



DET KONGELIGE
KUNNSKAPSDEPARTEMENT

Prop. 100 L

(2020–2021)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

Endringer i velferdstjenestelovgivningen
(samarbeid, samordning og
barnekoordinator)



DET KONGELIGE
KUNNSKAPSDEPARTEMENT

Prop. 100 L

(2020–2021)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

Endringer i velferdstjenestelovgivningen
(samarbeid, samordning og
barnekoordinator)

Innhold

1	Hovedinnholdet i proposisjonen	7	4.2	Høringsforslaget om endringer i integreringsloven	33
2	Bakgrunnen for forslagene	10	4.3	Høringsuttalelsene	33
2.1	Innledning	10	4.4	Departementenes vurderinger	34
2.2	Utredninger og rapporter som ligger til grunn for forslagene	10	4.4.1	Taushetsplikten og forholdet til regler om samarbeid	34
2.2.1	Rapport fra 0–24-samarbeidet: Samarbeid til barn og unges beste	10	4.4.2	Behandlingsgrunnlag for personopplysninger når velferdstjenester samarbeider om oppfølging av barn og unge	35
2.2.2	Mestre hele livet, regjeringens strategi for god psykisk helse	11	4.4.3	Integreringsloven	36
2.2.3	Et samfunn for alle – Regjeringens strategi for likestilling av mennesker med funksjonsnedsettelse (2020–2030)	12	4.4.4	Vurdering av personvernkonsekvenser	36
2.2.4	Meld. St. 6 om tidlig innsats og inkluderende fellesskap	12	4.5	Forslag til lovendringer	36
2.2.5	Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse	12	5	Samarbeid mellom velferdstjenester	37
2.2.6	Opptappingsplan mot vold og overgrep	13	5.1	Innledning	37
2.2.7	NOU 2019: 23 Ny opplæringslov ...	13	5.2	Gjeldende rett	37
2.2.8	NOU 2019: 3 Nye sjanser – bedre læring	14	5.2.1	Veiledningsplikt	37
2.2.9	NOU 2018: 18 Trygge rammer for fosterhjem	14	5.2.2	Oppmerksomhetsplikt og opplysningsplikt til barneverntjenesten	38
2.2.10	NOU 2017: 12 Svikt og svik	14	5.2.3	Plikt til å være oppmerksom på behov for andre tjenester	38
2.2.11	NOU 2016: 17 På lik linje	15	5.2.4	Regler om samarbeid mellom velferdstjenestene	39
2.2.12	NOU 2016: 16 Ny barnevernslov ...	15	5.3	Høringsforslaget	42
2.2.13	Rapporten Inkluderende fellesskap for barn og unge	15	5.3.1	Oppmerksomhetsplikt og opplysningsplikt til barneverntjenesten	42
2.2.14	Digitaliseringsstrategien – Livshendelsen alvorlig sykt barn ...	15	5.3.2	Plikt til å være oppmerksom på behov for andre tjenester	42
2.3	Nærmere om høringen	16	5.3.3	Samarbeid mellom velferdstjenestene i enkeltsaker	42
3	Målgruppen for forslagene	24	5.3.4	Samarbeid utover oppfølgingen av den enkelte tjenestemottakeren	43
3.1	Høringsforslaget	24	5.3.5	Ansvarsplassering i de enkelte lovbestemmelsene	43
3.2	Høringsuttalelsene	25	5.4	Høringsuttalelsene	44
3.2.1	Målgruppen for forslagene	25	5.4.1	Oppmerksomhetsplikt og opplysningsplikt til barneverntjenesten	44
3.2.2	Anvendelse på Svalbard	28	5.4.2	Plikt til å være oppmerksom på behov for andre tjenester	44
3.3	Departementenes vurderinger	28	5.4.3	Samarbeid mellom velferdstjenestene i enkeltsaker	45
3.3.1	Målgruppen for forslagene	28	5.4.4	Involvering av barn og unge	47
3.3.2	Anvendelse på Svalbard	30	5.4.5	Samarbeid utover oppfølgingen av den enkelte tjenestemottakeren	48
3.4	Forslag til lovendringer	30			
4	Taushetsplikt og behandling av personopplysninger	31			
4.1	Gjeldende rett	31			
4.1.1	Taushetsplikt	31			
4.1.2	Behandling av personopplysninger	31			

5.4.6	Er det behov for en forskriftshjemmel om samarbeidet?	49	6.5.2	Vurdering av om det bør innføres ordninger med lovpålagte samarbeidsavtaler i andre sektorer	62
5.4.7	Ansvarsplassering i de enkelte lovbestemmelsene	49	6.6	Forslag til lovendringer	63
5.4.8	Bør samarbeidspliktene heller følge av en egen samarbeidslov?	49	7	Samordning av tjenestetilbudet til barn og unge	64
5.5	Departementenes vurderinger	50	7.1	Innledning	64
5.5.1	Innledning	50	7.2	Gjeldende rett	64
5.5.2	Oppmerksomhetsplikt og opplysningsplikt til barneverntjenesten	50	7.2.1	Helse- og omsorgstjenesten	64
5.5.3	Plikt til å være oppmerksom på behov for andre tjenester	51	7.2.2	Andre relevante regelverk	66
5.5.4	Samarbeid mellom velferdstjenestene i enkeltsaker	52	7.2.3	Kommuneloven	66
5.5.5	Involvering av barn og unge	53	7.3	Høringsforslaget	67
5.5.6	Samarbeid utover oppfølgingen av den enkelte tjenestemottakeren	54	7.3.1	Forslag til regulering av en samordningsplikt	67
5.5.7	Bør det innføres en rett til et helhetlig og samordnet tjenestetilbud?	55	7.3.2	Ny barnekoordinatorordning som del av Likeverdsreformen	67
5.5.8	Er det behov for en forskriftshjemmel om samarbeidet?	55	7.3.3	Rettighetsfesting av gjeldende plikt til å tilby koordinator	67
5.5.9	Ansvarsplassering i de enkelte lovbestemmelsene	55	7.4	Høringsuttalelsene	68
5.5.10	Bør samarbeidspliktene heller følge av en egen samarbeidslov?	55	7.4.1	Forslag til regulering av en samordningsplikt	68
5.6	Forslag til lovendringer	56	7.4.2	Ny barnekoordinatorordning som del av Likeverdsreformen	70
6	Lovpålagte samarbeidsavtaler	57	7.4.3	Rettighetsfesting av gjeldende plikt til å tilby koordinator	83
6.1	Innledning	57	7.5	Departementenes vurderinger	83
6.2	Gjeldende rett	57	7.5.1	Forslag til regulering av en samordningsplikt	83
6.3	Høringsforslaget	59	7.5.2	Ny barnekoordinatorordning som del av Likeverdsreformen	86
6.3.1	Endring av eksisterende ordning med lovpålagte samarbeidsavtaler	59	7.5.3	Rettighetsfesting av gjeldende plikt til å tilby koordinator	96
6.3.2	Vurdering av om det bør innføres ordninger med lovpålagte samarbeidsavtaler i andre sektorer	59	7.6	Forslag til lovendringer	96
6.4	Høringsuttalelsene	59	7.6.1	Forslag til regulering av en samordningsplikt	96
6.4.1	Endring av eksisterende ordning med lovpålagte samarbeidsavtaler	59	7.6.2	Ny barnekoordinatorordning som del av Likeverdsreformen	96
6.4.2	Vurdering av om det bør innføres ordninger med lovpålagte samarbeidsavtaler i andre sektorer	60	7.6.3	Rettighetsfesting av gjeldende plikt til å tilby koordinator	97
6.5	Departementenes vurderinger	60	8	Lovregulering av individuell plan	98
6.5.1	Endring av eksisterende ordning med lovpålagte samarbeidsavtaler	60	8.1	Innledning	98
			8.2	Gjeldende rett	98
			8.2.1	Helse- og omsorgstjenesten	98
			8.2.2	Barneverntjenesten	100
			8.2.3	Arbeids- og velferdsforvaltningen	100
			8.2.4	Utdanningssektoren	100
			8.2.5	Krisesenterloven og familievernkontorloven	101
			8.2.6	Introduksjonsordningen	101
			8.3	Høringsforslaget	101

8.3.1	Plikt til å utarbeide og opprette individuell plan	101	10.2.8	Tilsyn	119
8.3.2	Plikt til å medvirke i arbeidet med individuell plan	102	10.3	Høringsuttalelsene	119
8.3.3	Felles forskrift om individuell plan	103	10.3.1	Om barnekoordinatorordningen	119
8.4	Høringsuttalelsene	103	10.3.2	Øvrige forslag	119
8.4.1	Generelle høringsinnspill	103	10.4	Departementenes vurdering	120
8.4.2	Plikt til å utarbeide og opprette individuell plan	104	10.4.1	Om barnekoordinatorordningen og rettighetsfesting av gjeldende koordinatorordning	120
8.4.3	Plikt til å medvirke i arbeidet med individuell plan	105	10.4.2	Øvrige forslag	123
8.4.4	Felles forskrift om individuell plan	105	11	Merknader til forslagene til lovendringer	124
8.5	Departementenes vurderinger	106	11.1	Merknader til endringer i tannhelsetjenesteloven	124
8.5.1	Plikt til å utarbeide og opprette individuell plan	106	11.2	Merknader til endringer i barnevernloven	125
8.5.2	Plikt til å medvirke i arbeidet med individuell plan	107	11.3	Merknader til endringer i familievernkontorloven	126
8.5.3	Felles forskrift om individuell plan	107	11.4	Merknader til endringer i opplæringsloven	127
8.6	Forslag til lovendringer	108	11.5	Merknader til endringer i spesialisthelsetjenesteloven	130
9	Tilsyn	109	11.6	Merknader til endringer i psykisk helsevernloven	131
9.1	Gjeldende rett	109	11.7	Merknader til endringer i pasient- og brukerrettighetsloven	131
9.2	Høringsforslaget	110	11.8	Merknader til endringer i friskoleloven	131
9.3	Høringsuttalelsene	110	11.9	Merknader til endringer i barnehageloven	133
9.4	Departementenes vurderinger	110	11.10	Merknader til endringer i NAV-loven	134
9.5	Forslag til lovendringer	111	11.11	Merknader til endringer i krisesenterloven	134
10	Administrative og økonomiske konsekvenser	112	11.12	Merknader til endringer i sosialtjenesteloven	136
10.1	Innledning	112	11.13	Merknader til endringer i helse- og omsorgstjenesteloven ...	137
10.2	Høringsnotatets beskrivelse av konsekvensene av forslagene	113	11.14	Merknader til endringer i integreringsloven	144
10.2.1	Oppmerksomhetsplikt	113			
10.2.2	Samarbeidsplikt i enkeltsaker	114			
10.2.3	Samarbeidsplikt utover oppfølgingen av konkrete personer	115			
10.2.4	Lovpålagte samarbeidsavtaler	116			
10.2.5	Samordningsplikt	117			
10.2.6	Utvidelse av koordinatorordningen og lovfesting av barnekoordinator som del av Likeverdsreformen	117			
10.2.7	Regler om individuell plan	117			
				Forslag til lov om endringer i velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator)	147



DET KONGELIGE
KUNNSKAPSDEPARTEMENT

Prop. 100 L

(2020–2021)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

Endringer i velferdstjenestelovgivningingen (samarbeid, samordning og barnekoordinator)

*Tilråding fra Kunnskapsdepartementet 12. mars 2021,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Solberg)*

1 Hovedinnholdet i proposisjonen

Arbeidet med lovforslagene er gjort av Arbeids- og sosialdepartementet, Barne- og familiedepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Kommunal- og moderniseringsdepartementet og Kunnskapsdepartementet.

Forslagene gjelder endringer i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven, psykisk helsevernloven, pasient- og brukerrettighetsloven, barnevernloven, barnehageloven, opplæringsloven, friskoleloven, sosialtjenesteloven, NAV-loven, krisesenterloven, familievernkontorloven, integreringsloven og tannhelsetjenesteloven. Formålet med endringene er å styrke oppfølgingen av utsatte barn og unge og deres familier gjennom økt samarbeid mellom velferdstjenestene.

Proposisjonen bruker begrepet «velferdstjenester» som en felles betegnelse på instansene som gir tjenester eller gjennomfører tiltak etter de lovene som forslagene handler om. Disse velferdstjenestene er lagt til kommune, fylkeskommune og stat. For noen av velferdstjenestene er oppgaver lagt til både kommunalt og statlig nivå, for eksempel helse- og omsorgstjenester. Tjenestene

kan også bli utført av private aktører, som for eksempel privatpraktiserende helsepersonell, private barnehager, friskoler og private barnevernsinstitusjoner. Samarbeid på tvers kan dreie seg om samarbeid mellom velferdstjenester på tvers av sektorer, samarbeid mellom velferdstjenester på ulike forvaltningsnivåer i samme sektor eller samarbeid mellom velferdstjenester på samme forvaltningsnivå i samme sektor, som for eksempel skole og skolefritidsordning.

Kapittel 2 omtaler bakgrunnen for forslagene og relevante utredninger og rapporter som ligger til grunn for forslagene.

Kapittel 3 omtaler målgruppen for forslagene.

Kapittel 4 omtaler adgangen til å behandle personopplysninger og reglene om taushetsplikt.

Kapittel 5 omtaler forslag som skal tydeliggjøre, harmonisere og styrke velferdstjenestenes plikt til å samarbeide med hverandre. Departementene foreslår å lovfeste en lik plikt for alle velferdstjenestene til å samarbeide om oppfølgingen av barn og unge som har behov for sammensatte tjenester, og hvor samarbeid er nødvendig for å gi

barnet eller ungdommen et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. I tillegg foreslår departementene å lovfeste en plikt for alle velferdstjenestene til å samarbeide med andre velferdstjenester utover oppfølgingen av konkrete barn eller ungdommer når det er nødvendig for å ivareta egne eller de andre velferdstjenestenes oppgaver etter lov eller forskrift. Forslagene om å harmonisere og styrke samarbeidsbestemmelsene vil ikke endre rettighetene til tjenester som følger av de ulike lovene.

Departementene foreslår endringer i opplæringsloven og friskoleloven for å harmonisere regelverket om opplysningsplikt til barneverntjenesten med bestemmelsene som gjelder for de andre velferdstjenestene. Videre foreslår departementene endringer i sektorlovenes bestemmelser om oppmerksomhetsplikt og plikt til å gi opplysninger til den kommunale helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten. Departementene foreslår også å innføre tilsvarende plikter i krisesenterloven.

Kapittel 6 omtaler forslag om å utvide ordningen med lovpålagte samarbeidsavtaler mellom de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten, slik at den omfatter barn og unge med sammensatte vansker og lidelser, og som mottar tjenester fra begge forvaltningsnivåene.

Kapittelet drøfter også om helse- og omsorgstjenestens ordning med lovpålagte samarbeidsavtaler mellom forvaltningsnivåene innenfor én sektor bør innføres *internt i andre sektorer* eller utvides til å gjelde *mellom tjenestesektorer*. Etter en helhetsvurdering har departementene kommet til at det ikke er formålstjenlig å innføre nye ordninger med lovpålagte samarbeidsavtaler nå. Departementene har særlig lagt vekt på at helse- og omsorgstjenestens ordning med lovpålagte samarbeidsavtaler ikke nødvendigvis vil være like hensiktsmessig innenfor de andre velferdstjenestene. Lov- og forskriftsendringene som foreslås i kapittel 5 og 7, skal legge bedre til rette for samarbeid mellom velferdstjenestene. En innføring av lovpålagte samarbeidsavtaler vil videre ha vesentlige administrative og økonomiske konsekvenser.

Kapittel 7 omtaler forslag om å lovfeste en samordningsplikt i alle lovene som er omfattet av denne proposisjonen. Departementene foreslår at kommunen skal ha en tydelig plikt til å avklare hvilken velferdstjeneste som skal samordne tjenestetilbudet der barn og unge mottar tjenester fra flere, og der samarbeid er nødvendig for å yte helhetlige og samordnede tjenester. I praksis vil

dette være i tilfeller der det er uklarhet eller uenighet om hvilken velferdstjeneste som skal ivareta samordningen.

Kommunens samordningsansvar vil blant annet innebære å sikre at de kommunale velferdstjenestene samarbeider om oppfølgingen av barn og unge. Kommunen skal også samordne kommunale tjenester med tjenester fra fylkeskommunale, statlige og relevante private velferdstjenester. Dette skal bidra til at barn og unge som har behov for samordnede tjenester, mottar et mer helhetlig tjenestetilbud og får bedre oppfølging.

Departementene mener det er viktig at samordningsplikten ikke innrettes slik at den krever ressurser som heller bør brukes til det faktiske tjenestetilbudet til den enkelte. Det foreslås derfor ikke at bestemmelsen skal gi det enkelte barnet eller den enkelte ungdommen en individuell rettighet til samordnede tjenester, med tilhørende enkeltvedtak og klageadgang. En tydelig plikt for kommunen til å sørge for samordning av tjenestetilbudet vil gi et rettslig grunnlag for oppfølging gjennom for eksempel tilsyn. Der det allerede finnes bestemmelser om koordinatorordning eller samordning av tjenester, vil forslaget i hovedsak ikke innebære endringer i disse ordningene.

I *kapittel 7* blir det videre foreslått at det i pasient- og brukerrettighetsloven innføres en rett til barnekoordinator for familier med barn eller som venter barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsett funksjonsevne, og som vil ha behov for langvarige og sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester. Det er den kommunale helse- og omsorgstjenesten som skal oppfylle denne rettigheten. Barnekoordinatorordningens innhold og omfang foreslås regulert i pliktbestemmelser i helse- og omsorgstjenesteloven.

Departementene foreslår i tillegg å rettighetsfeste gjeldende koordinatorordning i pasient- og brukerrettighetsloven. De øvrige velferdstjenestenes plikt til å samarbeide med barnekoordinatoren følger av velferdstjenestenes samarbeidsplikter og de nye bestemmelsene om kommunens samordningsansvar.

Kapittel 8 omtaler endringer i reglene om individuell plan og et forslag om en felles forskriftshjemmel om individuell plan for de velferdstjenestene som har plikt til å utarbeide slike planer.

Departementene foreslår å harmonisere reglene om plikt til å tilby individuell plan i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven, psykisk helsevernloven, sosialtjenesteloven, NAV-loven og barnevernloven, slik at vil

kårene blir mest mulig like på tvers av sektorene. Departementene foreslår også å endre barnevernloven slik at individuell plan lovfestes som en rettighet som kan påklages. Samtidig foreslår departementene å harmonisere de andre velferdstjenestenes plikt til å medvirke i arbeidet med individuell plan, og å innføre en slik medvirkningsplikt for velferdstjenester som ikke har en slik medvirkningsplikt i dag. Dette gjelder for barnehager, skolefritidsordning, psykologisk-pedagogisk tjeneste (PP-tjenesten), krisesentertilbudet og introduksjonsprogrammet i kommunene etter integreringsloven. Forslagene skal bidra til en tydeligere ansvars plassering og bedre samarbeid innenfor og på tvers av sektorer.

Kapittel 9 omtaler forslag til endringer for at det skal kunne føres tilsyn med de foreslåtte bestemmelsene om samarbeid og samordning.

I *kapittel 10* er det redegjort for administrative og økonomiske konsekvenser av de samlede forslagene.

Spesielle merknader til de foreslåtte lovendringene følger av *kapittel 11*.

Proposisjonen inneholder ikke forslag til endringer i regler om rett til medvirkning for den personen som mottar tjenestene. Når det gjelder tjenester til barn, vil departementene likevel fremme at velferdstjenestene skal involvere barnet når de utformer tjenestetilbudet og gir tjenestene. Alle barn har rett til å få tilstrekkelig informasjon, bli hørt og si sin mening i saker som angår dem. Barnets med- og selvbestemmelsesrett er regulert i barneloven §§ 31-33, og følger også av barnekonvensjonen artikkel 12 og FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) artikkel 7. Mange av lovene denne proposisjonen gjelder, inneholder regler om barns rett til å bli hørt.

Forslagene bidrar til å oppfylle bærekraftsmål nr. 3 om god helse og livskvalitet, nr. 4 om god utdanning og nr. 8 om anstendig arbeid og økonomisk vekst.

2 Bakgrunnen for forslagene

2.1 Innledning

Regjeringen vil styrke oppfølgingen av utsatte barn og unge og deres familier gjennom økt samarbeid mellom velferdstjenestene. Videre vil regjeringen gjennomføre en Likeverdsreform for å gjøre hverdagen enklere for familier som har eller venter barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne. Målet med Likeverdsreformen er at disse barna og familiene får oppleve et samfunn som stiller opp, og at de skal oppleve ivaretagelse og inkludering.

Det vil til enhver tid være barn og unge som har behov for et sammensatt tjenestetilbud som følge av for eksempel psykiske eller fysiske helseutfordringer, vanskelige hjemmeforhold eller andre psykososiale utfordringer. Noen vil ha slike utfordringer allerede fra fødselen av, og andre vil få vansker underveis. Noen barn er i en særlig vanskelig livssituasjon som følge av fattigdom, krigsopplevelser eller uavklart bosituasjon.

Alle barn og unge mottar velferdstjenester, for eksempel barnehage- og skoletilbud. En del barn og unge mottar også andre velferdstjenester i kortere eller lengre perioder av sin oppvekst. Noen barn og unge har et stort behov for samordnede tjenester på tvers av sektorer, mens for andre er samordningsbehovet mindre. De fleste barn og unge har gode oppvekstvilkår. Samtidig er det en økende bekymring for at barn og unge som har behov for sammensatte tjenester, ikke får et tilstrekkelig helhetlig tjenestetilbud.

Flere offentlige utredninger og tilsyn viser at de ulike velferdstjenestene i mange saker ikke samarbeider godt nok. Mange familier med barn med behov for et sammensatt tjenestetilbud har utfordringer i hverdagen. Foreldrene opplever forskjeller i tjenester og omfang basert på hvilken kommune de bor i. I tillegg til å ha store omsorgsoppgaver, opplever mange manglende koordinering, lite innflytelse over egen hverdag og et tjenestetilbud som ikke henger sammen. Mange foreldre opplever at informasjonen om tjenester og hjelpesystemet er mangelfull, tilfeldig og personavhengig, og at de selv må finne, utløse og koordinere hjelpen som gis. Barn, unge og deres

foresatte formidler et tydelig ønske om at ulike aktører som tilbyr hjelp, må jobbe bedre sammen.

For at utsatte barn og unge skal få et godt og helhetlig tjenestetilbud, må de ulike sektorene samarbeide godt, og det må være tydelig hvem som har hovedansvaret for å samordne tilbudene.

Flere offentlige utvalg og utredninger har pekt på at det er behov for regelverksendringer som i større grad sikrer at barn og unge får et helhetlig tjenestetilbud. I punkt 2.2 redegjør departementene for relevante utredninger og rapporter som ligger til grunn for forslagene.

2.2 Utredninger og rapporter som ligger til grunn for forslagene

2.2.1 Rapport fra 0–24-samarbeidet: Samarbeid til barn og unges beste

0–24-samarbeidet er et samarbeid mellom Arbeids- og sosialdepartementet, Barne- og familiedepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet, med underliggende etater, hvor målet er å oppnå bedre samordnede tjenester og en mer helhetlig innsats for utsatte barn og unge under 24 år og deres familier. Fra høsten 2019 er også Justis- og beredskapsdepartementet og Sekretariatet for konfliktrådene/Kompetansesenteret for kriminalitetsforebygging med i 0–24-samarbeidet. 0–24-samarbeidet handler blant annet om å skape merverdi og bedre utnyttelse av dagens ressurser gjennom tettere tverrsektorielt samarbeid mellom velferdstjenestene.

Direktoratene i 0–24-samarbeidet har blant annet gjennomgått og vurdert regelverket om tverrsektoriell oppfølging av utsatte barn og unge, jf. rapporten «Samarbeid til barn og unges beste» datert 1. oktober 2018. Rapporten viser at velferdstjenestene har ulike samarbeidsplikter. Noen velferdstjenester er ikke omfattet av eksisterende samarbeidsplikter, som for eksempel skolefritidsordningen. Direktoratene anbefaler primært å utarbeide felles bestemmelser om samarbeid mellom velferdstjenester til barn og unge i en ny felles lov. Sekundært anbefaler de å gjøre de eksisterende bestemmelsene om samarbeid i sektorlovene mest mulig like.

2.2.2 Mestre hele livet, regjeringens strategi for god psykisk helse

Regjeringen la høsten 2017 frem *Mestre hele livet, regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)* («*Mestre hele livet*»). I strategiens kapittel 1 står det at regjeringen:

(...) vil skape et samfunn som fremmer mestring, tilhørighet og opplevelse av mening. Regjeringen har som mål at flere skal oppleve god psykisk helse og trivsel, og at de sosiale forskjellene i psykisk helse skal reduseres. Samtidig vil vi legge til rette for å fange opp de som trenger hjelp, og iverksette målrettede tiltak for den enkelte som er i en sårbar situasjon, før de kanskje utvikler lidelser. For de som utvikler psykiske lidelser, skal tjenestene være tilgjengelige, gode og koordinerte.

Strategien viser videre til at Norge ikke har hatt en helhetlig plan eller strategi for psykisk helse etter 2008 og uttaler:

Regjeringen har derfor besluttet å legge frem en helhetlig strategi for hele psykisk helsefeltet, men med særlig fokus på barn og unge som kan danne grunnlaget for en opptrappingsplan. De ulike delene i strategien må ses i sammenheng fordi vi trenger en bred tilnærming for å møte en av våre største helseutfordringer. De helsefremmende, forebyggende og kurative perspektivene skal ivaretas gjennom hele strategien. Opptrappingsplanen, som ble avsluttet i 2008, var i hovedsak en plan for å desentralisere og bygge ut tjenestene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Med denne strategien ønsker regjeringen også å synliggjøre betydningen av det helsefremmende og forebyggende arbeidet, som er en viktig del både i folkehelsearbeidet og kommunenes psykiske helsetjenester.

«*Mestre hele livet*» retter seg mot hele befolkningen. I tillegg inneholder strategien en rekke særforslag om tiltak for å fremme god psykisk helse hos barn og unge, jf. strategiens kapittel 7. Av strategiens punkt 7.5, «God samhandling og koordinerte tjenester til barn og unge og deres familier», følger det blant annet:

God oppfølging av barn, unge og deres familier forutsetter samhandling mellom de involverte og koordinering av tjenestetilbudet. Konsekvenser av manglende samhandling og koordi-

nering kan være at barn og unges behov ikke oppdages, eller at de ikke får nødvendig behandling og oppfølging.

Strategien understreker at kommunen i utgangspunktet står fritt til å organisere tjenesteapparatet slik den mener er mest hensiktsmessig, samtidig som kommunen har et ansvar for å *samordne* sine tjenester. Dette følger blant annet av helse- og omsorgstjenesteloven, folkehelseloven, sosialtjenesteloven og barnevernloven. Dagens lovverk regulerer med andre ord samordningen mellom tjenesteytere i flere lover og på flere forskjellige måter. Videre uttaler strategien:

Selv om mange barn får god og koordinert hjelp, er det fortsatt for mange som opplever tjenestetilbudet som fragmentert. Funn fra tilsyn viser for ofte svikt i tjenestene som er undersøkt, og det er mye som tilsier at man i dag ikke sikrer helhetlige tjenester for barn, unge og deres familier når det er behov for hjelp fra flere sektorer og nivåer. Mange barn som har behov for et helhetlig tilbud med langvarige og koordinerte tjenester, får ikke individuell plan. Dette til tross for at tjenestemottakere med slike planer opplever at tjenestene er bedre koordinerte enn de som ikke får en individuell plan.

Det er behov for en bedre og sterkere samordning av tjenester til barn og unge. Stortinget har bedt regjeringen vurdere et krav om at kommunene skal definere hvem som har det overordnede ansvaret for hjelpetjenestene til barn og unge (vedtak nr. 838 (2015–2016)). Regjeringen vil utrede hvordan ulike tjenester til barn og unge kan koordineres bedre, blant annet når det kommer til samordning av individuelle planer innenfor de ulike sektorer. Regjeringen vil også vurdere å lovfeste en plikt for kommunen til å utpeke en instans eller opprette en egen funksjon som skal ha ansvaret for å koordinere hjelpetjenester til barn og unge. I tillegg vil regjeringen utrede å ta inn en bestemmelse i de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten om samarbeid om barn og unge med behov for tjenester fra begge nivåer. Bestemmelsen kan omfatte flere sektorer enn helse- og omsorgstjenestene.

Strategien viser til at tverrsektorielt samarbeid mellom ulike kommunale tjenester og mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten er avgjørende for å sikre god kvalitet og sammen-

heng i tjenestene til barn og unge med sammen-
satte vansker og lidelser. De aller fleste kommu-
ner har oppgitt at de har etablert rutiner for å
sikre slikt samarbeid.

2.2.3 Et samfunn for alle – Regjeringens strategi for likestilling av mennesker med funksjonsnedsettelse (2020–2030)

Regjeringen la høsten 2018 frem *Et samfunn for alle – Regjeringens strategi for likestilling av mennesker med funksjonsnedsettelse (2020–2030)*. Strategien skal bidra til en bedre samordnet og helhetlig innsats for å nå regjeringens mål om likestilling av personer med funksjonsnedsettelse.

Strategien er utarbeidet av Barne-, og likestillingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Arbeids- og sosialdepartementet, Kulturdepartementet, Kunnskapsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet, Samferdselsdepartementet og Utenriksdepartementet.

I strategien pekes det på at god samordning er en forutsetning for effektiv gjennomføring av regjeringens visjon om et samfunn for alle. Mennesker som trenger bistand fra ulike instanser og etater, skal ikke erfare at deres livskvalitet og mulighet for deltakelse og inkludering svekkes på grunn av mangel på samordning.

I strategiens kapittel 2 står det at regjeringen vil at:

[p]olitikk, tiltak og tjenester som berører personer med funksjonsnedsettelse skal være best mulig koordinert og samordnet. Sektorene skal samarbeide når en tjeneste fra en sektor er en forutsetning for at den enkelte skal kunne få oppfylt sine rettigheter i en annen sektor. Ledere har et hovedansvar for å sikre rutiner for god samordning og koordinering.

Videre står det i kapittel 4 at regjeringen vil:

[v]idereføre arbeidet med å sikre koordinerte tjenester til barn og unge med funksjonsnedsettelse. Dette som en del av regjeringens oppfølging av bedre koordinerte tjenester til utsatte barn og unge.

2.2.4 Meld. St. 6 om tidlig innsats og inkluderende fellesskap

Regjeringen la høsten 2019 frem Meld. St. 6 (2019–2020) *Tett på – tidlig innsats og inkluderende fellesskap for barn og unge*. Regjeringen har

som mål at alle barn og unge skal ha like muligheter til allsidig utvikling og læring, uavhengig av bakgrunn og forutsetninger. Tidlig innsats, inkludering og et godt tilpasset pedagogisk tilbud er bærende prinsipper for regjeringens arbeid med å forbedre utdanningssystemet.

Stortingsmeldingen viser til at en rekke rapporter og utredninger peker på at det er behov for bedre tverrsektorielt samarbeid for at barn og unge skal få et helhetlig tilbud og god oppfølging, og at det er godt dokumentert at dette samarbeidet ofte fungerer for dårlig. Kunnskapsgrunnlaget slår fast at det ofte er uklart hvem som skal koordinere oppfølgingen av tiltak for barn og unge som mottar tjenester fra flere instanser. Når de ulike sektorene ikke ser oppfølgingen av barn og unge med utfordringer i en helhet, kan barn og familier oppleve å bli kasterballe i systemet. I praksis er det ofte foreldrene som må koordinere samarbeidet mellom tjenestene.

Dette kan igjen føre til at utfordringer blir oversett og tiltak ikke settes i gang tidlig nok. Mangelfullt samarbeid har særlig konsekvenser for barn med langvarige og sammensatte utfordringer og deres familier. Det følger av meldingen at regjeringen vil styrke samarbeidet mellom foreldre, barnehage, skole, skolefritidsordning og andre kommunale tjenester. Når barna har behov for hjelp fra ulike tjenester, skal barna og foreldrene slippe å ta ansvar for å koordinere samarbeidet.

Stortingsmeldingen viser til konklusjonene fra rapporten *«Samarbeid til barn og unges beste»* i 0–24 samarbeidet, som foreslår flere regelverksendringer for å styrke samarbeidet mellom tjenestene, se punkt 2.2.1. På bakgrunn av dette varslet regjeringen i stortingsmeldingen at den ville sende forslag om å styrke og harmonisere bestemmelsene i sektorlovene om samarbeid tilknyttet barn og unge på høring.

2.2.5 Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse

Regjeringen la den 7. juni 2019 frem Prop. 121 S (2018–2019) *«Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse»*. Med denne planen vil regjeringen jobbe for at flere skal oppleve god psykisk helse og god livskvalitet, og at de som trenger det, skal få et godt behandlingstilbud. Opptrappingsplanen bygger videre på *«Mestre hele livet»*, jf. punkt 2.2.2, og er utarbeidet i samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Barne- og familiedepartementet, Kunnskapsdepartementet, Kulturdepartementet, Arbeids- og sosialdepartementet, Kom-

munal- og moderniseringsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet og Landbruks- og matdepartementet.

Av planen fremgår det at barn og unge ønsker seg:

- mer medvirkning og deltakelse
- psykisk helse på timeplanen i skolen
- større innsats mot kroppspress
- flere ungdomsklubber og trygge voksne å snakke med
- bedre tilgjengelighet og én dør inn når de trenger hjelp
- flere digitale tjenester
- bedre oppfølging for barn og unge som har behov for hjelp over lang tid

Et av hovedtemaene for opptrappingsplanen er samhandling. Når barn og unge har behov for hjelp for psykiske plager og lidelser, er det flere tjenester som har kompetanse som kan være nyttig. Barn, unge og deres foresatte har formidlet et tydelig ønske om at tjenestene må jobbe bedre sammen når det er nødvendig, de ønsker et godt nettverk rundt seg og én dør inn til hjelpen. Opptrappingsplanen inneholder derfor tiltak som skal bidra til at barn, unge og familier skal møte et sammenhengende tjenestetilbud. Det skal utarbeides en ny, tverrsektoriell veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge. Veilederen skal inkludere arbeid med rusproblematikk, vold og overgrep.

Videre er det viktig å legge til rette for at flere får hjelp på rett nivå, og for at barn og unge med behov for langvarig oppfølging får hjelp fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten. Da er det viktig å stimulere til mer dialog mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten før og under henvisning. En tettere dialog kan bidra til at flere barn, unge og familier får rask og riktig hjelp på riktig sted, og at det dermed også blir færre avslag på henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Regjeringen vil derfor utrede og evaluere gode samarbeidsløsninger for dialog mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten før og under henvisning.

2.2.6 Opptrappingsplan mot vold og overgrep

Regjeringen la høsten 2016 frem Prop. 12 S (2016–2017) *Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021)*. Planen skal bidra til å redusere forekomsten av vold i nære relasjoner og styrke ivaretagelsen av barn utsatt for vold og overgrep. Planen er utarbeidet i samarbeid mellom Barne-

og familiedepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet, Kunnskapsdepartementet og Kommunal- og moderniseringsdepartementet.

Planen skal bidra til at voldsutsatte får bedre beskyttelse, at etterforskningen av volds- og overgrepssaker prioriteres og at det forebyggende arbeidet skal styrkes. Arbeidet mot vold og overgrep krever felles innsats fra mange sektorer. Regjeringens mål er at ansvaret for å forebygge og bekjempe vold og overgrep skal være fastsatt, tydelig og lederforankret på alle forvaltningsnivåer. Arbeidet skal samordnes på tvers av tjenester og sektorer.

Opptrappingsplanen tydeliggjør de enkelte aktørenes forpliktelser i arbeidet med å forebygge vold og følge opp voldsutsatte, inkludert kommunenes ansvar. Store deler av det offentlige tjenesteapparatet kommer i kontakt med personer som står i fare for å bli, som er, eller som har vært utsatt for vold. Voldsutsattes behov er ofte sammensatte og krever tverrfaglig og tverrsektoriell tilnærming. Dette forutsetter en tydelig ansvars- og rollefordeling mellom tjenestene som møter voldsutsatte. Planen inneholder en rekke tiltak som skal bidra til bedre lokalt og regionalt samarbeid og samordning av voldsarbeidet.

2.2.7 NOU 2019: 23 Ny opplæringslov

I NOU 2019: 23 *Ny opplæringslov* foreslår utvalget at det utarbeides en egen lov eller forskrift om samarbeid basert på forslaget fra 0–24-samarbeidet, jf. punkt 2.2.1. Utvalget foreslår derfor ikke å videreføre opplæringslovens bestemmelser om samarbeid med kommunale tjenester og plikt til å delta i arbeidet med individuell plan.

Utvalget viser til at plikten til å samarbeide om individuell plan og til å samarbeide om elever med helsemessige, personlige, sosiale eller emosjonelle vansker ikke er regulert likt i lovverket til de aktuelle samarbeidspartene. Det er også variasjon i om barn og unge får de samordnede tjenestene de har behov for. Det er ifølge utvalget ikke grunn til å tro at det manglende samarbeidet om tjenestene skyldes manglende vilje. Men de ulike tjenesteområdene må prioritere innenfor sine områder, og hvis ingen har ansvaret for helheten, kan tilbudet bli fragmentert. Utvalget uttaler at det også er grunn til å stille spørsmål ved om regler og plikter er et godt virkemiddel for å oppnå samarbeid.

En viktig fordel med forslaget til direktoratene i 0–24-samarbeidet sammenlignet med dagens regulering, er ifølge utvalget at virksomhetene får plikt til å samarbeide om oppgaver på tvers av tjenes-

tene, og ikke bare om sine egne oppgaver. Målet er å oppnå et koordinert tjenestetilbud til barn og unge, og da er ikke dagens plikt om å samarbeide med andre om egne oppgaver tilstrekkelig. En annen viktig fordel med forslaget om en samarbeidslov er ifølge utvalget at ansvaret for koordineringen plasseres hos kommunen. Etter utvalgets vurdering er det avgjørende at det overordnede koordineringsansvaret plasseres ett sted, for at barn og unge skal få et koordinert tjenestetilbud.

Dersom de ansvarlige departementene i stedet for en samarbeidslov vil gå inn for koordinert regulering av samarbeidet i de ulike sektorlovene, er det etter utvalgets syn viktig at de aktuelle virksomhetene får plikt til å samarbeide på tvers av tjenestene, og at det overordnede ansvaret for koordineringen plasseres ett sted.

2.2.8 NOU 2019: 3 Nye sjanser – bedre læring

NOU 2019: 3 *Nye sjanser – bedre læring* (Stoltenberg-utvalget) løfter frem barnehagen og skolen som viktige arenaer for flerfaglig samarbeid. Utvalget drøfter muligheten for å lovfeste krav om flerfaglige team i barnehagene og på skolene, som skal bestå av representanter for skolehelsetjenesten, pedagogisk-psykologisk tjeneste (PP-tjenesten), barnevern, sosiale tjenester og ved behov flyktingetjenesten og habiliteringstjenesten. Utvalget påpeker imidlertid at et slikt krav vil innebære en betydelig detaljregulering av kommunenes organisering og ressursbruk, og at det vil fraskrive kommunenivået ansvaret for helheten i det kommunale tjenestetilbudet. De er tydelige på at kommunene må plassere ledelsesansvaret for flerfaglig samarbeid et entydig sted i kommunen.

Utvalget foreslår derfor å innføre et krav om flerfaglig samarbeid i kommuneloven, for å sikre systemrettet arbeid med det psykososiale miljøet i alle barnehager og skoler, og støtte til det enkelte barns læring og utvikling. De mener at et slikt krav bør kombineres med å oppheve de detaljerte bestemmelsene i særlovgivningen om bestemte oppgaver, funksjoner og tjenester i de ulike kommunale sektorene. Utvalget mener at et krav om flerfaglig samarbeid i kommuneloven må legge til grunn at samarbeidet skal være forankret i den enkelte barnehage og skole. De mener at skolen og barnehagen er best posisjonert av de kommunale velferdstjenestene til å oppdage behov tidlig, og påpeker at dette er arenaer hvor alle barn er samlet og oppholder seg over lang tid.

Utvalget foreslår videre at et krav i kommuneloven om flerfaglig samarbeid inneholder en nedre grense for kvalitet og en oppfølgingsplikt

for kommuner som faller under grensen, for eksempel knyttet til indikatorer for psykisk helse blant barn og unge, kartlegginger av barns utvikling før skolealder eller lignende.

2.2.9 NOU 2018: 18 Trygge rammer for fosterhjem

I NOU 2018: 18 *Trygge rammer for fosterhjem* har fosterhjemsutvalget utredet rammevilkårene for ordinære fosterhjem, slik at barna og fosterfamiliene skal kunne få større forutsigbarhet, mer trygghet og bedre tilpassede tiltak. Utvalget har vurdert de økonomiske og faglige rammebetingelsene for ordinære fosterhjem, samt hvordan andre tjenester kan bidra i en helhetlig støtte rundt barnet og fosterfamilien. Utvalget fremhever at en hovedutfordring er at ingen av tjenestene til utsatte barn og unge har et overordnet koordineringsansvar. Utvalget mener ansvaret for koordinering må forankres på et nivå som gir tilstrekkelig legitimitet på tvers av sektorer og tjenestemråder. Utvalget viser til at hver sektor styres av egne mål, og at det ikke nødvendigvis gir insentiver til samarbeid. Utvalget peker på ansvaret den politiske og administrative ledelsen i kommunen har til å sikre møtepunkter på tvers av tjenestene og godt samarbeid. Utvalget fremhever at ansvaret for et helhetlig tilbud er et kommunalt ansvar, og ikke en enkelt tjeneste sitt ansvar alene. Utvalget foreslår derfor å innføre en samordningsplikt i kommuneloven for tjenester til personer med behov for langvarige og koordinerte tiltak. Videre støtter utvalget forslaget i «*Mestre hele livet*» om at kommunen skal utpeke en instans eller opprette en egen funksjon som skal ha ansvaret for å koordinere hjelpetjenester til barn og unge.¹ Utvalget foreslår også at det utarbeides en forskrift for bruk av individuell plan i barnevernet. Utvalget viser til at det ikke er klare retningslinjer for bruken av individuell plan i barnevernet, og heller ikke retningslinjer for hvem som har hovedansvaret for planen når flere tjenester har ansvar.²

2.2.10 NOU 2017: 12 Svikt og svik

I NOU 2017: 12 *Svikt og svik* foreslår barnevoldsutvalget en rekke tiltak for å forebygge og bekjempe vold, overgrep og omsorgssvikt mot barn. Bakgrunnen for å nedsette utvalget var flere alvorlige hendelser der barn var utsatt for grov vold, overgrep og omsorgssvikt. Utvalgets mandat

¹ NOU 2018: 18 *Trygge rammer for fosterhjem* s. 84–85

² Ibid. s 86

var å gjennomgå alvorlige saker og avdekke hva som gikk galt, og identifisere mulig systemsvikt. Utvalget fant blant annet at kompetansen i tjenesteapparatet for å forebygge og avdekke vold og overgrep mot barn er mangelfull. Samtaler med barn mangler eller har for dårlig kvalitet, og foreldres sårbarhet blir ikke fanget opp, eller undervurdert. Et av hovedfunnene er svikt i samarbeidet mellom tjenestene. Utvalget mener det finnes en silotenkning i forvaltningen som gjør det krevende å få til en helhetlig tilnærming, godt samarbeid og god samordning.

