, organisering, lovverk og tilbud mellom tjenestene var medvirkende til dette (BLD, 2012). For å sikre et mer forpliktende samarbeid, er det foreslått at det prøves ut ordninger mellom barnevernets institusjoner og PHBU i regi enten av Bufetat eller av helseforetakene (BLD, 2011). Videre er det foreslått at myndighetene bør legge til rette for longitudinelle analyser av for eksempel helseregister for barn og unge, med koblingsmuligheter fra helseregisterdata til barnevernsstatistikk (Kristofersen, 2007). Dette vil bidra til å styrke kunnskapsgrunnlaget om barn og unge som mottar bistand fra både barnevern og PHBU og på sikt gi riktig kunnskap for å styrke tilbudene og tiltakene for gruppen.

#### *Samarbeidsmodeller for samhandling mellom barnevern og PHBU.*

Det har vært gjennomført ulike modeller for samarbeid i flere kommuner og fylker (Bufdir, 2014), uten at vi har vært i stand til å finne eller trekke ut informasjon eller vurderinger om kvalitetene til disse. Likedan har vi ikke funnet noen oversikt over hvilke og hvor mange samarbeidsmodeller som benyttes. Trolig har flere kommuner etablert samarbeidende tilbud fra ulike aktører og tjenester i diverse forsøksordninger. Formålet med slike samarbeidsmodeller er blant annet å gi gode og samordnede tjenestetilbud. Et spørsmål som ofte melder seg når man snakker om ulike samarbeidsmodeller, er spørsmålet om taushetsplikten. I en SINTEF-rapport fra 2005 konkluderte man med at taushetsplikten ikke var til hinder i samarbeidet (Anderson, 2005). Andre har imidlertid pekt på at taushetsplikten kan være til hinder i ulike samarbeidsmodeller (Kristofersen, 2007; Lurie, 2013). Det kan synes som om det finnes ulike forståelser av hvordan taushetsplikten skal forvaltes i et samarbeid. Det er den enkelte

yrkesutøver som har forpliktelser i forhold til reglene om både taushetsplikt og unntak fra denne, og i et samarbeid med ulike aktører må taushetsplikten forvaltes i fellesskap. Ulike aktører har ulik taushetsplikt, og også taushetsplikt overfor hverandre (Lassen, 2012). Det viktigste unntaket fra taushetsplikt er samtykke fra den som opplysningene gjelder. Når det gjelder barn, må det avklares hvem som kan samtykke på vegne av barnet. Tverrfaglig samarbeid kan innebære en fare for at det fires på kravene til taushetsplikt, og det er dermed ekstra viktig at det sørges for ryddighet i forhold til dette. Ulike aktørers mandat og ansvarsområde må klargjøres. Dersom samhandling ikke skal bli en vag innretning som kommer i veien for nødvendig hjelp, må det være klart definert hvem som har ansvar for hva til hvilken tid (Lassen, 2012). En måte å organisere et samarbeid som burde være av interesse, er å bruke Individuell Plan (IP) i arbeidet. Det kan synes som om poliklinikkene i PHBU ikke så ofte var involvert i ansvarsgrupper og denne typen virksomhet. I en journalgjennomgang av 220 journaler kom det fram at bruk av IP omtrent var fraværende (Riksrevisjonen, 2007). I en veileder fra Helsedirektoratet (2007) ble det presisert at intensjonen med IP er at den skal fungere som en sektorovergripende og koordinerende plan på tvers av tjenester, etater og forvaltningsnivåer. I tillegg til å styrke samordning og koordinering av tjenestene, er IP et verktøy for brukermedvirkning. IP danner også grunnlaget for samarbeidet mellom kommune og spesialisthelsetjeneste på individnivå. På bakgrunn av dette, synes det rimelig å anta at det finnes et potensial for å styrke arbeidet med individuelle planer og ansvarsgrupper, og da kanskje særlig i saker der samarbeidet synes som problematisk.

*Har samhandlingsreformen ført til en styrking av samhandlingen mellom barnevern og PHBU?*