I alle sakene utvalget så på, har flere tjenester vært involvert i oppfølgingen av barnet og familien. Gjennomgangen viser at manglende samarbeid fører til at viktig og nødvendig informasjon har gått tapt, og at barn ikke alltid får den hjelpen de har behov for, tidlig nok. Utredningen viser også at det råder stor usikkerhet i tjenestene om tolkningen og den praktiske anvendelsen av reglene om taushetsplikt, opplysningsplikt, opplysningsrett og avvergeplikt.

Utvalget vurderer at det er behov for å gjennomgå regelverket for utarbeidelse av individuell plan med sikte på å få økt bruk av dette. Utvalget peker på at det er flere forhold som kan virke uklare i dagens regelverk om individuell plan, blant annet at ordlyden i regelverket som regulerer individuell plan for de ulike sektorene, er sprikende. Utvalget viser også til planens juridiske status og hvor forpliktende planens innhold er overfor tjenestene som deltar i utarbeidelsen. Utvalget foreslår en gjennomgang av lovbestemmelsene om individuell plan i ulike lovverk for å sikre at disse fremmer samordning i tjenestene for barnets beste.

2.2.11 NOU 2016: 17 På lik linje

I NOU 2016: 17 *På lik linje* har rettighetsutvalget analysert og vurdert hvilke endringer som er nødvendige for å sikre oppfyllelsen av grunnleggende rettigheter til mennesker med utviklingshemming. Rettighetsutvalget foreslår en bestemmelse om at kommunen skal sikre koordinerte kommunale tjenester og bidra til koordinering av statlige, fylkeskommunale og kommunale tjenester til personer med sammensatte og langvarige behov for velferdstjenester.³

³ NOU 2016: 17 *På lik linje* – Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming s. 208–209

2.2.12 NOU 2016: 16 Ny barnevernslov

I NOU 2016: 17 *Ny barnevernslov – Sikring av barnets rett til omsorg og beskyttelse* har barnevernslovutvalget foretatt en teknisk, språklig og strukturell gjennomgang av barnevernloven, samt vurdert åtte nærmere angitte problemstillinger. Barnevernslovutvalget foreslår å innføre en plikt for kommunen i barnevernloven som innebærer at kommunen skal samordne tjenestetilbudet rettet mot alle barn og familier. Barnevernslovutvalget mener det er behov for å lovfeste at kommunen har ansvaret for å legge til rette for samordning av hjelpen til et bestemt barn. Ifølge utvalget kan dette gjelde tilfeller hvor tjenestene er uenige om hva slags hjelp barnet trenger, eller hvor hjelpen til barnet ikke er tilstrekkelig. Den foreslåtte samordningsplikten er ment å inntre i situasjoner hvor det er konflikt mellom de kommunale tjenestene.⁴

2.2.13 Rapporten Inkluderende fellesskap for barn og unge

Rapporten *Inkluderende fellesskap for barn og unge* (Nordahl-rapporten) foreslår å etablere et pedagogisk støttesystem i alle barnehager og skoler, som skal sikre at alle barn og unge mottar ekstra tid og støtte til å lære så snart de opplever problemer med faglig, språklig eller sosial læring og utvikling. Utvalget foreslår også å etablere en flerfaglig veiledningstjeneste i alle kommuner og fylkeskommuner. Tjenesten skal være forankret i det pedagogiske fagfeltet og skal samarbeide tett med andre tjenester, som blant andre skolehelse-tjenesten og barneverntjenesten. Utvalget mener at det er den enkelte kommune eller fylkeskommune som skal bestemme hvordan den vil organisere og plassere den pedagogiske veiledningstjenesten i kommunen.

2.2.14 Digitaliseringsstrategien – Livshendelsen alvorlig sykt barn

Regjeringens digitaliseringsstrategi er utarbeidet i samarbeid med KS, og ble lagt frem i juni 2019. Formålet med strategien er at brukere skal oppleve én digital offentlig sektor. Under innsatsområdet «Brukeren i sentrum» er det gitt oppdrag til seks departementer om å utvikle brukervennlige og sammenhengende tjenester for syv ulike livshendelser: *Få barn* (Arbeids- og

⁴ NOU 2016: 16 *Ny barnevernslov. Sikring av barnets rett til omsorg og beskyttelse* s. 82

sosialdepartementet), *Alvorlig sykt barn* (Helse- og omsorgsdepartementet), *Miste og finne jobb* (Arbeids- og sosialdepartementet), *Ny i Norge* (Kunnskapsdepartementet), *Dødsfall og arv* (Kommunal- og moderniseringsdepartementet), *Starte og drive en frivillig organisasjon* (Kulturdepartementet) og *Starte og drive en bedrift* (Nærings- og fiskeridepartementet). Målet er å levere enda bedre tjenester til innbyggerne, næringsliv og frivillige organisasjoner, som skal oppleves sammenhengende uavhengig av hvem man er i kontakt med.

Ved å ta utgangspunkt i livshendelser for utvikling av sammenhengende tjenester settes brukerne i sentrum. Strategien fokuserer også på hvordan digitalisering kan understøtte samarbeid og tjenesteutvikling på tvers av sektorer.

I oktober 2019 leverte Helsedirektoratet i samarbeid med Direktoratet for e-helse, med involvering av relevante aktører og brukere, en rapport med beskrivelse og prioritering av behov for å forenkle hverdagen for barn og familier med barn med sammensatte behov. Leveransen oppsummerer eksisterende kunnskap om problemer og behov for denne målgruppen. Direktoratene har beskrevet behov og prioritert områder ut fra kompleksitet og nytte for brukere. Behovene er (i prioritert rekkefølge):

1. Helhetlig forståelse og oppfølging
2. Trygge overganger og kontinuitet
3. Lett tilgjengelig informasjon
4. Færre søknader, mer støtte

Helsedirektoratet har i 2020 fått midler til å gjennomføre en StimuLab-prosess for å få en bred og omforent innsikt i brukerens behov og utfordringer. Helsedirektoratet leder arbeidet, og Direktoratet for e-helse, Utdanningsdirektoratet, Statped, NAV, KS og Flekkefjord kommune inngår i arbeidet. Stimulab-prosjektet startet i januar 2021, med planlagt ferdigstilling i desember 2021. Direktoratet vil på bakgrunn av dette foreslå relevante prioriterte tiltak for det videre arbeidet med livshendelsen alvorlig sykt barn, som ses i sammenheng og koordineres med andre tiltak som retter seg mot målgruppen.

2.3 Nærmere om høringen

Forslag til endringer i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven, pasient- og brukerrettighetsloven, barnevernloven, barnehageloven, opplæringsloven, friskoleloven, sosial-

tjenesteloven, NAV-loven, krisesenterloven, familievernkontorloven og introduksjonsloven ble sendt på høring den 30. juni 2020. Høringsfristen var 1. november 2020, og forslaget ble sendt til følgende høringsinstanser:

Departementene
Arbeids- og velferdsdirektoratet
Arbeidstilsynet
Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet
Datatilsynet
Digitaliseringsdirektoratet
Direktoratet for e-helse
Forbrukertilsynet
Helsedirektoratet
Helsetilsynet
Integrerings- og mangfoldsdirektoratet
Konkurransetilsynet
Kriminalomsorgsdirektoratet
Mattilsynet
Miljødirektoratet
Politidirektoratet
Utdanningsdirektoratet
Utlendingsdirektoratet

Statsforvalterne
Sivilombudsmannen
Sysselmannen på Svalbard
Fylkeskommunene
Kommunene
Longyearbyen lokalstyre

Alle landets familievernkontor
Alle landets incestsentre
Alle landets krisesentre
Arbeidsforskningsinstituttet AFI
Barneombudet
Barnesakkyndig kommisjon
Barne-, ungdoms- og familieetaten – Region Midt-Norge
Barne-, ungdoms, og familieetaten – Region Nord
Barne-, ungdoms, og familieetaten – Region Sør
Barne-, ungdoms, og familieetaten – Region Vest
Barne-, ungdoms, og familieetaten – Region Øst
Barnevernets kompetansesentre
Bioteknologirådet
Brønnøysundregisteret
Bufetat region sør
Bufetat region nord
Bufetat region vest
Bufetat region øst
De regionale komiteene for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)
Den norske dommerforening
Den Norske Jordmorforening

Den norske legeforening	Institutt for samfunnsforskning (ISF)
Den norske tannlegeforening	Kompetansesenter for brukererfaring og tjeneste- utvikling (KBT)
Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM)	Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage)
De regionale kompetansesentrene for rusmiddel- spørsmål	Nasjonalt kompetansetjeneste for aldring og helse
Domstolsadministrasjonen	Nasjonalt kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser
Folkehelseinstituttet	Nasjonalt kompetansemiljø om utviklings- hemming – NAKU
Forbrukerombudet	Nasjonalt kompetansesenter for prehospital akuttmedisin – NAKOS
Forbrukerrådet	Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse – NAKMI
Fylkesrådet for funksjonshemmede	Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helse- arbeid – NAPHA
Helse Midt-Norge RHF	Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)
Helse Nord RHF	Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling
Helse Sør-Øst RHF	Nasjonalt senter for e-helseforskning
Helse Vest RHF	Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse
Helse- og sosialombudet i Oslo	Nasjonalt senter for flerkulturell opplæring (NAFO)
Helsepersonellnemnda	Nasjonalt senter for fremmedspråk i opplæringen
Helseøkonomiforvaltningen (HELFO)	Nasjonalt senter for kunst og kultur i opplæringa
Husbanken	Nasjonalt senter for leseopplæring og lese- forskning
Institutt for helse og samfunn HELSAM	Nasjonalt senter for læringsmiljø og atferds- forskning
Kompetanse Norge	Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet
KRIPOS	Nasjonalt senter for matematikk i opplæringen
Kriminalomsorgens utdanningscenter (KRUS)	Nasjonalt senter for naturfag i opplæringa
Landets helseforetak	Nasjonalt senter for nynorsk i opplæringa
Landets pasient- og brukerombud	Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA)
Landets regionale kompetansesentre for rusmiddelspørsmål	Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU)
Likestillings- og diskrimineringsombudet	Norges nasjonale institutt for menneske- rettigheter
Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen (NOKUT)	Norsk helsenet SF
Regjeringsadvokaten	Norsk senter for barneforskning
Riksadvokaten	Norsk senter for menneskerettigheter
Riksrevisjonen	Norsk senter for flerkulturell verdiskapning
Sámediggi/Sametinget	Norsk Kulturskoleråd
Sekretariatet for konfliktrådene	Norsk pasientskadeerstatning (NPE)
Språkrådet	Personvernemnda
Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI)	Regionalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (RVTS) – Midt
Statens institutt for forbruksforskning	Regionalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (RVTS) – Nord
Statens legemiddelverk	Regionalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (RVTS) – Sør
Statens råd for likestilling av funksjonshemmede	Regionalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (RVTS) – Vest
Statistisk sentralbyrå	
Statped	
Høgskolene	
Universitetene	
Statlige videregående skoler	
Fagrådet innen rusfeltet i Norge	
Fana medisinske senter	
Forskningsrådet	
Informasjonssenteret Hieronimus	
Institutt for aktiv psykoterapi (IAP)	
Institutt for barne- og ungdomspsykoterapi	
Institutt for gruppeanalyse og gruppepsykoterapi	
Institutt for mentalisering	
Institutt for psykoterapi	

Regionalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (RVTS) – Øst	Borgestadklinikken
Regionsentrene for barn og unges psykiske helse	CGM (Compugroup Medical Norway AS)
Rådet for psykisk helse	Caritas Norge
Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo	Civita
Senter for omsorgsforskning	Dedicare
Statens barnehus	Delta
Statens råd for likestilling av funksjonshemmede	Den Norske Advokatforening
Universitets- og høgskolerådet	Diabetesforbundet
Universitets- og høyskoleutdannedes forbund	DIPS ASA
VID vitenskapelige høgskole	DNT – edru livsstil
	Elevorganisasjonen
	Erfaringssentrum
Akademikerne	Europharma AS
Arbeidsgiverforeningen Spekter	Familiekanalen
Atferdssenteret	Familieklubbene i Norge
Delta	Fleksibel utdanning Norge
Dysleksi Norge	Fontenehus Norge
Espira	Forandringsfabrikken
Fagforbundet	Forbundet mot rusgift
Fellesorganisasjonen (FO)	Foreningen for blødere i Norge
Landsorganisasjonen i Norge (LO)	Foreningen for hjertesyke barn
Lærernes Yrkesforbund (LY)	Foreningen for human narkotikapolitikk
Norsk Fysioterapeutforbund	Foreningen for Muskelsyke
Norsk Lektorlag	Foreningen for kroniske smertepasienter
Norsk sosiologforening	Foreningen Norges Døvblinde (FNDB)
Norsk Sykepleierforbund	Foreningen tryggere ruspolitikk
Norsk Tjenestemannslag (NTL)	Foreningen vi som har et barn for lite
Parat Helse	Foreningen 2 Foreldre
Statstjenestemannsforbundet	Foreldretvalget for barnehager
Tekna	Foreldretvalget for grunnopplæringen
Unio	Foreningen Menn og Omsorg
Utdanningsforbundet	Forum for barnekonvensjonen
Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund (YS)	Forskerforbundet
	Forskningstiftelsen FAFO
Actis	Frambu
ACOS AS	Frelsesarmeen
ADHD Norge	Frelsesarmeens barne- og familievern
Afasiforbundet i Norge	Frischsenteret
A-larm bruker- og pårørendeorganisasjon for åpenhet om rus og behandling	Frivillighet Norge
Allmennlegeforeningen	FRI – Foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold
Amnesty International Norge	Funksjonshemmedes fellesorganisasjon
Anonyme alkoholikere	Gatejuristen Oslo
Arbeiderbevegelsens rus- og sosialpolitiske forbund	Handikappede barns foreldreforening
Aurora – støtteforening for mennesker med psykiske helseproblemer	Helsetjenestens Lederforbund
Autismeforeningen i Norge	Helseutvalget
Barn av rusmisbrukere – BAR	HIV-Norge
Barnekreftforeningen	Hjernerådet
BarnsBeste	Hvite Ørn – interesse- og brukerorganisasjon for psykisk helse
Bedriftsforbundet	Humanetisk forbund
Bikuben – regionalt brukerstyrt senter	Hørselshemmedes Landsforbund
Bipolarforeningen	Ideelt barnevernsforum
Blå Kors Norge	Innvandrerne landsorganisasjon
	Institutt for samfunnsforskning

IOGT Norge	Mental Helse Norge
IRIS	Mental Helse Ungdom
Ivareta – Pårørende berørt av rus	MiRA – Ressursenter for innvandrere- og flyktningkvinner
Ja, det nytter	Moreno-instituttet – Norsk psykodramainstitutt
Junior- og barneorganisasjonen JUBA	MS – forbundet
Juridisk rådgivning for kvinner (JURK)	NA – Anonyme Narkomane
Juristforbundet	Nasjonalforeningen for folkehelsen
Juss-Buss	Norges Astma- og Allergiforbund
Jussformidlingen	Norges Blindeforbund
Jusshjelpa i Nord-Norge	Norges bygdekvinnelag
Juvente	Norges døveforbund
Kirkelig pedagogisk senter	Norges Farmaceutiske Forening
Kirkens arbeidsgiverorganisasjon	Norges Fibromyalgi Forbund
Kirkens Bymisjon	Norsk forbund for utviklingshemmede
Kliniske ernæringsfysiologers forening	Norsk foreldrelag for funksjonshemmede
Kreftforeningen	Norsk Fosterhjemsforening
Krisesentersekretariatet	Norges handikapforbund
Kristent pedagogisk forum	Norges idrettsforbund
Kommunesektorens organisasjon (KS)	Norges idrettsforbund og olympiske og paralympiske komité
Kompetansenettverk for kvalitet i barnevern (KIB)	Norsk innvandrersforum
KS Bedrift	Norges kvinne- og familieforbund
KUN – Senter for kunnskap og likestilling	Norges kristelige legeforening
Kvinnefronten i Norge	Norges kvinne- og familieforbund
Kvinnegruppa Ottar	Normal Norge
Landsforeningen 1001 dager – mental helse under graviditet og etter fødsel	Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening
Landsforeningen Alopecia Areata	Norsk Barnevernlederorganisasjon (NOBO)
Landsforeningen for barnevernsbarn	Norsk barnevernsamband
Landsforeningen for etterlatte ved selvmord – LEVE	Norsk Biotekforum
Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke (LHL)	Norsk Cøliakiforening
Landsforeningen for Huntingtons sykdom	Norsk Epilepsiforbund
Landsforeningen for lesbisk og homofil frigjøring	Norsk Ergoterapeutforbund
Landsforeningen for Nyrepasienter og Transplanterte	Norsk Folkehjelp
Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse	Norsk Forbund for Osteopatisk Medisin
Landsforeningen for slagrammede	Norsk Forbund for psykoterapi
Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer	Norsk Forbund for Svaksynte
Landsforeningen we shall overcome	Norsk Forbund for Utviklingshemmede
Landsgruppen av psykiatriske sykepleiere	Norsk Forening for barn og unges psykiske helse (N-BUP)
Landsgruppen av helsesøstre, NSF	Norsk Forening for cystisk fibrose
Landslaget for rusfri oppvekst	Norsk Forening for Ernæringsfysiologer
Landsrådet for Norges barne- og ungdomsorganisasjoner	Norsk forening for kognitiv terapi
Lederne	Norsk Forening for nevrofibromatose
Legeforeningens forskningsinstitutt	Norsk Forening for Psykisk Helsearbeid
Legestudentenes rusopplysning	Norsk forening for rus- og avhengighetsmedisin (NFRAM)
LFSS – Landsforeningen for forebygging av selvsykdom og selvmord	Norsk forening for slagrammede
Likestillingssenteret (Stiftelsen Kvinneuniversitetet)	Norsk Forening for Tuberøs Sklerose
LISA-gruppene	Norsk Gestaltterapeut forening
Marborg	Norsk Helsesekretærforbund
	Norsk Immunsviktforening
	Norsk Intravenøs Forening
	Norsk karakteranalytisk institutt
	Norsk Kiropraktorforening

Norsk Logopedlag	Redd Barna
Norsk Manuellterapeutforening	REFORM ressurscenter for menn
Norsk Medisinaldepot AS	Regelrådet
Norsk Nettverk for Down Syndrom	Ressurscenter for omstilling i kommunene (RO)
Norsk OCD forening, ANANKE	Rettspolitisk forening (RPF)
Norsk Ortopedisk Forening	ROM – Råd og muligheter
Norske Ortoptister forening	ROS – Rådgivning om spiseforstyrrelser
Norsk Osteopatforbund	Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO)
Norsk Osteoporoseforening	Ryggforeningen i Norge
Norsk Pasientforening	Ryggmargsbrokk og hydrocephalusforeningen
Norsk Presseforbund	Røde Kors
Norsk Psykiatrisk Forening	Sagatun brukerstyrt senter
Norsk Psykoanalytisk Forening	Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner
Norsk Psykologforening	Samarbeidsforum for estetiske fag
Norsk Radiograførforbund	Samarbeidsforum mot fattigdom i Norge (SF)
Norsk Revmatikerforbund	Selvhjelpsstiftelsen
Norsk selskap for ernæring	Seniorsaken i Norge
Norsk senter for stamcelleforskning	Seniorstøtten
Norsk sykehus- og helsetjenesteforening (NSH)	Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE)
Norsk Tannhelsesekretærs Forbund	Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser (SEPREP)
Norsk Tannpleierforening	Senter for samisk i opplæringa
Norsk Tourette Forening	Senter for seniorpolitikk
Norske Føtterapeuters Forbund	Sentralenheten for fylkesnemndene for barnevern og sosiale saker
Norske Homeopaters Landsforbund	Senter mot incest og seksuelle overgrep Sør-Trøndelag
Norske Kvinners Sanitetsforening	Senter mot seksuelle overgrep Telemark
Norske kveners forbund	SINTEF Helse
Norske samers riksforbund	Sintef Unimed, Helsetjenesteforskning i Trondheim
Norske Sykehusfarmasøytens Forening	Skeiv ungdom
Norsk kvinnesaksforening	Skolenes landsforbund
Norsk Forum for terapeutiske samfunn	Skolelederforbundet
Norsk studentorganisasjon	Spekter
Nordlandsforskning	Spillavhengighet Norge
NTNU Samfunnsforskning	Spiseforstyrrelsesforeningen
NUPI	Stabburshella bruker- og pårørendeforum og værested
Multikulturelt Initiativ- og Ressursnettverk	Stiftelsen Albatrossen ettervernsenter
Landsforbundet for utviklingshemmede og pårørende (LUPE)	Stiftelsen Angstringen Norge (ARN)
Landslaget for nærmiljøskolen (LUFS)	Stiftelsen barnas rettigheter
Lykkelige barn – Forening for foreldre med evnerike barn	Stiftelsen Det er mitt valg
Olympiatoppen	Stiftelsen Fransiskushjelpen
Omsorgsjuss	Stiftelsen fellesskap mot seksuelle overgrep (FMSO) og medlemssentra deira
Organisasjonen for barnevernsforeldre	Stiftelsen Golden Colombia
Organisasjonen Voksne for Barn	Stiftelsen Institutt for spiseforstyrrelser
Praksiseierforeningen	Stiftelsen iOmsorg
Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund	Stiftelsen Kirkens Familievern
Prima Omsorg	Stiftelsen Menneskerettighetshuset
Program for helseøkonomi i Bergen	Stiftelsen Organdonasjon
Podium AS	Stiftelsen Phoenix Haga
proLAR	
PRIO	
Pro Sentret	
Psykiatriliansen BIL	
Pårørendealliansen	
Pårørendesenteret	

Stiftelsen Pinsevennes evangeliesentre	Unicare
Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning	Virke
Stiftelsen Pårørendesenteret	Volvat Medisinske Senter AS
Stine Sofies Stiftelse	
Stoffskifteforbundet	Det kom inn 148 høringsvar. Disse høringsinstansene har kommentert forslagene:
Tankesmien Agenda	
Taterne/Romanifolkets menneskerettighetsforening	Helse- og omsorgsdepartementet
Telemarksforskning	Klima- og miljødepartementet
Trust Arktikugol	Justis- og beredskapsdepartementet
Turner Syndrom foreningen i Norge	Samferdselsdepartementet
Tvillingforeldreforeningen	
Tyrili Utvikling og prosjekt – stiftelse	Arbeids- og velferdsdirektoratet
Uføres Landsorganisasjon ULO	Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet
Ungdom mot narkotika – UMN	Barneombudet
Ung i Trafikk	Datatilsynet
UNICEF Norge	Direktoratet for e-helse
Unge funksjonshemmede	Domstoladministrasjonen
Uni Research AS	Folkehelseinstituttet
Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester	Foreldreutvalg for barnehager (FUB)
Velferdsalliansen	Foreldreutvalget for grunnopplæringen (FUG)
Velferdsforskningsinstituttet NOVA	Helsedirektoratet
Vestlandske Blindeforbund	Husbanken
Verdensorganisasjonen for små barns oppvekst og dannings	Integrerings- og mangfoldsdirektoratet
Visma	Kompetanse Norge
Voksenopplæringsforbundet (VOFO)	Likestillings- og diskrimineringsombudet
Vårres regionalt brukerstyrt senter Midt-Norge	NAKU (Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming)
Yngre legers forening	Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser
	Nasjonalt nettverk for regionale koordinerende enheter
Abelia – forum for friskoler	Politidirektoratet
Aleris Helse AS	Sekretariatet for konfliktrådene
Alliance Healthcare Norge AS	Statens helsetilsyn
Farma Holding	Statped
Frittstående grunnskoler	Utdanningsdirektoratet
Frittstående videregående skoler	
Fürst medisinske laboratorium AS	Akershus universitetssykehus HF
IKT Norge	Avdeling for barne- og ungdomspsykiatri og barnehabilitering, Sykehuset Østfold.
Kanvas	Barne-, ungdoms- og familieetaten, region øst (Bufetat)
Kristne Friskolers Forbund (KFF)	Bufetat region Midt-Norge
Landets private sykehus	Bufetat region sør
Læringsverkstedet	Habiliteringstjenesten i Sykehuset Innlandet HF
Norges Montessoriforbund	Helse Midt-Norge RHF
Norske Fag- og Friskolers Landsforbund	Helse Nord-Trøndelag HF
Norlandia	Helse Sør-Øst RHF
Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO)	Helse Vest RHF
Private barnehager	Kapellveien habiliteringssenter
Private barnehagers landsforbund (PBL)	Kompetansesenter rus – Oslo
Private barnehager i Asker	Nordlandssykehuset HF
Steinerbarnehagene Norge	Norsk Helsennett SF
Steinerskoleforbundet	Oslo universitetssykehus HF
The Association of Norwegian International Baccalaureate Schools	
Trygge barnehager	

Pilar Kompetansetjenesten for psykisk helse og barnevern. Tidligere RBUP Øst og Sør	Advokatforeningen
RKBU Nord	Akademikerne
Ressursenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) Vest	Aktivtørforbundet i Delta
St. Olavs hospital	Arbeiderbevegelsens Rus- og Sosialpolitiske Forbund
Sykehuset i Vestfold, Barne- og ungdoms-psykiatrisk avdeling	Autismeforeningen i Norge
Sykehuset i Vestfold, Habilitering, klinikk medisin	BarnsBeste –Nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende
Sørlandet sykehus HF	Bransjeforeningen Arbeid & Inkludering i NHO
Sunnaas sykehus HF	Den norske legeforening
Tannhelse Rogaland FKF (Den offentlige tannhelsetjenesten i Rogaland)	Den norske tannlegeforening
Tannhelsekompetansesenteret (TAKO-senteret), Lovisenberg Diakonale Sykehus	Diabetesforbundet
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	Elevorganisasjonen
Vestre Viken HF	Fellesorganisasjon FO
	Forandringsfabrikken
Statsforvalteren i Agder	Foreningen 2 Foreldre
Statsforvalteren i Innlandet	Foreningen for hjertesyke barn
Statsforvalteren i Oslo og Viken	Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon
Statsforvalteren i Rogaland	HLF (Hørselshemmedes Landsforbund)
Statsforvalteren i Trøndelag	Handikappede barns foreldreforening (HBF)
Statsforvalteren i Vestland	InorAdopt
	KS
Nordland fylkeskommune	Kirkerådet, Den norske kirke
Vestland fylkeskommune	Kliniske ernæringsfysiologers forening tilsluttet Forskerforbundet (KEFF)
Viken fylkeskommune	Kreftforeningen
	Kristne Friskolers Forbund
Arendal kommune	LHL, LHL Hjerneslag og LHL Astma og allergi
Askøy kommune	LO Norge
Bergen kommune	Landsforbundet for utviklingshemmede og pårørende (LUPE)
Bærum kommune	Landsforeningen for Pårørende innen psykisk helse (LPP)
Drammen kommune	Lovisenberg Diakonale Sykehus
Fredrikstad kommune	Løvemammaene
Horten kommune	ME-foreldrene
Larvik kommune	NHO
Lunner kommune	Norges Døveforbund
Midt-Telemark kommune	Norges Kvinne- og familieforbund
Moss kommune	Norges idrettsforbund
Nettverk for Koordinerende Enheter, Follo	Norsk Epilepsiforbund
Oslo kommune, Byrådsavdeling for oppvekst og kunnskap	Norsk Forbund for Utviklingshemmede
Ringerike kommune, koordinerende enhet	Norsk Fysioterapeutforbunds faggruppe for barne- og ungdomsfysioterapi
Tromsø kommune	Norsk Kiropraktorforening
Trondheim kommune	Norsk Pasientforening
Ålesund kommune	Norsk Sykepleierforbund
	Norsk Tannpleierforening
Institutt for samfunnspsykologi, Psykologisk fakultet, Universitetet i Bergen	Norsk psykologforening
Nasjonalt senter for Læringsmiljø og atferdsforskning v/Universitetet i Stavanger	Norske Fag- og Friskolers Landsforbund
	Norske Sykehusfarmasøytters Forening
	Norske ortoptisters forening
ADHD Norge	OMEF Norge, Verdensorganisasjonen for små barns oppvekst og dannelse
Actis –Rusfeltets samarbeidsorgan	Personskadeforbundet LTN

PitStop Norge
Redd Barna
Rådet for personer med funksjonsnedsettelse
i Nordland
Rådet for psykisk helse
Samfunnsviterne
Sentralt ungdomsråd i Oslo (SUR)
Stine Sofies Stiftelse
Unio
Utdanningsforbundet
Voksne for Barn
Voksne med medfødt hjertefeil

Av disse høringsinstansene har følgende uttalt at de ikke har merknader til høringsforslaget eller at de ikke ønsker å avgi høringsuttalelse:

Forsvarsdepartementet
Utenriksdepartementet
NOKUT
Statistisk sentralbyrå
Røros kommune
Lenden skole og ressurscenter

3 Målgruppen for forslagene

3.1 Høringsforslaget

Når det skal utformes samarbeidsbestemmelser i lovene som regulerer de ulike velferdstjenestene, må det tas hensyn til at lovene retter seg mot personer i ulike aldersgrupper. Forslagene til lovendringer er særlig rettet mot barn og unge. På en del områder er det likevel hensiktsmessig å harmonisere de eksisterende bestemmelsene om samarbeid, fremfor å innføre egne regler om samarbeid om tjenester til barn og unge. Å innføre egne bestemmelser om samarbeid for barn og unge vil bryte med lovgivningsstrukturen innenfor en del av tjenesteområdene. Videre vil det bidra til å gjøre regelverket om samarbeid på tvers fragmentert og uoversiktlig fordi man får ett sett regler om samarbeid om tjenester til barn og unge og et annet sett regler om samarbeid om tjenester til voksne.

Departementene foreslo derfor i høringen at de ulike tjenestenes plikt til å samarbeide skal gjelde for alle tjenestemottakere lovene gjelder for, med unntak for NAV-loven og sosialtjenesteloven. Dette innebærer at tjenestenes plikt til å samarbeide også vil gjelde for voksne i grunnskole og videregående opplæring, voksne pasienter i helse- og omsorgssektoren, voksne brukere av krisesentre og familievernkontorer, og voksne deltakere i introduksjonsprogrammet.

Når det gjelder NAV-loven og sosialtjenesteloven, foreslo departementene i høringen at forslagene til harmonisering og styrking av samarbeidspliktene skulle avgrenses til å gjelde personer under 25 år. De fleste sosiale tjenestene, inkludert økonomisk stønad og individuell plan, har ikke aldersgrenser og retter seg heller ikke mot bestemte aldersgrupper. Tjenestemottakerne er likevel i hovedsak personer over 18 år. For å sikre at forslagene om styrket samarbeid om velferdstjenester gir særlig prioritet til barn og unge, mente departementene at det var hensiktsmessig med en slik aldersgrense, som ville sammenfalle med bestemmelser om ettervern i forslaget til ny barnevernslov.

Når det gjaldt introduksjonsloven, som nå er erstattet av integreringsloven, vurderte departementene at det var mest hensiktsmessig å innføre samarbeidsbestemmelser for deltakere i introduksjonsprogrammet, og ikke for de som kun deltar i opplæring i norsk og samfunnskunnskap. Departementene begrunnet dette med at introduksjonsprogrammet er på fulltid, og at kommunene har tett oppfølging av deltakerne.

Departementene foreslo ikke endringer i tannhelsetjenesteloven. Departementene viste til at tannhelsetjenesten på enkelte områder er annerledes regulert enn de andre velferdstjenestene som proposisjonen omhandler. En stor andel personer som mottar tjenester etter tannhelsetjenesteloven, faller utenfor det offentliges ansvar fordi fylkeskommunens ansvar etter loven bare dekker utvalgte prioriterte grupper. Selv om barn og unge er en slik prioritert gruppe etter tannhelsetjenesteloven, er tannhelsetjenester for andre pasientgrupper i stor grad å anse som privat helsetjeneste med egenbetaling som finansiering. Man kan derfor i mindre grad pålegge personell og virksomheter som yter tannhelsetjenester, generelle samarbeidsplikter. Helsepersonellet som yter tannhelsetjenestene, er uansett regulert av helsepersonelloven, blant annet § 4 om forsvarlighet, inkludert plikten til å samarbeide med annet helsepersonell og plikten til å henvise pasienter videre ved behov. Departementene viste også til Prop. 71 L (2016–2017) hvor det ble foreslått lovendringer for å overføre det fylkeskommunale ansvaret for tannhelsetjenester til kommunene. Stortinget har vedtatt lovendringer som vil gjøre disse tannhelsetjenestene til en del av det kommunale ansvaret etter helse- og omsorgstjenesteloven, jf. Innst. 378 L (2016–2017), men disse er foreløpig ikke satt i kraft. Dersom lovendringene settes i kraft, vil kommunale og fylkeskommunale tannhelsetjenester automatisk bli omfattet av de samarbeidsbestemmelsene som gjelder etter helse- og omsorgstjenesteloven, inkludert de lovendringene som omfattes av denne proposisjonen.

3.2 Høringsuttalelsene

3.2.1 Målgruppen for forslagene

Noen av høringsinstansene har innspill til hvilke tjenester og tilbud samarbeidsplikten bør gjelde for.

Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi) mener at samarbeidsplikten også bør gjelde for de som kun deltar i opplæring i norsk- og samfunnskunnskap, og skriver:

IMDi vurderer at de samme hensynene vil gjøre seg gjeldende for deltakere i opplæring i norsk og samfunnskunnskap, som for deltakere i introduksjonsprogram, selv om deltakere i norsk og samfunnsopplæring ikke deltar i opplæring på fulltid. Bakgrunnen for vår vurdering er at deltakere i norsk- og samfunnskunnskap med behov for sammensatte tjenester, ofte også kan ha behov for tilrettelegging av opplæringen.

Statsforvalteren i Oslo og Viken skriver:

Kommunene har ansvar både for boligsosialt arbeid og for å tilby foreldrestøttende tiltak – avhengig av familiens behov. Kommunene må derfor sørge for at det er et godt samarbeid mellom bolig tjenestene og øvrige kommunale helse- og velferdstjenester, da bolig tjenesten ikke har en egen særlov. Dette taler for at samarbeid om bolig aspektet må synliggjøres som samordnings- og samarbeidstema i særlovene, hvor dette er særlig relevant.

Uten en trygg bosituasjon er det vanskelig å opprette eller holde på en stabil arbeidstilknytning, stå i et skole- og utdanningsløp, motta helsetjenester og forebygge kriminalitet. Boligpolitikken er en viktig del en bred velferdspolitik og innsats mot fattigdom [...] Slik vi ser det, sikrer ikke forslag til endringer lovverket i tilstrekkelig grad at bolig aspektet blir ivare tatt slik at alle barn og unge får bo trygt og godt, og at det utvikles ulike boliger og boformer for å få et tilpasset boligtilbud for barn og unge med nedsatt funksjonsevne.

Sekretariatet for Konfliktrådene mener at politi, kriminalomsorg og konfliktråd bør inkluderes i målgruppen for forslagene, og skriver:

Aktørene i straffesakskjeden har ansvar for gjennomføring av straff mv og er sentrale i kriminalitetsforebyggende arbeid. Barn som

begår lovbrudd trenger imidlertid ofte tiltak fra ulike velferdstjenester for å velge en livsstil uten kriminalitet. Behovet for samarbeid og samordning er vel så til stede for denne gruppen barn og unge som andre barn som får tjenester fra de angitt velferdstjenestelovene. Det kan være en særlig barriere mellom de tradisjonelle velferdstjenestene og justissektoren når det gjelder å få til et godt samarbeid som tilsier at det er spesielt viktig med en tydelig rettslig plikt til samarbeid mv.

Barneombudet mener også at justissektoren burde vært omfattet av forslagene, og at departementene bør se nærmere på om det bør gjøres endringer i politiloven, straffegjennomføringsloven og konfliktrådsloven. De skriver:

I mange tilfeller vil politiets forebyggere ha en rolle i oppfølging og kontakt med ungdom der det er risiko for problemer knyttet til rus og kriminalitet, der også tjenester fra helse, NAV, barnevern og opplæring er inne. Behovet for forpliktende samarbeid og samordning er også stort når en mindreårig skal gjennomføre en straffereaksjon. Konfliktrådet eller kriminalomsorgen har hovedansvaret for å sikre at det nødvendige tjenestetilbudet er tilgjengelig. Alle disse etatene har overfor Barneombudet understreket at det til tider kan være krevende å få til et koordinert og gjensidig forpliktende samarbeid, til barns beste.

Bufdir mener også at samarbeidsbestemmelsene bør gjelde for politi, kriminalomsorg og konfliktråd.

Statens barnehus viser til at barnehusene har en vesentlig rolle når det gjelder oppfølgingen av en del utsatte barn og unge, og derfor burde ha vært nevnt og inkludert som en viktig aktør i forslagene. De skriver:

Statens barnehus har en vesentlig rolle i forhold til en del barn som har behov for et sammensatt tilbud. I 2019 var totalt 5123 barn og unge til tilrettelagt avhør på barnehusene. Statens Barnehus er et tilbud til barn og ungdom, og særlig sårbare voksne, som kan ha vært utsatt for, eller vært vitne til vold eller seksuelle overgrep, og der det foreligger en politianmeldelse. Politiets oppgave er å avhøre barn, ungdom og særlig sårbare voksne på Statens Barnehus. Barnehusene bistår påtale og etterforskning med tilrettelegging rundt avhøret. I etterkant av avhøret gjør Barnehuset en vurde-

ring av behovet for kartlegging av psykisk helse og hvilken oppfølging/behandling det er behov for. Dette gjøres ofte i samarbeid med ansvarlig barneverntjeneste. Barnehuset gir selv tilbud om behandling/oppfølging der det vurderes å være mest hensiktsmessig, og kan bistå i videre henvisning til spesialisthelsetjenesten der hvor barnet/ungdommen er av behov for mer enn hva Barnehuset kan tilby. Barnehuset skal forøvrig legge til rette for medisinske undersøkelser og ivareta koordinering av tverrfaglig og tverretattlig samhandling. I tillegg skal barnehuset bidra i faglig utvikling av saksfeltet, samt gi råd og veiledning til offentlige og private aktører.

LO Norge mener forslagene bør omfatte kulturtilbud for ungdom og fritidsklubber.

Når det gjelder forslaget til aldersavgrensning i NAV-loven og sosialtjenesteloven, er høringsinstansene delte i innspillene sine. Omtrent halvparten av høringsinstansene som uttaler seg om dette forslaget, mener det er positivt at samarbeidsbestemmelsene rettes inn mot barn og unge, og at avgrensningen også klargjør at det er mulig å få støtte utover fylte 18 år og inn i det tidlige voksenlivet.

Flere instanser peker imidlertid på at det å omfattes av styrkede samarbeidsregler i seg selv er et gode, og at det ikke bør avhenge av den enkeltes alder om vedkommende omfattes av forslagene.

Arbeids- og velferdsdirektoratet uttaler at det ikke burde være en øvre aldersgrense for samhandlingsplikt. Dersom det likevel skulle innføres en aldersavgrensning, burde denne settes til 30 år for å sammenfalle med aldersavgrensningen i sosialtjenesteloven knyttet til aktivitetsplikt. Direktoratet peker også på at en aldersavgrensning kan slå uheldig ut, ettersom den sårbare fasen som ung og uetablert kan tenkes å vare noe utover 25 år. De peker også på at aldersavgrensningen kan ramme oppfølgingen av barnefamilier.

Statens helsetilsyn ser ikke grunnlag for hvorfor det skal innføres en aldersavgrensning i arbeids- og velferdsforvaltningen. Samarbeid vil kunne bidra til bedre tjenester til den enkelte, og dette vil i seg selv være et gode som ikke bør avhenge av den enkeltes alder. Helsetilsynet påpeker også at arbeids- og velferdsforvaltningen skal tilby nødvendige og forsvarlige tjenester uavhengig av den enkeltes alder og utvikling.

Statsforvalteren i Oslo og Viken uttaler at et styrket samarbeid mellom velferdstjenestene og NAV er helt nødvendig uavhengig av alder.

En del høringsinstanser mener at tannhelsetjenesten bør være omfattet av særlig forslagene om samarbeidsplikt med andre velferdstjenester. Dette gjelder *Helsedirektoratet*, Bufdir, Barneombudet, *Akademikerne*, *Den Norske Tannlegeforening*, *Sørlandet sykehus*, *Norsk Tannpleierforening*, *Redd Barna*, *Tannhelsekompetansesenteret Lovisenberg Diakonale sykehus*, og *Tannhelse Rogaland RFK*.

Den Norske Tannlegeforening understreker at fylkeskommunene har ansvar for Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) som utgjør om lag 30 prosent av de samlede tannhelsetjenestene. Det vises til at fylkeskommunen skal:

organisere helsefremmende og forebyggende tiltak for hele befolkningen og gi et regelmessig og oppsøkende tilbud om tannhelsetjenester til følgende grupper: barn og unge, psykisk utviklingshemmede og grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og i hjemme-sykepleie. I tillegg skal innsatte i fengsel og personer som er under behandling eller rehabilitering for rusavhengighet gis et tilbud. Fylkeskommunen er pålagt et samordningsansvar for den fylkeskommunale tjenesten og privat sektor, og skal sørge for at tannhelsetjenester inkludert spesialisttjenester, er tilgjengelig for alle som bor eller oppholder seg i fylket.

Videre uttales:

DOT har (...) ansvaret for tannhelsetjenestetilbudet til alle barn og unge og gir et individuelt rettet tjenestetilbud til disse. Barn og unge med behov for sammensatte tjenester får godt tilrettelagte tjenester i den offentlige tannhelsetjenesten, og tannhelsetjenesten samarbeider på tvers med en rekke andre helseaktører. Tannhelsetjenesteloven regulerer altså tannhelsetilbudet til akkurat den gruppen barn og unge som høringsnotatet omhandler.

Oral helse er en viktig del av helsebegrepet og etter NTFs oppfatning må tannhelsetjenesten inkluderes når det gjelder sammensatte tjenestetilbud. Oral helse påvirkes gjensidig av øvrig somatisk helse, psykisk helse og av livssituasjon. Dårlig oral helse kan være et tegn på mer generelle helseplager og en viktig indikator for videre utredning og tettere oppfølging av pasienten.

Det påpekes at den offentlige tannhelsetjenesten har samarbeidet tett og systematisk med kommunale helsetjenester, skolehelsetjenesten, barne-

vernet og spesialisthelsetjenesten i mange tiår. Det vises til at dette samarbeidet blant annet har ført til at barn og unge som har spesielle behov, fanges opp av tannhelsetjenesten og henvises videre til andre instanser for oppfølging. Tannlegeforeningen mener derfor at tannhelsetjenesteloven og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten må innlemmes i regelverksendringene for å sikre et samlet og helhetlig godt tjenestetilbud til barn og unge. Videre uttales det:

Barn med psykiske eller somatiske helseutfordringer, habilitering- eller rehabiliteringsbehov er en heterogen gruppe. Klinisk erfaring viser at individer med helseutfordringer eller funksjonsnedsettelse ofte har vanskeligheter med å gjennomføre daglig tannpuss og tannbehandling, og flere har sammensatte tilstander med behov for tilpassede og koordinerte helsetjenester. Tidlig identifisering av barnet eller ungdommen, utredning, tverrfaglig samarbeid og utarbeidelse av behandling- og oppfølgingsplan i tannhelsetjenesten, kan bidra til å sikre pasienten riktige tjenester til riktig tid, noe som faller inn under forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4.

Det er nødvendig med et tverrfaglig og systematisk samarbeid med aktuelle enheter i kommuner og helseforetak for å gi et slikt tannhelsetjenestetilbud til den enkelte bruker.

Videre samarbeider tannhelsetjenesten med barnevernet i kommunene og tannhelsepersonell har en svært viktig rolle når det gjelder å oppdage tegn til barnemishandling, seksuelle overgrep og omsorgssvikt. Fylkeskommunen skal legge til rette for at den offentlige tannhelsetjenesten blir i stand til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep, jf. tannhelsetjenesteloven § 1-3 c. Den offentlige tannhelsetjenesten er den eneste helsetjenesten i Norge som kaller inn alle barn mellom tre og 18 år til jevnlike undersøkelser. Her får tannhelsepersonell viktig informasjon om barnets helse, utvikling og samspillet med foreldrene. De har derfor en unik mulighet til å oppdage tegn til mishandling eller andre former for omsorgssvikt. Tannhelsepersonell som blir bekymret for et barn, har en plikt til å melde fra til barnevernet om dette.

Tannlegeforeningen påpeker at barn og unge som har vært utsatt for barnemishandling, seksuelle overgrep eller omsorgssvikt, eller som har utviklet tannbehandlingsangst av andre grunner, ofte har behov for tilrettelagte tjenester. Det vises til at fyl-

keskommunen også skal *«sørge for at tannleger i rimelig grad er tilgjengelige for å kunne gjennomføre rettsodontologiske tann- og munnundersøkelser på barn ved Statens Barnehus. Den offentlige tannhelsetjenesten har samarbeidsavtaler med barnehusene i sine fylker om gjennomføring av tann- og munnundersøkelser ved behov på barn som kommer til barnehusene.»* Foreningen trekker også frem helsestasjonene som en annen viktig arena for samarbeid for barn opptil tre år og viser til at helsestasjonene skal gi foresatte rådgivning med hensyn til oral helse, foreta oral helseundersøkelse av barnet og ved behov henviser til tannhelsetjenesten.

Tannlegeforeningen omtaler også rollen til TAKO-senteret ved Lovisenberg Diakonale sykehus i Oslo:

Dette er et nasjonalt kompetansesenter for oral helse for personer (barn og voksne) med sjeldne medisinske tilstander (SMT) med orale og oralmotoriske problemer. Senteret tilbyr spesialiserte tannhelsetjenester til pasienter med SMT, samler kunnskap om og forsker på oral helse hos personer med SMT. TAKO-senteret tilbyr også informasjon, rådgivning og kurs til fagpersoner, pasienter og pårørende. Det flerfaglige teamet ved senteret består av logoped, fysioterapeuter og tannlegespesialister som har tett samarbeid med ulike fagmiljøer ved Lovisenberg Diakonale sykehus og Oslo universitetssykehus.

Oppsummeringsvis uttaler Tannlegeforeningen blant annet:

God oral helse er av avgjørende betydning for allmenn helse og for at barn og unge skal fungere godt fysisk, psykisk og sosialt. NTF er derfor svært forundret og bekymret over at tannhelsetjenesten unntas fra denne regelverksendringen om samarbeid mellom ulike velferdstjenester og samordning av tjenester til barn og unge. NTF er av den oppfatning at regelverk som omfatter tannhelsetjenesten må inkluderes i dette arbeidet. At feltet er utelatt fra høringsnotatet viser at oral helse dessverre fortsatt ikke ses på som en del av et helhetlig helsebegrep i Norge.

(...)

Oral helse er likevel en viktig del av et generelt helsebegrep, og det handler om mer enn å ha friske tenner uten sykdom (karies). Det handler om å kunne spise, snakke, smile og kommunisere med andre. Det handler om å være fri for smerter og ha kontroll på sin

spyttsekresjon (ikke sikle). Og funn og symptomer i munnhulen kan være tegn på både omsorgssvikt, seksuell og fysisk mishandling.

Studier fra Sverige viser at unge voksne med ulike funksjonsnedsettelse har mer ubehandlet sykdom i munnhulen enn andre, og levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt (SSB 2008) viser at det er vesentlig dårligere tannhelse blant personer med nedsett funksjonsevne enn i den øvrige befolkningen. Dette starter hos de yngste og det er derfor svært viktig at munnhelse inkluderes tidlig i et tverrfaglig samarbeid rundt pasientene.

Også Sørlandet sykehus, Norsk Tannpleierforening, Tannhelsekompetansesenteret Lovisenberg Diakonale sykehus og Tannhelse Rogaland RKF har i sine høringsuttalelser trukket frem lignende argumenter for at det i tannhelsetjenesteloven også bør lovfestes samarbeidsregler, både i enkeltsaker og utover oppfølgingen av konkrete personer.

Helsedirektoratet uttaler at tannhelsetjenesteloven er en lov som regulerer den offentlige fylkeskommunale tannhelsetjenesten som først og fremst har ansvar for de prioriterte gruppene som følger av loven. I forlengelsen av dette uttales det at det *«prioriterte klientellet utgjør 85% av pasientene (...). Barn og ungdom 3–20 år utgjør 78% av det prioriterte klientellet, mens svært få barn og unge behandles i den private tannhelsetjenesten. Det øvrige prioriterte klientellet (7%) er personer som har langvarige helseutfordringer og/eller nedsett funksjonsevne og har behov for koordinerte tjenester.»*

Direktoratet viser til at fylkeskommunene har behov for samarbeid med øvrig helsetjeneste og andre relevante virksomheter på systemnivå for det prioriterte klientellet (85 prosent av pasientene) og uttaler videre:

Det er et stort behov for samordning mellom tannhelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten og øvrige velferdstjenester til utsatte barn og unge med sammensatte behov.

3.2.2 Anvendelse på Svalbard

Barneombudet skriver at de er bekymret for rettighetene til barn og unge som bor på Svalbard, og mener at konsekvensene av dette forslaget må vurderes grundig. De skriver:

Vi har over lengre tid ment at det er behov for en gjennomgang av hvilke regler som skal

gjelde på Svalbard. Et spørsmål er om det vil være diskriminering i strid med barnekonvensjonen artikkel 2 om ikke disse bestemmelsene skal gjelde for barn som bor på Svalbard.

3.3 Departementenes vurderinger

3.3.1 Målgruppen for forslagene

Forslaget om aldersavgrensning i NAV-loven og sosialtjenesteloven var begrunnet med behovet for å sikre at forslaget vil medføre styrket samarbeid om tjenester til barn og unge. Etter å ha vurdert innspillene fra høringsinstansene, vurderer departementene det slik at bestemmelsene om styrket samarbeid om velferdstjenester i NAV-loven og sosialtjenesteloven likevel ikke bør avgrenses til kun å gjelde for personer under 25 år.

Det vil være uheldig, og heller ikke i tråd med intensjonen bak forslagene, dersom en aldersavgrensning medfører at barnefamilier som mottar oppfølging fra NAV, ikke omfattes av bestemmelsene om samarbeid i sosialtjenesteloven og NAV-loven. Det avgjørende for om en familie som mottar oppfølging fra et NAV-kontor eller kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen skal være omfattet av bestemmelsene om samarbeid og samordning, bør være hele familiens behov, ikke alderen til den som står registrert som stønadsmottaker eller som mottaker av oppfølgingen.

Som påpekt av høringsinstansene vil en aldersavgrensning også kunne vurderes som å bryte med strukturen i sosialtjenesteloven. Til tross for at de fleste personene som mottar oppfølging fra kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen er over 18 år, er det ikke noen aldersavgrensning i sosialtjenesteloven. Fravær av en aldersavgrensning vil i større grad sikre at oppfølgingen rettes mot hele familien, og slik kunne bidra til å ivareta behovet for samarbeid og samordning når det gjelder tjenester til og oppfølging av barn av foreldre som mottar tjenester eller annen oppfølging fra NAV.

Til tross for at departementene ikke viderefører forslaget om en aldersavgrensning i NAV-loven og sosialtjenesteloven, er det viktig å sikre godt samarbeid og samordning når det gjelder tjenester til og annen oppfølging av barn og unge. Dette er også i tråd med Arbeids- og velferdsstatens særlige innsats overfor personer under 30 år. Samtidig er det viktig at arbeids- og velferdsforvaltningen tilbyr nødvendige og forsvarlige tjenester uavhengig av den enkeltes alder, og at innsatsen for samarbeid mellom tjenesteytere og samordning rettes mot personer innenfor alle aldersgrupper.

Flere høringsinstanser mener at det også bør lovfestes bestemmelser om samarbeid mellom den offentlige tannhelsetjenesten og andre velferdstjenester, i likhet med de samarbeidsregler som gjelder, eller foreslås å gjelde, for de andre velferdstjenestene.

Disse høringsinstansene viser blant annet til at tannhelsetjenesten møter de fleste barn og unge. For behandling og oppfølging av mange tannlidelser er det også hensiktsmessig med tett og nært samarbeid med andre velferdstjenester, blant annet den kommunale helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten, utdanningssektoren og barneverntjenesten. Flere påpeker at det også synes usikkert om tannhelsetjenestansvaret vil bli overført til kommunene, og at dette uansett først vil skje om flere år. Dette taler etter deres mening for at man allerede nå bør fastsette slike regler.

Under henvisning til dette, og særlig den beskrivelsen og de vurderingene som fremkommer av høringsuttalelsen fra Tannlegeforeningen som er redegjort for under punkt 3.2.1, foreslår departementene å lovfeste samarbeidsbestemmelser også for den offentlige tannhelsetjenesten. Departementene foreslår at det i tannhelsetjenesteloven inntas en ny § 1-4a som regulerer den fylkeskommunale tannhelsetjenestens plikt til samarbeid med andre velferdstjenester.

Selv om spørsmålet om slik samarbeidsplikt formelt sett ikke var en del av høringsnotatet, viser imidlertid departementene til arbeidet med Prop. 71 L (2016–2017) hvor det ble foreslått lovendringer for å overføre det fylkeskommunale ansvaret for tannhelsetjenester til kommunene. I Helse- og omsorgsdepartementets høringsnotat av 6. juni 2016, forut for nevnte lovproposisjon, ble det foreslått at gjeldende samarbeidsregler etter helse- og omsorgstjenesteloven langt på vei skulle få anvendelse også for tannhelsetjenester dersom det offentlige ansvaret for tannhelsetjenester ble overført fra fylkeskommunen til kommunen. Departementene legger derfor til grunn at spørsmål om samarbeidsregler for tannhelsetjenesten har vært tilstrekkelig hørt. Departementene viser også til at Stortinget har vedtatt lovendringer som vil gjøre disse tannhelsetjenestene til en del av det kommunale ansvaret etter helse- og omsorgstjenesteloven, og dermed samarbeidsreglene i denne loven, selv om disse endringene foreløpig ikke er satt i kraft, jf. Innst. 378 L (2016–2017).

Det vises til punkt 5.2 og 5.4 – 5.6 for nærmere presentasjon av gjeldende regelverk og vurdering av nødvendige regelverksendringer.

Statsforvalteren i Oslo og Viken fremhever i sin høringsuttalelse viktigheten av en trygg bosituasjon, og betydningen det har blant annet for å stå i et skole- og utdanningsløp og motta helsetjenester. Siden bolig tjenesten ikke har en egen særlov, mener statsforvalteren i Oslo og Viken at samarbeid om boligaspektet må synliggjøres som samordnings- og samarbeidstema i de relevante særlovene. Departementene er enig i at en trygg og stabil bosituasjon er en forutsetning for flere andre livsområder, og for at andre hjelpe tiltak skal ha tilstrekkelig effekt. Regjeringen har nylig lagt frem en ny strategi for den sosiale boligpolitikken: *Alle trenger et trygt hjem* (2021–2024). Som et av flere tiltak i strategien har Kommunal- og moderniseringsdepartementet også sendt på høring forslag til en ny boligsosial lov. Høringsnotatet foreslår å klargjøre kommunenes ansvar overfor vanskeligstilte på boligmarkedet. Forslaget inneholder blant annet en bestemmelse om at kommunen skal sørge for samarbeid på tvers av sektorer og samordning av sine tjenester, og i tillegg samarbeide med andre offentlige aktører som kan bidra til arbeidet for vanskeligstilte på boligmarkedet. Departementene mener at boligaspektet er svært viktig, også i tilknytning til samarbeid og samordning om tjenester til barn og unge. Departementenes vurdering er imidlertid at dette primært vil reguleres i forslag til ny boligsosial lov, og at det på denne bakgrunn ikke er behov for å fremheve boligaspektet særskilt i samordnings- og samarbeidsbestemmelsene om barn og unge.

Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi) mener samarbeidsbestemmelsen i integreringsloven også bør omfatte deltakere i opplæring i norsk og samfunnskunnskap. Departementene mener at forslaget om å avgrense samarbeidsplikten til deltakere i introduksjonsprogrammet bør opprettholdes. For å kunne tilby et kvalitativt godt introduksjonsprogram for hver enkelt deltaker, er kommunene avhengig av å samarbeide bredt med både kommunale, fylkeskommunale og statlige aktører. Opplæringen i norsk og samfunnskunnskap tilbys i all hovedsak av én instans i kommunen, eventuelt av en ekstern aktør som kommunen har inngått avtale med. Det varierer hvor mange timer opplæring den enkelte gjennomgår hver uke, og i hvor stor grad det er mulig å tilrettelegge særskilt for den enkeltes situasjon innenfor rammene av loven. Departementenes vurdering er derfor at det ikke er det samme behovet for samordning.

Når det gjelder justissektoren, har regjeringen etablert et samarbeid på tvers av departementer

og direktorater for å få en helhetlig innsats overfor barn og unge som begår eller står i fare for å begå kriminalitet. Arbeidet er innlemmet i det tverrsektorielle 0–24-samarbeidet om samordning av barn og unges tjenestetilbud. Direktoratene fikk som en del av innsatsen flere oppdrag. Formålet med oppdragene er blant annet å vurdere om de aktuelle sektorene har nødvendig mandat, ansvar og tiltak for å hindre at barn og unge begår alvorlige eller gjentatte kriminelle handlinger, samt at barn og unge kommer ut av en kriminell løpebane. Videre skal direktoratenes arbeid gi grunnlag for å vurdere om dagens tiltak i de berørte sektorer er tilstrekkelige, om det er behov for endringer i dagens regelverk og hva som bør være de ulike sektorens ansvar. Oppfølgingen av direktoratenes anbefalinger må ses i sammenheng med dette arbeidet.

3.3.2 Anvendelse på Svalbard

Dagens regulering av hvorvidt den enkelte lov gjelder på Svalbard, vil i utgangspunktet gjelde for de endrede og nye bestemmelsene som er foreslått i denne proposisjonen. Departementene mener at de foreslåtte bestemmelsene om samarbeid og samordning ikke skal gjelde på Svalbard. Etter departementenes syn er det ikke det samme behovet for en slik regulering på Svalbard. Departementene viser til at mange av de lovpålagte velferdstjenestene som omfattes av proposisjonen, ikke gjelder for Svalbard.

For barnevernloven er det en egen forskrift om lovens anvendelse på Svalbard, hvor det blant

annet fremgår at reglene om individuell plan ikke gjelder på Svalbard.

Sosialtjenesteloven, helse- og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven er ikke gjort gjeldende på Svalbard. Når det gjelder spesialisthelsetjenesteloven, er utvalgte bestemmelser gjort gjeldende på Svalbard. Helsepersonelloven er gjort gjeldende på Svalbard, men med enkelte unntak eller særlige tilpasninger.

Krisesenterloven gjelder ikke på Svalbard, mens familievernkontorloven er gjort gjeldende etter en egen forskrift.

Når det gjelder utdanningssektoren, pågår det et arbeid med å se nærmere på regelverkets anvendelse på Svalbard. Som en del av denne gjennomgangen vil Kunnskapsdepartementet i samarbeid med berørte departementer vurdere om bestemmelsene om samarbeid mv., inkludert endringene som foreslås her, bør gjelde på Svalbard.

3.4 Forslag til lovendringer

Departementene foreslår å endre bestemmelsene i sosialtjenesteloven § 13 og NAV-loven § 15 a, slik at disse ikke avgrenses til kun å gjelde personer under 25 år.

Departementene foreslår videre å lovfeste samarbeidsbestemmelser også for den offentlige tannhelsetjenesten. Det vises til punkt 5.2 og 5.4–5.6 for nærmere presentasjon av gjeldende regelverk og vurdering av nødvendige regelverksendringer.

4 Taushetsplikt og behandling av personopplysninger

4.1 Gjeldende rett

4.1.1 Taushetsplikt

Alle som utfører tjenester eller arbeid innenfor velferdstjenestene som omfattes av denne proposisjonen, har en forvaltningsmessig taushetsplikt om opplysninger som gjelder noens «personlige forhold», jf. forvaltningsloven § 13 første ledd nr. 1. NAV-loven, sosialtjenesteloven, helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven, krisesenterloven og barnevernloven fastsetter en noe strengere taushetsplikt enn de alminnelige reglene i forvaltningsloven. Etter disse lovene gjelder taushetsplikten også opplysninger om fødested, fødselsdato, personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted. Dette innebærer at taushetsplikten i utgangspunktet omfatter alle opplysninger som kan knyttes til bestemte personer. Samtykke er et sentralt grunnlag for å formidle opplysninger mellom velferdstjenester som yter tjenester til barn og unge. Selv om det ikke foreligger et samtykke, kan opplysninger gis til andre forvaltningsorganer når dette er nødvendig for å fremme avgiverorganets oppgaver, dersom ikke annet er fastlagt i særlov. Etter barnevernloven kan det også formidles opplysninger for å forebygge vesentlig fare for liv eller alvorlig skade for noens helse, jf. § 6-7 tredje ledd. Det samme gjelder etter krisesenterloven § 5 tredje ledd.

Helsepersonell er i tillegg underlagt profesjonsmessig taushetsplikt om opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får kjennskap til som helsepersonell, jf. helsepersonelloven § 21. Det følger av helsepersonelloven § 22 at den som har krav på taushet, kan samtykke til at taushetsbelagte opplysninger gjøres kjent for andre. Samtykke til å oppheve taushetsplikten etter forvaltningsloven, eller andre grunnlag etter forvaltningsloven for å dele taushetsbelagte opplysninger, gjelder ikke for taushetsplikten etter helsepersonelloven. Dersom helsepersonell skal kunne dele taushetsbelagte opplysninger basert på samtykke, må det klart fremgå at samtykket

gjelder opphevelse av personellets taushetsplikt etter helsepersonelloven. Etter helsepersonelloven finnes også enkelte unntak fra reglene om taushetsplikt som kan åpne for å dele taushetsbelagte opplysninger uavhengig av samtykke. For eksempel åpner § 23 nr. 4 for å gi taushetsbelagte opplysninger videre «når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene videre». Bestemmelsen gir ingen *plikt* til å dele opplysninger, og i tråd med forarbeidene tolkes den strengt.

Regelverket om taushetsplikt, opplysningsplikt og adgang til å formidle opplysninger setter skranker for i hvilke tilfeller opplysninger kan formidles og deles mellom velferdstjenestene. Dette gjelder både ved samarbeid på tvers av tjenestemråder eller nivåer i egen sektor og ved samarbeid på tvers av sektorene.

4.1.2 Behandling av personopplysninger

Lov 15. juni 2018 nr. 38 om behandling av personopplysninger gjennomfører EUs personvernforordning 2016/679 i norsk rett. Personopplysningsloven og personvernforordningen stiller krav til behandling av personopplysninger og gir rettigheter til de enkeltpersonene som personopplysningene omhandler.

Med personopplysninger menes alle opplysninger som kan knyttes til identifiserbare fysiske personer, for eksempel gjennom navn eller identifikasjonsnummer. Opplysninger om for eksempel etnisk opprinnelse og helseopplysninger anses å være særlige kategorier personopplysninger. Med behandling av personopplysninger menes alle typer innsamling, registrering, lagring mv. av personopplysninger.

Personopplysningsloven og personvernforordningen gjelder ved helt eller delvis automatisert behandling av personopplysninger og ved ikke-automatisert behandling av personopplysninger som inngår i eller skal inngå i et register, jf. personopplysningsloven § 2 første ledd.

Definisjonene av personopplysninger og behandling er tatt inn i forordningen artikkel 4, mens hva som er særlige kategorier personopp-

lysninger følger av forordningen artikkel 9. Artikkel 10 i forordningen omhandler behandling av personopplysninger om straffedommer og lovovertrедelser.

De grunnleggende prinsippene for behandling av personopplysninger følger av personvernforordningen artikkel 5. Det fremgår der blant annet at det ikke skal behandles flere eller andre opplysninger enn det som er nødvendig for de formålene som opplysningene samles inn for. Opplysningene skal være korrekte og oppdaterte, og skal ikke lagres lenger enn det som er nødvendig for formålene. Personopplysningene skal samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål og ikke viderebehandles på en måte som er uforenlig med disse formålene. Viderebehandling for arkivformål i allmenhetens interesse, forskning og statistikk er likevel tillatt, jf. personvernforordningen artikkel 5 nr. 1 bokstav b. Opplysningene skal behandles på en måte som gjør at de grunnleggende prinsippene i personvernforordningen artikkel 5 etterlevs. Den behandlingsansvarlige skal kunne påvise at de grunnleggende kravene overholdes.

Behandling av personopplysninger må, for å være lovlig, ha et *rettslig grunnlag*, jf. personvernforordningen artikkel 6. Artikkel 6 nr. 1 bokstav a åpner for behandling av personopplysninger etter samtykke fra den registrerte eller forelder eller foresatt til et barn. Videre er behandling av personopplysninger lovlig når den er nødvendig for å oppfylle en rettslig forpliktelse som påhviler den behandlingsansvarlige, jf. artikkel 6 nr. 1 bokstav c, og der behandlingen er nødvendig for å utføre en oppgave i allmenhetens interesse eller utøve offentlig myndighet som den behandlingsansvarlige er pålagt, jf. artikkel 6 nr. 1 bokstav e. For begge disse alternativene forutsettes det at det finnes et supplerende rettsgrunnlag i tjenestelovene som regulerer oppgavene, ettersom det stilles vilkår om at behandlingen er nødvendig for å oppfylle en rettslig forpliktelse.

Alle velferdstjenestene som er omtalt i denne proposisjonen, har lovpålagte oppgaver som innebærer at de behandler personopplysninger når de er i kontakt med barn og unge. Det er en forutsetning for å kunne vurdere om barn og unge har rett til forskjellige tjenester og for å kunne fatte vedtak om hjelpetiltak. For å kunne yte den hjelpen og bistanden som den enkelte har behov for, er tjenestene avhengig av å behandle personopplysninger, også særlige kategorier personopplysninger som nevnt i artikkel 9. I enkelte tilfeller kan det også være behov for å behandle opplysninger som nevnt i artikkel 10.

Den enkelte tjenestelov gir rettslig grunnlag for å behandle opplysninger etter forordningen artikkel 6 nr. 1 bokstav c og e. Departementene viser til Prop. 56 LS (2017–2018) side 32–33, der det fremgår at lov- og forskriftsbestemmelser kan utgjøre supplerende rettsgrunnlag. Også vedtak fattet i medhold av lov eller forskrift omfattes, ettersom det også i disse tilfellene foreligger et lov- eller forskriftsgrunnlag. Til spørsmålet om hva det supplerende rettsgrunnlaget må inneholde, fremgår det av proposisjonen at:

[...] formålet med behandlingen skal være «fastsatt» («determined») i det aktuelle rettsgrunnlaget. At formålet skal være «fastsatt» i det supplerende rettsgrunnlaget, kan etter departementets vurdering ikke leses som at det supplerende rettsgrunnlaget må regulere behandling av personopplysninger uttrykkelig. Særlig i lys av den engelske språkversjonen («determined») synes meningen å være at behandlingsformålet skal være *bestemt* i det supplerende rettsgrunnlaget. Etter ordlyden synes det derfor å være tilstrekkelig at det supplerende rettsgrunnlaget pålegger den behandlingsansvarlige en rettslig forpliktelse som det er nødvendig å behandle personopplysninger for å oppfylle.

I en del tilfeller vil velferdstjenestene behandle særlige kategorier personopplysninger, for eksempel helseopplysninger. I forordningens artikkel 9 nr. 2 bokstav b og bokstav h, jf. nr. 3 åpnes det for adgang til å behandle særlige kategorier av personopplysninger som er aktuelle i forbindelse med ytelse av velferdstjenester. Det legges til grunn at opplysningene bare kan behandles under taushetsplikt. Kravet til klarhet i nasjonal lovgivning omtales i Prop. 56 LS (2017–2018) på side 40:

Forordningen gir ikke noe klart svar på hvor klart eller spesifikt nasjonale bestemmelser som åpner for behandling av særlige kategorier av personopplysninger, må være. Når de nevnte bestemmelsene i artikkel 9 nr. 2 krever et «grunnlag» for behandlingen, eller at behandlingen er «tillatt», kan de etter sin ordlyd neppe sies å stille et ubetinget krav om at det alltid må foreligge en helt uttrykkelig og spesifikk lovhjemmel. På samme måte som når det gjelder kravet om supplerende rettsgrunnlag etter artikkel 6 nr. 3, må det vurderes konkret om en bestemmelse er tilstrekkelig for en gitt behandling, jf. punkt 6.3.2 samt punkt 6.4

om kravene om rettsgrunnlag etter Grunnloven og EMK.

Det er den enkelte særlov som pålegger stat, fylkeskommune eller kommune en plikt til å yte velferdstjenester, som gir supplerende rettsgrunnlag for behandlingen av personopplysninger, der dette er nødvendig for å yte tjenesten.

For eksempel vil kommunen måtte behandle personopplysninger for å kunne tildele et barn støttekontakt. Det rettslige grunnlaget for kommunens behandling av opplysninger er i dette tilfellet personvernforordningen artikkel 6 nr. 1 bokstav e, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 andre ledd. Et annet eksempel er barnevernets oppgave med å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp, omsorg og beskyttelse til rett tid, jf. barnevernloven § 1-1. For å ivareta dette ansvaret er barnevernet pålagt en rekke oppgaver som forutsetter behandling av personopplysninger. For eksempel er barneverntjenesten avhengig av å behandle opplysninger når den tar stilling til om det skal iverksettes et frivillig hjelpetiltak etter barnevernloven § 4-4.

Videre må en kommune behandle personopplysninger for å kunne oppfylle sin plikt til å gi barn grunnskoleopplæring. Det rettslige grunnlaget for behandling av personopplysninger er i dette tilfelle personvernforordningen artikkel 6 nr. 1 bokstav c og e, jf. opplæringsloven § 13-1. Rettsgrunnlaget suppleres med andre regler om plikter for kommune, og også av § 15-8 om samarbeid mellom tjenester. Kunnskapsdepartementet har for øvrig hatt på høring et forslag om å tydeliggjøre et supplerende rettsgrunnlag for behandling av personopplysninger etter opplæringsloven.

4.2 Høringsforslaget om endringer i integreringsloven

Høringsnotatet foreslo endringer i lov 4. juli 2003 nr. 80 om introduksjonsordning og norskopplæring for nyankomne innvandrere (introduksjonsloven) § 25 andre ledd om behandling av personopplysninger. Introduksjonsloven ble 1. januar 2021 erstattet av lov 6. november 2020 nr. 127 om integrering gjennom opplæring, utdanning og arbeid (integreringsloven). Introduksjonsloven § 25 er videreført i integreringsloven § 41.

Integreringsloven § 41 regulerer konkret at offentlige organer kan behandle personopplys-

ninger, også personopplysninger nevnt i personvernforordningen artikkel 9 og 10, når det er nødvendig for å utføre oppgaver i forbindelse med tiltak for å gi asylsøkere kjennskap til norsk språk og samfunnsliv, tiltak for å gi innvandrere kunnskap og ferdigheter for å kunne delta i det norske samfunnslivet, gjennomføring av prøver for dokumentasjon av norskkunnskaper og samfunnskunnskap, bosetting av innvandrere og for utbetaling av tilskudd for de nevnte tiltakene.

Ved innføring av en samarbeidsplikt i integreringsloven (se punkt 5) må det etter integreringslovens systematikk gis rettsgrunnlag for behandling av personopplysninger i slike samarbeid, slik at den konkrete reguleringen omfatter samarbeidsoppgavene. Departementene foreslår derfor å innføre et nytt ledd i integreringsloven § 41, som gir hjemmel for behandling av personopplysninger for å utføre oppgaver i forbindelse med samarbeid med andre velferdstjenester for at deltakere i introduksjonsprogrammet skal få et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. § 41 utgjør et supplerende rettsgrunnlag til personvernforordningen artikkel 6 nr. 1 bokstav e og artikkel 9 nr. 2 bokstav g. Deling av personopplysninger kan bare skje innenfor gjeldende regler om taushetsplikt.

4.3 Høringsuttalelsene

Om lag 20 av høringsinstansene har kommentarer knyttet til taushetspliktreglene. Mange påpeker at taushetspliktreglene er krevende, og at det er behov for bedre informasjon og mer opplæring på feltet. Flere, blant annet *Statsforvalteren i Oslo og Viken*, viser til at det omtalte forslaget om endringer i forvaltningslovens taushetspliktregler vil gi bedre rammer for samarbeidet. Dagens regler kan hindre nødvendig informasjonsutveksling og samarbeid i barnevernssaker, eksempelvis mellom barnevern, barnehage og skole. Brudd på bestemmelsene om taushetsplikt er straffbart, og det kan nok føre til at dagens regler om deling av taushetsbelagt informasjon blir tolket for strengt i praksis.

Arbeids- og velferdsdirektoratet uttaler at forståelsen av taushetsplikten, mulighetene og begrensningene den setter, er utfordrende. Det er avgjørende for god samhandling mellom velferdstjenestene at handlingsrommet i regelverket blir synliggjort og forstått hos de som skal praktisere samhandlingsplikten. Videre påpekes det at taushetsplikten etter sosialtjenesteloven er strengere enn etter forvaltningsloven.

Barneombudet viser til at de ved flere anledninger har gitt uttrykk for at bestemmelsene om opplysningsplikten til barnevernet bør tydeliggjøres og forenkles.

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet understreker at taushetsplikt i for stor grad trekkes frem som et hinder for samarbeid mellom velferdssektorene. Tjenestene må ha god kunnskap om reglene om taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt, slik at samarbeid kan foregå innenfor gjeldende rettslige rammer. Kompetansen i tjenestene om taushetspliktsreglene, herunder samtykke som grunnlag for samarbeid mellom velferdssektorer, bør styrkes. Videre påpekes utfordringer knyttet til samtykke, blant annet i forholdet mellom foreldre og barna deres. Samarbeid kan være svært hensiktsmessig også der det ikke gis samtykke. Anonyme drøftelser om et enkelt barn eller en enkelt ungdom kan være et viktig skritt på veien til å gi god hjelp. Tjenestene bør i langt større grad legge til rette for anonymt samarbeid.

Datatilsynet stiller spørsmål ved hvordan personvernregelverket skal ivaretas ved en eventuell samarbeidsplikt. De viser til at mange av de berørte offentlige instansene har vide hjemler for innsamling av personopplysninger, og de er bekymret for håndhevingen av personvernforordningens regler om blant annet formålsbegrensning, hvem som er øverste behandlingsansvarlig, og om hvordan de som berøres av en samarbeidsplikt, skal få oppfylt sin rett til informasjon, innsyn, korrigerings og sletting.

Foreldreutvalget for grunnopplæringen uttaler at utveksling av informasjon kun bør skje etter foreldres samtykke. Gode rutiner for samtykke til informasjonsutveksling kan ivaretas og koordineres på tvers av tjenestene av en koordinator.

Lunner kommune skriver at ulike tolkninger av regelverket kan oppleves å være til hinder for tverrfaglig og tverretattlig samarbeid. *Moss kommune* påpeker at en utvidet adgang til å utlevere taushetsbelagte opplysninger som foreslått av forvaltningslovutvalget vil kunne utvide muligheten for samarbeid innenfor forvaltningen.

Oslo kommune fremhever at hensynene bak reglene om taushetsplikt er viktige og tungtveiende. Likevel kan reglene for taushetsplikt legge hindringer for et godt samarbeid mellom velferdstjenestene. Oslo kommune stiller derfor spørsmål ved om ikke reglene for taushetsplikt også burde blitt behandlet i dette høringsnotatet. Videre er det kommunens oppfatning at personvernreglene ikke er tilstrekkelig ivaretatt i høringsnotatet. Oslo kommune etterlyser en mer grundig drøfting av dette.

Justis- og beredskapsdepartementet skriver at det foreslås flere steder å innføre eller endre bestemmelser som fastsetter en lovfestet plikt til å gi opplysninger til andre tjenesteytere av eget tiltak, så langt taushetsplikten ikke er til hinder for dette. Den nærmere grensdragningen mellom taushetsplikten og opplysningsplikten i slike tilfeller bør vurderes nøye og kommenteres mer inngående i en eventuell lovproposisjon. Det bør også vurderes om opplysningsplikten skal gå foran taushetsplikten, enten generelt for de situasjonene som omfattes av opplysningsplikten, eller i enkelte bestemte situasjoner.

Advokatforeningen påpeker at det hersker en del usikkerhet knyttet til regelverket om taushetsplikt, unntakene fra taushetsplikt og opplysningsplikt, og de understreker derfor viktigheten av arbeidet med veilederen som skisseres i høringsnotatet. En slik veileder kan ifølge foreningen med fordel avklare samtykkespørsmål på vegne av barn, særlig når det anses tilstrekkelig med samtykke fra kun den ene forelderen.

4.4 Departementenes vurderinger

4.4.1 Taushetsplikten og forholdet til regler om samarbeid

Som omtalt over setter regelverk om taushetsplikt, opplysningsplikt og adgang til å formidle opplysninger, skranker for i hvilke tilfeller opplysninger kan formidles og deles mellom velferdstjenestene. Dette gjelder både ved samarbeid på tvers av tjenesteområder eller nivåer i egen sektor og ved samarbeid på tvers av sektorene. I denne proposisjonen foreslås det ikke endringer i taushetspliktregelverket.

En stor del av høringsuttalelsene til dette punktet gjelder forhold som ikke direkte berører lovforslagene i denne proposisjonen. Målet med forslagene i denne proposisjonen er å harmonisere og tydeliggjøre sektorlovenes regler om plikt til samarbeid mellom velferdstjenestene. Reglene om taushetsplikt endres ikke. Det vil fortsatt bare være opplysningsplikten til barneverntjenesten som går foran lovbestemt taushetsplikt, og denne gjelder bare i de tilfellene vilkårene for opplysningsplikt i særlovgivningen er oppfylt.

Taushetsplikten vil ofte få direkte betydning for muligheten til å samarbeide i enkeltsaker. I NOU 2019: 5 *Ny forvaltningslov* ble det foreslått å utvide adgangen til å dele opplysninger som er underlagt taushetsplikt etter forvaltningsloven. I gjeldende forvaltningslov finnes det ikke noen generell adgang for et forvaltningsorgan til å dele

slike taushetsbelagte opplysninger for å ivareta mottakerorganets oppgaver. Utvalget foreslår blant annet en alminnelig bestemmelse om at det under gitte forutsetninger skal være adgang til å dele taushetsbelagte opplysninger med personer i andre forvaltningsorganer, så langt dette er nødvendig for å utføre avsender- eller mottakerorganets oppgaver. Justis- og beredskapsdepartementet sendte høsten 2020 på høring et forslag om utvidet adgang til å dele taushetsbelagte opplysninger mellom forvaltningsorganer.

Datatilsynet påpeker problemstillinger knyttet til prinsippet om formålsbegrensning ved deling av opplysninger. Dette er en problemstilling som blir drøftet i nevnte høringsnotat, hvor det foreslås endringer i forvaltningslovens regler om deling av taushetsbelagte opplysninger.

På oppdrag fra Justis- og beredskapsdepartementet er det gjennomført en utredning om temaet taushetsplikt, opplysningsplikt og opplysningsrett innenfor det offentlige. Utredningen skal danne grunnlag for en veileder om hvordan regelverket om taushetsplikt, opplysningsplikt og opplysningsrett skal forstås og praktiseres på tvers av ulike sektorer. Den tar utgangspunkt i forvaltningsloven og sektorregelverket, blant annet for skolene, barnehagene, helse- og omsorgstjenesten, barnevernet, arbeids- og velferdsforvaltningen, politiet, kriminalomsorgen og utlendingsmyndighetene. Justis- og beredskapsdepartementet sendte 15. februar 2021 utkastet til veileder på høring.

4.4.2 Behandlingsgrunnlag for personopplysninger når velferdstjenester samarbeider om oppfølging av barn og unge

Samarbeid mellom velferdstjenester om oppfølging og behandlingstilbud for et enkelt barn eller en enkelt ung person forutsetter ofte at tjenestene må utveksle vurderinger om behov og tjenestetilbud. Bakgrunnen for forslagene i denne lovproposisjonen er at det er behov for mer samarbeid mellom de ulike tjenestene. Dette innebærer også at tjenestenes behov for å behandle personopplysninger vil kunne øke.

Etter personvernregelverket skal tjenestene ha et behandlingsgrunnlag når personopplysninger behandles automatisk eller skal inngå i et register. Behandlingsgrunnlaget vil normalt være forordningen artikkel 6 nr. 1 bokstav c (rettslig forpliktelse) eller bokstav e (allmennhetens interesse eller utøve offentlig myndighet). Selv om samarbeidet mellom tjenestene bygger på

samtykke og frivillighet fra foreldrene og barnets side, legger departementene til grunn at samtykke etter artikkel 6 nr. 1 i personvernforordningen ikke vil være egnet som behandlingsgrunnlag for den behandlingen av personopplysninger som forslagene i denne lovproposisjonen forutsetter.

Nedtegnelser som tjenestene gjør i en muntlig utveksling av opplysninger, faller inn under personvernregelverket. Slike nedtegnelser vil normalt inngå i en systematisert samling av opplysninger som tjenesten har om barnet eller pasienten, for eksempel pasientjournal, elevmappe eller barnevernmappe / (barnevernjournal). Den enkelte velferdstjenesten kan nedtegne opplysninger som er relevante og nødvendige for å kunne yte «sin» lovpålagte tjeneste. I et samarbeidsmøte mellom for eksempel skole, barnevern og helsesykepleier, vil skolen kunne nedtegne opplysninger som er nødvendige for at skolen skal kunne gi opplæring og oppfølging etter kravene i opplæringsloven § 13-1, barnevernstjenesten vil kunne nedtegne opplysninger som er nødvendige for å yte lovpålagte barneverntjenester etter barnevernloven § 3-2, og helsesykepleier vil kunne nedtegne opplysninger som er nødvendige for å yte tjenestene som er pålagt etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 andre ledd, jf. forskrift om helsestasjon- og skolehelsetjeneste og helsepersonelloven §§ 39 og 40. Nedtegnelser vil ha behandlingsgrunnlag i forordningen artikkel 6 nr. 1 bokstav a, c eller e, eventuelt også artikkel 9 nr. 2, samt i de supplerende rettsgrunnlagene som gjelder for den enkelte velferdstjeneste. Dersom opplysningene er underlagt lovbestemt taushetsplikt, vil det rettslige grunnlaget for tilgang til opplysningene også være del av det supplerende rettsgrunnlaget.

Der en velferdstjeneste sender opplysninger til en annen velferdstjeneste, vil de samme kravene til relevans og formålsbestemthet gjelde som ved nedtegnelser av muntlig overleverte opplysninger. I disse tilfellene vil selve oversendelsen av opplysningene også innebære behandling av personopplysninger, som må ha et rettslig grunnlag. Der en tjeneste sender opplysninger til en annen, må det vurderes om opplysningene da behandles til et nytt formål, og om det nye formålet eventuelt er forenlig eller uforenlig med det opprinnelige formålet, jf. forordningen artikkel 5 nr. 1 bokstav b og artikkel 6 nr. 4. At skolen mottar og viderebehandler opplysninger (det vil si får kjennskap til og lagrer opplysninger i en elevmappe) om forholdene i et hjem, kan være nødvendig for at skolen skal kunne gi barnet den undervisningen og oppfølgingen som skolen har plikt til etter opplæringsloven.

Tjenestene må vurdere konkret om den tjenesten som mottar personopplysningene, vil viderebehandle opplysningene til et formål som ikke er uforenlig med det opprinnelige formålet som opplysningene ble innhentet for.

Målet med regelverksendringene som foreslås i denne lovproposisjonen, er å styrke velferdstjenestenes samarbeid for barn og unge med behov for et sammensatt tjenestetilbud. Samarbeidspliktene som foreslås i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven, barnevernloven, barnehageloven, opplæringsloven, friskoleloven, sosialtjenesteloven, NAV-loven, krisesenterloven, familievernkontorloven, integreringsloven og tannhelsetjenesteloven, vil sammen med lovbestemmelsene som gir supplerende rettsgrunnlag for opplysninger i den enkelte velferdstjeneste og relevante unntak fra taushetsplikten, gi supplerende rettsgrunnlag for oversendelse av opplysninger fra en velferdstjeneste til en annen.

Departementene vil videre påpeke at den enkelte tjenesten vil ha behandlingsansvaret, og dermed ansvar for å følge personvernregelverket for alle personopplysninger som de behandler, herunder opplysninger som de deler med eller mottar fra andre offentlige tjenester etter regelverket om samarbeid. Oppmerksomhet og kunnskap om plikten til å sikre god oppfølging av regelverket, også prinsippene for behandling av personopplysninger etter forordningen artikkel 5, er avgjørende for tilliten mellom tjenestene og brukerne. Deling av opplysninger gjør at prinsippene om dataminimering (innsamling av data skal avgrenses til det som er strengt nødvendig for å oppnå formålet) og riktighet (korrekte og om nødvendig oppdaterte) er svært sentrale.

4.4.3 Integreringsloven

Det er nødvendig å ha et rettsgrunnlag i integreringsloven for behandling av personopplysninger for å utføre oppgaver i forbindelse med samarbeid med andre velferdstjenester for at deltakere i introduksjonsprogrammet skal få et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Integreringsloven § 41 lister opp tilfellene der offentlige organer kan behandle personopplysninger. Det foreslås derfor et nytt ledd i integreringsloven § 41 om adgangen til å behandle personopplysninger når det er nødvendig for å samarbeide med andre tjenester.