Det er svært problematisk å vurdere om samhandlingen har blitt styrket etter innføringen av samhandlingsreformen. Innføringen av samhandlingsreformen skjer gradvis og er av nokså ny dato. Å vurdere effekten av samhandlingsreformen blir ytterligere vanskelig siden det har vært en opptrappingsplan for psykisk helse i årene 1999 til 2008. PHBU har derfor blitt styrket og noe som også kan ha ført til en styrking av samarbeidet mellom barnevern og PHBU. Det synes å være få som mener at reformen har ført til dårligere samarbeid. I utredningen "Mytar og anekdotar" (Helsetilsynet, 2012) heter det at "fleire prosjekt peiker på at samarbeidet mellom barnevern og PHBU er blitt bedre, men også at det framleis er utfordringar (s.37)". Utvalget anbefalte at det for barn som har behov for hjelp fra flere tjenester er nødvendig med samhandling både mellom kommunalt og statlig barnevern og PHBU. Siden aktørene er underlagt styring fra HOD og BLD, ble det videre argumentert for at departementene i et samarbeid bør utvikle retningslinjer i dette arbeidet. Dette gir mening. Et komplisert regelverk kan føre til manglende etterlevelse av opplysningsplikten (Helsetilsynet, 2014). Det er hevet over tvil at der hvor ansvars grensene er uklare og/eller oppgavene er vevd inn i hverandre, vil samarbeidsbehovet og utfordringene være større enn der man har klare, avgrensede ansvarsforhold (Myrvold et al., 2011). At samhandlingen trolig er styrket i de senere år (Helsetilsynet, 2012) kan illustreres med at mens det i 2002 var rett i overkant av 3 % av barnevernsklientene som hadde mottatt tiltak i regi av PHBU (Kristoffersen, 2004), hadde dette tallet økt til å gjelde 24 % av sakene i senere rapporter (Andersson, 2009).

## Konklusjon

I mange av sakene kan det synes som om samhandlingen mellom barnevern og PHBU fungerer tilfredsstillende til tross for at fokuset i diskusjonen for det meste er knyttet til utfordringer i denne samhandlingen. Grunnen til at vi har fokusert på svakheter i

samhandlingen, er at vi ønsker fokus på hva som kan bidra til å styrke samhandlingen mellom tjenestene til beste for risikoutsatte barn og unge. I hvor mange saker samhandlingen ikke er så god, er det ikke mulig å fastslå sikkert. Vi har pekt på at flere forhold som ulik administrasjon, organisering, økonomi, kompetanse, ulike faglige og metodiske tilnærminger og lovverk kan føre til at det oppstår vansker i samhandlingen mellom tjenestene. Det kan synes som at å benytte IP mer aktivt kan bidra til å styrke tjenestetilbudet. Kanskje særlig for de mest utsatte barn og unge. Vi fant ingen gode kartlegginger om samhandlingen er blitt bedre eller dårligere etter innføringen av samhandlingsreformen. En av grunnene til dette er at det ikke synes å foreligge gode og omfattende vitenskapelige kartlegginger etter innføringen av samhandlingsreformen.

## Litteraturliste

Publikasjoner markert med \* inngår i kartleggingen.

- \*Aamodt, I. (2009). Grenser for makt og ansvar. Institusjonelle rammebetingelser og praktisk handling i samarbeidet mellom barneverntjenesten og psykisk helsevern for barn og unge (BUP). Oslo: Universitetsforlaget.
- \*Andersson, H.W.(red) (2005). *Kunnskapsstatus om det samlede tjenestetilbudet til barn og unge*. Rapport 3/05. Trondheim: SINTEF Helse.
- \*Andersson, H. W. (2009). *Pasienter og behandlingstilbud i psykisk helsevern for barn og unge*. Rapport 2/09. Oslo/Trondheim: SINTEF.
- \*Andersson, H.W., & Norvoll, R. (2006). *Samhandling mellom kommunale tjenester og BUP - kvalitet og innhold i henvisningen og epikrisen*. Oslo: SINTEF Helse.
- Andersson, H.W., Ådnanes, M. & Hatling, T. (2004). *Nasjonal kartlegging av tilbud om diagnostisering og helhetlig behandling av barn og ungdom med hyperkinetiske forstyrrelser/ ADHD*. Trondheim: SINTEF Helse.
- \*Andersson, H.W., & Steihaug, S. (2008). *Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge med psykiske problemer: Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse*. Trondheim: SINTEF Helse.
- \*Andersson, H.W. og Ådnanes, M. (2005). Faktorer som hemmer og fremmer samarbeidet om barn og unge. I Andersson, H. W. (red). *Kunnskapsstatus om det samlede tjenestetilbudet til barn og unge*. Rapport 3/05. Trondheim: SINTEF Helse.
- Backe-Hansen, E. (red), Bakketeig, E., Gautun, H., & Grønningssæter, A. B. (2011). *Institusjonsplassering – siste utvei? Betydningen av barnevernsreformen fra 2004 for institusjonstilbudet*. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring NOVA Rapport 21/2011.
- \*Backe-Hansen, E., Havik, T., & Grønningssæter, A.B. (2013). Fosterhjem for barns behov.

Rapport fra et fireårig forskningsprogram. NOVA 16/2013.

\*Barne- og likestillingsdepartementet. (2009). *Det du gjør, gjør det helt. Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge*. NOU 2009:22. Oslo: Departementet.