4.4.4 Vurdering av personvernkonsekvenser

Lovforslagene om bedre samarbeid mellom velferdstjenester for barn og unge vil innebære at velferdstjenestene i mange tilfeller vil utveksle opplysninger om barn og unge, og at endringene dermed kan medføre noe økt behandling av personopplysninger. Dette kan være sensitive opplysninger, som for eksempel helseopplysninger eller opplysninger om vanskelige forhold i hjemmet. Hvor mange opplysninger som utveksles, og graden av sensitivitet vil variere i hvert konkret tilfelle. Økt behandling av opplysninger vil imidlertid bare skje mellom velferdstjenester som i henhold til eksisterende lovverk har et ansvar for å følge opp et barn eller en ung person.

Slik det er gjort rede for i kapittel 2, har en del barn og unge behov for et sammensatt tjenestetilbud som følge av for eksempel psykiske eller fysiske helseutfordringer, vanskelige hjemmeforhold eller andre psykososiale utfordringer. Det er en økende bekymring for at barn og unge som har behov for sammensatte tjenester, ikke får et tilstrekkelig helhetlig tjenestetilbud. Flere offentlige utredninger og tilsyn viser at de ulike velferdstjenestene i mange saker ikke samarbeider godt nok. Utredningene viser at barn, unge og deres foresatte formidler et tydelig ønske om at ulike aktører som tilbyr hjelp, må jobbe bedre sammen. For at utsatte barn og unge skal få et godt og helhetlig tjenestetilbud, må de ulike sektorene samarbeide godt.

Lovendringene som foreslås i denne proposisjonen har som mål å sikre at barn og unge får et helhetlig tjenestetilbud. Departementene viser til at forslagene til lovendringer vil legge til rette for økt behandling av personopplysninger, men mener dette er nødvendig for å nå målet om bedre velferdstjenester for barn og unge. Departementene mener den økte behandlingen vil innebære beskjedne personvernkonsekvenser.

4.5 Forslag til lovendringer

Departementene foreslår å endre integreringsloven § 41 slik at den gir et supplerende rettsgrunnlag for behandling av personopplysninger når det er nødvendig for å samarbeide med andre tjenester og delta i arbeid med individuell plan. Samarbeidsplikten omtales i kapittel 5 og plikten til å delta i arbeid med individuell plan i kapittel 8.

5 Samarbeid mellom velferdstjenester

5.1 Innledning

De fleste velferdstjenestene har plikt til å samarbeide etter dagens regelverk. I tillegg har de plikt til å veilede tjenestemottakerne slik at de kan ivareta sine behov på best mulig måte. De fleste velferdstjenestene har også plikt til å være oppmerksomme på barn og unges behov og bidra til at de får bistand til å komme i kontakt med rett velferdstjeneste til rett tid. Mange av velferdstjenestene har også lovpålagte oppgaver knyttet til forebygging og tidlig innsats.

En tydelig ansvars plassering gjør det klart for forvaltningen hva som er deres oppgaver. Det gjør det mulig for den enkelte tjenestemottaker å vite hvor man skal kunne henvende seg for å få nødvendige velferdstjenester, og er dermed viktig for rettssikkerheten til den enkelte. En klar ansvars plassering i lov gjør det også mulig for tilsynsmyndighetene å føre tilsyn med om de kommunale, fylkeskommunale og statlige velferdstjenestene etterlever lovpålagte krav.

Samarbeid mellom velferdstjenestene *i enkeltsaker* er viktig for at hjelpen de gir, skal være helhetlig og samordnet. Samarbeid i enkeltsaker bidrar til at det enkelte barn eller den enkelte ungdom får den hjelpen han eller hun trenger.

Samarbeid mellom velferdstjenester *utover oppfølgingen av enkelte barn eller ungdommer* handler om å ha klare samarbeidsstrukturer og tverrsektorielle møteplasser som gjør at de ulike velferdstjenestene får kunnskap om oppgavene til andre velferdstjenester, og kunnskap om hvilke tilbud og tjenester de tilbyr. Denne typen samarbeid er viktig for at velferdstjenestene skal være i stand til å avdekke barn og unges behov for andre tjenester så raskt som mulig, og for at de skal vite hvem som har ansvaret for å gi den aktuelle hjelpen. Barn og unges utfordringer kommer til uttrykk på tvers av sektorinndelingene. Samarbeid på tvers er derfor nødvendig for at kommunen og de ulike velferdstjenestene skal lykkes med det forebyggende arbeidet.

5.2 Gjeldende rett

5.2.1 Veiledningsplikt

Alle forvaltningsorganer har en alminnelig veiledningsplikt innenfor sitt saksområde. Dette følger av forvaltningsloven § 11 første ledd. Formålet med veiledningen skal være å gi parter eller andre interesserte adgang til å ivareta sitt behov i bestemte saker på best mulig måte. Omfanget av veiledningsplikten må tilpasses det enkelte forvaltningsorganets situasjon og kapasitet. Forvaltningsorganer skal av eget tiltak vurdere partenes behov for veiledning, jf. forvaltningsloven § 11 andre ledd. Dersom noen henvender seg til feil forvaltningsorgan, skal det forvaltningsorganet som mottar henvendelsen, om mulig vise vedkommende til rett organ, jf. forvaltningsloven § 11 fjerde ledd. Forvaltningslovens veiledningsplikt gjelder for alle velferdstjenestene som er omfattet av denne proposisjonen.

I tillegg til den alminnelige veiledningsplikten etter forvaltningsloven, har helse- og omsorgssekretoren etter lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) kapittel 3, egne bestemmelser om pasienter og brukeres rett til informasjon. Pasienter skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, jf. § 3-2 første ledd. Videre skal brukere ha den informasjonen som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter, jf. § 3-2 åttende ledd. Om pasienten eller brukeren har rett til informasjon om tjenestetilbudet til andre velferdstjenester, vil bero på en konkret vurdering. I mange tilfeller kan det være tilfellet, for eksempel der hvor helse- og omsorgspersonell informerer en pasient eller bruker om tjenester etter folketrygdloven eller sosialtjenesteloven som det kan være relevant å søke om. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell mv. (helsepersonelloven) § 10 inneholder en korresponderende bestemmelse som gir den som yter helse- og omsorgstjenester, plikt til å gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven.

Etter sosialtjenesteloven § 17 skal kommunen gi opplysning, råd og veiledning som kan bidra til å løse eller forebygge sosiale problemer. Dersom kommunen ikke selv kan gi slik hjelp, skal den så vidt mulig sørge for at andre gjør det. Plikten til å gi opplysning, råd og veiledning er en tjeneste som kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen skal fatte vedtak om, eller som skal inngå som del av et vedtak, og er noe videre enn plikten etter forvaltningsloven § 11. På samme måte fremgår det av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 første ledd at kommunen ved ytelse av helse- og omsorgstjenester skal fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning.

Elever har rett til nødvendig rådgivning om sosiale spørsmål, jf. forskrift 23. juni 2006 nr. 724 til opplæringsloven § 22-2 og forskrift 14. juli 2006 nr. 932 til friskoleloven § 7-2. Ved behov kan eleven få hjelp til å finne de rette hjelpeinstansene utenom skole og bli formidlet kontakt med disse.

Krisesenterloven § 2 fastslår at *«kommunen skal sørge for eit krisesentertilbod som skal kunne nyttast av personar som er utsette for vald eller truslar om vald i nære relasjonar, og som har behov for rådgeving eller eit trygt eller mellombels butilbod. Tilbodet skal gi brukarane, støtte, rettleiing og hjelp til å ta kontakt med andre deler av tenesteapparatet (...)*».

5.2.2 Oppmerksomhetsplikt og opplysningsplikt til barneverntjenesten

Velferdstjenestene har både en plikt til å være oppmerksomme på forhold som kan føre til tiltak fra barnevernet, og plikt til å gi opplysninger til barnevernet etter nærmere bestemte vilkår, jf. blant annet helsepersonelloven § 33, barnevernloven § 6-4, barnehageloven § 22, opplæringsloven § 15-3, friskoleloven § 7-4, sosialtjenesteloven § 45, krisesenterloven § 6, familievernkontorloven § 10, integreringsloven § 49 og folketrygdloven § 25-11.

Opplysningsplikten til barnevernet innebærer både en plikt til å melde fra til den kommunale barneverntjenesten i alvorlige tilfeller og en plikt til å gi opplysninger etter pålegg fra barneverntjenesten eller andre barnevernmyndigheter.

Plikten til å melde fra til den kommunale barneverntjenesten er et selvstendig og personlig ansvar. Dette skal blant annet hindre pulverisering av ansvar og sikre at barneverntjenesten mottar opplysninger om barn i alvorlige livs- og

omsorgssituasjoner. Opplysningsplikten til barnevernet går foran lovbestemt taushetsplikt.

I motsetning til i de andre lovene omfatter ikke oppmerksomhetsplikten og opplysningsplikten i opplæringsloven § 15-3 og friskoleloven § 7-4 alle som utfører tjenester eller arbeid etter disse lovene. Her er det bare de som er ansatt i skolen, som i arbeidet sitt skal være oppmerksomme på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenesten, og melde fra i de nevnte tilfellene.

5.2.3 Plikt til å være oppmerksom på behov for andre tjenester

Personer som yter helsehjelp, skal være oppmerksomme på forhold som bør føre til tiltak fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og skal av eget tiltak gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten opplysninger om slike forhold etter å ha innhentet samtykke fra pasienten, eller så langt opplysningene ellers kan gis uten hinder av taushetsplikt etter helsepersonelloven § 21, jf. helsepersonelloven § 32 første ledd. De har også en opplysningsplikt til den kommunale helse- og omsorgstjenesten når det er grunn til å tro at en gravid kvinne misbruker rusmidler på en slik måte at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade, jf. helsepersonelloven § 32 andre ledd.

Videre har kommunen, fylkeskommunen og de regionale helseforetakene ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 a, tannhelsestjenesteloven § 1-3a og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 f. Bestemmelsene sier at de skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot at pasienter og brukere kan være utsatt for, eller kan stå i fare for å bli utsatt for, vold eller seksuelle overgrep. Kommunen, fylkeskommunen og det regionale helseforetaket skal videre legge til rette for at helse- og omsorgstjenesten blir i stand til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep.

Helsepersonell har plikt til å søke å avklare om pasienter med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade har mindreårige barn eller mindreårige søsken som trenger informasjon eller oppfølging, jf. helsepersonelloven § 10 a. Helsepersonell plikter også å bidra til å ivareta behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn som er etterlatte, kan ha som følge av at en forelder eller et søsken dør, jf. helsepersonelloven § 10 b.

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-7 a første ledd pålegger helseinstitusjoner å ha nødvendig barneansvarlig personell. Dette personellet skal ha

ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige som er pårørende barn eller søsken av, psykisk syke, rusmiddelavhengige og alvorlig somatisk syke eller skadde pasienter, eller som er etterlatte barn eller søsken etter slike pasienter.

Barnehagepersonalet skal være oppmerksomme på forhold som kan føre til tiltak fra kommunens side. Barnehagepersonalet skal av eget tiltak gi sosialtjenesten i arbeids- og velferdsforvaltningen eller den kommunale helse- og omsorgstjenesten opplysninger om slike forhold. Opplysningene kan likevel bare gis etter samtykke fra barnets foreldre, eller så langt opplysningene ellers kan gis uten hinder av taushetsplikt. Disse reglene følger av barnehageloven § 45.

Personalet i skolen skal være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra sosialtjenesten i arbeids- og velferdsforvaltningen, jf. opplæringsloven § 15-4 og friskoleloven § 7-5. Personalet i skolen skal av eget tiltak gi sosialtjenesten i arbeids- og velferdsforvaltningen opplysninger om slike forhold. Opplysningene kan likevel bare gis etter samtykke fra eleven eller elevens foreldre, eller så langt opplysningene ellers kan gis uten hinder av taushetsplikten.

Det følger av familievernkantorloven § 9 at fagpersonell ved familievernkantor i sitt arbeid skal være oppmerksomme på forhold som bør føre til tiltak fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten eller sosialtjenesten i arbeids- og velferdsforvaltningen. De skal av eget tiltak gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten i arbeids- og velferdsforvaltningen opplysninger om slike forhold. Opplysninger kan likevel bare gis etter samtykke fra klienten, eller så langt opplysningene ellers kan gis uten hinder av taushetsplikten.

5.2.4 Regler om samarbeid mellom velferdstjenestene

Helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven, tannhelsetjenesteloven og helsepersonelloven

Kommunens «sørge for-ansvar» etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 innebærer en plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig for å tilby tjenester omfattet av loven, jf. loven § 3-4 første ledd.

Begrepet «deltjenester innad i kommunen» viser til andre velferdstjenester som kommunen

har ansvaret for, for eksempel kommunalt barnevern, sosialtjenesten i arbeids- og velferdsforvaltningen og grunnskole. Samarbeidsplikten overfor regionalt helseforetak, stat og fylkeskommune omfatter blant annet statlig barnevern, familievern, arbeids- og velferdsetaten og videregående skoler.

Samarbeid skal skje dersom dette er nødvendig for å tilby forsvarlige tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. Helse- og omsorgstjenesten har ikke plikt til å samarbeide for at andre sektorer best skal kunne tilby tjenester innenfor *sitt* tjenesteområde.

Tilsvarende bestemmelser om samarbeid er inntatt i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e hvor det fremgår at de regionale helseforetakenes sørge for-ansvar også innebærer en plikt til å legge til rette for nødvendig samarbeid mellom ulike helseforetak innad i det regionale helseforetaket, med andre regionale helseforetak, fylkeskommuner, kommuner eller andre tjenesteytere om å tilby tjenester omfattet av loven. Videre fremgår det at de regionale helseforetakene skal sørge for at det inngås samarbeidsavtaler som nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1, jf. nærmere om dette i kapittel 6.

Etter tannhelsetjenesteloven § 1-4 har fylkeskommunen ansvar for samordning av den offentlige tannhelsetjenesten og privat sektor. Formålet med samordningen er å sikre en best mulig utnyttelse av de samlede ressursene innenfor tannhelsesektoren, slik at befolkningen har mest mulig lik tilgjengelighet til tannhelsetjenester over hele landet. Bestemmelsen må ses i sammenheng med fylkeskommunens plikt til å sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket. Tilgjengelighetsansvaret innebærer at også privat praksis må regnes med for å dekke det samlede behovet for tannhelsetjenester i det enkelte fylket.

Det følger av tannhelsetjenesteloven § 1-1 tredje ledd, jf. § 4-1, at fylkeskommunen kan inngå avtale med privatpraktiserende tannleger om utføring av tannbehandling på persongruppene som er nevnt i lovens § 1-3. Slike avtaler kan være hensiktsmessige virkemidler for å samordne tannhelsetjenestene i fylket ved å bruke ressursene og utnytte kapasiteten på en best mulig måte.

Bortsett fra bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 6-3 som åpner for at fylkeskommuner kan samarbeide om lovpålagte oppgaver på tvers av fylkesgrenser, finnes det ingen bestemmelser i tannhelsetjenesteloven som regulerer samarbeid eller samhandling med andre forvaltningsnivåer

eller tjenesteytere. Dette er i motsetning til hva som gjelder for kommuner og regionale helseforetak, hvor begge forvaltningsnivåene er pålagt plikter knyttet til samarbeid med blant annet fylkeskommuner. Disse forpliktelsene fremstår i dag som ensidige, og speiles ikke av tilsvarende pliktbestemmelser i tannhelsestjenesteloven. Tannhelsestjenesteloven gir ikke hjemmel for å påby interkommunalt samarbeid mellom flere fylkeskommuner.

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med kravene til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, jf. helsepersonelloven § 4 første ledd. Kravene gjelder uavhengig av om helsepersonellet arbeider i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, den fylkeskommunale tannhelsestjenesten eller i spesialisthelsetjenesten.

Forsvarlighetskravet er en rettslig standard. Det konkrete innholdet i forsvarlighetskravet kan bare fastsettes i det enkelte tilfellet vurdert på bakgrunn av de konkrete omstendighetene, for eksempel gjennom tilsynsmyndighetenes virksomhet eller domstolsavgjørelser. Kravet til forsvarlighet innebærer at helsepersonellet må innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner og respektere begrensninger i egen kompetanse, jf. helsepersonelloven § 4 andre ledd. Helsepersonellet skal innhente bistand eller henvise pasienten videre der dette er nødvendig og mulig. Helsepersonellet skal også samarbeide og samhandle med annet kvalifisert personell dersom pasientens behov tilsier dette.

Helsepersonell har plikt til å delta i arbeid med individuell plan når en pasient eller bruker har rett til en slik plan etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5, jf. § 4 andre ledd siste punktum.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal ha rutiner for, og legge til rette for, nødvendig samarbeid med blant annet relevante kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester, jf. forskrift 19. oktober 2018 nr. 1584 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten § 4.

Barnevernloven

Det fremgår av barnevernloven § 3-1 første ledd at kommunen har ansvar for generelle forebyggende tiltak rettet mot barn og unge. Kommunen skal «følge nøye med i de forhold barnet lever under» og «finne tiltak som kan forebygge omsorgssvikt og atferdsproblemer». Kommunen har dermed et ansvar for å søke å unngå at omsorgssvikt og atferdsproblemer oppstår.

Barneverntjenesten har spesielt ansvar for å avdekke omsorgssvikt, adferds-, sosiale og emo-

sjonelle problemer så tidlig at varige problemer kan unngås, og sette inn tiltak, jf. barneverntjenesteloven § 3-2 andre ledd. Kommunen er pålagt et ansvar for å følge nøye med i de forhold barn lever under i kommunen, og for å finne frem til tiltak som kan forebygge omsorgssvikt og atferdsproblemer. Forarbeidene til barnevernloven viser til at det er avgjørende for barnet at tiltak som er tilpasset det enkelte barnets behov, iverksettes så tidlig som mulig når omsorgssvikt og atferdsproblemer oppstår. Dette ansvaret er i tråd med prinsippet om at barnet må få nødvendig hjelp og omsorg til rett tid, og er nedfelt i lovens formålsbestemmelse § 1-1.

Barneverntjenesten skal medvirke til at barns interesser ivaretas også av andre offentlige organer, jf. barnevernloven § 3-2 første ledd. Barneverntjenestens ansvar trer inn dersom andre sektorer ikke i tilstrekkelig grad ivaretar de oppgavene som naturlig tilhører dem. Barneverntjenestens oppgaver innebærer at den skal forsøke å påvirke at vedkommende sektor selv gjør det som er nødvendig. Dersom dette ikke fører frem, bør barneverntjenesten ta initiativ til at spørsmålet får en politisk avklaring i kommunen. Det er ikke meningen at barneverntjenesten skal overta noe av det ansvaret som hviler på andre sektorer.¹

Barneverntjenesten har plikt til å samarbeide med andre sektorer og forvaltningsnivåer når dette kan bidra til å løse barneverntjenestens oppgaver, jf. § 3-2 andre ledd. Bestemmelsen omhandler både samarbeid i enkeltsaker og samarbeid utover oppfølgingen av konkrete barn eller ungdommer. Barneverntjenesten er ikke pålagt å samarbeide med andre velferdstjenester for at disse skal kunne ivareta *sine* oppgaver etter det regelverket som gjelder for disse velferdstjenestene. I forarbeidene er det vist til at barneverntjenestens ansvar for å ivareta barns interesser følger av § 1-1 lovens formål, og at samordning og samarbeid med andre offentlige organer er en forutsetning for å imøtekomme dette ansvaret.² Videre viser forarbeidene til at «[i] de tilfeller 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».

Som ledd i de nevnte oppgavene skal barneverntjenesten gi uttalelser og råd, og delta i den kommunale og fylkeskommunale planleggings-

¹ Ot.prp. nr. 44 (1991–92)

² Ibid. merknader til bestemmelsen

virksomheten og i de samarbeidsorganene som blir opprettet.

Barne- og familiedepartementet hadde i 2020 forslag til ny barnevernslov på høring. I høringsnotatet om ny barnevernslov foreslo Barne- og familiedepartementet å tydeliggjøre kommunens ansvar for generelle forebyggende tiltak rettet mot barn og unge. Det ble vist til at det er viktig at ansvaret for det forebyggende arbeidet er klart forankret i kommunen som sådan, og ikke i barneverntjenesten. Departementet understreket samtidig at dette ikke er til hinder for at kommunen kan velge å benytte barneverntjenesten i det generelle forebyggende arbeidet. I høringsnotatet ble det også foreslått å lovfeste kommunenes ansvar for å samordne det forebyggende tjenestetilbudet rettet mot barn og unge, og at kommunestyret skal vedta en plan for dette arbeidet. Målet er å bidra til mer helhetlig planlegging og bedre samordning av tjenester til barn og unge, med utgangspunkt i en samlet vurdering av ressurser og utfordringer i kommunen.

Barneverntjenestens samarbeidsplikt er i dag kombinert både med en generell medvirkningsplikt og en plikt til å delta i den generelle oppgaveløsningen og planleggingsvirksomheten i kommunen. I høringsnotatet om ny barnevernslov ble det foreslått en mer rendyrket samarbeidsplikt. Forslaget innebærer å oppheve både den særskilte planleggingsplikten og barneverntjenestens generelle plikt til å medvirke til at barns interesser ivaretas også av andre organer. Etter departementenes vurdering er det mer hensiktsmessig at barneverntjenesten har en klar samarbeidsplikt som ikke er kombinert med et uklart medvirknings- og pådriveransvar. Forslagene følges opp i denne proposisjonen.

Barnehageloven

Barnehagen skal samarbeide med skolen om barnas overgang fra barnehage til skole og skolefritidsordning, jf. opplæringsloven § 13-5 og friskoleloven § 5-5. Barnehagepersonalet skal gi sosialtjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten bistand i klientsaker, så fremt barnets foresatte samtykker i at barnehagen gir disse opplysninger om barnet, jf. barnehageloven § 45. Det er ellers ingen bestemmelser i barnehageloven om samarbeid med andre sektorer.

Av forskrift om rammeplan for barnehagens innhold og oppgaver følger det at styrer skal sikre at barnehagen har innarbeidet rutiner for samarbeid med relevante institusjoner, slik som skolen, helsestasjonen, pedagogisk-psykologisk

tjeneste (PP-tjenesten) og barnevernet. Det er ikke presisert om dette gjelder enkeltsaker, samarbeid utover oppfølgingen av konkrete barn eller begge deler.

Opplæringsloven og friskoleloven

Skolen skal samarbeide med relevante kommunale velferdstjenester om vurdering og oppfølging av barn og unge med helsemessige, personlige, sosiale eller emosjonelle vansker, jf. opplæringsloven § 15-8 og friskoleloven § 3-6 b. Plikten gjelder både i enkeltsaker og samarbeid utover oppfølgingen av konkrete elever. Bestemmelsene regulerer ikke samarbeid med relevante velferdstjenester utenfor kommunen, for eksempel spesialisthelsetjenesten, herunder barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP), og statlig barnevern. Skolefritidsordningen er ikke omtalt i opplæringsloven § 15-8. Videre er det ikke gitt bestemmelser om samarbeidsplikt for PP-tjenesten.

Skolen skal samarbeide med barnehagen om barna sin overgang fra barnehage til skole og skolefritidsordning, jf. opplæringsloven § 13-5 og friskoleloven § 5-5. Det fremgår at samarbeidet skal bidra til at barna får en trygg og god overgang, og at det skal utarbeides en plan for overgangen.

NAV-loven

NAV-loven har som formål å legge til rette for en effektiv arbeids- og velferdsforvaltning, tilpasset den enkeltes og arbeidslivets behov og basert på en helhetlig og samordnet anvendelse av de tjenestene som inngår i arbeids- og velferdsforvaltningen. Lovens § 15 regulerer plikten til samarbeid med brukeren og individuell plan. NAV-kontoret skal tidligst mulig avklare brukerens helhetlige behov. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med brukeren. NAV-loven inneholder ikke regler om samarbeid mellom kontoret og andre velferdstjenester, utover plikt til samarbeid om individuell plan.

Sosialtjenesteloven

I sosialtjenesteloven § 13 andre ledd er det regler om samarbeid med andre deler av forvaltningen. Denne bestemmelsen gjelder både samarbeid i enkeltsaker og samarbeid utover oppfølgingen av konkrete personer. Det følger av bestemmelsens første ledd at kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen skal medvirke til at sosiale hensyn blir ivarettatt av andre offentlige organer som har

betydning for at formålet med loven blir oppnådd. NAV-kontoret skal videre samarbeide med andre sektorer og forvaltningsnivåer når dette kan bidra til å løse oppgavene som kontoret er pålagt etter loven.

NAV-kontoret skal gi uttalelser og råd og delta i den kommunale og fylkeskommunale planleggingsvirksomheten og i de samarbeidsorganer som blir opprettet, jf. bestemmelsens andre ledd siste punktum.

Dersom det blir påvist mangler ved de velferdstjenestene som andre deler av forvaltningen skal yte til personer med særskilt hjelpebehov, skal NAV-kontoret om nødvendig ta opp saken med rette vedkommende, jf. sosialtjenesteloven § 13 tredje ledd. Er det uklarhet eller uenighet om hvor ansvaret ligger, skal NAV-kontoret søke å klargjøre forholdet.

Krisesenterloven

Formålet med loven er å sikre et godt og helhetlig krisesentertilbud til kvinner, menn og barn som er utsatt for vold eller trusler om vold i nære relasjoner. Kommunen skal sørge for at kvinner, menn og barn som er utsatt for vold eller trusler om vold i nære relasjoner, får en helhetlig oppfølging gjennom samordning av tiltak mellom krisesentertilbudet og andre deler av tjenesteapparatet, jf. krisesenterloven § 4 første ledd. Tilbudet skal gi brukerne støtte, veiledning og hjelp til å ta kontakt med andre deler av tjenesteapparatet, jf. krisesenterloven § 2. Det er understreket i Ot.prp. nr. 96 (2008–2009) at samarbeid med andre velferdstjenester er en forutsetning for å sikre at brukerne får den hjelpen de trenger. Det er opp til kommunen hvordan samordningen av velferdstjenester for brukerne av krisesentertilbudet skal organiseres.

Familievernkontorloven

Familievernkontorloven inneholder ikke bestemmelser om samarbeid med andre velferdstjenester. Av familievernkontorloven § 1 andre ledd fremgår det at familievernkontorene bør drive utadrettet virksomhet om familierelaterte tema. Dette kan bestå av veiledning, informasjon og undervisning rettet mot hjelpeapparatet og publikum.

Integreringsloven

Integreringsloven inneholder ikke bestemmelser om samarbeid med andre velferdstjenester.

Forvaltningsloven

I NOU 2019: 5 *Ny forvaltningslov* er det foreslått at lovens formålsbestemmelse skal gi føringer for samarbeid på tvers. Det er blant annet foreslått å lovfeste at forvaltningsorganet skal samarbeide med andre forvaltningsorganer for å oppnå lovens formål. Bestemmelsen vil ikke stille selvstendige krav til saksbehandlingen, men skal være en generell rettesnor for utøving av all forvaltningsvirksomhet.

5.3 Høringsforslaget

5.3.1 Oppmerksomhetsplikt og opplysningsplikt til barneverntjenesten

I dag omfatter ikke *oppmerksomhetsplikten* og *opplysningsplikten* alle som utfører tjeneste eller arbeid etter opplæringsloven og friskoleloven, jf. opplæringsloven § 15-3 og friskoleloven § 7-4. Departementene foreslo i høringen å endre bestemmelsene slik at de omfatter alle som utfører tjenester eller arbeid etter opplæringsloven og friskoleloven.

5.3.2 Plikt til å være oppmerksom på behov for andre tjenester

Videre foreslo departementene i høringen å endre opplæringsloven § 15-4 og friskoleloven 7-5 slik at alle som utfører tjenester eller arbeid etter disse lovene, skal være oppmerksomme på forhold som kan føre til tiltak fra helse- og omsorgstjenesten. På denne måten vil innholdet i bestemmelsene bli tilsvarende det som gjelder for barnehager, familievernkontor og helsepersonell.

Departementene foreslo også å innføre en plikt for alle som utfører tjenester eller arbeid etter krisesenterloven, til å være oppmerksomme på forhold som kan føre til tiltak fra sosialtjenesten i arbeids- og velferdsforvaltningen eller den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

5.3.3 Samarbeid mellom velferdstjenestene i enkeltsaker

Departementene foreslo å harmonisere eksisterende regler om samarbeid i enkeltsaker, slik at vilkårene for når samarbeidsplikten inntreffer, er tilnærmet likelydende for alle velferdstjenestene. Forslaget går ut på at velferdstjenestene skal ha plikt til å samarbeide i oppfølgingen av tjenestemottakere, når samarbeid er nødvendig for å gi dem et helhetlig og samordnet tjenestetilbud.

I tillegg foreslo departementene å innføre tilsvarende samarbeidsbestemmelser i de sektorlovene som ikke har slike bestemmelser i dag, det vil si barnehageloven, krisesenterloven, familievernkontorloven og introduksjonsloven (nå erstattet av integreringsloven). Departementene foreslo videre å gi skolefritidsordningen og PP-tjenesten en tilsvarende plikt til å samarbeide med andre tjenester. Departementene foreslo også at samarbeidsplikten skal gjelde for de som gir opplæring til voksne.

Departementene foreslo atplikten til å samarbeide skal gjelde for både kommunale, fylkeskommunale og statlige velferdstjenester, og for friskoler og private barnehager. Når det gjelder den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten, er det i tjenestelovene presisert at de kan inngå avtale med private aktører om å yte tjenester på vegne av henholdsvis kommunen eller spesialisthelsetjenesten. Det følger allerede av dagens regler at disse tjenestelovene vil gjelde for de private aktørene ved slik tjenesteytelse, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 1-2 første ledd og spesialisthelsetjenesteloven § 1-2 første ledd. Departementene foreslo ingen endringer i dette.

Departementene la til grunn at samarbeidsplikten skal omfatte barn og unge under straffegjennomføring. Kommunale tjenesteutøvere som skole og barneverntjeneste, og statlige og fylkeskommunale aktører som spesialisthelsetjenesten og videregående skole, er forpliktet til å delta i oppfølgingen av ungdom som gjennomfører ungdomsstraff eller ungdomsoppfølging, se konfliktrådsloven § 26. Ungdomsenhetene i kriminalomsorgen har tverretatlige team som skal ivareta de unges behov under straffegjennomføringen og forberede tiden etter løslatelse, jf. straffegjennomføringsloven § 10 a.

Departementene foreslo ikke å lovfeste detaljerte regler for hvordan samarbeid om tjenester til det enkelte barn eller den enkelte ungdom skal foregå. Departementene ba imidlertid om innspill fra høringsinstansene på om det er behov for ytterligere regulering av innholdet i samarbeidsplikten i forskrift, og hva som eventuelt bør forskriftsreguleres.

Som redegjort for i punkt 3.1 foreslo departementene ikke å lovfeste regler om samarbeid i tannhelsetjenesteloven.

5.3.4 Samarbeid utover oppfølgingen av den enkelte tjenestemottakeren

Departementene foreslo å tydeliggjøre plikten den enkelte velferdstjeneste har til å samarbeide

med andre velferdstjenester ut over oppfølgingen av den enkelte tjenestemottakeren. Dagens regelverk pålegger velferdstjenestene først og fremst å samarbeide med andre sektorer når dette er nødvendig for å ivareta egne oppgaver. Det stilles i mindre grad krav til samarbeid når dette er nødvendig for at andre velferdstjenester skal kunne ivareta sine oppgaver. Departementene foreslo at den enkelte velferdstjeneste skal ha plikt til å samarbeide med andre velferdstjenester for å ivareta egne og andres oppgaver etter lov eller forskrift.

Departementene foreslo videre å innføre en slik plikt for skolefritidsordningen og PP-tjenesten i opplæringsloven, for kommunene i introduksjonsloven (nå erstattet av integreringsloven), for krisesentertilbudet i krisesenterloven og for familieverntjenesten i familievernkontorloven. Barnehagene har allerede en plikt til å samarbeide etter rammeplanen. Departementene foreslo å lovfeste en tilsvarende samarbeidsplikt for barnehagene som for de andre velferdstjenestene.

Departementene foreslo ikke å lovfeste detaljerte regler for hvordan samarbeid innenfor egen sektor og på tvers av sektorer rent praktisk skal foregå. Departementene ba imidlertid om innspill fra høringsinstansene på om det er behov for ytterligere regulering av innholdet i samarbeidsplikten i forskrift, og hva som eventuelt bør forskriftsreguleres.

Som redegjort for i punkt 3.1 foreslo departementene ikke å lovfeste regler om samarbeid i tannhelsetjenesteloven.

5.3.5 Ansvarsplassering i de enkelte lovbestemmelsene

Departementene foreslo i hovedsak å legge samarbeidspliktene til de enkelte velferdstjenestene innad i kommunene, fylkeskommunene og staten. For eksempel er samarbeidsplikten i opplæringsloven foreslått lagt til *skolen* og ikke til *kommunen*.

I integreringsloven, krisesenterloven og helse- og omsorgstjenesteloven er pliktene i loven lagt til kommunen. Dette samsvarer med hvordan disse lovene ellers er bygd opp, der kommunen er ansvarlig for å sørge for en introduksjonsordning, et krisesentertilbud og en helse- og omsorgstjeneste etter regelverket. I disse lovene foreslo derfor departementene å legge samarbeidspliktene direkte til kommunen.

5.4 Høringsuttalelsene

5.4.1 Oppmerksomhetsplikt og opplysningsplikt til barneverntjenesten

Om lag 20 høringsinstanser har kommentert departementenes forslag om å gi alle som utfører tjeneste eller arbeid etter opplæringsloven og friskoleloven, oppmerksomhetsplikt og opplysningsplikt til barneverntjenesten, jf. opplæringsloven § 15-3 og friskoleloven § 7-4. Alle høringsinstansene støtter forslaget.

Barneombudet mener at det i tillegg er behov for å presisere i alle lovene hva oppmerksomhetsplikten innebærer. De mener at det bør gjøres tydelig hva som forventes av dem som har plikten. Ombudet skriver:

Barneombudet er enige med departementene i at det er behov for å harmonisere oppmerksomhetspliktene i de ulike sektorlovene. For at barn og unge skal få god hjelp til rett tid er det en nødvendig forutsetning at deres behov for hjelp fanges opp. Vi mener imidlertid at oppmerksomhetspliktene slik de er utformet i dag ikke vil være tilstrekkelig, og at disse må få en mer helhetlig tilnærming. En slik plikt er egentlig en del av samarbeidsplikten på individnivå fordi det å følge med på barn og unge er en forutsetning for at samarbeidsplikten utløses.

Vårt inntrykk er at de lovfestede oppmerksomhetspliktene ofte er ukjente for de som jobber i tjenestene, og at de kun har fått med seg plikten til å gi opplysninger. Videre mener vi det er uklart hvilket innhold oppmerksomhetspliktene har. Vi mener det er nødvendig å tydeliggjøre hva oppmerksomhetsplikten innebærer slik at det ikke skal være mulig å se bort fordi det er vanskelig å forstå innholdet i plikten.

En styrket oppmerksomhetsplikt vil være viktig i det forebyggende arbeidet med barn og unge, og et virkemiddel for tidlig innsats. Dette vil være en form for «følge med-plikt» tilsvarende den som finnes i aktivitetsplikten for skolemiljø i opplæringsloven § 9A-4. Hensikten er å følge med på om barn og unge har behov for hjelp fra flere velferdstjenester, og hjelpe barna inn i tjenestene.

Nasjonalt senter for Læringsmiljø og atferdsforskning mener også at det bør presiseres hva oppmerksomhets- og opplysningspliktene innebærer. *Oslo kommune* mener at det bør avklares om skolen eller skoleeier har en plikt til å informere de

som utfører en tjeneste for skolen, om oppmerksomhets- og opplysningsplikten.

Barneombudet mener videre at vilkåret «alvorlig omsorgssvikt», som er et av vilkårene for hvilke situasjoner som omfattes av meldeplikten, bør endres til «annen omsorgssvikt». De viser til sitt høringsinnspill til forslaget til ny barnevernlov.

5.4.2 Plikt til å være oppmerksom på behov for andre tjenester

Om lag 20 høringsinstanser har kommentert departementenes forslag om å harmonisere bestemmelsene om plikt til å være oppmerksomme på forhold som kan føre til tiltak fra sosialtjenesten i arbeids- og velferdsforvaltningen eller den kommunale helse- og omsorgstjenesten. De fleste av disse skriver at de støtter forslaget. Ingen av høringsinstansene skriver at de er imot forslaget.

Barneombudet er enig i at det er behov for å harmonisere oppmerksomhetspliktene, men mener at det er nødvendig å tydeliggjøre bedre hva oppmerksomhetsplikten innebærer. Ombudet mener at oppmerksomhetsplikten egentlig bør være en del av samarbeidsplikten, fordi det å følge med på barn og unge er en forutsetning for at samarbeidsplikten utløses. De mener derfor at oppmerksomhetspliktene bør styrkes, og at bestemmelsene bør utformes mer som en «følge med-plikt» tilsvarende den som finnes i aktivitetsplikten for skolemiljø i opplæringsloven § 9A-4.

Nasjonalt senter for læringsmiljø og atferdsforskning mener innholdet i oppmerksomhetsplikten bør tydeliggjøres, og at plikten bør utløse en aktivitetsplikt.

Om lag 20 høringsinstanser har kommentert forslaget om å innføre en plikt for kritesentrene til å være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra sosialtjenesten i arbeids- og velferdsforvaltningen eller den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Nesten alle støtter forslaget. *Bufdir* mener imidlertid at veiledningsplikten og oppmerksomhetsplikten bør være lik for alle velferdstjenestene, og skriver:

Direktoratet kan ikke se at det er godt nok begrunnet at ikke alle velferdstjenestene som omfattes av forslaget ikke skal ha en plikt til å være oppmerksom på barn og unges behov for hjelp fra andre velferdstjenester. Vi kan heller ikke se at det er grunner til at ikke alle velferdstjenestene som omfattes skal ha et veiledningsansvar som innebærer å bidra til at barn og

unge får kontakt med de tjenestene de kan se ut til å trenge hjelp fra. Selvfølgelig innenfor taushetspliktens grenser. Vi mener det bør lovfestes en lik plikt for tjenestene både til å være oppmerksomme og til å veilede.

KS er imot forslaget. KS skriver:

Bestemmelsen om en oppmerksomhetsplikt som omfatter helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten er ny i krisesenterloven, og KS advarer mot nye reguleringer på feltet. Krisesenteret er en viktig arena for å fange opp signaler om behov som krever tverrsektoriell samordning. Oppmerksomheten bør ikke vris fra å være til stede for brukerne i en krisesituasjon til mer systemrettet arbeid. Krisesenteret er et lavterskeltilbud der medarbeiderne først og fremst retter sin innsats mot å ta imot de som henvender seg til krisesenteret. Krisesentrene er i liten grad satt opp med en fagkompetanse som gir grunnlag for faglig og administrativt tverrsektorielt ansvar. Det er ikke ønskelig at krisesentrene skal endre sin identitet og arbeidsmetode. Derfor bør regelverket for krisesentrene i det alt vesentlige være som i dag.

5.4.3 Samarbeid mellom velferdstjenestene i enkeltsaker

Om lag 110 høringsinstanser har kommentert departementenes forslag om at velferdstjenestene skal ha plikt til å samarbeide i oppfølgingen av barn og unge når samarbeid er nødvendig for å gi dem et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Av disse er det om lag 80 høringsinstanser som helt eller delvis støtter forslaget. Blant disse er *Helse- og omsorgsdepartementet, Bufdir, Folkehelseinstituttet, Barneombudet, Likestillings- og Diskrimineringsombudet, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon, Utdanningsforbundet, Akademikerne, Fellesorganisasjonen*, tre statsforvaltere og 16 kommuner og fylkeskommuner.

Om lag 20 høringsinstanser har kommentert forslaget uten å ta uttrykkelig stilling. Blant disse er *Direktoratet for e-helse, Norsk forbund for utviklingshemmede, Rådet for psykisk helse, Elevorganisasjonen, LO Norge, Nordlandssykehuset HF, Oslo Universitetssykehus og Foreldreutvalget for barnehager (FUB)*.

KS støtter ikke forslaget.

En del høringsinstanser kommenterer at begrepene «nødvendig» og «helhetlig og samordnet tjenestetilbud» er vage og skjønnsmessige, og

at det er behov for å presisere innholdet i samarbeidsplikten. Blant disse er Barneombudet, Bufdir, Likestillings- og diskrimineringsombudet, *Kreftforeningen, Handikappede barns foreldreforening, Foreningen for hjertesyke barn, Hørselshemmede barns landsforbund, Pasient- og brukerombudet i Oslo og Akershus og Sosial- og eldreombudet i Oslo*.

Barneombudet skriver:

Forslaget til samarbeidsplikt for enkeltbarn er for det første problematisk fordi vilkårene er svært skjønnsmessige. Departementene foreslår at plikten skal inntre når det er «nødvendig» for å gi barnet eller ungdommen et «helhetlig og samordnet tjenestetilbud». Det er en fare for at nødvendighetskravet tolkes ulikt, og at det da vil kunne oppstå forskjeller mellom kommuner, og ulike sektorer i praktisering av bestemmelsen.

[...] Plikten til å samarbeide skal inntre når det er nødvendig for å gi barnet eller ungdommen et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Bestemmelsen inneholder mange skjønnsmessige ord, og det vil bety at det er et stort kommunalt handlingsrom. Vår erfaring er at for mange barn som har behov for koordinerte tjenester ikke får det. Vi er bekymret for at dette problemet ikke løses med forslaget til departementene. Vi mener at det er nødvendig med veiledning enten i lovteksten eller i forskrift for å utfylle hvordan dette skal operasjonaliseres.

Likestillings- og diskrimineringsombudet skriver:

Ombudet mener at det er positivt at det gjøres en individuell og konkret vurdering i hvert enkelttilfelle. Det er etter ombudets syn viktig at vilkåret «nødvendig» ikke praktiseres for strengt og at det er barnets eller ungdommens behov for at velferdstjenestene samarbeider som er avgjørende for om samarbeidsplikten inntre. Plikten til å samarbeide bør heller ikke avgjøres utelukkende på bakgrunn av hvor mange velferdstjenester som er involvert i barnets eller ungdommens situasjon, men hvor stort behovet for samarbeid er. Ombudet mener det er viktig at det i praksis er en lav terskel for å inngå samarbeid om velferdstjenester til barn og unge, når dette er til barnets beste.

Statsforvalteren i Vestfold mener det er behov for å konkretisere hva som ligger i formuleringene «nødvendig for at andre velferdstjenester skal kunne løse sine oppgaver» i lys av følgende to

spørsmål: Kan barneverntjenesten bli bedt om å samarbeide i enkeltsaker uten at det blir sendt bekymringsmelding, og kan dette føre til at instanser omgår ansvaret de har for å sende bekymringsmeldinger?

Foreningen for hjertesyke barn etterlyser en bedre beskrivelse av hva samarbeid mellom tjenester skal bestå i:

Departementene foreslår at plikten til å samarbeide skal inntre i de tilfeller samarbeid er nødvendig for å gi barnet eller ungdommen et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Departementene ber om innspill til avveining mellom barnets ønske om å forholde seg til få personer opp mot behovet for at velferdstjenestene samarbeider på tvers. Her blir det tydelig at høringsnotatet mangler en drøfting rundt hva samarbeid og samhandling mellom velferdstjenester egentlig er. Handler det om å utarbeide en individuell plan, handler det om at alle som skal yte en tjeneste må delta på samme møte eller handler det om informasjonsflyt og helhetlig ivaretagelse gjennom å vite om hverandres rolle i barnets liv? Et godt tverrprofesjonelt samarbeid, med tydelig rolleavklaring og god informasjonsflyt innebærer nettopp at bruker ikke behøver å forholde seg til alle tjenesteyterne, men tvert imot kan ivaretas av færre.

Norsk sykepleierforbund skriver også at de savner en nærmere beskrivelse av hvordan ulike tjenester skal samarbeide på ulike nivå og kvalitetskriterier for samarbeid. De mener også at brukermedvirkning må tydeliggjøres og styrkes.

FUB skriver:

FUB mener også det bør være føringer for organisering av samarbeidet, dette for å sikre alle barn og unge et like godt tilbud. Det er viktig å sikre overganger, og FUB mener opplæringsloven må styrkes ved å beholde krav om samarbeid ved overganger, samt styrke plikten til samarbeid. I gjeldende rett i opplæringsloven paragraf 13-5 og friskoleloven paragraf 5-5: i dag er det krav om samarbeid overgang barnehage-skole, dette er foreslått endret i ny opplæringslov. I stedet for å ta bort et godt tiltak som fremmer samarbeid mellom velferdstjenester bør man heller styrke loven ved at man får krav om samarbeid ved alle overganger i opplæringsloven. Det vil også være mer i takt med intensjonen bak dette høringsnotatet, overfor barn og elever med en funksjonshemming. Ved gode overganger har

man en tett dialog for å sikre at tilrettelegging og kunnskap er på plass på elevens første dag i ny situasjon, slik kan eleven slippe å miste verdifull opplæring og sosiale relasjoner bare på grunn av manglende samarbeid. For skolene vil også dette være langt mer effektivt enn om de for eksempel selv skal prøve ut en tilrettelegging som allerede er kjent, og som man vet må følge eleven.

Flere av høringsinstansene mener at det bør lovfestes en rett til et helhetlig og samordnet tjenestetilbud for barn og unge, med tilhørende klageadgang til statsforvalteren. Blant disse er Barneombudet, Likestillings- og diskrimineringsombudet, *Norsk forbund for utviklingshemmede*, *Redd Barna*, *Stine Sofies stiftelse*, *Pasientskadeombudet* og *Sunnaas sykehus*. De mener at uten en rettighetsfesting og klagerett er det en fare for at rettsikkerheten til barna ikke bli bedre enn i dag. Barneombudet skriver:

Vi mener at det ikke er tilstrekkelig at tjenestene har plikter. For at barn og unge skal få den hjelpen de trenger, må de ha mulighet til å klage om de mener at rettighetene ikke oppfylles. Dette er nå ivarettatt for de som har rett til individuell plan, men vi er bekymret for hjelpen til de som ikke har rett til dette. Det bør innføres en klagerett også for den gruppen som ikke har rett til individuell plan, men som likevel har behov for samordnede tjenester.

KS mener at det ikke er gjort tilstrekkelige vurderinger av om forslaget er egnet og nødvendig og av fordeler og ulemper, og støtter ikke forslaget. KS skriver at dersom departementene etter en grundigere vurdering mener det er nødvendig å gå videre med forslaget, er de enig i at dette skjer gjennom endringer i de eksisterende særlovene, fremfor en egen samarbeidslov. De støtter en harmonisering av bestemmelsene i de ulike lovene, slik at de ikke gir barrierer for samarbeid på tvers.

Sykehuset i Østfold, Avdeling for barne- og ungdomspsykiatri og barnehabilitering viser til at det ble innført pakkeforløp for utredning og behandling barn og unge med psykiske lidelser i 2019, og at et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene kan bidra til en tidlig avklaring av tilbud for pasientene og bedre og riktigere henvisninger. De skriver at fastlegenes rolle i henvisninger til spesialisthelsetjenesten er sentral, og at deres erfaring er at mange henvisninger fra fastleger ofte ikke er koordinert med de øvrige velferdstjenestene i kommunene. De mener derfor at

fastleger må inngå i et nødvendig samarbeid med de øvrige tjenestetilbudene, og det må sørges for nødvendig koordinering av pasientenes behov. *Drammen kommune* mener også dette.

Norske fag- og friskolers landsforbund mener at det bør være mer fleksible løsninger for samarbeid mellom fylkeskommunen der eleven er bostedsregistrert og fylkeskommunen hvor skolen ligger, for eksempel en refusjonsordning.

Statsforvalteren i Agder mener at ansvarsforholdene mellom private barnehager og kommunen bør klargjøres.

Som redegjort for i punkt 3.2.1 har en rekke høringsinstanser vært uenige i departementenes vurdering av å ikke foreslå samarbeidsregler i tannhelsetjenesteloven. Det vises til punkt 3.2.1 for gjennomgang av høringsuttalelsene.

Flere høringsinstanser peker på at det må etableres digitale verktøy for samarbeid, samordning og koordinering. Det har også kommet noen innspill i høringen som ikke handler om forslagene om de foreslåtte reglene om samarbeid, samordning og barnekoordinator, og som derfor ikke omtales her.

5.4.4 Involvering av barn og unge

Departementene ba særlig om innspill på avveiningen mellom barnets ønske om å kunne forholde seg til få personer opp mot behovet for at velferdstjenestene samarbeider på tvers. Om lag 20 høringsinstanser har kommentert på dette. Noen høringsinstanser mener at kravene til involvering av barn, ungdom og pårørende bør komme tydeligere frem i lovbestemmelsene. Noen høringsinstanser gir også konkrete innspill til hvordan barnets stemme kan komme tydelig frem i samarbeidet.

Forandringsfabrikken har flere innspill til hvordan barns grunnleggende rettigheter skal kunne ivaretas når velferdstjenestene samarbeider. *Forandringsfabrikken* skriver blant annet:

Vi mener det er nødvendig at det gjenspeiles i lovteksten at barnet må få uttale seg fritt før det vurderes hvorvidt det er nødvendig med samarbeid mellom tjenestene. Dette må inn for å ivareta barns rettigheter. Det må også stå at barn må få nok og forståelig informasjon før barnet uttaler seg. I tillegg til dette bør det stå at dersom samarbeid skal besluttes mot barnets vilje må fordeler og ulemper med en slik avgjørelse vurderes. Barnet må også informeres om den beslutningen som tas, og informeres om videre prosess. Det vil da være helt

sentralt å avklare på et tidlig tidspunkt hvordan barnet ønsker å motta informasjon og uttale seg. I tillegg til dette må det avklares hvordan barnets rett til privatliv kan ivaretas.

Forandringsfabrikken viser også til at den danske serviceloven gir barn rett til å la seg bistå av en trykghetsperson, eller 'bisitter', på ethvert tidspunkt av behandlingen av en sak. *Forandringsfabrikken* mener at tilsvarende regulering bør tas inn i de foreslåtte samarbeidsbestemmelsene.

Likestillings- og diskrimineringsombudet skriver:

Når det gjelder gjennomføringen av samarbeidsplikten og hvilke tjenester som skal samarbeide, er det viktig at barnet får uttrykke sin mening om disse spørsmålene, jf. barnekonvensjonen art. 3, 12 og CRPD art. 7. Ombudet understreker også viktigheten av at barnet eller ungdommen skal få uttrykke sin mening til tross for eventuelle funksjonsvariasjoner. Dersom barnet eller ungdommen uttrykket seg på eksempelvis tegnspråk, med kroppsspråk, har behov for tolk eller kommuniserer på andre måter, må velferdstjenestene tilpasse seg dette og strekke seg langt for å undersøke hva barnet ønsker. Ombudet understreker også at det må være barnets egne ønsker og behov som står i sentrum og ikke hva eventuelt foreldre eller omsorgspersoner ønsker.

Ressursenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) Vest skriver:

Under punkt 6.3.4 ber departementene om innspill på avveiningen mellom barnets ønske om å kunne forholde seg til få personer opp mot behovet for at velferdstjenestene samarbeider på tvers. *RVTS Vest* mener her at det er viktig å i stor grad vektlegge barnets ønske, jmf. Barnekonvensjonen artikkel 12. Dersom barnets ønske er at kun et lite antall instanser/personer skal være tilstede i møter hvor barnet selv deltar, mener *RVTS Vest* at dette bør tilkjennegis og det bør begrunnes dersom det ikke etterfølges. Vi mener at dette vil øke sannsynligheten for at barnet får en reell mulighet til å uttale seg i et slikt møte, da vi vet at mange barn synes det er vanskelig å delta og/eller uttale seg i møter hvor det er mange instanser involvert. Det må da være tjenestenes/koordinators ansvar å viderefremme informasjon til andre tjenester som ikke får anledning til å delta i et slikt felles møte.

Arendal kommune peker på at selv om det er flere tjenester som samarbeider rundt barna eller ungdommene, så trenger de ikke nødvendigvis forholde seg til alle tjenestene. Kommunen skriver:

Vi erfarer at når vi lykkes med å involvere barn og ungdom i hvordan tjenestene skal tilbys og hvem de vil forholde seg til, møter vi ønskene og behovene deres i større grad. Innhenting av samtykke muliggjør også deling av nødvendig informasjon med fagpersoner som ikke deltar i møtet med barnet. Mange av lovene dette høringsnotatet gjelder, inneholder regler om barns rett til å bli hørt. I det daglige arbeidet erfarer kommunen at barnesyn, holdninger og verdier også må jobbes systematisk med for at barns rett til å medvirke blir ivaretatt på en slik måte at medvirkningen oppleves reell.

Norsk Epilepsiforbund skriver:

I kapittel 6.3.4 ber Departementet om at høringsinstansene særlig gir innspill om avveiningen mellom barnets ønske om å kunne forholde seg til få personer opp mot behovet for at velferdstjenestene samarbeider på tvers. Dette opplever vi ikke som motstridende prinsipper. De som skal samarbeide er personer eller instanser som barnet i utgangspunktet har behov for tjenester fra. Det vil, slik vi ser det, ikke være snakk om at barnet må forholde seg til flere personer. Tvert imot, vil barnet kunne slippe å forholde seg så ofte til de ulike instansene hvis de i større grad kan kommunisere med hverandre og samordne tjenestene slik at barnet ikke må være involvert i all informasjonsutveksling.

Bergen kommune skriver at barns ønske må veie tungt, men at det viktigste er at barnets stemme kommer tydelig frem i alt samarbeid, ikke at barnet alltid er fysisk til stede. De mener at dette med fordel kan klargjøres.

5.4.5 Samarbeid utover oppfølgingen av den enkelte tjenestemottakeren

Om lag 90 høringsinstanser har kommentert departementenes forslag om at tjenestene skal ha plikt til å samarbeide ut over oppfølgingen av konkrete barn eller ungdommer. Av disse er i det overkant av 70 instanser som helt eller delvis støtter forslaget. Blant disse er *Helsedirektoratet*, *Bufdir*, *Folkehelseinstituttet*, *Helsetilsynet*, *Barneombudet*, *Likestillings- og diskrimineringsombudet*,

Funksjonshemmedes fellesorganisasjon, fire statsforvaltere, og 16 kommuner og fylkeskommuner. Om lag 15 høringsinstanser har kommentert forslaget uten å ta uttrykkelig stilling. Blant disse er *Justis- og beredskapsdepartementet*, *NHO* og *Norsk forbund for utviklingshemmede*. *KS* støtter ikke forslaget fordi de mener at det ikke er gjort tilstrekkelige vurderinger av om forslaget er egnet og nødvendig, og av fordeler og ulemper.

Flere høringsinstanser mener at innholdet i plikten bør konkretiseres og tydeliggjøres. *Bufdir* er blant disse, og skriver:

Vi mener plikten bør fremgå av egen paragraf, og at bestemmelsen om samarbeidsplikt på systemnivå bør stå før bestemmelsen om plikt til å samarbeide om det enkelte barn/ungdom/familie. Dette for å understreke at samarbeid på systemnivå skal underbygge og legge til rette for samarbeid om det enkelte barn/ungdom.

Innholdet i samarbeidsplikten på systemnivå bør tydeliggjøres, og det bør gis føringer i lovteksten om hva som må til for å oppfylle plikten, og plikten bør også utdypes i forskrift.

Sunnaas sykehus mener at det bør presiseres hva det innebærer å legge til rette for samarbeid med andre kommunale, fylkeskommunale eller statlige organer.

Norsk sykepleierforbund skriver:

Vi savner en nærmere beskrivelse av hvordan ulike tjenester forventes å samarbeide på ulike nivå – fra et universelt folkehelseperspektiv, til selektiv og indikativ forebygging overfor barn og unge som har sammensatte hjelpebehov. Vi savner også en belysning av kvalitetskriterier for samarbeid mellom velferdstjenester rettet mot barn og unge.

Bergen kommune mener at det må tydeliggjøres at samarbeid og samordning på systemnivå krever at de som skal delta, prioriterer deltakelse og engasjement for felles innsats rundt en felles målgruppe, og at det er et lederansvar å prioritere dette. De mener at det bør fremgå av bestemmelsen at «alle kommunale nivå har plikt til å legge til rette for felles og tversektorielle samhandlingsarenaer.»

Som redegjort for i punkt 3.2.1 har en rekke høringsinstanser vært uenig i departementenes vurdering av å ikke foreslå samarbeidsregler i tannhelsetjenesteloven. Det vises til punkt 3.2.1 for gjennomgang av høringsuttalelsene.

5.4.6 Er det behov for en forskriftshjemmel om samarbeidet?

Departementene ba i høringsnotatet om høringsinstansenes syn på om det var behov for å forskriftsregulere krav til samarbeidet. Om lag 15 høringsinstanser har kommentert på dette. Av disse mener omtrent halvparten at det bør forskriftsreguleres nærmere krav til samarbeidet mellom tjenestene. De andre mener at det ikke er behov for forskriftsregulering, og at kravene heller bør utdypes i en veileder.

Blant de som ønsker forskriftsregulering, er *Justis- og beredskapsdepartementet*, *Barneombudet*, *Bufdir*, *Funksjonshemmedes fellesorganisasjon* og *Redd Barna*.

Justis- og beredskapsdepartementet skriver:

I lovforslaget heter det flere steder at et organ eller en tjenesteyter skal samarbeide med andre tjenesteytere dersom «samarbeid er nødvendig» for å gi pasienter, brukere osv. «et helhetlig og samordnet tilbud». En slik vurdering vil være svært preget av skjønn, og det bør derfor vurderes å fastsette forskriftshjemler i tilknytning til disse lovbestemmelsene. En forskrift vil typisk kunne gi nærmere kriterier for når det skal foreligge en plikt til slikt samarbeid og en nærmere beskrivelse av innholdet i samarbeidet. Det er samtidig viktig at det går tydelig frem av forskriftshjemlene hva det skal kunne gis forskrift om.

Forslaget inneholder også flere bestemmelser som sier at de aktuelle organene eller tjenesteyterne, «utover oppfølging av» konkrete pasienter, brukere osv., skal samarbeide med andre tjenesteytere, slik at både tjenesteyteren selv og andre tjenesteytere kan «ivareta sine oppgaver etter lov eller forskrift». Dette er svært generelt formulert, og det er derfor vanskelig å forstå hvilken rettslig plikt som skal kunne utledes av disse bestemmelsene. Dersom det er meningen å innføre en rettslig plikt til samarbeid, bør det konkretiseres hvilke oppgaver og lovbestemmelser plikten knytter seg til.

Barneombudet skriver:

Barneombudet mener det bør gis mer detaljerte regler i forskrift om innholdet i samarbeidsplikten, slik at dette forstås og praktiseres på en måte som er til barnets beste.

Vi er enige i at graden av nødvendighet har betydning for hva velferdstjenestene skal sam-

arbeide om og hvor omfattende og langvarig samarbeidet trenger å være i den enkelte sak. Det vil ofte være nødvendig å avklare hvem som gjør hva og når, sørge for at tjenestene jobber mot samme mål og deler nødvendig og tilstrekkelig informasjon for å hjelpe barnet best mulig. Dette er moment som kan gå frem av forskriften.

Hørselshemmede barns foreldreforening mener at det bør forskriftsfestes at hver enkelt kommune må utarbeide en plan for samarbeid utover enkelt-saker.

Blant de som mener det ikke er behov for forskriftsregulering, er *Statsforvalteren i Rogaland*, *KS*, *Helsetilsynet* og *Sunnaas sykehus*. Helse-tilsynet fraråder ytterligere forskriftsregulering.

5.4.7 Ansvarsplassering i de enkelte lovbestemmelsene

Barneombudet støtter forslaget om at samarbeidspliktene i hovedsak legges til den enkelte velferdstjeneste. *Akademikerne* mener at plikten til å samarbeide bør ligge på forvaltningsnivå, og ikke på den enkelte velferdstjeneste.

5.4.8 Bør samarbeidspliktene heller følge av en egen samarbeidslov?

Noen av høringsinstansene mener at samarbeidspliktene heller burde ha vært samlet i en egen lov om samarbeid mellom velferdstjenester til barn og unge. Dette ble foreslått i rapporten *Samarbeid til barn og unges beste* fra 0–24-samarbeidet. Se nærmere om forslaget i rapporten i punkt 2.2.1 over. I underkant av tjue høringsinstanser har uttalt seg om dette. Av disse ønsker om lag halvparten en egen samarbeidslov, mens de andre instansene støtter at samarbeidsbestemmelsene i sektorlovene heller bør harmoniseres og styrkes slik departementene foreslo i høringen.

Bufdir, *Bergen kommune*, *Barneombudet*, *UNIO* og *Kreftforeningen* er blant høringsinstansene som mener at det bør lages en egen lov om samarbeid mellom velferdstjenester til barn og unge. Barneombudet skriver:

Barneombudet mener en felles samarbeidslov ville vært en bedre løsning for barn og unge. Vi støtter vurderingene til arbeidsgruppen i 0–24-samarbeidet som foreslo en felles samarbeidslov. I rapporten peker 0–24-samarbeidet på at et alternativ kunne være å «tette hull» i regelverket i ulike sektorlover ved å endre regler i

enkelte lover, slik at lovbestemmelsene speiler hverandre. Dette anbefaler de ikke, og argumenterer med at målet med 0–24 samarbeidet vanskelig kan oppnås ved kun å «tette hullene» i lovverket. Vi er enig i direktoratens vurdering. I rapporten viser 0–24-samarbeidet til at det vil være enklere for barn, unge og deres foreldre å forholde seg til én lov eller forskrift, enn til alle sektorlovene ved behov for et helhetlig og koordinert tilbud. For tjenestene er fordelene at det blir like regler for alle og at tjenestene kjenner til hvilke plikter de andre også har, uten å måtte kjenne til alle de ulike særlovene. Dette kan viske ut sektorskjeller og skape felles forståelse. Rapporten viser til forvaltningsloven som et eksempel på en felles lov som fungerer på tvers av sektorer. Vi er enig i 0–24-samarbeidets vurdering. I NOU 2019: 23 *Ny opplæringslov* støtter også utvalget 0–24-samarbeidet sitt forslag om en felles samarbeidslov, eller forskrift.

5.5 Departementenes vurderinger

5.5.1 Innledning

For at barn og unge skal få et godt og helhetlig tjenestetilbud, er det nødvendig at de som yter velferdstjenester, og som møter barn og unge i hverdagen, samarbeider med hverandre. Samarbeid må være en integrert del av tjenesteytingen. For å oppnå dette mener departementene at det er behov for å harmonisere og tydeliggjøre sektorlovenes regler om plikt til samarbeid mellom velferdstjenestene.

5.5.2 Oppmerksomhetsplikt og opplysningsplikt til barneverntjenesten

I motsetning til det som gjelder for de andre velferdstjenestene, skal bare de som er ansatt i skolen, være oppmerksomme på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenesten, og melde fra til barneverntjenesten i tråd med bestemmelsene. Departementene foreslår at oppmerksomhetsplikten og opplysningsplikten til barneverntjenesten skal omfatte alle som utfører tjenester eller arbeid etter opplæringsloven og friskoleloven. Bestemmelsen i opplæringsloven § 15-3 vil etter forslaget gjelde for alle som utfører tjenester eller arbeid i skolen, leksehjelpordningen, skolefritidsordningen, kulturskolen, voksenopplæringen, oppfølgingstjenesten og PP-tjenesten. Videre vil bestemmelsen omfatte enkelte ansatte i lære-

bedrifter, for eksempel instruktøren og eventuelt den faglige lederen.

Bestemmelsen i friskoleloven § 7-4 vil etter forslaget gjelde for alle som utfører tjenester eller arbeid i skolen og leksehjelpordningen. Skolefritidsordningen er ikke en lovpålagt tjeneste for friskolene, og oppgavene til skolefritidsordningen er ikke lovregulert. Mange friskoler har likevel en skolefritidsordning. Etter departementenes syn bør oppmerksomhetsplikten og opplysningsplikten til barneverntjenesten omfatte de som arbeider i skolefritidsordninger i friskoler. Plikten til å melde fra til den kommunale barneverntjenesten er et selvstendig og personlig ansvar og bør derfor gjelde selv om skolefritidsordningen ikke er lovregulert ellers. Departementene foreslår derfor å lovfeste at bestemmelsen i § 7-4 gjelder for de som arbeider i slike skolefritidsordninger. Forslaget er ikke ment å omfatte rene private fritidstilbud som ikke drives av friskolen.

Barneombudet peker på at det er behov for å klargjøre hva oppmerksomhetsplikten innebærer. Departementene viser til at personalet i sitt arbeid skal være oppmerksomme på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenesten. Ved at personalet er oppmerksomme kan de oppdage forhold som kan utløse opplysningsplikten. For at personalet skal kunne oppfylle sin plikt til å være oppmerksomme, er det en forutsetning at de har kunnskap om hvilke situasjoner som kan føre til tiltak fra barneverntjenesten og hvilke situasjoner som er så alvorlige at plikten til å melde fra utløses. Oppmerksomhetsplikten i seg selv utløser verken en rett eller en plikt til at personalet må gi opplysninger til barneverntjenesten.

Oslo kommune mener at det bør avklares om skolen eller skoleeier har en plikt til å informere de som utfører en tjeneste for skolen, om oppmerksomhets- og opplysningsplikten. Departementene viser til at skoleeier ansvarlig for at personalet har tilstrekkelige forutsetninger for å kunne oppfylle pliktene i opplæringsloven, og ansvaret for at kravene i opplæringsloven blir fulgt opp, jf. opplæringsloven § 13-10. Departementene viser videre til Utdanningsdirektoratets rundskriv om skolepersonalets opplysningsplikt til barneverntjenesten. Der står det at skoleeier bør ha prosedyrer for melderutiner til barnevernet og rutiner for å informere den enkelte ansatte om opplysningsplikten.

Vilkårene for opplysningsplikten speiler den generelle bestemmelsen i barnevernloven § 6-4. Barneombudets innspill om å endre vilkårene for meldeplikten til barneverntjenesten ble vurdert i forbindelse med arbeidet med ny barnevernlov.

Barne- og familiedepartementet vurderte at innholdet i dagens opplysningsplikt i stor grad bør videreføres i ny barnevernslov og viste særlig til at bestemmelsene om opplysningsplikt til barnevernet nylig er blitt grundig vurdert og behandlet av Stortinget. Bestemmelsene i barnevernloven og i de øvrige særlovene trådte i kraft 1. juni 2018. Det foreslås derfor ingen endringer i vilkårene for opplysningsplikten til barnevernet.

5.5.3 Plikt til å være oppmerksom på behov for andre tjenester

Hvem skal plikten gjelde for?

Departementene mener at kommunen og fylkeskommunen bør sørge for at alle som utfører tjenester eller arbeid på skolene, er oppmerksomme på forhold som kan føre til tiltak fra helse- og omsorgstjenesten. En tilsvarende plikt gjelder allerede i dag for barnehager, familievernkontor og helsepersonell. Helse- og omsorgstjenesteloven inneholder flere tiltak og tjenester som kan være aktuelle for elever og andre som er omfattet av opplæringsloven og friskoleloven.

Bestemmelsen vil for offentlige skoler omfatte personalet i leksehjelpordningen, skolefritidsordningen, kulturskolen, voksenopplæringen, oppfølgingstjenesten og PP-tjenesten, i tillegg til personalet i skolen. For friskoler vil plikten gjelde for personalet i leksehjelpordningen, i tillegg til personalet i skolen. Skolefritidsordning er ikke en lovregulert oppgave for friskolene, og friskolene får ikke tilskudd til å drive skolefritidsordning. Departementene har derfor ikke foreslått å lovfeste dette som en oppgave for skolefritidsordninger i friskoler.

Departementene foreslo i høringen også å lovfeste at kommunen skal sørge for at personell ved krisesentre er oppmerksomme på behov for andre tjenester. KS er uenig i dette, og mener at oppmerksomheten i krisesentrene ikke bør vris fra å være til stede for brukerne i en krisesituasjon til mer systemrettet arbeid. Videre mener de at krisesentrene i liten grad er satt opp med en fagkompetanse som gir grunnlag for faglig og administrativt tverrsektorielt ansvar, og at det ikke er ønskelig at de skal endre sin identitet og arbeidsmetode. Departementenes vurdering er at en oppmerksomhetsplikt vil bidra til at krisesentrene og deres ansatte vil være i bedre stand til å hjelpe sine brukere. De vil være mer oppmerksomme på behovet for hjelp fra andre tjenester, og det vil bidra til et mer helhetlig offentlig hjelpetilbud. Det er godt dokumentert at det å bli utsatt for vold

eller overgrep øker risikoen for psykiske og somatiske helseplager både for barn og voksne. Mange av de voksne brukerne av krisesentertilbudet står dessuten utenfor arbeidslivet. Departementene mener at selv om krisesentret er et lavterskeltilbud, er tilbudet en del av det offentlige tjenestetilbudet kommunen tilbyr. De får inn brukere med svært ulike og sammensatte behov. Kommunene har ansvar for en rekke tjenester med et lovfestet ansvar for å avdekke og forebygge vold og overgrep, og følge opp de utsatte. Av krisesentertilbudet går det frem at kommunen skal sørge for at kvinner, menn og barn som er utsatt for vold eller trusler om vold i nære relasjoner, får en helhetlig oppfølging gjennom samordning av tiltak mellom krisesentertilbudet og andre deler av tjenesteapparatet. Forslaget vil bidra til en bedre forankring av plikten og en bedre systematisk ivaretagelse av brukerne. På bakgrunn av dette opprettholder departementene forslaget om å innføre en slik plikt også for krisesentrene.

Hva innebærer plikten?

Plikten innebærer at alle som utfører tjenester eller arbeid på skolene, skal være oppmerksomme på forhold som bør føre til tiltak fra helse- og omsorgstjenesten. Dette er i dag en plikt når det gjelder tiltak fra sosialtjenesten i arbeids- og velferdsforvaltningen, og innholdet i plikten er derfor kjent for skolene. Noen høringsinstanser mener det bør gå tydeligere frem av lovbestemmelsen at oppmerksomhetsplikten innebærer en plikt til å *følge med* på om barn og unge har behov for hjelp fra flere velferdstjenester. Departementene har utvidet omtalen av dette i merknadene til bestemmelsene. Hva plikten til å være oppmerksom på behov for andre tjenester går ut på, vil også forklares i den felles veilederen som skal lages.

Plikten innebærer at tjenestene av eget tiltak skal gi sosialtjenesten i arbeids- og velferdsforvaltningen og helse- og omsorgstjenesten opplysninger når de mener at barnet, eleven eller brukeren har behov for tjenester fra disse. Plikten til å gi slike opplysninger videre er betinget av at eleven, foreldrene eller brukeren av krisesentret samtykker til dette, eller at opplysningene kan gis uten hinder av taushetsplikten.

Der foreldrene har felles foreldreansvar og det er behov for å samtykke på vegne av barnet, vil samtykke under normale omstendigheter kreves fra begge foreldrene, jf. barneloven § 30. Krisesentrene er for kvinner, menn og barn som er utsatt for vold eller trusler om vold i nære rela-

sjoner. Det er ikke uvanlig at barn er brukere på krisesenteret sammen med en av foreldrene, og at den andre forelderen er voldsutøveren som gjør at de tar i bruk krisesentertilbudet. Det er et utgangspunkt i barneloven at begge foreldrene har den samme retten til opplysninger om barnet, når begge har foreldreansvar. I Ot.prp. nr. 96 (2008–2009) punkt 8.2.3 står det følgende: «Ein far med foreldreansvar har som eit utgangspunkt rett til opplysningar om barnet i den perioden barnet er saman med mora på eit krisesenter. Dersom omsynet til sikkerheita for mor og barn eller omsyn knytte til helsa og tryggleiken til barnet tilseier at opplysningar om eit barn som oppheld seg på eit krisesenter ikkje bør givast den andre av foreldra, kan opplysningar nektast gitt ut frå dei allmenne retningslinjene knytte til nødretten.» I slike tilfeller antas det at forelderen som er sammen med barnet, også vil kunne samtykke på vegne av barnet på samme grunnlag. At slik deling av opplysninger bare skjer etter samtykke, er viktig for å sikre tilliten til krisesentertilbudet.

5.5.4 Samarbeid mellom velferdstjenestene i enkeltsaker

Hvem skal samarbeidsplikten gjelde for?

For å styrke og harmonisere regelverket om samarbeid, foreslår departementene å harmonisere og styrke eksisterende samarbeidsbestemmelser slik at de omfatter samarbeid med alle velferdstjenestene som gir tjenester til barn og unge. Enkelte velferdstjenester har i dag kun plikt til å samarbeide med andre velferdstjenester når dette vil bidra til å løse deres egne oppgaver. I noen av sektorlovene omfatter ikke samarbeidsplikten alle velferdstjenestene som det er aktuelt å samarbeide med. For eksempel har skolene bare plikt til å samarbeide med relevante kommunale velferdstjenester, og ikke fylkeskommunale og statlige velferdstjenester.

Videre foreslår departementene å innføre tilsvarende samarbeidsbestemmelser i de sektorlovene som ikke har slike bestemmelser i dag, det vil si barnehageloven, krisesenterloven, familievernkontorloven, integreringsloven og tannhelsestjenesteloven. I tillegg foreslår departementene å innføre tilsvarende samarbeidsbestemmelser for skolefritidsordningen og PP-tjenesten og for de som gir opplæring til voksne.

Velferdstjenestene er lagt til ulike forvaltningsnivåer. Mange tjenestemottakere med behov for sammensatte tjenester har behov for tjenester fra flere forvaltningsnivåer samtidig, for eksempel

fra spesialisthelsetjenesten, kommunal helse- og omsorgstjeneste og barneskolen. Plikten til å samarbeide bør derfor omfatte både kommunale, fylkeskommunale og statlige velferdstjenester. Videre går en del barn i private barnehager eller på friskoler. Samarbeidsplikten bør derfor gjelde for private barnehager og friskoler. Både når det gjelder den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten, er det i tjenestelovene presisert at de kan inngå avtale med private aktører om å yte tjenester på vegne av henholdsvis kommunen eller spesialisthelsetjenesten. Det følger av dagens regler at disse tjenestelovene vil gjelde for de private aktørene ved slik tjenesteytelse, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 1-2 første ledd og spesialisthelsetjenesteloven § 1-2 første ledd.

Når skal plikten inntre?

Departementene mener at tjenestemottakerens behov skal være avgjørende for om velferdstjenestene har en plikt til å samarbeide med andre tjenesteytere i enkeltsaker. Departementene opprettholder forslaget om at plikten til å samarbeide skal inntre i de tilfellene *samarbeid er nødvendig for å gi tjenestemottakeren et helhetlig og samordnet tjenestetilbud*. Dette vilkåret gir rom for en nærmere vurdering av hvilke velferdstjenester som til enhver tid må delta i samarbeidet. Det vil variere fra sak til sak. Tjenestene må gjøre konkrete faglige vurderinger av hva de skal samarbeide om, og hvor omfattende og langvarig samarbeidet bør være. Det sentrale er at tjenestemottakeren skal få et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. For å oppnå dette er det i mange tilfeller nødvendig å avklare hvem som gjør hva og når, å sørge for at de ulike velferdstjenestene jobber mot samme mål, og å dele nødvendig og tilstrekkelig informasjon mellom velferdstjenestene for å hjelpe tjenestemottakeren best mulig.

Kravet innebærer at det ikke er tilstrekkelig at de enkelte velferdstjenestene gir barnet eller ungdommen de tjenestene de er pålagt etter den enkelte sektorlov. Plikten til å samarbeide med andre velferdstjenester vil være en oppgave som kommer i tillegg til det å gi tjenestene når det er nødvendig for å gi et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Samarbeidet skal være en integrert del av tjenesteytingen.

I noen tilfeller vil ikke samarbeid være nødvendig for å gi tjenestemottakeren et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. For eksempel går de fleste barn i barnehage samtidig som de får oppfølging av helsestasjonen og tannhelsetjenesten.

Vanligvis vil ikke dette i seg selv utløse krav om samarbeid mellom disse velferdstjenestene. Hvis barnet i tillegg er på avlastning deler av tiden, kan det derimot være en plikt til å samarbeide. For eksempel kan tannhelsetjenesten ha plikt til å informere avlastningsboligen om oppfølging av barnets tannhelse, fremfor at dette må gå via foreldrene. Dette forutsetter at foreldrene samtykker til deling av taushetsbelagte opplysninger.

I mange tilfeller er det nødvendig å samarbeide om tjenester til barn og unge som mottar tilbud fra barnevernet, fordi barn og unge i barnevernet har forhøyet risiko for å utvikle psykiske helseproblemer. Undersøkelser viser også at særlig ulykker og selvmord er overrepresentert i barneverngruppen. Barn som bor i barneverninstitusjon eller fosterhjem, har i mange tilfeller behov for kontakt med fastlege, skolehelsetjenesten, behandlere i psykisk helsevern og andre profesjonelle helsearbeidere. Familievernkontoret har samtaletilbud til barn og et særskilt ansvar for å gi et tilbud til foreldre som har barn i fosterhjem eller i barnevernsinstitusjon.

Barneverntjenesten og skolen skal samarbeide når barn plasseres i barneverninstitusjon eller fosterhjem i en annen kommune. Barneverntjenesten må ha rutiner for hvordan de går frem og samarbeider med skolen og institusjonen eller fosterhjemmet når barnet bytter skole.³ Når barnet skal starte på en ny skole, bør barneverntjenesten ta initiativ til et overføringsmøte. På et slikt møte kan de avtale samarbeidsrutinene rundt det enkelte barnet og hva som skal skje når barnet begynner på den nye skolen.

Et annet eksempel på at det er nødvendig å samarbeide om tjenester til barn og unge er elever som har omfattende og jevnlig behov for helse- og omsorgstjenester i skolehverdagen. Eksempler på slike behov kan være medisinerings, bruk av forstøverapparat, oksygentilførsel, sondering, lungedrenasje eller stomi. Det kan også handle om mating, bleieskift, toalettbesøk, personlig vask og stell. Noen elever kan for eksempel få astmatiske eller epileptiske anfall mens de er på skolen. Samarbeid mellom skolen og helse- og omsorgstjenestene er da nødvendig for at eleven skal få ivaretatt sine behov i skolehverdagen.

Noen elever har utfordringer som kan føre til utfordrende atferd på skolen. Skolen skal tilpasse opplæringen for at eleven skal få et tilfredsstillende utbytte av opplæringen. Dette kan

handle om å se på hvordan man kan forebygge denne atferden hos eleven og tilpasse opplæringen ut fra dette. For å få den nødvendige faglige kompetansen som trengs ved en slik tilnærming, må skolen i mange tilfeller samarbeide med helse- og omsorgstjenesten, PP-tjenesten eller andre velferdstjenester. Hvis eleven er på avlastning, kan det være nødvendig at skolen og avlastningsboligen samarbeider om denne tilnærmingen.

For en del barn og unge kan det være nødvendig å opprette en ansvarsgruppe som et samarbeidsforum på kommunalt nivå med ansvar for å planlegge, samordne og følge opp tiltak rundt det enkelte barnet og familien. Det er barnets behov som styrer hvem som sitter i en ansvarsgruppe, og hva de diskuterer i møter. Barnet skal få uttale seg om hvem de ønsker at skal være med i gruppen. Det er naturlig at de som har ansvaret for den daglige oppfølging av barnet, deltar i gruppen. Skoletilbudet vil vanligvis være et sentralt tema i ansvarsgruppen.

Samarbeidsplikten vil omfatte barn under straffegjennomføring. Kommunale tjenesteutøvere som skole og barneverntjeneste, og statlige og fylkeskommunale aktører som spesialisthelsetjenesten og videregående skole, er forpliktet til å delta i oppfølgingen av ungdom som gjennomfører ungdomsstraff eller ungdomsoppfølging, se konfliktrådsloven § 26. Ungdomsenhetene i kriminalomsorgen har tverretatlige team som skal ivareta de unges behov under straffegjennomføringen og forberede tiden etter løslatelse, jf. straffegjennomføringsloven § 10 a. Løslatelsesforberedelsene skjer i samarbeid med de kommunale velferdstjenestene i den kommunen den innsatte skal tilbakeføres til. Et godt samarbeid mellom aktørene i straffesakskjeden og øvrige statlige og kommunale velferdstjenester er en forutsetning for å kunne gjennomføre straffereaksjonene og for å forebygge ny kriminalitet etter endt straffegjennomføring.

Departementene viser videre til at samarbeidsplikten vil omfatte samarbeid med Statens barnehus der det er nødvendig, for å gi barnet eller ungdommen et helhetlig og samordnet tjenestetilbud.

5.5.5 Involvering av barn og unge

Ved vurderingen av hva som er nødvendig å samarbeide om, og hvordan samarbeidet skal skje, må det tas hensyn til hva barnet eller ungdommen selv ønsker. Departementene viser til barnekonvensjonen artikkel 12 om at et barn som er i stand

³ https://bufdir.no/Barnevern/Skoleveileder/Skolebytte/For_barneverntjenesten/Hva_gjor_barneverntjenesten_nar_barnet_bytter_skole/

til å danne seg egne synspunkter, har rett til å gi uttrykk for sine synspunkter i alle forhold som gjelder seg selv, og at synspunktene til barnet skal bli tillagt vekt i samsvar med hvor gammelt og modent barnet er. Dette følger også av FN-konvensjonen om rettigheter til mennesker med ned-satt funksjonsevne (CRPD) artikkel 7.

Om og eventuelt hvordan velferdstjenestene skal samarbeide om barn, må vurderes ut fra hva som er barnets beste. Departementene viser til artikkel 3 i barnekonvensjonen, som blant annet fastsetter at barnets beste skal være et grunnleggende hensyn ved alle handlinger fra det offentlige som gjelder barn. Det kan for eksempel være at et barn ønsker å begrense antall deltakere i samarbeidsmøtene for at det skal bli lettere å selv delta aktivt og uttrykke egne synspunkter i møtene. Da kan det være aktuelt at bare de mest sentrale velferdstjenestene deltar i møtene, selv om det er nødvendig at flere av velferdstjenestene deltar i samarbeidet på andre måter. Når det gjelder foreldresamarbeidet, viser departementene til at flere av sektorlovene har regler om dette. Der-som oppfølgingen av barnet skal bli vellykket, vil det i mange tilfeller være viktig at foreldrene får nødvendig informasjon fra de aktuelle velferdstjenestene.

5.5.6 Samarbeid utover oppfølgingen av den enkelte tjenestemottakeren

Departementene opprettholder forslaget om å tydeliggjøre plikten til å samarbeide utover oppfølgingen av den enkelte tjenestemottakeren. Velferdstjenestene skal sørge for at barn og unge som trenger det, får rett hjelp til rett tid. Dette forutsetter at tjenestene jobber sammen for å styrke barnas samlede oppvekst- og læringsmiljø. For at velferdstjenestene skal kunne etablere et godt samarbeid i enkeltsaker, må de ha etablert gode samhandlingsstrukturer og rutiner for informasjonsutveksling. Videre må de ulike velferdstjenestene ha tilstrekkelig kunnskap om andre sektors ansvar og oppgaver. Dette er viktig for at de skal være i stand til å identifisere om barna har behov for hjelp fra andre, og for å sammen kunne etablere helhetlige tjenestetilbud. For eksempel må de som arbeider i barnehager, skoler eller helse- og omsorgstjenester, være kjent med hva de skal se etter for at de skal kunne identifisere tegn på omsorgssvikt, vold eller overgrep som kan føre til tiltak fra barneverntjenesten. Barneverntjenesten må derfor bidra med å spre kunnskap om dette. For å få til et helhetlig tjenestetilbud er det også viktig at barnevern-

tjenesten, sosialtjenesten og helse- og omsorgstjenesten er kjent med hvilke tilpasninger barnehager og skoler kan gi barnehagebarn og elever med behov for særskilt tilrettelegging. Dette vil bidra til at barnehagebarn og elever får alle de tjenestene og tiltakene de har behov for, og det vil forebygge at utfordringer i barnehagen og skolen blir større enn de må. Denne typen samarbeid er det som innenfor flere av sektorene ofte blir kalt samarbeid på systemnivå.

Etter forslaget vil den enkelte velferdstjeneste ha plikt til å samarbeide med andre velferdstjenester for å ivareta egne eller andres oppgaver etter lov eller forskrift. Forslaget innebærer at skolefritidsordningen og PP-tjenesten får plikt til å delta i slikt samarbeid. Videre blir det en tilsvarende plikt for barnehagene i barnehageloven, for kommunene i integreringsloven, for krisesentertilbudet i krisesenterloven, for familievern-tjenesten i familievernkontorloven og for fylkeskommunen i tannhelsetjenesteloven.

Mange av velferdstjenestene som er rettet mot barn og unge, er kommunale. Det er kommunen som har ansvaret for en helhetlig planlegging og samordning av det generelle forebyggende arbeidet i kommunen. Kommunen står fritt til å organisere sitt forebyggende tjenestetilbud med utgangspunkt i lokale hensyn og forutsetninger. Den enkelte kommune må vurdere hvilke roller de ulike velferdstjenestene skal ha i det forebyggende og helhetlige tjenestetilbudet til barn og unge, innenfor rammen av regelverket.

Selv om plikten til å samarbeide utover enkeltsaker også ligger til de enkelte velferdstjenestene i kommunen, vil det være kommunen som er rettslig ansvarlig for at pliktene blir oppfylt. Kommunestyret og kommunedirektøren, som øverste administrative leder, avgjør hvordan de ulike kommunale velferdstjenestene skal oppfylle plikten i praksis. Dette betyr at den enkelte kommune må, innenfor det handlingsrommet som lovverket gir, ta stilling til hvordan den bør organisere det tverrsektorielle samarbeidet utover enkeltsaker, hvilke roller ulike velferdstjenester bør ha, og hvordan samhandlingen bør skje i praksis. Kommunen må for eksempel vurdere hvordan velferdstjenestene i felleskap skal bidra til å forebygge utfordringer, skape gode oppvekst- og læringsmiljø og på et tidlig tidspunkt kunne identifisere barn og unge som har problemer. Dette innebærer at en velferdstjeneste ikke kan pålegge en annen tjeneste nye oppgaver, og at kommunen i slike tilfeller må beslutte at den aktuelle tjenesten skal bruke ressurser på oppgaven.