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. (2011). *Barnevernpanelets rapport*. Oslo: Departementet.

\*Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (2012). Høringsnotat - forslag til endringer i lov 17.juli 1992 Nr.100 om barneverntjenester (Barnevernloven) med tilhørende forskrifter. Oslo: Departementet.

\*Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2010). *Kvalitet i barnevernsinstitusjoner*. Oslo: Bufdir.

\*Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2014). *Akuttarbeid i kommunalt barnevern*. Oslo: Bufdir.

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet / Helsedirektoratet. 2015. *Samarbeid mellom barneverntjenester og psykiske helsetjenester til barnets beste*. Rundskriv 21/2015. ISBN 978-82-8286-256-1.

\*Barnevernpanelet. (2011). *Barnevernpanelets rapport*. Oslo: Barne-, familie- og likestillingsdepartementet.

Burns., B. J., Phillips, S. D., Wagner, R. D. et al. (2004). Mental Health Need and Access to Mental Health Services by Youths Involved With Child Welfare: A National Survey. *Journal of the American Academy in Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 960-970.

Buscemi, J., Steglitz, J., & Spring, B. (2012). The impact of team science collaborations in health care: a synopsis and comment on "Interprofessional collaboration: effects of

practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes". *Translatinal Behavior Medicine*, 2, 378-379.

Clausen, S.-E. & Kristoffersen, L. B. (2008). *Barnevernsklienter i Norge 1990–2005. En longitudinell studie*. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring NOVA Rapport 3/2008.

Drammens Tidene. (2015). Slår tilbake mot BUP. Publisert 16.02.2015. Lastet ned fra [http://www.dt.no/Slar\\_tilbake\\_mot\\_BUP-5-57-42182.html](http://www.dt.no/Slar_tilbake_mot_BUP-5-57-42182.html) 11.03.2015 kl 18.37.

\*Falck, S., & Vorland, N. (2009). *Problemer har ikke kontortid. Akuttberedskapen i barnevernet*. Oslo: Norsk institutt for oppvekst, velferd og aldring. NOVA rapport 5/2009.

Fossum, S, Lauritsen, C., & Vis (2014). Samhandling og samarbeid mellom barnevern og psykisk helsevern – en kunnskapsoversikt. RKBU Nord rapport nr. 5 2014. 978-82-93031-35-2.

\* Gautun, H. (2009). *Det nye barnevernbyråkratiet. En studie av samarbeid mellom kommune og stat innen barnevernet*. Fafo-rapport 41/2009.

Havnen, K. S. Breivik, K., & Jakobsen, R. (2014). Stability and change – a 7-to 8-year follow-up study of mental health problems in long-term out-of-home care. *Child & Family Social Work*, 19, 292-303.

\* Heggen, K., Jørgensen, T. & Rød, P.A. (2013). *Det kommunale barnevernet: Faglege argument i møte med kommunalpolitikk*. Norges Barnevern 90, 84-98.

\*Helsedirektoratet. (2008). *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge*. Oslo: Helsedirektoratet.

\*Helsedirektoratet (2009). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2008*. Norsk pasientregister. Oslo: Helsedirektoratet.

- \*Helsedirektoratet (2012). Barn og unge i det psykiske helsevernet 2009-2010. Oslo: Helsedirektoratet.
- \*Helsetilsynet. (2011). Psykisk helsevern til barn under barnevernet - grunn til uro? Tilsynsmelding 2011. Oslo: Statens helsetilsyn.
- \*Helsetilsynet. (2012). *Mytar og anekdotar eller realitetar? Barn med tiltak frå barnevernet og tenester frå psykisk helsevern for barn og unge. Ei kunnskapsoversikt.* Rapport fra helsetilsynet 5/2012.
- \*Helsetilsynet. (2012). *Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011 med kommunalt barnevern- undersøkelse og evaluering.* Oslo: Helsetilsynet.
- \*Helsetilsynet. (2014). *Helsepersonells opplysningsplikt til barnevernet. Oppsummering av kunnskap fra tilsyn mv.* Rapport 2/2014. Oslo: Helsetilsynet.
- Helsetilsynet. (2015). *Mye å forbedre – vilje til å gjøre det.* Rapport 3/2015. Oslo: Helsetilsynet.
- \*Iversen, A.C., Havik, T., Jakobsen, R., & Stormark, K.M. (2008). *Psykiske vansker hos hjemmeboende barn med tiltak fra barnevernet.* 2008:1. Norges barnevern.
- Kayed, N. J., Jozefiak, T., Rimehaug, T., Tjelflaat, T., Brubakk, A-M., & Wichstrøm, L. (2015). Resultater fra forskningsprosjektet psykisk helse blant barn og unge i barnevernsinstitusjon. NTNU. RKBU-Midt Psykisk helse og barnevern.
- Kramås, P. (2012). Barnevern når kommunen svikter. *Autisme i dag*, 32, 20-12.
- \*Kommunesektorens organisasjon (2013). Veileder: Taushetsplikt og samhandling i kommunalt arbeid for barn- ungdom- og familier.
- \*Kristofersen, L.B. (2004). Opptappingsplanens betydning for barne- og ungdomspsykiatri og barnevern. En underveisrapportering for perioden 1999-2002. 112/ 2004 NIBR-notat Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.