5.5.7 Bør det innføres en rett til et helhetlig og samordnet tjenestetilbud?

Flere høringsinstanser mener at det bør lovfestes en rett for barn og unge til at tjenestene samarbeider slik at de får et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Et slikt system ville innebære at det skal fattes enkeltvedtak om at barnet eller ungdommen har rett på helhetlige og samordnede tjenester, og at barnet eller ungdommen skal kunne klage på vedtaket. Departementene mener at det å gi alle velferdstjenestene en plikt til å samarbeide, i tillegg til at kommunen får en tydeligere plikt til å gi et helhetlig og samordnet tjenestetilbud slik det er beskrevet i kapittel 7 under, er en bedre løsning. Et system med enkeltvedtak og klageadgang vil være ressurskrevende for tjenestene. Departementene mener at dette vil kreve ressursbruk som heller bør brukes til å yte de enkelte tjenestene, til å samarbeide på tvers og til å samordne tjenestetilbudet til den enkelte. Departementene foreslår derfor ikke å innføre en rett for barn og unge til et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. De foreslår endringene i samarbeidspliktene, sammen med forslaget om en tydeligere plikt for kommunen til å samordne tjenestetilbudet til den enkelte, vil etter departementenes vurdering være en tilstrekkelig regulering for å sikre at velferdstjenestene samarbeider slik at barn og unge får et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Departementene viser videre til kapittel 9 hvor det foreslås at det skal kunne føres tilsyn med de nye bestemmelsene om samarbeid og samordning.

5.5.8 Er det behov for en forskriftshjemmel om samarbeidet?

Høringsinstansene er delt i synet på om det er behov for forskriftsregulering. Et lite flertall mener at det bør reguleres ytterligere krav til samarbeidet i forskrift.

Departementene har, etter en helhetlig vurdering av høringsinnspillene, landet på at det som er spilt inn, bør følges opp i en veileder fremfor detaljerte regler for hvordan samarbeid om tjenester til det enkelte barnet eller den enkelte ungdommen skal foregå. Velferdstjenestene og kommunen bør ha frihet til å vurdere hvordan det er hensiktsmessig å samarbeide i slike saker. Vi mener en felles veileder vil være et godt hjelpemiddel for velferdstjenestene, og vi kan ikke se at det er behov for forskriftsregulering av spesifikke krav til samarbeidet ut over det som er foreslått i lovbestemmelsene. Et eksempel på en slik veileder er Rundskriv 21/2015 *Samarbeid mellom barnevern-*

tjenester og psykiske helsetjenester til barnets beste, som er utgitt av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Helsedirektoratet.

5.5.9 Ansvarsplassering i de enkelte lovbestemmelsene

Samarbeidspliktene som foreslås i denne proposisjonen, er ikke adskilte eller egne oppgaver, men oppgaver som må utøves i tilknytning til selve tjenesteytingen i for eksempel skolen, helse-tjenesten eller barneverntjenesten. Plikten til å samarbeide må derfor ligge til den velferdstjenesten i kommunen som har i oppgave å yte den aktuelle tjenesten, og departementene mener at dette bør fremgå klart av lovtekstene. I flere av lovene ligger også andre plikter direkte på den aktuelle velferdstjenesten. At plikten til å samarbeide legges til en velferdstjeneste innad i en kommune, betyr ikke at kommunens ledelse har blitt fratatt ansvaret. Det er kommunestyret/fylkestinget som er kommunens/fylkeskommunens øverste organ, og kommunedirektøren leder administrasjonen i samsvar med kommuneloven §§ 5-3 og 13-1.

I integreringsloven, krisesenterloven og helse- og omsorgstjenesteloven er pliktene lagt til kommunen. Dette samsvarer med hvordan disse lovene ellers er bygd opp, der kommunen er ansvarlig for å sørge for en introduksjonsordning, et krisesentertilbud og en helse- og omsorgstjeneste etter regelverket. På samme måte er det kommunens plikt å sørge for at introduksjonsordningen, krisesentertilbudet og helse- og omsorgstjenestene oppfyller pliktene til samarbeid og samordning. Tilsvarende gjelder for helseforetak etter spesialisthelsetjenesteloven der pliktene er lagt til helseforetaket. For den offentlige tannhelse-tjenesten foreslås det at plikten til samarbeid skal legges til fylkeskommunen.

5.5.10 Bør samarbeidspliktene heller følge av en egen samarbeidslov?

Noen høringsinstanser mener at en egen lov om samarbeid mellom velferdstjenester til barn og unge er en bedre løsning enn å harmonisere og styrke samarbeidspliktene i sektorlovene. Departementene mener at en harmonisering og styrking av sektorlovene er den beste løsningen. Dette vil sikre at de ulike tjenestene får tydeligere samarbeidsplikter, og det er en fordel at samarbeidspliktene følger av de lovene som de ulike tjenestene forholder seg til i sitt daglige virke. Tjenestene blir pålagt de samme juridiske pliktene

knyttet til samarbeid ved å harmonisere og styrke reglene i sektorlovene, som ved å lage en ny lov. En harmonisering av reglene i sektorlovene vil også bidra til å styrke samarbeidet på tvers ved tjenester til alle personer med sammensatte behov, og ikke bare for barn og unge.

Regulering i sektorlovene gir klare ansvarslinjer for de ulike tjenestene og overordnede organer fordi pliktene fremgår av lovene som ligger under de ulike departementenes og direktoratenes ansvarsområder. Det vil også kunne være krevende å utforme en felles lov som skal være dekkende for flere ulike tjenester, og en felles lov må antagelig inneholde en del unntak for å ta høyde for slike sektorspesifikke behov.

Departementene tar sikte på å evaluere reglene om samarbeid for å få kunnskap om tiltakenes effekt. Dersom reglene ikke har hatt den ønskede effekten, vil regjeringen se på andre mulige tiltak, inkludert vurdere om reglene bør samles i en felles samarbeidslov. Regelverksendringene må få tid til å virke før evalueringen finner sted. Samtidig må det ikke gå for lang tid før vi setter i gang andre tiltak dersom endringene ikke har den ønskede effekten. Departementene tar sikte på å evaluere regelverksendringene fire-fem år etter at regelverksendringene er trådt i kraft.

5.6 Forslag til lovendringer

Departementene foreslår å endre helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4, spesialisthelse-tjenesteloven § 2-1 e, barnevernloven § 3-2, opplæringsloven § 15-8, friskoleloven § 3-6 b, sosialtjenesteloven § 13 og krisesenterloven § 4 slik at velferdstjenestenes samarbeidsplikt, både i enkeltsaker og utover oppfølgingen av konkrete personer, blir mest mulig likelydende. Samtidig foreslår departementene å innføre tilsvarende bestemmelser i barnehageloven, familievernkontorloven, NAV-loven, integreringsloven og tannhelsetjenesteloven. Videre foreslår departementene å inkludere skolefritidsordningen og PP-tjenesten i samarbeidsbestemmelsene i opplæringsloven § 15-8 og å innføre tilsvarende bestemmelser om samarbeid når det gjelder opplæring til voksne etter opplæringsloven kapittel 4 A. De foreslåtte reglene om plikt til samarbeid legger til grunn at samarbeidet skal skje innenfor gjeldende regler om taushetsplikt.

Forslaget innebærer at de ulike velferdstjenestene får plikt til å samarbeide med andre velferdstjenester når det er nødvendig for å gi tjenes-

temottakeren et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Videre innebærer forslaget en plikt til å samarbeide utover oppfølgingen av konkrete tjenestemottakere, slik at tjenesten selv og de andre tjenestene kan ivareta sine oppgaver etter lov og forskrift. Samarbeidspliktene gjelder overfor kommunale, fylkeskommunale og statlige velferdstjenester, private aktører som utfører oppgaver på vegne av slike velferdstjenester og friskoler og private barnehager.

Departementene viser til høringsnotatet med forslag til ny barnevernlov hvor Barne- og familiedepartementet foreslo å rendyrke samarbeidsplikten i § 3-2. Forslaget innebærer at gjeldende første ledd første punktum om barneverntjenestens medvirkningsplikt og gjeldende andre ledd andre punktum om barneverntjenestens plikt til å delta i kommunal planlegging, oppheves. Departementene foreslår å følge opp disse forslagene i denne proposisjonen. Dette innebærer at barnevernloven § 3-2 første ledd og andre ledd andre punktum oppheves.

Når det gjelder bestemmelsene om oppmerksomhetsplikt og opplysningsplikt til barneverntjenesten, foreslår departementene å endre opplæringsloven § 15-3 og friskoleloven § 7-4 slik at pliktene omfatter alle som utfører tjenester eller arbeid etter disse lovene.

Når det gjelder oppmerksomhetsplikten i opplæringsloven § 15-4 og friskoleloven § 7-4, foreslår departementene endringer slik at de omfatter forhold som bør føre til tiltak fra helse og omsorgstjenesten, i tillegg til sosialtjenesten. Departementene foreslår videre at bestemmelsene skal omfatte alle som utfører tjenester eller arbeid etter loven. I tillegg foreslås det at skolene skal få en plikt til å gi disse opplysningene videre til helse- og omsorgstjenesten, så lenge det gjøres etter samtykke, eller uten hinder av taushetsplikten.

Departementene foreslår en ny bestemmelse i krisesenterloven § 6 a som pålegger alle som utfører tjeneste eller arbeid etter krisesenterloven, en oppmerksomhetsplikt. Denne plikten gjelder forhold som bør føre til tiltak fra sosialtjenesten eller helse- og omsorgstjenesten. I tillegg foreslås det at krisesentertilbudet skal få en plikt til å gi disse opplysningene videre til sosialtjenesten eller helse- og omsorgstjenesten, så lenge det gjøres etter samtykke, eller uten hinder av taushetsplikten.

Departementene foreslår å fjerne bestemmelsen i opplæringsloven § 15-4 og friskoleloven § 7-5 første punktum om at personalet skal gi råd og veiledning til sosialtjenesten i klientsaker. Dette for å unngå dobbeltregulering.

6 Lovpålagte samarbeidsavtaler

6.1 Innledning

I dette kapitlet diskuterer departementene om den eksisterende ordningen med lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten bør utvides til å omfatte tjenester til barn og unge med behov for tjenester fra begge nivåer. Videre diskuteres om det bør innføres en liknende ordning innenfor de andre velferdstjenestene eller mellom velferdstjenester som dette høringsnotatet omhandler, og da særlig barneverntjenesten, utdanningssektoren eller arbeids- og velferdsforvaltningen.

6.2 Gjeldende rett

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal sørge for at pasienter og brukere får nødvendige helse- og omsorgstjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd. Av bestemmelsens andre ledd fremgår at kommunens ansvar «*omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne*».

Tilsvarende følger det av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd at det regionale helseforetaket skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon.

Oppgavefordelingen i helse- og omsorgstjenesten legger i hovedsak til grunn at de to nivåene, den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den statlige spesialisthelsetjenesten, skal samarbeide. I tillegg har fylkeskommunene ansvar for å sørge for den offentlige tannhelsetjenesten.

Den mest avgjørende faktoren for hvorvidt helse- og omsorgstjenestene skal foregå i spesialisthelsetjenesten eller i kommunen, er behovet for kompetanse. Helse- og omsorgstjenestelovgivningen legger i utgangspunktet til grunn et entydig skille mellom hva som er kommunens ansvar når det gjelder å sørge for nødvendige helse- og

omsorgstjenester, og hva som er spesialisthelsetjenestens ansvar. Selv om det i praksis normalt vil være stor enighet om hvilke velferdstjenester som faller inn under henholdsvis kommunens og spesialisthelsetjenestens ansvar, finnes det også eksempler på ulik forståelse av hvilken ansvarsfordeling regelverket legger opp til og også lokale og regionale forskjeller når det gjelder hvilke oppgaver som ivaretas av de ulike forvaltningsnivåene. Grensen mellom de to forvaltningsnivåene er heller ikke statisk. Forvaltningsnivåenes ansvar og oppgaver vil endre seg noe over tid, blant annet på grunn av faglig og teknologisk utvikling og helsepolitiske mål. I praksis er det ofte også slik at avklaring av ansvar og oppgaver ikke kan avgrenses til et spørsmål om «enten eller». Mange av de som mottar mesteparten av tjenestene fra kommunen, har i tillegg behov for samtidige tjenester fra spesialisthelsetjenesten. I noen tilfeller er behovet for spesialisthelsetjenester avgrenset til tidlig fase av et behandlingsforløp, mens andre trenger vekselvis tilbud fra begge nivåer gjennom lengre forløp. Over tid vil forvaltningsnivåenes ansvar og oppgaver endre seg noe, og det vil i praksis også kunne være mindre variasjoner på landsbasis, og da særlig knyttet til ulik kompetanse kommunene imellom. Man kan inngå avtale om at et forvaltningsnivå skal utføre oppgaver som normalt ligger under det andre forvaltningsnivåets sørge for ansvar. Inngåelse av slike «utføreravtaler» kan ikke endre det lovpålagte sørge for ansvaret.

Selv om det i mange år har eksistert bestemmelser som krever eller forutsetter samarbeid mellom de ulike forvaltningsnivåene innenfor helse- og omsorgstjenesten, fungerer ikke dette alltid godt nok. Tilsynserfaringer har også vist at det ofte skjer svikt i overgangene mellom forvaltningsnivåene, og at samarbeid om enkeltpasienter eller pasientgrupper kan være krevende på tvers av forvaltningsnivåene. I forbindelse med Samhandlingsreformen ble det derfor innført en lovfestet plikt for kommuner og spesialisthelsetjenesten til å inngå såkalte samarbeidsavtaler om utvalgte temaer eller tjenesteområder. Plikten til å inngå slike samarbeidsavtaler følger for kommu-

enes del av helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 som lyder:

Kommunestyret selv skal inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i helse-regionen eller med helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer. Kommunen kan inngå avtale alene eller sammen med andre kommuner.

Samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester.

Pasient- og brukererfaringer skal inngå i vurderingsgrunnlaget ved utarbeidelsen av avtalen. Pasient- og brukerorganisasjoner skal medvirke i forbindelse med utarbeidelse av avtalene.

Tilsvarende følger det av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1e andre ledd at:

De regionale helseforetakene skal sørge for at det inngås samarbeidsavtaler som nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1. Det regionale helseforetaket kan beslutte at ett eller flere av helseforetakene det eier, skal inngå og være part i slike avtaler.

I Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)* er det blant annet uttalt følgende under punkt 28.6.1:

Blant de som har behov for helse- og omsorgstjenester, vil det være mange som har behov for et sammensatt tilbud av deltjenester. De trenger for eksempel først undersøkelse og behandling på sykehus, deretter opptrening og hjelp i hjemmet. Det vil si at de trenger et behandlingsforløp med deltjenester fra flere tjenesteytere. I en slik situasjon er det ofte ikke tilstrekkelig at tjenesteyterne yter gode helse- og omsorgstjenester innenfor hvert sitt fagområde. Skal pasienten få oppfylt sitt behov på en forsvarlig og tilfredsstillende måte, kan det bli nødvendig å koordinere deltjenestene gjennom samhandling mellom tjenesteyterne. Dette stiller krav til helse- og omsorgstjenestene og mest krevende synes det å være når samhandlingen må skje på tvers av forvaltningsnivåene mellom kommunen og et helseforetak.

Det understrekes at slike avtaler vil kunne være et viktig supplement til regulering i lov og forskrift, og at slike samarbeidsavtaler kan bidra til å tydeliggjøre ansvar og oppgaver for de ulike forvaltningsnivåene. I lovproposisjonens punkt 28.6.3 diskuteres lovfesting av krav til samarbeidsavtalenes innhold. Det understrekes at kommunene og foretakene selv må ta ansvaret for å sørge for god samhandling gjennom avtalebasert samarbeid som binder sektorene sammen til en mer helhetlig helse- og omsorgstjeneste. Videre uttales det:

Først og fremst er det viktig at avtalene blir et verktøy til samarbeid. Derfor må partene som et minimum avtale rammene for samarbeidet på kort og lang sikt, hvordan samarbeidet skal fungere i det daglige, hvilke møtearenaer som skal etableres, hvilke virksomhetsområder som skal samarbeide, hva de skal samarbeid om, hvem som er kontaktperson innenfor de ulike virksomhetsområdene, for eksempel på henholdsvis administrativt nivå og tjenestenivå, osv.

I helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 første ledd er det i elleve punkter listet opp hva samarbeidsavtalene som et minimum skal omfatte. Av bestemmelsens andre ledd fremgår at når det avtales samarbeidstiltak, må avtalen klargjøre ansvarsforholdene, og herunder må arbeidsgiveransvaret avklares. Videre må det avtales hvordan samarbeidstiltaket skal organiseres og finansieres. Loven §§ 6-3 til 6-5 gir bestemmelser om frister for avtaleinngåelse, om plikt til å sende inn inngåtte avtaler til Helsedirektoratet og om endringer og oppsigelse av avtalene.

De lovpålagte samarbeidsavtalene supplerer bestemmelsene i helse- og omsorgstjenestelovgivningen som pålegger samarbeid og samhandling, både internt innenfor det enkelte forvaltningsnivå og eksternt mot andre forvaltningsnivåer, samt også mot andre sektorer, jf. nærmere om dette under punkt 5.2.

I barneverntjenesten, utdanningssektoren, eller arbeids- og velferdsforvaltningen har man ikke lovfestet tilsvarende ordninger. Innenfor disse sektorene har man imidlertid flere lov- og forskriftsbestemmelser som pålegger plikt til samarbeid med andre forvaltningsnivåer eller velferdstjenester innenfor egen sektor, og som stiller krav til hvordan slikt samarbeid skal finne sted eller gjennomføres. Departementene viser til redegjørelsen i kapittel 5, 7 og 8.

6.3 Høringsforslaget

6.3.1 Endring av eksisterende ordning med lovpålagte samarbeidsavtaler

I høringsnotatet la departementene til grunn at lovpålagte samarbeidsavtaler kan være et egnet virkemiddel for å oppnå bedre samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten, slik at disse kan tilby barn og unge med sammensatte vansker og lidelser koordinerte tjenester og helhetlige pasientforløp når de har behov for det. Departementene foreslo derfor å endre helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 første ledd slik at de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten også skal omfatte samarbeid om ytelse av helse- og omsorgstjenester til barn og unge med sammensatte vansker og lidelser, og som derfor mottar tjenester fra begge forvaltningsnivåene.

6.3.2 Vurdering av om det bør innføres ordninger med lovpålagte samarbeidsavtaler i andre sektorer

I høringsnotatet vurderte departementene om det også burde innføres tilsvarende ordninger med lovpålagte samarbeidsavtaler *innad* i andre sektorer enn helse- og omsorgstjenesten. Departementene vurderte også om det burde innføres tilsvarende ordninger med lovpålagte samarbeidsavtaler *mellom* ulike sektorer. Departementene konkluderte imidlertid med at det ikke ville være hensiktsmessig å innføre slike ordninger og foreslo derfor ikke lovendringer.

6.4 Høringsuttalelsene

6.4.1 Endring av eksisterende ordning med lovpålagte samarbeidsavtaler

En rekke høringsinstanser har uttalt seg til forslaget om å utvide ordningen med lovpålagte samarbeidsavtaler mellom de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten, slik at den omfatter barn og unge med sammensatte vansker og lidelser.

Alle høringsinstansene som har uttalt seg, støtter dette forslaget helt eller delvis. Dette gjelder *ADHD Norge, Advokatforeningen, Akershus universitetssykehus HF, Arbeiderbevegelsens Rus- og Sosialpolitiske Forbund, Arendal kommune, Sykehuset Østfold HF, Avdeling for barne- og ungdoms-*

psykiatri og barnehabilitering, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Barneombudet, Oslo kommune, Legeforeningen, Tannlegeforeningen, Drammen kommune, Folkehelseinstituttet, Foreldreutvalg for barnehager (FUB), Fredrikstad kommune, Helse Midt-Norge RHF, Helse Sør-Øst RHF, Helse Stavanger HF, Helse Bergen HF, Helse Fonna HF, Helse-direktoratet, Horten kommune, Institutt for samfunnspsykologi, Psykologisk fakultet, Universitetet i Bergen, Kapellveien habiliteringssenter, Kompetansesenter Rus Oslo, KS, Landsforeningen for hjerte- og lungesyke LHL, Lunner kommune, Midt-Telemark kommune, Nasjonalt senter for Læringsmiljø og atferdsforskning, Universitetet i Stavanger, Nordlandssykehuset HF, Norges Kvinne- og familieforbund, Norsk sykepleierforbund, Norsk psykologforening, Politidirektoratet, Ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) Vest, Rådet for psykisk helse, Samfunnsviterne, Statped, Statsforvalteren i Vestland, Stine Sofies Stiftelse, Sunnaas sykehus HF, Sørlandet sykehus HF, Tromsø kommune, Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Vestre Viken HF, Viken fylkeskommune og Ålesund kommune.

Av disse høringsinstansene har bare et fåtall kommentert forslaget ytterligere eller hatt merknader til forslaget. *Landsforeningen for hjerte- og lungesyke LHL* mener det bør presiseres at samarbeidsavtaler om barn og unge ikke kan avgrenses til under 18 år, for eksempel 16 år. De mener det derfor bør presiseres at samarbeidsavtalene gjelder barn under 18 år, men prinsipielt mener *LHL* at aldersgrensen bør settes til 23 år.

Norsk sykepleierforbund har i sin uttalelse listet opp flere hensyn/forhold som de mener bør ivaretas i samarbeidsavtaler. Videre uttaler Sykepleierforbundet at samarbeid med tannhelsetjenesten også bør lovreguleres.

Statsforvalteren i Vestland viser i sin høringsuttalelse til at barn og unge allerede er omfattet av eksisterende samarbeidsavtaler mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet støtter som nevnt forslaget om å utvide ordningen med lovpålagte samarbeidsavtaler, slik at den omfatter barn og unge med sammensatte vansker og lidelser. Direktoratet mener imidlertid at forholdet mellom nivåer innenfor ulike velferdssektorer bør reguleres i lov for å skape forutsigbarhet og best mulig rettssikkerhet for brukerne. Direktoratet mener også det burde vært en ordning med lovpålagte samarbeidsavtaler i andre sektorer, og også samarbeidsavtaler mellom sektorene.

6.4.2 Vurdering av om det bør innføres ordninger med lovpålagte samarbeidsavtaler i andre sektorer

Forholdsvis få høringsinstanser har uttalt seg om departementenes vurdering om å ikke foreslå nye ordninger med lovpålagte samarbeidsavtaler innenfor andre sektorer enn helse- og omsorgstjenesten.

De aller fleste av høringsinstansene støtter departementenes vurdering om å ikke foreslå slike lovendringer helt eller delvis. Dette gjelder *ADHD Norge, Advokatforeningen, Arbeiderbevegelsens Rus- og Sosialpolitiske Forbund, Barneombudet, Legeforeningen, Tannlegeforeningen, Folkehelseinstituttet, Fredrikstad kommune, Statsforvalteren i Oslo og Viken, Statsforvalteren i Vestland, Helse Midt-Norge RHF, Institutt for samfunnspsykologi, Psykologisk fakultet, Universitetet i Bergen, KS, Politidirektoratet, Sørlandet sykehus HF, Viken fylkeskommune og Ålesund kommune.*

Kun et fåtall høringsinstanser har uttalt at de ikke støtter departementenes vurdering om å ikke ville innføre nye ordninger med lovpålagte samarbeidsavtaler innenfor andre sektorer enn helse- og omsorgstjenesten.

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet mener som nevnt ovenfor at forholdet mellom nivåer innenfor ulike velferdssektorer bør reguleres i lov for å skape forutsigbarhet og best mulig rettssikkerhet for brukerne. Direktoratet mener det burde vært en ordning med lovpålagte samarbeidsavtaler i andre sektorer der dette er relevant, og også samarbeidsavtaler mellom sektorene. Det påpekes at «*hovedfokus for styrking og harmonisering av samarbeidsbestemmelsene bør være å sikre samarbeid på tvers av sektor, og ikke innad i sektor.*» Det påpekes videre at når det gjelder «*samarbeid mellom sektorene innad i kommunen, mener vi det må stilles krav om kommunale rutiner for samarbeid som virkemiddel, da avtaleinstituttet ikke er hensiktsmessig mellom kommunale tjenester.*»

Sykehuset Innlandet HF, Habiliteringstjenesten uttaler at de savner fokus på harmonisering mellom utdanning og helse og påpeker at det ikke er foreslått at det skal være samarbeidsavtaler mellom barnehage/skole og helse og omsorg.

Stine Sofies Stiftelse uttaler:

Stiftelsen har forståelse for at etablering av samarbeidsavtaler internt mellom tjenesteneivåene samt sektorovergripende samarbeidsavtaler kan bli både kostnads- og ressurskrevende å gjennomføre. Vi er imidlertid usikre

på om den foreslåtte utvidelsen og tydeliggjøringen av samarbeidsplikten i sektorlovene (høringsnotatets punkt 6) er tilstrekkelig for å sikre barn og unge et koordinert og helhetlig tjenestetilbud uten slike mer presiserende samarbeidsavtaler. Selv om etableringen vil være krevende både politisk og administrativt mener vi dette er en rimelig pris å betale for å sikre barn og unge helhetlig og god hjelp. Vi håper derfor departementene revurderer dette. Alternativt må samarbeidet sikres gjennom koordineringsenhet og barnekoordinator.

6.5 Departementenes vurderinger

6.5.1 Endring av eksisterende ordning med lovpålagte samarbeidsavtaler

Formålet med lovpålagte samarbeidsavtaler er som nevnt at disse skal være et virkemiddel for å oppnå bedre samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten for å kunne tilby pasienter og brukere koordinerte tjenester og helhetlige pasientforløp når de har behov for det.

Ved ikraftsetting av helse- og omsorgstjenesteloven ga Helse- og omsorgsdepartementet Forskningsrådet i oppdrag å gjennomføre en forskningsbasert evaluering av Samhandlingsreformen, herunder ordningen med lovpålagte samarbeidsavtaler. Det er også gjennomført enkelte andre evalueringer av ordningen. Som det er redegjort for i *Meld. St. 7 (2019–2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*, tyder disse evalueringene og andre innspill fra kommuner og helseforetak på at avtalene har vært viktige for å tydeliggjøre ansvar og oppgavedeling.^{1, 2, 3} Samtidig gis det uttrykk for at dialogen har vært orientert mot deling av ansvar og håndtering av økonomiske konsekvenser, noe som kan ha flyttet oppmerksomheten bort fra felles utvikling av bedre tjenester. Det oppleves også av mange som utfordrende å oppnå likeverdighet i relasjonen mellom kommuner og helseforetak.

I *Mestre hele livet, regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)* er det som nevnt i punkt 2.2.2 uttalt at regjeringen vil utrede å ta inn en bestemmelse i de lovpålagte samarbeids-

¹ Forskningsrådet (2016). Evaluering av samhandlingsreformen. Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM).

² Bruk av samarbeidsavtaler i et utvalg kommuner og helseforetak – kvalitativ studie av erfaringer med avtalene. KS (2014). FoU-prosjekt nr.:134017

³ Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen (2014). Statusrapport for samhandlingsreformen.

avtalene mellom de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten om samarbeid om barn og unge med behov for tjenester fra begge nivåer. I forlengelsen av dette uttales det blant annet at tverrsektorielt samarbeid mellom ulike kommunale velferdstjenester og mellom kommunale velferdstjenester og spesialisthelsetjenesten er avgjørende for å sikre god kvalitet og sammenheng i tjenestene til barn og unge med sammensatte vansker og lidelser.

Den lovfastsatte listen over samarbeidsområder/-temaer gir til en viss grad uttrykk for prioriterte fagområder eller fagområder hvor det erfaringsmessig er særlig viktig med god samhandling mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Barn og unge er eksempel på en pasientgruppe hvor det i mange tilfeller er særlig viktig med tett og hyppig samarbeid og samhandling på tvers av forvaltningsnivåene, for eksempel samarbeid mellom fastleger og sykehus ved behov for utredning eller behandling av somatisk sykdom. Et annet eksempel kan være samarbeid mellom kommunens helsestasjons- og skolehelsetjeneste og den statlige BUP-tjenesten.

De aller fleste barn og unge mottar en rekke ulike helse- og omsorgstjenester i løpet av sin oppvekst. For noen barn og unge er det her snakk om enkeltstående eller kortvarige tjenesteytelser, mens andre barn igjen kan motta omfattende tjenester over lange perioder. Felles for disse barna og unge er imidlertid at tjenestene de mottar, ytes både fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Tjenestene ytes ofte som deler av et sammenhengende behandlingsforløp, og samarbeid mellom forvaltningsnivåene om den totale tjenesteytelsen blir desto viktigere for å sikre gode og trygge overganger mellom forvaltningsnivåene og for å sikre at det ytes helhetlige og koordinerte tjenester på tvers av forvaltningsnivåene.

Slik departementene vurderer det, kan lovpålagte samarbeidsavtaler være et egnet virkemiddel for å oppnå bedre samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten slik at disse kan tilby barn og unge med sammensatte vansker og lidelser koordinerte tjenester og helhetlige pasientforløp når de har behov for det. Som redegjort for i punkt 6.4.1 støttes forslaget helt eller delvis av alle høringsinstansene som har uttalt seg til dette forslaget.

Departementene opprettholder derfor høringsforslaget og foreslår å utvide ordningen med lovpålagte samarbeidsavtaler til å gjelde også

overfor barn og unge med sammensatte vansker og lidelser, og som derfor mottar tjenester fra både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Med «barn og unge» siktes det ikke her til en konkret øvre aldersgrense. Departementene antar at det i mange tilfeller vil være naturlig å ta utgangspunkt i den alminnelige myndighetsalder som er 18 år, samtidig som det ikke bør være utelukket å la avtalene gjelde også for unge som er eldre enn 18 år. Departementene viser her til situasjoner hvor utredning eller behandling kan være påbegynt, men ennå ikke avsluttet etter at vedkommende har fylt 18 år. Departementene viser også til at det på noen områder kan være hensiktsmessig med særskilt oppfølging og samarbeid mellom forvaltningsnivåene også der hvor pasienten har fylt 18 år. Som illustrasjon vises det til den ordningen man har innenfor barnevernslovgivningen hvor tiltak som er iverksatt før barnet har fylt 18 år, kan fortsette inntil barnet har fylt 23 år såfremt den det gjelder samtykker, jf. barnevernloven § 1-3 andre ledd. Departementene foreslår derfor at det skal være opp til den enkelte kommune og foretak å selv avklare aldersmessig avgrensning i avtalene. I tråd med det som tas opp i høringsuttalelsen fra Landsforeningen for hjerte- og lungesyke legger imidlertid departementene til grunn at det ikke vil være adgang til å avgrense samarbeidsavtalene til kun å gjelde for barn opp til for eksempel 16 år. Som nevnt må man ved forståelsen av begrepet «barn og unge» ta utgangspunkt i den alminnelige myndighetsalder som er 18 år.

I likhet med det som gjelder for de andre fagområdene og temaene som i dag følger av helse- og omsorgstjenesteloven, legger departementene til grunn at partene selv avklarer avtalenes omfang og detaljeringsgrad når det gjelder ytelse av helse- og omsorgstjenester til barn og unge med sammensatte vansker og lidelser. De lovpålagte samarbeidsavtalene er primært ment å skulle gjelde på et mer overordnet nivå, og har ikke vært ment å skulle regulere samarbeid og samhandling knyttet til ytelse av helse- og omsorgstjenester til enkeltpasienter. Departementene viser her til punkt 6.2 hvor det er redegjort for dagens regler.

På samme måte som for de andre områdene som omfattes av dagens ordning, og i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven § 6-4, foreslås det at de regionale helseforetakene innenfor en nærmere angitt frist fortsatt skal sende inngåtte samarbeidsavtaler til Helsedirektoratet.

6.5.2 Vurdering av om det bør innføres ordninger med lovpålagte samarbeidsavtaler i andre sektorer

Det er et grunnleggende prinsipp at Stortinget tildeles oppgaver og ansvar til kommuner og fylkeskommuner gjennom lov. Det følger klart av lovverket hvilket ansvar kommunene har innenfor for eksempel barnevern, barnehage, opplæring, sosialtjenester og helse- og omsorgstjenester. Tilsvarende er fylkeskommunenes og statlige myndigheters ansvar også klart regulert i lov.

Som redegjort for i punkt 6.2 er helse- og omsorgstjenesten inndelt i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten, der oppgavene og ansvaret er regulert i lovverket. For mange pasienter og brukere vil retten til nødvendige helse- og omsorgstjenester bestå av summen av en rekke deltjenester som de vekselvis eller parallelt mottar fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Denne type ansvars- og oppgaveorganisering med et «naturlig» og løpende samarbeid mellom forvaltningsnivåene er ikke direkte overførbart til barneverntjenesten, utdanningssektoren eller arbeids- og velferdsforvaltningen.

Til illustrasjon kan det vises til opplæringssektoren hvor barnets alder eller gjennomført opplæring langt på vei vil være avgjørende for hvem som er ansvarlig for å sørge for tjenester til det enkelte barnet, jf. barnehageloven § 8 og opplæringsloven kapittel 13. Som hovedregel er kommunen ansvarlig for tjenester som omfattes av barnehageloven og for opplæringen på grunnskolenivå, mens fylkeskommunen er ansvarlig for videregående opplæring. Det finnes enkelte bestemmelser som regulerer samarbeid om overgangen mellom de ulike utdanningsinstitusjonene, jf. barnehageloven § 2 a og opplæringsloven § 13-5, samt bestemmelser som unntaksvis åpner for at tjenester kan ytes fra andre enn de som i utgangspunktet har ansvar for å tilby tjenesten, jf. for eksempel opplæringsloven §§ 13-2, 13-2 a og 13-2 c. Utover dette vil det bare rent unntaksvis skje at barn og unge samtidig mottar tjenester omfattet av de ulike lovene.

Også innenfor barnevernet er ansvaret for å utføre eller sørge for oppgaver eller tjenester omfattet av loven lagt til enten kommunen eller staten. De statlige barnevernmyndighetene består av Barne- og familiedepartementet, Barne-, ungdoms- og familieetaten og statsforvalterne, jf. særlig barnevernloven §§ 2-1 og 2-2. Av barnevernloven § 3-2 fremgår det at barneverntjenesten skal samarbeide med andre sektorer og forvaltnings-

nivåer når dette kan bidra til å løse oppgaver som den er pålagt etter denne loven.

Departementene mener derfor at de andre sektorene ikke i samme grad har de særtrekkene som kjennetegner helse- og omsorgstjenesten, og som er den viktigste begrunnelsen for de lovpålagte samarbeidsavtalene på helse- og omsorgstjenesteområdet.

Samarbeid innenfor den enkelte velferdstjenesten, for eksempel samarbeid mellom kommunalt og statlig barnevern og mellom barnehage og skole, er konkret regulert i lov, og disse lovbestemmelsene blir i kapittel 5 foreslått tydeliggjort og utvidet. Departementene mener det er viktig at velferdstjenestenes ansvar for å samarbeide om tjenester til barn og unge med sammensatte behov fremgår av lov. Det blir da en tydeligere ansvars plassering, og mer forutsigbart for den enkelte tjenestemottaker. Det vil også være enklere for tilsynsmyndighetene å føre tilsyn med etterlevelsen av de lovpålagte samarbeidspliktene.

Å innføre samarbeidsavtaler *innenfor nye sektorer* vil innebære at det etableres avtaleverk og en ny måte å samarbeide på for utdanningssektoren, barnevernet og arbeids- og velferdsforvaltningen. Dette vil ha administrative og økonomiske konsekvenser. Det er grunn til å tro at de administrative og økonomiske kostnadene vil være enda større ved *sektorovergripende* samarbeidsavtaler, sammenlignet med samarbeidsavtaler innenfor én og samme tjenestesektor. Hver av de aktuelle sektorene består av flere ulike forvaltningsnivåer. En ordning med sektorovergripende samarbeidsavtaler vil derfor trolig innebære at det totalt sett må inngås et stort antall samarbeidsavtaler for å omfatte alle de ulike forvaltningsnivåene eller velferdstjenestene innenfor de ulike sektorene som kan tenkes å samarbeide tverrsektorielt. Det forhold at flere sektorer består av flere ulike forvaltningsnivåer på statlig, fylkeskommunalt eller kommunalt nivå, medfører at det vil bli et komplisert administrativt og politisk arbeid å fremforhandle, inngå og vedlikeholde slike avtaler. En ordning med tverrsektorielle samarbeidsavtaler vil derfor lett kunne bli omstendelig og byråkratisk, og det vil være lite forutsigbart.

Departementene er derfor fortsatt av den oppfatning at det ikke vil være hensiktsmessig å innføre ordninger med lovpålagte samarbeidsavtaler verken innad i andre sektorer enn helse- og omsorgstjenesten eller mellom de ulike sektorene. Som redegjort i punkt 6.4.2 støttes denne vurderingen helt eller delvis av de aller fleste høringsinstansene som har uttalt seg om denne delen av høringen.

Departementene viser til at dersom en sektor, et forvaltningsnivå eller flere sektorer eller forvaltningsnivåer mener det er behov for å konkretisere sitt samarbeid ytterligere, kan de på eget initiativ inngå samarbeidsavtaler. Vi legger til grunn at det ikke er behov for særskilt lov- eller forskriftsregulering for at sektorene eller forvaltningsnivåene innenfor den enkelte sektor selv tar initiativ til å utarbeide og inngå samarbeidsavtaler. Som påpekt i høringsuttalelsen fra Stine Sofies Stiftelse, vil også koordinerende enhet innenfor helse- og omsorgstjenesten, koordinator og barnekoordinator være viktig for å påse nødvendig samarbeid og koordinering både innad i en sektor og på tvers av sektorene.

6.6 Forslag til lovendringer

Departementene foreslår å endre helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 første ledd slik at de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten også skal omfatte samarbeid om ytelse av helse- og omsorgstjenester til barn og unge med sammensatte vansker og lidelser, og som mottar tjenester fra begge forvaltningsnivåene.

7 Samordning av tjenestetilbudet til barn og unge

7.1 Innledning

Som vist i kapittel 5, har de fleste velferds-tjenestene i dag lovpålagte samarbeidsplikter. Likevel viser flere utredninger at det i mange saker er uklart hvem som skal legge til rette for at velferdstjenestene samarbeider om tjenestene til det enkelte barnet eller ungdommen. Departementene mener det er behov for at en av velferds-tjenestene får et overordnet ansvar for å sørge for at de ulike velferdstjenestene samordner sine tjenester slik at barnet eller ungdommen får best mulig utbytte av det samlede tjenestetilbudet. Uttrykket «samordne» er brukt i stedet for begrepet «koordinere» for å unngå at forslagene forveksles med koordinatorordninger innenfor helse- og omsorgstjenesten.

Som en del av Likeverdsreformen, har regjeringen bestemt at det skal innføres en utvidet koordinatorordning for familier som har eller venter barn med alvorlige funksjonsnedsettelse eller helseutfordringer. Se nærmere omtale av dette forslaget i punkt 7.3.2.

Oppfølgingstjenesten etter opplæringsloven skal ha en koordinerende funksjon ved oppfølging av unge som står utenfor arbeid og utdanning. I krisesenterloven har kommunen fått ansvaret for å samordne tiltak mellom krisesentertilbudet og andre deler av tjenesteapparatet.

På andre områder er det ikke regulert nærmere hvem som skal samordne tjenestene som et barn eller ungdom mottar, uavhengig av sektor og om velferdstjenestene er statlige eller kommunale. Hver enkelt velferdstjeneste har ofte plikt til å samarbeide med andre som gir velferdstjenester til barnet eller ungdommen, men det er ikke klart regulert hvem som skal samordne oppfølgingen og tjenestene som barnet eller ungdommen mottar. I mange saker vil kravet til forsvarlighet forutsette samordning av de ulike tjenestene i enkelt-saker.

7.2 Gjeldende rett

7.2.1 Helse- og omsorgstjenesten

Koordinator i spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten har plikt til å oppnevne en koordinator for pasienter med behov for «komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester» etter spesialisthelsetjenesteloven, jf. denne loven § 2-5 a første ledd. Koordinatoren skal være helsepersonell, jf. bestemmelsens andre ledd.

Koordinatoren skal følge opp pasientens behov for et kontinuerlig og helhetlig behandlingsforløp. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasienten og sikre samordning av tjenestetilbudet i forbindelse med institusjonsopphold, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a første ledd. Koordinatorens ansvar gjelder både ved polikliniske forundersøkelser, under selve behandlingsoppholdet og ved oppfølging og etterbehandling. Koordinatoren skal også sikre samordning overfor andre tjenesteytere. Koordinatoren skal videre sikre fremdrift i arbeidet med individuell plan.

Spesialisthelsetjenestens plikt til å tilby koordinator motsvares ikke av en tilsvarende rettighet for pasienten etter pasient- og brukerrettighetsloven.

Koordinator i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Kommunen har plikt til å tilby koordinator for pasienter og brukere med behov for «langvarige og koordinerte tjenester» etter helse- og omsorgstjenesteloven, jf. denne loven § 7-2 første ledd.

Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasienten eller brukeren, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan. Koordinatoren i kommunen skal blant annet sikre at de kommunale helse- og omsorgstjenestene er samordnet med spesialisthelsetjenesten. Ved behov må det etableres kontakt mellom koordinatoren i kommunen og koordinatoren i spesialisthelsetjenesten.

Den kommunale helse- og omsorgstjenestens plikt til å tilby koordinator motsvares ikke av en tilsvarende rettighet for pasienten eller brukeren etter pasient- og brukerrettighetsloven.

Koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten

Helseforetakene har plikt til å ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 b første ledd. Den koordinerende enheten skal ha en generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen. Videre skal enheten ha oversikt over, og nødvendig kontakt med, habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen. Enheten har i tillegg et overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinatorene. Det følger av forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 11 at enheten skal bidra til å sikre helhetlige tilbud til pasienter med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering.

Koordinerende enhet i kommunen

Kommunen skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3. Denne enheten skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinatorene etter §§ 7-1 og 7-2. Det følger av forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 6 at enheten skal bidra til å sikre helhetlige tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering.

Fastlegeordningen

Kommunen skal legge til rette for samarbeid mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten, jf. forskrift om fastlegeordning i kommunene § 8 tredje ledd.

Fastlegen skal ha en medisinsk faglig koordineringsrolle og skal samarbeide med andre relevante tjenesteytere om innbyggere på listen, jf. forskriften § 19 første ledd. Fastlegen må ha et system som gjør at andre tjenesteytere og samarbeidspartnere får tak i legen for å få avklart nødvendige spørsmål eller for å få gitt informasjon. Fastlegen har også et selvstendig ansvar for å kontakte andre tjenesteytere når faglige forhold tilsier dette.

Dersom en innbygger på listen har behov for langvarige og koordinerte tjenester, plikter fastlegen å informere om og medvirke til at det blir utarbeidet en individuell plan og oppnevnt en koordinator i kommunen, jf. forskriften § 19 andre ledd.

Kontaktlege i spesialisthelsetjenesten

Helseinstitusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven, skal oppnevne en kontaktlege for pasienter som har «*alvorlig sykdom, skade eller lidelse, og som har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet*», jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 c første ledd. Kontaktlegen skal være involvert i behandlingen eller oppfølgingen av pasienten og være pasientens faste medisinsk faglige kontakt, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 c tredje ledd.

Innenfor det psykiske helsevernet kan kontaktpsycholog utnevnes i stedet for kontaktlege dersom det er mest hensiktsmessig ut fra den behandling eller oppfølging som skal gis, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 c fjerde ledd. Tilsvarende gjelder for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet, jf. § 2-1 a første ledd nr. 5.

Plikten til å oppnevne kontaktlege motsvares av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 a som fastslår at pasienten på samme vilkår som etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 c, har *rett* til å få utnevnt kontaktlege.

Nasjonale pakkeforløp

Nasjonale pakkeforløp er normerende pasientforløp for konkrete diagnoser eller for grupper av pasienter. Pakkeforløpene skal gi forutsigbarhet, trygghet og brukermedvirkning for pasientene.

Pakkeforløpene gjelder normalt alle pasienter uavhengig av alder, men noen er spesifikke for barn og unge: «Barnevern – kartlegging av psykisk helse og rus», «Kreft hos barn», «Psykiske lidelser – barn og unge», «Psykoselidelser, inkludert mistanke om psykoseutvikling – barn, unge og voksne» og «Spiseforstyrrelser hos barn».

De ulike pakkeforløpene har noe ulikt innhold og inneholder anbefalinger om forhold som kvalitetskrav, roller, ansvar, organisering og forløpstider for utredning, behandling, oppfølging og dialog med pasient og pårørende.

Flere av pakkeforløpene inneholder redegjørelser for, eller eksempeltekst om, samarbeid innenfor helse- og omsorgstjenesten eller sam-

arbeid med andre velferdstjenester som barnevern, utdanningssektoren mv.

7.2.2 Andre relevante regelverk

Fylkeskommunen skal ha en oppfølgingstjeneste for unge som har rett til opplæring etter opplæringsloven § 3-1, og som ikke er i opplæring eller i arbeid, jf. opplæringsloven § 3-6. Oppfølgings-tjenestens oppgaver er regulert i forskrift til opplæringsloven kapittel 13. Formålet med oppfølgingstjenesten er å sørge for at alle unge som hører til målgruppen, får tilbud om opplæring, arbeid, andre kompetansecfremmede tiltak eller en kombinasjon av disse. Tilbudene skal primært føre frem til studiekompetanse, yrkeskompetanse eller grunnkompetanse innenfor videregående opplæring. Oppfølgingstjenesten omfatter også unge som har tapt opplæringsretten etter opplæringsloven § 4-6. Tilgang til oppfølgingstjenesten gjelder til og med det året ungdommen fyller 21 år. Kunnskapsdepartementet vil vurdere en mulig utvidelse av retten slik at den står mer i samsvar med ungdomsretten til videregående opplæring. Dette arbeidet sees i sammenheng med departementets utredning av et utvidet og mer helhetlig fylkeskommunalt ansvar for alle unge i alderen 16 til 24 år, jf. Meld. St. 6 (2018–2019) *Oppgaver til nye regioner*.

Oppfølgingstjenesten skal blant annet sikre tverretattlig samarbeid mellom kommunale, fylkeskommunale og statlige velferdstjenester som har ansvar for målgruppen, og formidle, eventuelt samordne, tilbud fra ulike velferdstjenester. Av særlig aktuelle velferdstjenester for samarbeid nevnes grunnskolen, videregående skole, pedagogisk-psykologisk tjeneste (PP-tjenesten), opplæringsadministrasjonen i fylkeskommunen, sosialtjenesten og arbeids- og velferdsforvaltningen og helse- og omsorgstjenesten. I tillegg til å følge opp ungdom utenfor opplæring og arbeid, skal oppfølgings-tjenesten jobbe med forebygging av frafall i grunnskolen og videregående opplæring. For å utføre oppgavene bør oppfølgingstjenesten jobbe med å sikre godt samarbeid mellom velferdstjenestene både når det gjelder samarbeid på overordnet nivå og samarbeid om tjenester til enkeltpersoner.

Krisesenterloven § 4 inneholder en bestemmelse om samordning av tjenestene på tvers av tjenestesektorer i enkeltsaker.

Barnevernloven, barnehageloven, sosialtjenesteloven, NAV-loven, familievernkontorloven og integreringsloven inneholder ikke bestemmelser om samordning av tjenester på tvers av velferdstjenester i enkeltsaker.

7.2.3 Kommuneloven

Kommuner og fylkeskommuner er selvstendige, politisk valgte og styrte forvaltningsnivåer som ikke er en del av statsforvaltningen. Kommunene og fylkeskommunene får som hovedregel tildelt oppgaver fra Stortinget gjennom lov.

Rammestyring er hovedprinsippet for statlig styring av kommunesektoren. Rammestyring betyr at kommunene får reell handlefrihet ved gjennomføring av lovpålagte oppgaver, blant annet slik at de beholder fleksibilitet til å se behov på tvers og samordne tjenester til pasienter og brukere. I enkelte tilfeller kan det være nødvendig å gi en mer detaljert regulering. Slik regulering må i så fall være særskilt begrunnet for eksempel i nasjonale mål om likhet og likeverd, rettssikkerhet, liv og helse, bærekraftig utvikling eller effektiv og samordnet bruk av offentlige ressurser.

Kommuneloven lovfester det kommunale selvstyret og slår fast at kommunene utøver selvstyret innenfor nasjonale rammer. Loven slår fast at begrensninger i det kommunale selvstyret må ha hjemmel i lov, og at selvstyret ikke bør begrenses mer enn det som er nødvendig for å ivareta nasjonale mål. Kommuneloven har som formål å fremme det kommunale og fylkeskommunale selvstyret og legge nødvendige rammer for det. Loven skal legge til rette for det lokale folkestyret og et sterkt og representativt lokaldemokrati med aktiv innbyggerdeltakelse. Loven skal også legge til rette for at kommuner og fylkeskommuner kan yte tjenester og drive samfunnsutvikling til beste for innbyggerne. Loven skal legge til rette for kommunenes og fylkeskommunenes utøvelse av offentlig myndighet og bidra til at kommuner og fylkeskommuner er effektive, tillitsskapende og bærekraftige.

Kommuneloven gir regler om rammene for kommunenes og fylkeskommunenes virksomhet og krav til organisering. Hvilke oppgaver kommunene har, følger av den enkelte tjenestelov som for eksempel opplæringsloven, barnevernloven og helse- og omsorgstjenesteloven. Kommuneloven slår fast at kommunestyret/fylkestinget er det øverste organet i kommunen/fylkeskommunen. Kommunestyret treffer vedtak på vegne av kommunen med mindre annet følger av lov, og kommunestyret kan delegere myndighet til å treffe vedtak til andre folkevalgte organer, ordføreren eller kommunedirektøren innenfor rammene av kommuneloven eller annen lov. Kommunedirektøren har det overordnede administrative ansvaret i kommunen og skal lede den samlede kommunale administrasjonen innenfor rammen som

følger av lov og de føringer som kommunestyret gir. Kommunedirektøren skal blant annet påse at vedtak fattet av folkevalgte organer i kommunen, blir iverksatt.

Kommunedirektøren skal sikre at det samarbeides på tvers av sektorer dersom dette er nødvendig for å oppfylle kommunale plikter pålagt i lov eller forskrift. Hvis dette svikter, skal kommunedirektøren gripe inn. Det kan derfor argumenteres for at kommuneloven allerede har plassert det overordnede samordningsansvaret for tjenestene den enkelte person mottar.

7.3 Høringsforslaget

7.3.1 Forslag til regulering av en samordningsplikt

Departementene foreslo å lovfeste et tydelig ansvar for kommunen til å sørge for at den enkelte tjenestemottakeren får et samordnet tjenestetilbud. Departementene foreslo at kommunen ved behov skal avklare hvilken velferdstjeneste som skal samordne tjenestetilbudet. Plikten skal gjelde tilfeller hvor en person mottar tjenester fra flere og samarbeid er nødvendig for å yte helhetlige og samordnede tjenester. I praksis vil det være behov for en slik avklaring i tilfeller der det er uklarhet eller uenighet om hvilken velferdstjeneste som skal ivareta samordningen. Da skal kommunen ha en plikt til å avklare hvilken velferdstjeneste som skal samordne samarbeidet. Samordningen skal omfatte både kommunale, private, fylkeskommunale og statlige velferdstjenester.

Kommunen velger selv hvordan den skal ivareta oppgaven. Kommunedirektøren vil ha beslutningsmyndighet i denne typen saker, og kan delegere denne myndigheten på vanlig måte. Departementene foreslo at bestemmelsen om samordningsplikt ikke skulle være en individuell rettighet med tilhørende enkeltvedtak og klageadgang.

Departementene foreslo videre at statsforvalteren skal kunne føre tilsyn med den foreslåtte samordningsplikten. Se kapittel 9 for mer informasjon om dette.

7.3.2 Ny barnekoordinatorordning som del av Likeverdsreformen

I høringsnotatet foreslo departementene også at det i pasient- og brukerrettighetsloven inntas en ny bestemmelse om rett til barnekoordinator for

familier med barn eller som venter barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne, og som vil ha behov for langvarige og sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester. Bestemmelsen ble foreslått inntatt som ny § 2-5 c i pasient- og brukerrettighetsloven. Etter forslaget er det den kommunale helse- og omsorgstjenesten som skal oppfylle denne rettigheten.

Det ble videre foreslått at rettighetsbestemmelsen skal motsvares av en korresponderende pliktbestemmelse som inntas i helse- og omsorgstjenesteloven som ny § 7-2 a. I denne bestemmelsen ble det foreslått å liste opp barnekoordinatorens oppgaver. I henhold til forslaget skulle barnekoordinators oppgaver være å sørge for

- a. koordinering av det samlede tjenestetilbudet,
- b. å ha oversikt over og bidra aktivt til å ivareta kommunens ansvar for nødvendig oppfølging og tilrettelegging for familien og barnet i form av tilbud om eller ytelse av helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester,
- c. at familien og barnet får nødvendig informasjon og helhetlig veiledning om helse- og omsorgstjenestetilbudet,
- d. at familien og barnet får nødvendig informasjon og helhetlig veiledning om andre velferdstjenester og relevante pasient- og brukerorganisasjoner, at familien og barnet gis veiledning i deres kontakt med disse, og at det formidles kontakt eller henvisning videre til slike tjenester eller organisasjoner og
- e. fremdrift i arbeidet med individuell plan.

7.3.3 Rettighetsfesting av gjeldende plikt til å tilby koordinator

I høringsnotatet foreslo departementene videre at gjeldende koordinatorordning rettighetsfestes i pasient- og brukerrettighetsloven i ny § 2-5 b. Gjeldende koordinatorordning er i dag regulert som en pliktbestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven. Det ble foreslått at vilkårene for å utløse rettigheten skal være likelydende med dagens pliktbestemmelser i helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven, nærmere bestemt at pasient og bruker som har «*behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester har rett til koordinator i samsvar med bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a*».

7.4 Høringsuttalelsene

7.4.1 Forslag til regulering av en samordningsplikt

Forslag om å lovfeste en tydelig samordningsplikt for kommunen

I overkant av 80 høringsinstanser har kommentert departementenes forslag om at kommunen skal ha plikt til å samordne tjenestetilbudet. Av disse er det om lag 70 høringsinstanser som helt eller delvis støtter forslaget. Blant disse er *Helse- og omsorgsdepartementet, Bufdir, Folkehelseinstituttet, Barneombudet, Likestillings- og Diskrimineringsombudet, Utdanningsforbundet*, fire statsforvaltere og 15 kommuner og fylkeskommuner. KS støtter ikke forslaget.

Om lag 15 høringsinstanser har kommentert forslaget uten å ta uttrykkelig stilling. Blant disse er *Oslo Universitetssykehus, NAKU, Redd Barna, Foreldreutvalget for barnehager (FUB), Norsk Tannpleierforening, Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser, Handikappedes barns foreldreforening (HBF) og Norsk Forbund for utviklingshemmede (NFU)*.

Foreldreutvalget for grunnopplæringen (FUG) og FUB mener det må avklares hvem som skal samordne tjenestetilbudet. Bufdir mener at barnet bør ha rett til en egen koordinator.

KS mener at det ikke er gjort tilstrekkelige vurderinger av om forslaget er egnet og nødvendig, og av fordeler og ulemper med forslaget. De mener at dette bør vurderes nærmere. KS skriver videre at dersom departementene etter en slik grundigere vurdering mener det er nødvendig å gå videre med forslaget, foretrekker KS klart at kommunen skal ha en tydelig plikt til å avklare hvilken velferdstjeneste som skal samordne tjenestetilbudet, fremfor at det stilles krav om en egen samordningsenhet.

Spørsmål om det bør innføres en egen enhet for samordning av tjenestene

Noen høringsinstanser mener at det bør være en egen enhet som tjenestemottakerne kan henvende seg til. Dette gjelder blant andre *Likestillings- og Diskrimineringsombudet, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO), Hørselshemmedes Landsforbund (HLF), Norsk Epilepsiforbund, Personskadeforbundet LTN og RKBUNord*.

Bergen kommune mener departementene må gi helt konkrete føringer for hvilken velferdstjeneste som må regne med å eie samordnings-

ansvaret. De mener dette bør ligge til den koordinerende enheten.

Norsk Epilepsiforbund skriver at det bør opprettes en egen enhet med myndighet til å stille krav til de øvrige tjenesteyterne om at de følger opp de tiltakene og tjenestene de er pålagt, og som de har ansvar for i en individuell plan. I dag legges ansvaret ifølge forbundet på tilfeldig utvalgte personer som verken har kompetanse eller tid til å utføre oppgavene. Det er ifølge Norsk Epilepsiforbund helt tilfeldig hvilken person som får ansvaret som koordinator, og som må utføre koordinatoroppgavene samtidig med de vanlige arbeidsoppgavene i den tjenesten personen kommer fra. Selv om personen da ofte kjenner barnet gjennom sin rolle i oppfølgingen, så har vedkommende sjelden oversikt over hele situasjonen og behovene til barnet eller familien. Vedkommende har heller ikke oversikt over hva som er muligheter på andre områder enn i egen enhet.

Norsk Epilepsiforbund påpeker at disse familiene har så mange personer og tjenester de i utgangspunktet må forholde seg til, at én tjeneste til sjelden blir det som tipper vektskålen. Derimot kan denne ene enheten og personen gjøre at det er færre personer innad i de ulike tjenestene som familien må forholde seg til.

Andre høringsinstanser støtter departementenes vurdering av at det ikke bør være krav om at det skal være en egen enhet i kommunen som ivaretar samordningsansvaret. Dette gjelder blant andre *Statsforvalteren i Oslo og Viken, Statsforvalteren i Rogaland, Bufetat region Øst, St. Olavs Hospital, Sunnaas sykehus, Utdanningsforbundet, Hørselshemmedes Landsforbund* og fire kommuner.

Statsforvalterne i Oslo og Viken og Rogaland er enige i at samordningsoppgaven bør legges til en del av tjenesteapparatet som har kontakt med barnet eller ungdommen i forbindelse med tjenestetilbudet. Statsforvalteren i Rogaland uttaler videre at de er enige i at kommunen bør stå fritt når de skal velge måte å organisere samordningsansvaret på. De mener det viktigste er at ansvaret for samordning er plassert i det enkelte tilfellet. St. Olavs Hospital mener at forslaget til bestemmelse kan bidra til å løse saker der det er uklarheter eller uenigheter rundt hvem som skal samordne tjenestetilbudet.

Utdanningsforbundet viser til at lovforslaget gir kommunen et ansvar for å delegere samordningen til en av tjenesteyterne, med mindre det er en tjeneste som allerede er lovbestemt til å inneha en slik koordinerende rolle. Når de ulike aktørene kjenner sine plikter og er innforstått med hvilke

forventninger som er knyttet til deres deltakelse i en sak, skaper dette etter Utdanningsforbundets syn gode forutsetninger for en mer helhetlig tilnærming. Det vil nå hvile et større ansvar på den enkelte kommune med hensyn til å samordne egne tjenester, og Utdanningsforbundet mener dette er en god og riktig løsning for å styrke laget rundt barnehagebarnet og eleven.

Bør det innføres en forskriftshjemmel?

Departementene ba om innspill fra høringsinstansene på om det er behov for ytterligere regulering av kommunens samordningsansvar i forskrift, og hva som eventuelt bør forskriftsreguleres. Noen høringsinstanser, blant andre *Helsetilsynet* og tre kommuner, mener at det ikke er behov for forskriftsbestemmelser.

Helsetilsynet fraråder ytterligere forskriftsregulering. Helsetilsynet mener det er viktig å lytte til praksisfeltet når de uttrykker at for mye regulering kan hindre arbeidet med å nå målet om samordnede tjenester for brukerne. Evaluering av de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner har ifølge Helsetilsynet vist at ansvarsfordeling ble tydeliggjort, men at arbeidet med å oppfylle lovkravene kan ha gått på bekostning av felles utvikling av bedre tjenester. Tilsyn har ifølge Helsetilsynet vist det samme. Et annet eksempel er tjenestenes arbeid med individuell plan der både tilsyn og undersøkelser viser en stor risiko for at tjenestene legger for mye vekt på å oppfylle formalkrav om en plan fremfor at arbeidet bidrar til at de jobber sammen om å finne gode måter å gi brukerne den hjelpen de trenger. Helsetilsynet har derfor større tro på at faglig veiledning gjennom nasjonale retningslinjer, veiledere, og andre tiltak for å stimulere til videreutvikling av samarbeid og fungerende samarbeidsarenaer er mer hensiktsmessige tiltak enn ytterligere regulering.

Bærum kommune og *Trondheim kommune* uttaler at det heller bør utarbeides nasjonale veiledere som kommunene kan tilpasse egen organisasjon.

Andre høringsinstanser mener derimot at det er behov for forskriftsbestemmelser. Det gjelder blant andre *Statsforvalteren i Innlandet*, *Barneombudet*, *Nasjonalt senter for Læringsmiljø og atferdsforskning*, *Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO)*, *Hørselshemmedes Landsforbund (HLF)* og *Kreftforeningen*.

Statsforvalteren i Innlandet mener at en slik forskrift bør regulere plikten til klar plassering av samordningsansvaret, og tydeliggjøre at kommu-

neledelsen har det overordnede ansvaret for å sørge for samordning av de ulike deltjenestene. Forskriften bør etter statsforvalterens syn også ivareta at samordningsrollen innebærer et klart henvendelsessted for tjenesteytere som identifiserer barn med behov for tjenester og samordning. Videre viser de til at samordningen må innebære en innsats for å identifisere behov for tjenester og å gi tjenestene.

Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) mener det er et klart behov for mer utfyllende forskrifter. Hvis velferdstjenestene og kommunene skal ha frihet til å vurdere hvordan det er hensiktsmessig å samarbeide i slike saker, vil det ifølge FFO medføre økte kommunale forskjeller. FFO viser til at foreldre allerede opplever store forskjeller i tjenester og omfang basert på hvilken kommune de bor i. FFO viser til at FN har kritisert Norge for dette, jf. CRPD-komiteens avsluttende merknader til Norges første rapport datert 7. mai 2019. FFO mener at man i størst mulig grad må jobbe for å bygge opp et system som fungerer relativt likt rundt om i landet, og overlate minst mulig til tilfeldigheter og skjønn. FN har bedt Norge om å treffe alle nødvendige tiltak for å redusere kommunale forskjeller i tjenestetilbudet til funksjonshemmede gjennom nasjonalt regelverk, standarder og retningslinjer. FFO mener på bakgrunn av dette at det trengs en forskrift med klare retningslinjer som regulerer hvilken velferdstjeneste som skal samordne i de ulike tilfellene, og hva samordningen skal bestå i.

Personer med tilknytning til flere kommuner

Statsforvalteren i Innlandet mener det er behov for å klargjøre hvilken kommune som har ansvaret når et barn mottar tjenester i flere kommuner. Barneombudet mener det er behov for å klargjøre nærmere hvilken kommune som skal ha ansvaret når barn bor på institusjon eller i fosterhjem, og at det i disse tilfellene bør være bostedskommunen som har ansvaret for å samordne tjenestetilbudet. Tilsvarende mener *NAKU*, *Autismeforeningen* og *Larvik kommune* at det er behov for en klarere formulering om plassering av ansvar for å samordne tjenester til barn og unge som har delt bosted på tvers av kommuner.

Bør det innføres en individuell rettighet?

Noen høringsinstanser mener at det må innføres en individuell rett til samordnede tjenester med tilhørende klageadgang. Det gjelder blant andre *Likestillings- og diskrimineringsombudet*, *Nasjo-*

nalt senter for Læringsmiljø og atferdsforskning, Sunnaas sykehus, Stine Sofies Stiftelse, Redd barna, Personskadeforbundet og Handikappedes barns foreldreforening (HBF).

Norsk Forbund for utviklingshemmede (NFU) stiller seg svært tvilende til bestemmelser som ikke gir en individuell rett med tilhørende klageadgang. NFU viser til at mange har opplevd både god koordinering og samordning før det var noe som helst lovverk på feltet. Når det ikke er god samordning av tjenestetilbudet, så er det etter NFUs oppfatning sjelden at det bunner i vond vilje, men heller et resultat av prioriteringer av ressurshensyn.

Statsforvalteren i Oslo og Viken og Bufetat region Øst støtter at samordningen ikke skal være en individuell rettighet.

7.4.2 Ny barnekoordinatorordning som del av Likeverdsreformen

7.4.2.1 Generelt om høringsinnspillene

Om lag 130 høringsinstanser har kommentert forslaget om lovfesting av en rett til barnekoordinator. Nær sagt alle som har kommentert forslaget, støtter dette. Blant disse er Barneombudet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Likestillings- og diskrimineringsombudet og Statens helsetilsyn, 19 kommuner og fylkeskommuner, fire statsforvaltere, 19 helseforetak og regionale helseforetak, syv helsepersonellorganisasjoner, inkludert Legeforeningen, Tannlegeforeningen og Norsk Sykepleierforbund, og en lang rekke ulike pasient-, bruker- eller interesseorganisasjoner og fagforeninger.

Flere har imidlertid konkrete merknader til ulike elementer ved bestemmelsen, eller de har lagt inn enkelte forutsetninger for å støtte bestemmelsen, jf. nedenfor hvor det redegjøres nærmere for dette.

Av høringsinstansene er det kun Helsedirektoratet og KS som eksplisitt uttaler at de ikke støtter forslaget.

Helsedirektoratet understreker imidlertid at de støtter intensjonene i Likeverdsreformen om å styrke koordineringen for disse barna, men uttaler deretter:

Helsedirektoratet støtter ikke forslaget om en egen bestemmelse om barnekoordinator, slik det er foreslått i høringsnotatet. Vi anbefaler at det i stedet satses på å videreutvikle og forbedre dagens koordinatorordninger, og at en gjennom dette ivaretar sentrale formål i høringsnotatet for utsatte barn og unge. Det

bør samtidig etableres systemer som kan sikre bedre etterlevelse av lovkrav enn hva tilfellet er i dag. Helsedirektoratet mener det er et stort forbedringspotensial i dagens ordning og at det er behov for en tverrdepartemental innsats og samordning av regelverk for å få dagens IP og koordinator til å virke etter sitt formål. Vi mener at dette vil være en bedre og mer treffsikker tilnærming enn å opprette en ny, egen barnekoordinatorfunksjon som overlapper eksisterende koordinatorordninger.

Helsedirektoratet har også en del andre merknader til forslaget som også deles av flere andre høringsinstanser, jf. nærmere om dette nedenfor i punkt 7.4.2.2–7.4.2.7.

KS er prinsipielt mot forslaget om å lovfeste en barnekoordinatorordning. Men dersom det skal lovfestes rett til barnekoordinator, forventer KS «en tydeligere vurdering av retten til barnekoordinator ut fra retningslinjene for statlig styring, hvor det fremgår at en lovgivning med «sørge-for-ansvar» gir et bedre grunnlag for samordning på tvers av ulike tjenesteområder enn å innføre en individuell rettighet.» I høringsuttalelsen viser KS til flere elementer knyttet til lovforslaget som hevdes å være i strid med retningslinjer for statlig styring av kommunene. KS støtter ikke forslaget fordi de mener at det ikke er gjort tilstrekkelige vurderinger av om forslaget er egnet og nødvendig, og av fordeler og ulemper.

I tillegg uttaler Statsforvalteren i Vestland:

Pasientar/brukarar har rett til koordinator etter gjeldande regelverk. Fylkesmannen i Vestland er sterkt i tvil om innføring av barnekoordinator vil føre til styrking eller betring av tilbod.

7.4.2.2 Enkelte overordnede tilbakemeldinger fra høringsinstansene

Flere høringsinstanser påpeker at forholdet mellom den eksisterende koordinatorordningen og barnekoordinatorordningen fremstår som uklart. Det vises blant annet til at begge koordinatorordningene har samme formål og omfatter langt på vei de samme oppgavene.

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) støtter forslaget om barnekoordinator for familier med barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsett funksjonsevne, men stiller spørsmål ved «om det kan begrunnes godt nok at ordningen kun skal gjelde for én gruppe av utsatte barn og unge. Vi

mener kunnskapsgrunnlaget for høringsnotatet viser at det er behov for å styrke koordinatoransvaret for alle barn, unge og eventuelt deres familie med behov for helhetlig og koordinert hjelp.» I forlengelsen av dette uttaler direktoratet:

Bufdir mener det bør være en felles ordning som sikrer et helhetlig tilbud og god koordinering for alle barn og unge med sammensatte behov. Ordningen med barnekoordinator er en god modell som anerkjenner at det å koordinere tjenester er ressurskrevende der tid, kompetanse og myndighet som koordinator er viktig elementer for å nå målet om helhetlige og koordinerte tjenester.

Også *Barneombudet* og *Kliniske ernæringsfysiologers forening* mener forholdet mellom barnekoordinator og eksisterende ordninger som koordinator, kontaktlege og barneansvarlig personell er uklart. *RBKU Nord* uttaler:

Det fremkommer ikke av høringsnotatet om det er vurdert å heller utvide retten til koordinator til å gjelde familier som venter barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne heller enn å etablere ny ordning som ligger tett opp mot den ordningen som allerede foreligger. Barn med behov for langvarige og koordinerte tjenester har allerede rett på en koordinator. I et forslag til endringer som skal harmonisere regelverket på dette området framstår det som lite hensiktsmessig med to parallelle koordinatorordninger. Samtidig framstår det som unaturlig at det skal være et skille mellom barn og voksne når det gjelder ordlyden på hvilke tjenester som skal koordineres.

Bergen kommune uttaler:

Bergen kommune ber om at det gjøres en grundig vurdering av hvorvidt det å etablere enda en koordinatorfunksjon for barn med spesielle rettigheter vil bidra til et A- og B-lag av barn, der noen får en spesialbarnekoordinator, mens andre får en «vanlig» IP-koordinator. Det vil kunne føre til enda mer skyveproblematikk. Dersom tydelig rett til såkalt barnekoordinator likevel opprettes, ber Bergen kommune om at departementene vurderer hvorvidt retten til barnekoordinator gis til alle barn som har rett til Individuell Plan i dag og deres familier. Det vil fjerne behovet for å vurdere noens rett til en spesialbarnekoordinator.

Nasjonalt nettverk for regionale koordinerende enheter uttaler:

Når man foreslår å lovfeste en ny koordinator bør det konkretiseres hvilke oppgaver og plikter tillagt barnekoordinator som ikke også omfattes av koordinators plikter. Beskrivelsen her vil kunne bidra til en grensedragnings mot koordinatorfunksjonen som kan øke fragmentering i tjenestetilbudet i stedet for å styrke koordineringen/samordningen. Rollen som barnekoordinator bør legges til allerede eksisterende koordinator beskrevet i spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven.

Bufetat region Midt-Norge mener det bør presiseres at også barn under offentlig omsorg, som har psykiske lidelser og funksjonelle vansker, omfattes av retten til barnekoordinator. Dette for å sikre tverrsektorielt samarbeid og koordinering. *Bærum kommune* er positiv til intensjonene i innføring av barnekoordinatorordningen, men ønsker en tydeliggjøring av hvilke kriterier som skal ligge til grunn for vurdering av rett til ny ordning. Bærum kommune ønsker også en utdypning av hvilke tjenestoområder som skal ivareta barnekoordinatorfunksjonen, og en utredning av konsekvensene for tjenesteutførelsen. Bærum kommune ønsker også en utdypning av hvilken kompetanse barnekoordinatoren skal besitte for å imøtekomme det komplekse mandatet gitt i høringsnotatet.

Diabetesforbundet etterspør føringer for hvem som skal kunne påta seg ansvaret som barnekoordinator, og da særlig hvilke kvalifikasjoner departementene mener at barnekoordinator skal ha. Også *Fellesorganisasjonen FO* påpeker dette og uttaler:

Vi stiller spørsmål ved at fagbakgrunn hos barnekoordinatorer ikke tematiseres i notatet og mener det må være kompetansekrav knyttet til funksjonen. Fagpersoner med helse- og sosialfaglig bakgrunn, – innehar kompetanse og ferdigheter som det vil være viktig at en barnekoordinator har. Det mener vi bør presiseres i notatet.

Fredrikstad kommune viser til at det generelt kan være vanskelig å si noe sikkert om tjenestebehov før fødsel og at mange av disse barna i starten ivaretas av spesialisthelsetjenesten. Det kan da være uheldig dersom en kommunal koordinator skal ha ansvaret for en oppfølging som i hovedsak skjer i spesialisthelsetjenesten. Dette kan være

uheldig for familien som har en kontaktperson i sykehuset, og det vil være en krevende rolle for en kommunal koordinator å skulle ha oversikt over tilbud og tjenester utenfor eget forvaltningsnivå.

Statsforvalteren i Oslo og Viken uttaler:

Etter vårt syn er det avgjørende å se barnekoordinatorordningen i lys av å sikre de rettigheter barn og unge har i henhold til barnekonvensjonen og hvor en legger barnekomiteens egne tolkninger til grunn. Det er vårt syn at utgangspunktet for å vurdere barnekoordinator slik det er omtalt i høringen, er for smal. Det bør legges til grunn et tverrfaglig skjønn i hvert enkelt tilfelle, særlig knyttet til barnets beste, jf. art. 3 i barnekonvensjonen. Siden konvensjonen anerkjenner den gjensidige avhengigheten og den like betydningen av alle rettigheter, peker vi på udeleligheten av barns rettigheter. En barnets beste-vurdering bør derfor gjøres i lys av blant andre artiklene 6, 23 og 24.

(...)

Vi tilrår at det legges et bredt tverrfaglig skjønn til grunn for hva som utløser barnekoordinator overfor barn/familie, og hvor rettigheter som følger av artiklene 3, 5 og 18 i barnekonvensjonen er viktige hensyn.

Helse Nord-Trøndelag HF uttaler at en barnekoordinator oppfattes som en klar styrking av koordineringen av tjenestetilbudet til barn og unge og deres familier. Det vises til at dagens koordinatorordning ikke ivaretar behovet mange har, og at en rettighetsfesting anses nødvendig. Viktigheten av gode kommunikasjonsordninger for dialogen mellom spesialisthelsetjenesten og barnekoordinator i kommunen understrekes, og det presiseres at betydningen av hva som er nødvendig tjenester, vil måtte vurderes og defineres ut fra barnets/den unges egne ønsker.

Helse Sør-Øst RHF støtter lovfesting av en plikt til barnekoordinator, men gir uttrykk for mye tvil knyttet til behovet for å rettighetsfeste dagens koordinatorordning. Det vises til at det allerede eksisterer flere ordninger som skal sikre koordinerte tjenester og at det kan være komplisert å avgrense disse fra hverandre.

Justis- og beredskapsdepartementet uttaler:

Vi forstår det som at barnet selv, uavhengig av alder, ikke skal kunne samtykke til oppnevning av barnekoordinator etter ny 7-2 a i helse- og omsorgstjenesteloven. Dette bør presiseres i en eventuell lovproposisjon.

Kompetansesenter Rus Oslo støtter at rett til barnekoordinator også skal gjelde før barnet er født og uttaler at dette

(...) samsvarer med satsningsområdene under tidlig intervensjonsarbeid. Ikke bare vil dette skape mer trygghet og forutsigbarhet for de familien det gjelder – vi vet også at barn med psykisk utviklingshemning har høyere risiko for å bli utsatt for omsorgssvikt, vold og/eller seksuelle overgrep, enn barn med andre typer funksjonshemninger.

Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning viser til at enkelte barn ikke har behov for to eller flere velferdstjenester, og at enkelte ikke har behov for helse- og omsorgstjenester, men bare oppvekstjenester. Det understrekes at også disse bør kunne få barnekoordinator.

Norges Kvinne- og familieforbund uttaler:

Vi ser veldig positivt på forslaget i høyringsnotatet at alle kommuner skal ha ein barnekoordinator. Det vil gje ein betydeleg ressurs i ein krevjande kvardag. Ein koordinator som hjelper familien gjennom ein jungel av paragrafer, lovverk, hjelpeapparat, ein som er samlande, koordinerer alle instansar både av rettar men også dei forskjellige menneska og kontor. Ein barnekoordinator er den eine døra ein treng.

(...)

Viktig å få understreke at koordinatoren i kommunane er veldig viktige i kontakta mellom spesialisthelsetenesta. Foreldra får ofte vite av spesialisthelsetenesta kva som skal til i kommunen, men når dei kjem dit er det mangel på både menneskelege og økonomiske ressurser. Ein koordinator kan være med å synleggjere dette.

Norsk Fysioterapeutforbund, Faggruppe for barne- og ungdomsfysioterapi viser til at mange fysioterapeuter blir spurt om å være koordinator fordi de ofte kjenner barna fra en tidlig utredningsfase. I forlengelsen av dette uttales det:

Som koordinator opplever de ulike støtte fra koordinerende enhet i kommunen som står som ansvarlig instans for at barnet og familien får den koordineringen de har ønske om og krav på. Mange fysioterapeuter erfarer at ansatte i koordinerende enhet har for lite kjennskap til og erfaring med individuell plan, og blir dermed ingen pådriver for å lage IP rundt barnet.

(...)

Vi mener det bør sikres at enheten i kommunen med ansvar for koordinering og IP rundt familier med barn med sammensatte behov har en tydelig adresse, tar ansvar og er en ressurs for andre fra ulike enheter som blir oppnevnt som koordinatorene. Dette skjer i veldig ulik grad i de ulike kommunene og dette går utover kvaliteten på tilbudet til brukerne i stor grad.

Norsk Pasientforening støtter forslaget om barnekoordinator, «forutsatt at denne får et definert ansvar for å gi konkret hjelp til samordning og koordinering av tjenestene.» Videre uttales det om forholdet mellom behandlingsnivåene:

Tyngst i vektskålen når tiltak skal iverksettes må etter vår mening være brukers/pårørendes kunnskap og opplevelse av tjenestetilbudet. Disse er ofte sammenfallende med spesialisthelsetjenestens vurderinger. Vår erfaring er nokså entydig at faglig tungt forankrede føringer gis for liten vekt når kommunene implementerer tiltak overfor denne gruppen.

Norsk Sykepleierforbund understreker at hovedproblemet for manglende samarbeid/koordinering ikke er manglende lyst eller vilje, men «det er tiden som ikke strekker til og rammebetingelsene som er mangelfulle.» Videre uttales det:

Vi har en viss bekymring for at to ulike koordinatorroller kan skape uklarheter, både hos brukere og i tjenestene. God informasjon ved innføring av ordningen blir derfor vesentlig. Å være koordinator for barn og unge krever noe annet enn å være koordinator for voksne.

(...)

Så langt mulig bør det være utfordringsbildet som avgjør hvem som innehar koordinatoransvaret. Eksempelvis vil det være hensiktsmessig at barnevernet har koordinatoransvar for barn og unge som har tiltak fra, eller er under omsorg av barnevernet. Tett samarbeid med aktuelle helsetjenester er da nødvendig. Barn med store og sammensatte helse- og omsorgsbehov bør ha en barnekoordinator med barnehelsefaglig kompetanse. Dette fordi psykisk og/eller fysisk helse alltid er en komponent i disse sakene.

Oslo universitetssykehus HF mener det fremstår som uklart hvem som er tenkt å foreta vurderingen av om en tilstand kvalifiserer for alvorlig

sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne. Det påpekes at slik uklarhet vil være uheldig i forhold til samhandling. Sykehuset legger til grunn at dersom det er oppnevnt barnekoordinator, så er det denne som skal samordne tjenestetilbudet. I forlengelsen av dette uttales det at en slik klar ansvars plassering vil gi spesialisthelsetjenesten rom til å tilby egnet behandling fremfor å bruke ressurser på å nøste i de ulike tjenester og hvem som har samordningsansvar.

Ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) Vest viser til uttalelse i høringsnotatet om at det til en viss grad også må legges vekt på familiens samlede behov for hjelp og bistand. I forlengelsen av dette uttales det:

RVTS Vest støtter denne vurderingen, og mener det er nødvendig å se på familiens totale situasjon ved vurdering av barnets hjelpebehov, inkludert rett til barnekoordinator, for å utjevne evt. sosiale ulikheter i et slikt tilbud.

(...)

Generelt støtter RVTS Vest forslagene om endringer i lovbestemmelsene om barnekoordinator. Departementene redegjør for at det er nødvendig å gjøre en helhetsvurdering for når det er nødvendig å tilby en koordinator. RVTS Vest mener det her er nødvendig å spesifisere hvem som skal gjøre disse vurderingene, og at barnets og familiens ønsker tas hensyn til i dette arbeidet.

Statped uttaler:

Vi vil understreke viktigheten av at den koordinerende enheten har kunnskap om hvilke tjenester som bør kobles på. Vi støtter ordningen med barnekoordinator og mener dette er et steg i riktig retning for å avlaste familier og særlig foresatte som i dag ofte fungerer som koordinatorene i sine barns liv. Det er viktig at barnekoordinatorer har god kunnskap om hvilken kompetanse de ulike aktørene har, slik at riktig instans kobles på tidlig i løpet.

(...)

Fra vårt ståsted mener vi det er viktig at barnekoordinatoren har kunnskap om tilrettelegging og inkludering i barnehage og skole. Dette kan gjelde både fysisk, teknisk/digital, sosial og pedagogisk tilrettelegging for å fremme inkludering.

Stine Sofies Stiftelse støtter barnekoordinatorordningen, og uttaler:

Stiftelsen kan ikke understreke sterkt nok at målgruppen for barnekoordinatoren også må omfatte barn som har vært utsatt for vold eller overgrep og deres familier.

(...)

Barnehus og Støttesenter for kriminalitetsutsatte [kan også] være viktige samhandlingsaktører rundt disse familiene.

Voksne for barn hevder at «barnets beste» ikke er omtalt og ikke har vært førende for forslagene. I forlengelsen av dette uttaler de:

Etter vårt syn bør skal barnets beste være et grunnleggende hensyn både ved utforming og dimensjonering av tilbud om tjenester til barn. Barnets beste skal også ligge til grunn for koordineringen av tilbudet til barn fra ulike instanser.»

(...)

Hensynet til kommunalt selvstyre må vike for hensynet til barnets beste.

Voksne for barn anbefaler videre at retten til barnekoordinator bør hjemles i spesialisthelsetjenesteloven. Videre påpeker de at:

Kriteriene for retten til barnekoordinator er svært strenge og vanskelig tilgjengelige både for foreldre og fagpersoner. De bør tydeliggjøres og forenkles.

De fleste høringsinstanser som har uttalt seg konkret om barnekoordinators oppgaver slik disse fremgår av lovbestemmelsen, støtter disse. *Statsforvalteren i Rogaland* mener imidlertid barnekoordinators informasjons- og veiledningsansvar er for omfattende og at det vil «forutsette at ansatte barnekoordinatorer har betydelig og oppdatert kunnskap om et potensielt stort og ulikt spekter av tjenester, både kommunale og ellers.» Statsforvalteren er «skeptisk til at «relevante pasient- og brukerorganisasjoner» inngår i informasjons- og veiledningsplikten, ut fra hvor omfattende dette kan bli.»

Kapellveien habiliteringssenter ser svært positivt på rettighetsfesting av barnekoordinator. Det vises til at oppgavene som foreslås lagt til barnekoordinator «anses alle som svært relevante oppgaver for å sikre god oppfølging av barn og familier.» Det stilles imidlertid spørsmål ved når barnekoordinator kan oppnevnes:

Er det slik at barnekoordinator først kan tre i kraft etter utredning hos PPT og igangsetting av omfattende spesialpedagogisk hjelp i barne-

hagen og etter henvisning til og diagnostisering i spesialisthelsetjenesten?

(...)

Dette er, etter vår mening, helt klart barn og familier barnekoordinatorordningen retter seg mot og som vil ha behov for ordningen. Spørsmålet er hvor i dette forløpet det vil være til mest hjelp med en barnekoordinator for familien? Slik det skisseres nå trer rettigheten inn for sent eller på «feil» tidspunkt for en del familier. Kan det være en mulig løsning at barnekoordinator for denne gruppen barn trer inn ved vedtak om relativt stort omfang av spesialpedagogisk hjelp? Eller kan den tre inn ved mistanke om autismspekterforstyrrelse og/eller utviklingshemming, ved henvisning til spesialisthelsetjeneste eller uten endelig avklarte diagnose? Det er også uklart for oss hvem som gjør den helhetlige vurderingen av hva som er alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne. Hvem som melder inn behovet og om ordningen da søkes om eller tilbys.

Flere høringsinstanser påpeker viktigheten av at barnekoordinator gis faktisk myndighet til å koordinere. Det vises blant annet til høringsnotatets uttalelser om at barnekoordinator skal:

uten å overstyre ansvaret som er lagt til den enkelte velferdstjeneste, kunne ta initiativ til styrket koordinering. Der hvor samarbeid og koordinering ikke fungerer godt nok skal barnekoordinator ha myndighet til å kunne pålegge velferdstjenesten å samarbeide bedre eller å koordinere det samlede tjenestetilbudet bedre. At barnekoordinator gis slik myndighet medfører ikke at barnekoordinator skal ta beslutninger om innholdet i og omfanget av tjenestene, men at barnekoordinator skal ha myndighet til å beslutte i forhold som gjelder koordinering av velferdstjenester.

Videre viser flere høringsinstanser til uttalelser i høringsnotatet om at oppnevning av barnekoordinator ikke vil innebære at barnet og familien skal få tjenester i større omfang og til et tidligere tidspunkt enn hva fagpersoner eller velferdstjenestene ut fra faglige og ressurs- og prioriteringsmessige vurderinger mener er forsvarlig og nødvendig. Selv om flere støtter disse utgangspunktene i høringsnotatet, påpeker noen at dette innebærer risiko for at barnekoordinator ikke vil kunne koordinere på en god nok måte. Enkelte mener også at barnekoordinator bør kunne beslutte innhold og omfang av tjenestene.