- \*Kristofersen, L.B. (2007). *Tilgjengelighet og samarbeid: mer fleksible hjelpetjenester? Opptappingsplanen for psykisk helse, BUP og barnevern*. NIBR rapport 13/2007. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- \*Kristofersen, L.B., Sverdrup, S. Haaland, T. og Wang Andresen (2006). *Hjelpetiltak i barnevernet- virker de?* NIBR.
- \*Kunnskapssenteret. (2013). Effekt av og erfaringer med kontinuitetsfremmende tiltak i barnevernsinstitusjoner. Systematisk oversikt. Rapport fra kunnskapssenteret nr 4.
- Lassen, R. (2012). Juridiske forhold ved samhandlingsmodellen Familiens Hus/Familiesenter. RKBU Nord. Tilgjengelig på: [familienshus.uit.no](http://familienshus.uit.no)
- Lehmann, S., Havik, O. E., Havik, T., & Heiervang, E. R. (2013). Mental disorders in foster children: a study of prevalence, comorbidity and risk factors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2013, 7, 39.
- \*Lurie, J. (2011). Access to child and adolescent psychiatry for users of child protection services in Mid-Norway. 19/2011. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning.
- Martinussen, M., Adolfsen, F., Lauritzen, C., & Richardsen, A. M. (2012). Improving interprofessional collaboration in a community setting: Relationships with burnout, engagement and service quality. *Journal of Interprofessional Care*. Early Online: 1-7, DOI: 10.3109/13561820.2011.647125.
- \*Myrvold, T., Helgesen, M.K., & Knudtson, L. (2009). Evaluering av storbysatsingen i psykisk helse. 2009:24. Oslo: NIBR.
- \*Myrvold, T., Møller, G., Zeiner, H., Vardheim, I., Helgesen, M., & Kvinge, T. (2011). *Den vanskelige samhandlingen. Evaluering av forvaltningsreformen i barnevernet*. RAPPORT 25/ 2011. Oslo: NIBR.

- \*Norvoll, R., Wessel Andersson, H., Ådnanes, M. & Osborg Ose, S. (2006). *Kommunale tjenester for barn, unge og familier: samordningsmodeller og lavterskeltilbud rettet mot de med psykiske problemer*. Oslo/Trondheim: SINTEF Helse.
- \*Rambøll (2010). *Modellkommuneforsøket*. Rapport til Barne-, Ungdoms- og familiedirektoratet. Oslo: Rambøll Management Consulting.
- \*Riedl, T. R. (2009). *Samhandling mellom barneverntjenesten og BUP - sett fra en juridisk synsvinkel*. S. 28-40. I Sommerchild, H. & Magnussen, F. (red). *Barn i Norge 2008*. Sårbar og sist i køen. Oslo: Voksne for barn.
- \*Riksrevisjonen. (2007). *Riksrevisjonens undersøkelse av til-budet til barn og unge med psykiske problemer*. Dokument nr. 3:7 (2006–2007). Oslo: Riksrevisjonen.
- \*Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene*. Veilder. IS-1405. Oslo: Sosial- og Helsedirektoratet.
- St. meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Det konglige helse og omsorgsdepartementet. [www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)
- Vinnerljung, B. (2006). *Fosterbarn som unga vuxna – en översikt av resultat från några nationella registerstudier*. *Socialmedisinsk Tidsskrift*, 1, 23–35.
- Vinnerljung, B., Hjern, A., & Lindblad, F. (2006). *Suicide attempts and severe psychiatric morbidity among former child welfare clients – a national cohort study*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 723–733.
- Vinnerljung, B., & Ribe, M. (2001). *Mortality after care among young adult foster children in Sweden*. *International Journal of Social Welfare*, 10, 164–173.
- Vis, S. A., Handegård, B. H., Holtan, A., Fossum, S. and Thørnblad, R. (2014). *Social functioning and mental health among children who have been living in kinship and non-kinship foster care: results from an 8-year follow-up with a Norwegian sample*. *Child & Family Social Work*. doi: 10.1111/cfs.12180.