Ringerike kommune, koordinerende enhet (KE), understreker at disse grunnleggende prinsippene er viktige og uttaler:

Å ha avklarte roller og myndighet gjør jobben for en koordinator mye lettere. Vi i KE erfarer ofte at koordinatorene blir «pålagt» oppgaver, fra for eksempel skole, om å gjøre oppgaver som etter gjeldene lovverk ikke er koordinators oppgave, men skolens.

Bufetat region sør viser til at barnekoordinatorens mandat er svært vidt, og mener høringsnotatet i større grad skulle beskrevet de konkrete grensene mellom de aktuelle velferdstjenestene og disse ansvars- og myndighetsområder. Etaten viser til at det i høringsnotatet er beskrevet at barnekoordinatoren ikke skal fatte beslutninger eller overprøve den enkelte velferdstjeneste. De savner likevel:

en nærmere beskrivelse av – og eventuell eksemplifisering av – hvordan rollen til barnekoordinator skal styrke barnets rett til samordnede tjenester. Bufetat region sør er noe avventende til om rollen som barnekoordinator vil bli forvirrende i enkelte tilfeller, eller om det vil bli en funksjon uten konkret innhold, all den stund hver velferdstjeneste fortsatt har ansvar innenfor sine områder. Det forutsettes derfor herfra at en slik rolle blir et positivt, effektivt og konstruktivt bidrag i barnets liv, og at rollen utøves slik at det ikke skapes et rom for misforståelser for hvem som faktisk har ansvar for hhv initiativ, avklaringer og tjenestetilbud.

Bufetat region sør viser videre til at barn innenfor barneverntjenesten ofte har tiltak/tjenester av kortvarig art, og ofte ikke med samme alvorlige helsemessige utfordringsbildet som beskrevet for barnekoordinatorordningen. Bufetat ber derfor om at kriteriene for etableringen av barnekoordinator vurderes utvidet, slik at barn som får omsorg eller behandling av barnevernet, også kan komme inn under denne ordningen.

Statsforvalteren i Rogaland uttaler:

En del av svakheten med dagens koordinatorrolle er at koordinator ikke har noen formell myndighet dersom tjenester ikke vil samarbeide. I forslaget til ny § 7-2 a foreslås det en myndighet til å kunne pålegge samarbeid, som bare – så vidt vi forstår – vil gjelde for tjenestene i kommunen som barnekoordinator har sin tilknytning til. Fylkesmannen vurderer at

dette vil være en svært utfordrende rolle for en barnekoordinator. På den ene siden kan man pålegge samarbeid, men på den andre siden kan det – som departementene også skriver i høringsnotatet – åpenbart ikke pålegges den enkelte tjeneste å gi konkrete tjenester. Hva som konkret ligger i denne myndigheten for barnekoordinator er ut fra høringsnotatet uklart for oss, og uten at dette defineres mye klarere mener vi dette vil være tilsvarende uklart for barnekoordinator, involverte tjenester og foreldrene. Det er også stor fare for at en slik mer udefinert myndighet vil kunne skape urealistiske forventninger hos foreldrene om hva en barnekoordinator faktisk kan gjøre.

Akademikerne mener at barnekoordinatorens rolle og myndighet ikke fremstår tilstrekkelig avklart, og at det vil være nødvendig med en nærmere omtale av hvem som i praksis kan ta på seg ansvaret for å være barnekoordinator og om det er medarbeidere i de kommunale tjenestene som har et ansvar for barn og unge, som vil få et ansvar for å påta seg rollen som barnekoordinator.

Akershus universitetssykehus HF foreslår at det

presiseres i rollen til barnekoordinator i spesialisthelsetjenesten at det inngår å sørge for at tilbud ikke bare omfatter tjenester som er direkte eller indirekte til den som har funksjonsnedsettelsen, men det favner også tilbud til barn som pårørende søsken, og eventuelt det foreldre måtte trenge selv. Vi foreslår i den sammenhengen å endre navnet på barnekoordinator til «familiekoordinator» som en mer beskrivende tittel for hva som inngår i rollen.

Aktivitørforbundet i Delta mener en lovfestet koordinator som har ansvar for et helhetlig og samordnet tjenestetilbud, er et godt forslag. De påpeker at det er stor mangel på overføring av informasjon/erfaringer mellom instanser og/eller ved for eksempel skolebytter for sårbare barn eller barn med helt spesielle behov for tilrettelegging. Det understrekes at et godt samordnet tjenestetilbud med en koordinator i spissen vil kunne sørge for at dette vil bli gjort. I den forbindelse påpeker de viktigheten av at barna selv blir involvert og kan få påvirke tilbudene de skal ha eller trenger.

Arendal kommune påpeker at samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten kan oppleves utfordrende og uttaler:

(...) en fast barnekoordinator styrker muligheten for gode samarbeidsrutiner tidlig. Blant

annet bør det sikres gjensidig forpliktelse til informasjon med foresattes samtykke. Med rask kontakt til kommunens systemansvarlig vil barnekoordinator kunne iverksettes raskt. Dette krever imidlertid god kommunikasjon mellom lege, sykehuset og helsestasjon ved jordmor, slik at en kommunal instans fanger opp behovet tidlig. Tidlig tverrfaglig innsats kan bidra til å gi foresatte god informasjon og oppfølging slik at de har krefter til å håndtere både omsorgsoppgaver og ordinært arbeid over tid.

Askøy kommune påpeker at:

(...) det vil kunne være stor variasjon i hjelpebehovet fra barn til barn, uavhengig av funksjonsnedsettelsen. For noen vil hjelpebehovet være stort i tillegg til et godt tverrfaglig, samordnet og koordinert tjenestetilbud, mens det for andre fungerer med et lavere hjelpenivå. God kontakt og et godt samarbeid med familien er avgjørende for å få kartlagt behov, både hjelp og koordinering. God brukermedvirkning må her være et bærende prinsipp slik at kommunen gjennom kontakt med barn/familien kan følge opp i de tilfeller hvor det viser seg å være nødvendig.

BarnsBeste – Nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende ønsker at det tydeligere fremkommer at endringsforslaget inkluderer søsken. De viser til at en barnekoordinator bør bidra til at søsken sikres nødvendig informasjon og oppfølging, samt involveres i det som skjer i en familie med barn, eller som venter barn, med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne.

InorAdopt støtter at adoptivfamilier som venter på barn, også vil omfattes av barnekoordinatorordningen. Det understrekes at det er viktig at foreldre kan få veiledning og at barnet kan få bistand av barnekoordinator og hjelp i spesialisthelsetjenesten, uavhengig av hvorvidt det foreligger en henvisning eller personnummer. Videre påpeker de at barnekoordinator også vil kunne spille en viktig rolle i forkant av en adopsjon som omhandler et barn med behov for særskilt støtte. De uttaler at adopsjonsorganisasjonene erfarer at adoptivforeldre i de fleste tilfeller lykkes i å skaffe seg veiledning fra primærhelsetjenesten, men sjelden fra spesialisthelsetjenesten.

Kreftforeningen mener det bør avklares hva som skal skje hvis man flytter til ny kommune. De understreker at man da må unngå at man må

starte alle prosesser på nytt for å få barnekoordinator i den nye kommunen.

7.4.2.3 Om «alvorlighetsvilkåret»

Flere høringsinstanser mener dette vilkåret, slik det er beskrevet i høringsnotatet, kan gjøre det vanskelig for familier/barn med behov å få oppnevnt barnekoordinator. Det vises blant annet til at selv om helsetjenesten kan mene at en sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne ikke er «alvorlig» ut fra en faglig vurdering, så kan det likevel oppleves som svært alvorlig for familien. Noen påpeker at man i en utredningsfase ikke alltid vil kunne dokumentere «alvorlighet». Flere er bekymret for at man bare vil oppfylle vilkåret dersom man får stilt en konkret diagnose som kommunen/helsetjenesten mener er alvorlig nok, og at krav om alvorlighet eller diagnose derfor vil overskygge det konkrete behovet for koordinering og bistand som barn og familien likevel opplever å ha.

Autismeforeningen i Norge ønsker at begrepet barnekoordinator endres til barne- og ungdoms-koordinator for personer med funksjonsnedsettelse og viser til at dersom koordinatoren skal jobbe med personer fra 0 – 24 år vil det være en mer riktig betegnelse. Med henvisning til at vilkårene for å få barnekoordinator er satt til familier med barn og unge med «alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne» med behov for «to eller flere tjenester», mener Autismeforeningen man da «setter vilkårene for høyt når målet med pårørendestøttende tjenester er å redusere eller begrense belastningen for pårørende gjennom tidlig innsats og forebygging.» Autismeforeningen mener derfor at det bør tilføres i forslaget at det er behovet for et sammensatt tjenestetilbud som skal avgjøre.

Foreldreutvalget for grunnopplæringen (FUG), spør om hvem som skal avgjøre alvorlighetsgraden, og om begrepet «alvorlig» tolkes likt i alle kommuner. De viser også til at kravet om dokumentasjon om hva som er alvorlig sykdom eller funksjonsnedsettelse, vil være krevende for foreldre som allerede er i en svært vanskelig situasjon. De understreker at ordningen med barnekoordinator må bygge på et system der representanter for velferdstjenestene sammen med familiene finner ut hva som skal til for at de får den støtten familien trenger.

Hørselshemmedes Landsforbund påpeker at forslaget om barnekoordinator vil være til uvurderlig hjelp og støtte for familier som sliter, og bidra til å sikre barnet den beste hjelp. De uttaler imidlertid

at det kan bli krevende å vurdere hvem som faller innenfor rett til barnekoordinator, og at det vil bli svært utfordrende å sette rammer som gjør at man klarer å favne alle som har sammensatte behov. De viser til at krav om «alvorlig» vil variere, og at man må foreta en helhetsvurdering og være varsom med å sette strenge kriterier som gjør at mange med nødvendige behov kan falle utenfor rett til barnekoordinator. Hørselshemmedes Landsforbund støtter ikke at man i vurderingen av rett til barnekoordinator skal kunne se på familiens omsorgsplikt og samlede omsorgsoppgaver. De viser til at dette er individuelle faktorer som vil bli vanskelig å måle, og at en families behov for rett til flere velferdstjenester vil oppleves utfordrende jevnt over.

Handikappede barns foreldreforening mener alvorlighetsvilkåret bør fjernes. Det påpekes at det er uklart hvem som skal definere dette og at det vil bli forskjellsbehandling. Foreningen mener det må være den enkelte familie og det enkelte barns behov, som skal utløse retten til koordinator, ikke hvilken diagnose som legges til grunn.

Landsforeningen for hjerte- og lungesyke LHL er uenig i alvorlighetskravet og uttaler:

Her foretas det en subtil drøfting som synes å ha et formål; begrense personkretsen som har rett til barnekoordinator. Det korrekte utgangspunktet må være barnets/ungdommens/familiens situasjon og hvilken nytte de vil ha av barnekoordinator. Det er svært uheldig om barn som vil ha stor nytte av barnekoordinator får avslag på grunn av rigide regler knyttet til et alvorlighetskriterie.

Likestillings- og diskrimineringsombudet mener:

(...) at ordet «alvorlig» bør fjernes fra lovteksten, da vilkårene «langvarige og sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester» er de vilkårene som viser behovet familien og barnet har. Ordet «alvorlig» er også et begrep som kan ha ulik betydning for person til person. Noen familier eller tjenesteytere vil oppfatte en diagnose som alvorlig, mens andre ikke vil det. Ombudet mener derfor at dette ordet bør fjernes, slik at retten til barnekoordinator fokuseres enda mer mot behovet til familien enn hvilken diagnose eller tilstand det er snakk om. Dersom ordet «alvorlig» ikke fjernes fra lovteksten, mener ombudet at det er viktig å understreke i forarbeidene at det skal lite til før barnets tilstand anses som «alvorlig».

Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming påpeker at et «alvorlighetsvilkår» og behov for å motta flere velferdstjenester for å kunne få barnekoordinator, ikke henger godt sammen med ønsket om å forebygge og fokus på tidlig innsats for å hindre at små problemer utvikler seg til store problemer. Også *Norges Kvinne- og familieforbund* mener kravet om «alvorlig» kan være for strengt.

Norsk epilepsiforbund uttaler:

Erfaringsmessig ser vi at kriterier knyttet til skjønnsvurderinger som «alvorlighet» ofte fører til stor variasjon i tolkning.

(...)

Epilepsiforbund mener det er viktig å sikre at denne barnekoordinatoren er tilgjengelig for alle familier med barn som har behov for langvarige og sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester. Vi ber derfor Departementet fjerne ordet alvorlig fra lovforslaget.

Personskadeforbundet LNT uttaler:

Familiens behov må stå i fokus, ikke en kranke om hvilke diagnoser som er alvorlige nok.

7.4.2.4 Om vilkårene «sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne» – krav om diagnose

Enkelte høringsinstanser mener at man i en lovregulering bør gå bort fra vilkårene om «sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne», og at spørsmålet om en familie har rett til barnekoordinator utelukkende skal være en vurdering av det konkrete behovet for sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester. Flere høringsinstanser oppfatter at høringsnotatets beskrivelse av disse vilkårene i for stor grad knytter seg til somatiske tilstander, og ber om avklaring eller presisering av at barnekoordinator også skal kunne innvilges ved psykiske eller sammensatte lidelser eller ved uavklarte tilstander.

Barneombudet mener inngangsvilkårene for å få barnekoordinator fremstår for strenge. Det påpekes at retten til barnekoordinator bør utløses av behov, og ikke av diagnose slik det kan oppfattes som. Ombudet er enig i alvorlighetsvilkåret, men understreker at dette må beskrives i forarbeidene slik at man ikke i praksis tolker dette for strengt. Ombudet er også enig i vilkåret om «sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne», men

mener likevel dette kan bli for diagnoserettet. Det påpekes i den forbindelse også at det er en svakhet med høringsforslaget at de diagnosene som omtales, i hovedsak er somatiske. Ombudet mener det må presiseres hvilke rettigheter barn med psykiske lidelser har og ønsker vurderinger opp mot konvensjonen for personer med nedsatt funksjonsevne. Ombudet påpeker at det her er en dreining mot at rettigheter skal utløses av behov, og ikke av diagnoser.

Oslo kommune understreker at rett til barnekoordinator ikke bare kan gjelde ved medisinske/somatiske diagnoser og mener det må komme tydelig frem at samordningen av tjenester også må gjelde den gruppen utsatte barn og unge som er i en særlig vanskelig livssituasjon, har psykososiale utfordringer, og der situasjonen er svært komplisert og utfordringene er komplekse.

Fellesorganisasjonen FO uttaler:

Slik formuleringene er, blir ikke alvorlige psykiske vansker og funksjonelle lidelser hos barn og unge nødvendigvis omfattet av retten til barnekoordinator.

(...)

Vi ber derfor om en presisering av at også alvorlige psykiske vansker, krevende familiesituasjoner og funksjonelle lidelser kan utløse rett til en barnekoordinator.

Også *LO* ber om en «*presisering av at også alvorlige psykiske vansker, krevende familiesituasjoner og funksjonelle lidelser kan utløse rett til en barnekoordinator.*»

Landsforeningen for Pårørende innen psykisk helse (LPP) stiller spørsmål ved om «*barn med psykiske helseutfordringer, herunder f.eks. angstproblematikk, skolevegving eller spiseforstyrrelser,*» er tenkt omfattet av barnekoordinatorordningen, og uttaler:

Vi mener det ikke kommer klart frem om barn og unge med psykiske helseplager er inkludert blant dem som har rett til barnekoordinator. Dette er den største gruppen «utsatte/sårbare barn», og om disse ikke er inkludert, vil de foreslåtte endringene neppe føre til at 80% fullfører videregående opplæring.

Også *Foreningen for hjertesyke barn* understreker at behovet for barnekoordinator må basere seg på barnets og familiens behov og ikke på sykdoms- og diagnosekriterier. Det vises til at stramme sykdomskriterier vil føre til at mange med et bredt og sammensatt behov faller utenfor en slik ordning.

Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) mener at lovteksten/vilkårene for å få barnekoordinator bygger på feil premisser når det legges til grunn en medisinsk vurdering av hvem som oppfyller retten til barnekoordinator, og ikke det individuelle behovet. FFO påpeker at hensikten med å etablere en rett til barnekoordinator må være å skape et lavterskeltilbud for familier som har behov for hjelp til koordinering av det samlede tjenestetilbudet. Det foreslåtte alvorlighetskriteriet synliggjør i så måte et diagnosebasert fokus, og ikke barnets behov. Det understrekes at det må være opp til foreldrene å definere behovet for koordinering. I forlengelsen av dette uttales det:

Pårørende som venter eller har et funksjonshemmet eller sykt barn, skal ikke påføres en merbelastning ved å dokumentere og argumentere for at det foreligger alvorlig sykdom, skade eller funksjonshemming. Fokuset må være å fange opp de som har et behov for koordinering.

Likestillings- og diskrimineringsombudet mener ordlyden i forslaget til ny lovtekst om barnekoordinator bør endres slik at det i større grad er familiens behov som er i fokus. Videre uttales det:

Utredningen fra departementene av hvilke sykdommer, skader eller variasjoner av nedsatt funksjonsevne som vil utløse rett til barnekoordinator fremstår som veldig helserettet. Ombudet er bekymret for dette, da det må være den enkelte families og barns behov som utløser retten til barnekoordinator, ikke diagnosekriterier. Vi er også bekymret for at en opplisting av enkelte diagnoser fører til at det blir vanskeligere å få hjelp dersom barnet ikke faller inn under en av disse kategoriene.

(...)

I stedet for at fokuset er på hvilke tilstander eller diagnoser som utløser rett til barnekoordinator, mener ombudet at definisjonen i større grad bør ligge på behovet for barnekoordinator. Ombudet mener derfor at ordene «sykdom» og «skade» bør tas ut av lovteksten, da ordlyden «nedsatt funksjonsevne» uansett dekker dette.

Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser uttaler at de er:

glad for at departementet ikke utelukkende vil vurdere behovet for barnekoordinator ut fra

diagnose, men også ta i betraktning at det kan være store variasjoner innen en og samme diagnose. Vi må advare mot å legge for stor vekt på diagnose når alvorlighet skal vurderes. Det er store forskjeller hvordan diagnoser utvikler seg og i tillegg opplever mange med sjeldne diagnoser årelange diagnostiseringsprosesser som i verste fall ender uten klar diagnose. Da kan ikke hjelpetiltak gis ut fra diagnose.

(...)

Denne faktoren, at diagnosen er sjelden, må derfor også med i beregningen av den enkeltes situasjon.

Nasjonalt senter for Læringsmiljø og atferdsforskning, Universitetet i Stavanger påpeker:

En utfordring med rett til barnekoordinator er imidlertid at den i høringsnotatet er beskrevet på en måte som gjør at barn som ikke umiddelbart faller inn under kategorier som tilsier alvorlig sykdom/skade eller psykiske plager/sykdom inkluderes. Disse kan derfor stå i fare for å ikke bli inkludert i arbeidet som omhandles av forslaget. Det bør derfor tydeliggjøres at barn og unge som enten har slike utfordringer, eller står i fare for å utvikle dem, også blir tydelig inkludert i ansvarsområdet til tjenesteyterne.

(...)

Vi mener at kravene om rett til en barnekoordinator er satt svært høyt, og barn med psykiske helseplager inkluderes ikke nødvendigvis når det gjelder retten til en slik koordinator. Det kan også medføre at diagnoser blir stilt unødig for å få utløst samordningsplikten.

(...)

Barn og unge som har psykisk lidelser vil stå i fare for nedsatt livsutfoldelse gjennom hele livet. De barna/familiene som har størst vansker i forhold til sin psykiske helse vil ha stor nytte av barnekoordinator som beskrevet i høringsnotatet. Vi ønsker derfor at også denne målgruppen eksplisitt inkluderes, og at dette tydeliggjøres i regelendringene.

Oslo universitetssykehus HF mener det ikke bør stilles krav om alvorlighet og heller ikke vilkår som «skade, sykdom eller nedsatt funksjonsevne». Det understrekes at behovet skal være styrende, ikke årsaken. I forlengelsen av dette uttales det:

(...) vurderingen av om familien har rett til barnekoordinator [bør] ikke vektlegge aspek-

ter som vanskelig familiesituasjon, sosioøkonomiske utfordringer og lignende. Dette vil være en avsporing fra det det dreier seg om her; behovet for koordinerte tjenester med bakgrunn i barnet/ungdommens helsebehov uavhengig av sosiale faktorer.

Når det gjelder vilkårene for rett til barnekoordinator, uttaler *Statens helsetilsyn* blant annet:

Helsetilsynet mener grunnlaget for en vurdering av om barn har et slikt stort behov er godt beskrevet i høringsnotatet vedrørende flere spesifikke medfødte lidelser, skader, tilkomne alvorlige organiske lidelser og utviklingsforstyrrelse som autisme. Vi savner imidlertid en omtale av barn og unge som har primære alvorlige psykiske lidelser og mer psykososialt betingede psykiske vansker og funksjonsnedsettelser, som også kan ha behov for sammensatte helsetjenester og andre velferdstjenester.

7.4.2.5 Om kravet om «langvarig» behov for tjenester/koordinering

Enkelte høringsinstanser mener dette vilkåret er for strengt og påpeker at koordinerings- og tjenestebehovet kan være like stort og belastende for familien/barnet selv om det er begrenset til en kortere periode.

Autismeforeningen i Norge påpeker at «behovet for langvarige tjenester ikke alltid må være avgjørende for at en har behov for koordinator og individuell plan. I enkelte perioder kan det være mange involverte parter, og da er det behov for et tilbud om koordinator.»

Barneombudet er enig i at det skal være behov for «sammensatte eller koordinerte» tjenester for å kunne få barnekoordinator, men mener at det bør være tilstrekkelig at man kun har behov for helse- og omsorgstjenester (og da ikke nødvendigvis andre velferdstjenester i tillegg). Ombudet ber også om at det vurderes å stryke vilkåret om «langvarig» tjenestebehov. Det vises til at dette er et uklart begrep, samtidig som kortvarig og alvorlig sykdom kan være like krevende og utløse like stort og komplekst hjelpebehov, samt behov for samarbeid på tvers.

Foreldreutvalg for barnehager (FUB) understreker viktigheten av at grupper med behov faller innenfor rett til barnekoordinator, og at ordningen må favne vidt, fremfor snevert. Det påpekes at det bør være en lav terskel for bruk av koordinator, og ikke nødvendigvis bare en medisinsk terskel. Det vises til at for eksempel barn i barnehage ofte

ikke har fått satt en diagnose, og rett til koordinator bør derfor være et tilbud som blir vurdert med en gang det igangsettes utredninger eller henvisninger. Det vises videre til at dersom man skal vente til eventuell diagnose er satt, er risikoen stor for at foreldrene i en lang periode blir de som får en koordinatorrolle.

Norges Kvinne- og familieforbund er bekymret for om at kravet om «langvarig» kan utelukke noen og viser til at mange kan ha krav på koordinator selv om tjenester man mottar ikke skal være langvarige.

7.4.2.6 Om avgrensningen til barn – 18-årsgrensen

Flere høringsinstanser er uenig i at barnekoordinatorordningen kun skal gjelde til barnet er 18 år. I høringsnotatet er det om dette blant annet vist til at:

[n]år barnet fyller 18 år er det i utgangspunktet myndig, og det vil rettslig sett bli å vurdere som en voksen pasient eller bruker med selvstendige rettigheter og full selvbestemmelse. Barnekoordinatorordningen er avgrenset til å gjelde frem til barnet fyller 18 år. Etter dette tidspunktet må velferdstjenestene på vanlig måte vurdere om den enkelte pasient eller bruker i disse situasjonene har rett til koordinator etter den allerede eksisterende koordinatorordningen i helse- og omsorgstjenesteloven eller spesialisthelsetjenesteloven.

Flere høringsinstanser påpeker at mange 18-åringer er i ferd med å avslutte videregående skole, at 18-åringer ofte gjennomgår vanskelige endrings- eller overgangsprosesser fra barn til voksen, og at mange barn i denne alderen skal flytte hjemmefra og etablere seg i eget bosted for første gang. Det argumenteres for at mange er i en sårbar livsfase rundt 18-årsalderen, og at man i den perioden ikke bør legge opp til store endringer i barnets hjelpe- og koordineringstilbud. Det vises også til at hjelpe- og koordineringsbehovet ikke forsvinner selv om man fyller 18 år. Endelig vises det til at tjenester innenfor NAV og barneverntjenesten kan ytes til og med 24-årsalder.

Barneombudet mener rettigheten bør gjelde til «barnet» fyller 25 og viser til aldersgrensen etter barnevernloven. *Bransjeforeningen Arbeid & Inkludering i NHO* mener rettigheten også bør gjelde etter at barnet fyller 25. Også *Oslo kommune* er uenig i avgrensningen til 18 år og mener det bør være mulig å forlenge. Kommunen viser

til at videregående opplæring varer til 20 år, at utviklingshemmede har stort behov for samordning i perioden 17–25 år og at barneverntjenester kan ytes til 25 år. Videre er *Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO)*, *Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser*, *Nordlands-sykehuset HF*, *Foreningen for hjertesyrke barn* og *Voksne med medfødt hjertefeil* skeptiske til at det innføres en absolutt aldersgrense på 18 år. Det uttales blant annet at det er i alderen 15–25 år at det er utfordrende å få tjenestene til å henge sammen. Det understrekes derfor at det må lages en ordning som sikrer nødvendig kontinuitet og at koordinatoren også bør ha ansvar i den kritiske overgangsperioden til tidlig voksen alder.

Kreftforeningen og *Sunnaas sykehus HF* mener barnekoordinatorordningen bør gjelde frem til barnet fyller 25 år. *Statsforvalteren i Oslo og Viken* stiller spørsmål ved om:

(...) det er hensiktsmessig at den nye barnekoordinatorordningen avgrenses til å gjelde frem til barnet fyller 18 år. Spesielt ungdom som har vært under barneverntjenestens omsorg opplever mange overganger når de er 18 år, og noen ungdom har også ettervern til de er 23 år (25 år i ny lov). Fylkesmannen mener av den grunn at aldersgrensen bør være noe høyere enn 18 år for å få til en god overgang til voksentilværelsen, og for å sikre videre tjenester fra en koordinator som kjenner ungdommen.

Hørselshemmedes Landsforbund er også i tvil om det bør gjelde en absolutt aldersgrense på 18 år for rett til barnekoordinator. Det uttales at man i så fall i det minste må sikre kontinuitet i tjenesteforløpet slik at det i god tid før man blir 18 år vurderes behov for en direkte overgang til en koordinatorordning. *Landsforeningen for hjerte- og lungesyke LHL* er uenig i at retten til barnekoordinator bare skal gjelde til og med 18 år og uttaler:

LHL mener at det heller ikke for barnekoordinator bør innføres en absolutt 18 års grense. Ungdommen kan være midt i et viktig tjenesteforløp hvor bytte av koordinator ved fylte 18 kan gi uheldige konsekvenser. At den ordinære koordinatorordningen overtar ved fylte 18, vil ikke alltid sikre nødvendig kontinuitet. Det må antas at mange ungdom vil ha hatt samme barnekoordinator i mange år.

Helse Midt-Norge RHF påpeker at behov for tjenester og koordinerte tjenester øker med økende

alder, og at det er mest kritisk og mest vanskelig å få tjenestene til å henge sammen fra 15–25 år.

ME-foreldrene uttaler:

En koordinator bør gis anledning til å følge inn i voksenlivet, til 24 år eller senere, dersom dette er ønskelig fra den det gjelder.

Nasjonalt senter for Læringsmiljø og atferdsforskning, Universitetet i Stavanger mener også at 18-årsgrensen er uheldig. De påpeker at de fleste ungdommer da går på videregående skole, og uttaler:

Det betyr at retten til barnekoordinator vil frafalle i en sårbar periode i ungdommens liv, hvor de skal ta større personlige, sosiale og karrieremessige avgjørelser med tanke på egen fremtid. Perioden er også svært sårbar med tanke på frafall fra videregående skole. (...) Vi mener derfor at retten til barnekoordinator bør gjelde ut videregående skole eller alder tilsvarende antatt gjennomført videregående skole.

Også *Norges Kvinne- og familieforbund* mener 18-årsgrense kan være uheldig. De påpeker at mange trenger tjenester utover dette og at stor ulikhet kommuner imellom gjør at noen vil få etter 18, mens andre ikke vil få. Om 18-årsgrensen, og at eksisterende koordinator etter dette skal overta koordineringsansvaret, uttaler *Statens helsetilsyn* blant annet:

Vi mener (...) det bør være en plan for å sikre kompetanseoverføring fra barnekoordinator til koordinatoren etter fylte 18 år.

7.4.2.7 Om administrative og økonomiske konsekvenser av forslaget – føringer for hvem som kan være barnekoordinator

De fleste høringsinstansene som har uttalt seg til barnekoordinatorforslaget, har understreket at slik lovfesting klart vil ha administrative og økonomiske konsekvenser. Det påpekes at dette er en ny oppgave som må fullfinansieres for kommunene. Det understrekes at dersom barnekoordinator skal bli det hjelpe- og koordineringsverktøyet man ønsker, så må kommunene tilføres nødvendige ressurser. Slik barnekoordinatorrollen er beskrevet, vil oppgavene være mer omfattende enn den ordinære koordinatorordningen. Det understrekes videre at oppgaven ikke kan pålegges ansatte i kommunen «på toppen av»

eksisterende arbeidsoppgaver, men at kommunene må opprette nye stillinger som har dette som hovedoppgave. I motsatt fall vil man ikke klare å prioritere denne gruppen fremfor andre grupper. Det vises også til at etablering av en barnekoordinatorordning vil ha administrative og økonomiske konsekvenser i form av implementering og opplæring av koordinatorene. Flere høringsinstanser påpeker at det allerede er vanskelig å rekruttere personer til den eksisterende koordinatorordningen, og de er bekymret for at dette også vil være tilfelle med den nye barnekoordinatorordningen. Uten fullfinansiering av denne nye oppgaven vil det bli enda vanskeligere for kommunene å rekruttere personer til stillingene.

Legeforeningen støtter generelt forslaget. Som en generell merknad uttales det:

Vi vil fremheve at det vil her være avgjørende at de som har eller får oppgaver knyttet til koordinering, samordning og samarbeid har tilstrekkelig kompetanse, kapasitet og ressurser til å utføre oppgavene – at det ikke bare er oppgaver som legges på toppen av andre allerede fulle stillinger. Det er tid- og ressurskrevende oppgaver. Kontinuitet vil være viktig for å lykkes i slike roller, og dette forutsetter betingelser og rammer som gjør at vedkommende kan stå i rollen over tid.

Foreldreutvalget for grunnopplæringen (FUG), mener at barnekoordinatoren må være en egen stilling, og at det må øremerkes midler til stillingene. De viser til at det i dag ikke er noen tydelige retningslinjer for hvem som kan ha koordinatorrollen, og FUGs erfaring er at denne rollen legges til personer som allerede har andre roller å ivareta overfor barnet. *Foreningen for hjertesyke barn* mener det må være kompetansekrav knyttet til funksjonen. De viser til at fagpersoner med helse- og sosialfaglig bakgrunn har kompetanse og ferdigheter som det vil være viktig at en barnekoordinator har.

Sykehuset Innlandet HF, Habiliteringstjenesten uttaler at de har erfaring med:

at kommuner har utfordringer med å få fagpersoner til å være koordinator. Blir det en lovfestet rett så må kommunene tilføres øremerkede ressurser, spesielt i fht barnekoordinator. Det er en krevende oppgave i tillegg til alt som ligger til stillingen fra før. Det er vanskelig å se hva som ligger i det utvidede ansvaret en barnekoordinator skal ha. For barn med omfattende og komplekse behov i dag er koordinatorrollen allerede utvidet ved at det krever mer

koordinering jo mer komplekse utfordringer barnet har. På den måten bør det utvidede ansvaret presiseres gjennom at disse koordinatorene får avsatt mer tid. En koordinator må tildeles tid og ressurser.

Handikappede barns foreldreforening uttaler:

Utfordringen i dag er ikke å få instanser til å samarbeide – den største utfordringen ligger i at det er vanskelig å besette koordinatorrollen.

Helse Stavanger HF påpeker at det må legges betydelig grad av opplæring av og myndighet til barnekoordinatorfunksjonen for at man i praksis skal kunne ha oversikt over og forståelse for de ulike tjenestene, for å kunne vekke disse opp mot hverandre. *Helse Bergen HF* stiller seg positiv til forslaget om ny barnekoordinatorordning, men understreker viktigheten av at barnekoordinatoren blir gitt rammer og myndighet som gjør det mulig å utøve koordinering av det samlede tjenestetilbudet som familie og barn får.

Integrerings- og mangfoldsdirektoratet uttaler:

Rett til barnekoordinator kan påvirke kommunenes kostnader i forbindelse med bosetting av barnefamilier med særlige behov. Dette vil kunne bidra til en svekket bosettingsvilje i kommunene som følge av økte eller mer usikre kostnader knyttet til bosetting i kommunen. IMDi gjør her departementene oppmerksom på at en innføring av rett til barnekoordinator kan medføre et ønske om å vurdere tilskuddsordningene i lys av økte utgifter i kommunene.

Kliniske ernæringsfysiologers forening uttaler:

Rollen barnekoordinator slik den er beskrevet i dokumentet, er stor og omfattende. Det er derfor en stor svakhet at det for en så sentral rolle ikke er beskrevet krav til utdanning eller kompetanse for personer som skal være barnekoordinator.

Også *LO* deler dette synspunktet og uttaler at de stiller:

(...) spørsmål ved at fagbakgrunn hos barnekoordinatorer ikke tematiseres i notatet og mener det må være kompetansekrav knyttet til funksjonen. Fagpersoner med helse- og sosialfaglig bakgrunn innehar kompetanse og ferdigheter som det vil være viktig at en barnekoordinator har. *LO* mener også det bør kunne opp-

rettes egne stillinger som barnekoordinatorer i kommunene. Dette kan fordre egne administrative og økonomiske ressurser.

Landsforeningen for Pårørende innen psykisk helse (LPP) uttaler:

LPP vil påpeke at barnekoordinatorrollen tar tid og krever kompetanse. Koordinatorer vi kjenner til etterlyser opplæring, avsatt tid og/eller lønn for å kunne gjøre jobben skikkelig. Videre foreslår departementene at barnekoordinator skal ha plikt til å sørge for fremdrift i arbeidet med individuell plan. LPP mener ytterligere krav uten at det settes av tilstrekkelige midler til opplæring og til arbeidet vil kunne gjøre det enda vanskeligere å skaffe tilstrekkelig antall kvalifiserte koordinatorene.

ME-foreldrene uttaler:

Dersom barnekoordinator innføres bør det vurderes om ordningen skal organiseres statlig og ikke kommunalt, da de ellers vil være sårbare for kommunal nedskjæring.

Moss kommune understreker at opprettelse av barnekoordinator vil medføre økte kostnader for kommunen. For å sikre likebehandling, mener kommunen det bør presiseres i lovforslaget at kommunene skal ha en egen stilling som har dette ansvaret, og at kommunene bør få midler som er øremerket oppgaven.

Nettverk for Koordinerende enheter, Follo uttaler:

Utfordringen ligger i koordinatorrollen som er vanskelig å besette. Dette handler i stor grad om mangel på ressurser, da koordineringsansvar kommer som en tilleggsoppgave for de fleste.

(...)

Kommunene jobber allerede mye for å skaffe koordinator til disse barna/familiene, men opplever utfordringer som er nevnt ovenfor. Det er en stor overvekt av barn/unge/familier med behov for koordinering som ikke har mye helsetjenester. Om man kaller det koordinator eller barnekoordinator vil ikke utgjøre noen forskjell slik vi ser det. Lovfesting av plikt til koordinering er bra. Vi er likevel usikre på hvor stor endring det i praksis vil bli, all den tid det ikke tildeles ressurser til å gjøre jobben.

Norges Døveforbund støtter forslaget, men understreker at ordningen ikke kan være avhengig av kommuneøkonomien. Forbundet mener den opti-

male løsningen bør være en statlig eller fylkesbasert koordinatorrolle.

Norsk Sykepleierforbund uttaler:

Ordnningen vil i praksis medføre utvidete oppgaver for tjenestene og personellet som pålegges å ivareta koordinatorrollen. Vi ser at allerede dagens ordning innebærer en skjevfordeling av ansvar og arbeidsmengde. Dersom koordinatorrollen skal tillegges helsestasjon og skolehelsetjenesten – oftest helsesykepleiere og fysioterapeuter – vil det ha ressursmessige konsekvenser.

(...)

Koordinator må ha en reell mulighet til å utføre oppgaven på en faglig god måte, noe som innebærer klare rammer for hvor mange tjenestemottakere hver koordinator skal ha.

Samfunnsviterne stiller spørsmål ved hvem som skal kunne være barnekoordinator, og uttaler:

(...) Erfaringsvis er det allerede en utfordring å finne personer som pr i dag er villige til å ta på seg koordinatoransvaret som følger av retten til individuell plan, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5. Sannsynligvis vil det ikke være enklere å finne personer som kan og vil påta seg ansvaret for å være en barnekoordinator og Samfunnsviterne etterspør derfor føringer for hvem som kan påta seg dette ansvaret og om det er medarbeidere i de kommunale tjenestene som har et ansvar for barn og unge som vil få et ansvar for å påta seg rollen som barnekoordinator.

Sentralt ungdomsråd i Oslo mener at «barnet/ungdommen selv må få være med i prosessen med å utnevne en barnekoordinator, f.eks. gjennom å være med på intervjuene av barnekoordinator, eller ved å nedsette et ungdomspanel som gjennomfører intervjuer.» Det understrekes at det «må sørges for at det er gode kanaler for å gi tilbakemelding om tjenestene barnet mottar», «at det må sørges for at det er lav terskel for å gi tilbakemeldinger og medvirke i de tilbudene man benytter seg av» og «mener også at det bør sørges for at det foreligger felles retningslinjer for barnekoordinatorene så de vet hva som forventes av dem, og slik at tilbudet blir forutsigbart».

Sykehuset i Vestfold HF, Habilitering, klinikk medisin uttaler:

Flott at barnekoordinator løftes. Det viktigste er å ha tid og fullmakter som koordinator. Har man ingen av delene, får man ikke gjort noe.

En koordinator kan også få føringer fra egen kommune som gjør at hun føler seg presset på å ikke foreslå tiltak som er for ressurskrevende for kommunen. Koordinatorer må ha dette som en del av sin stilling, ikke i tillegg til en full stilling.

7.4.3 Rettighetsfesting av gjeldende plikt til å tilby koordinator

I høringsnotatet foreslo departementene at gjeldende koordinatorordning rettighetsfestes i pasient- og brukerrettighetsloven. I dag er dette en plikt for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Forholdsvis få høringsinstanser har uttalt seg eksplisitt om forslaget. Som redegjort for under punkt 7.4.2 har imidlertid en rekke høringsinstanser uttalt at de støtter forslagene generelt, eller at de ikke har merknader eller innvendinger til forslagene. De aller fleste høringsinstanser som har uttalt seg eksplisitt til forslaget om å rettighetsfeste den gjeldende koordinatorordningen, støtter imidlertid forslaget helt eller delvis. Dette er *Barneombudet, Bergen kommune, Bærum kommune, Legeforeningen, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon, Statsforvalteren i Agder, Helsedirektoratet, Husbanken, Institutt for samfunnspsykologi, Psykologisk fakultet, Universitetet i Bergen, Kreftforeningen, Norsk epilepsiforbund, Norsk Pasientforening, Oslo universitetssykehus HF, Rådet for psykisk helse, Sunnaas sykehus HF, Tromsø kommune, Trondheim kommune, Vestre Viken HF, Viken fylkeskommune* og *Ålesund kommune*.

Ingen høringsinstanser har eksplisitt uttalt at de ikke støtter forslaget, men *Helse Sør-Øst RHF* uttrykker tvil når det gjelder behovet for å rettighetsfeste dagens koordinatorordning. Det vises til at det allerede eksisterer en rekke ordninger som skal bidra til bedre koordinerte tjenester, og at disse er komplisert å avgrense mot hverandre. I forlengelsen av dette uttales det at nye ordninger ikke bør rettighetsfestes før det er gjort en grundig gjennomgang av dagens ordninger.

7.5 Departementenes vurderinger

7.5.1 Forslag til regulering av en samordningsplikt

7.5.1.1 Forslag om å lovfeste en tydelig samordningsplikt for kommunen

Departementene opprettholder forslaget om å lovfeste et tydelig ansvar for kommunen til å sørge

for at den enkelte tjenestemottaker får et samordnet tjenestetilbud. Forslaget må sees i sammenheng med forslaget i kapittel 5 om å tydeliggjøre og styrke velferdstjenestenes plikt til å samarbeide med andre sektorer. Det er bred støtte til forslaget i høringen, og departementene mener at en lovfestet samordningsplikt vil tydeliggjøre kommunens ansvar og bidra til at personer som har behov for samordnede tjenester, mottar et bedre tjenestetilbud og får bedre oppfølging.

Forslaget innebærer at kommunen ved behov skal avklare hvilken velferdstjeneste som skal samordne tjenestetilbudet. I mange tilfeller er det klart hvilken velferdstjeneste som bør samordne tjenestetilbudet. Det vil gjerne være den velferdstjenesten som har ansvar for hovedtyngden av tjenestetilbudet, eller som har mest å gjøre med tjenestemottakeren. Den foreslåtte plikten skal gjelde tilfeller hvor en person mottar tjenester fra flere, og samarbeid er nødvendig for å yte helhetlige og samordnede tjenester. I praksis vil det være behov for en slik avklaring i tilfeller der det er uklarhet eller uenighet om hvilken velferdstjeneste som skal ivareta samordningen. Da skal kommunen ha en plikt til å avklare hvilken velferdstjeneste som skal samordne samarbeidet. Kommunen velger selv hvordan den skal ivareta oppgaven. Kommunedirektøren vil ha beslutningsmyndighet i denne typen saker og kan delegerer denne myndigheten på vanlig måte.

For de aller fleste tilfellene vil det være slik at det er de kommunale velferdstjenestene som har mest kontakt med tjenestemottakeren som har behov for et samordnet tjenestetilbud. For at det skal bli et helhetlig samarbeid mellom alle velferdstjenestene rundt tjenestemottakeren, må imidlertid kommunen samordne tjenestene med aktuelle private, fylkeskommunale og statlige velferdstjenester.

Kommunens beslutningsmyndighet omfatter ikke fylkeskommunale, statlige eller private tjenesteytere. Samordning opp mot disse tjenestene vil derfor omfatte informasjon, involvering og tilrettelegging for samarbeid. Samtidig vil de fylkeskommunale, statlige og private tjenestene være pålagt å delta i samarbeidet gjennom samarbeidsplikter i egne tjenestelover. Dersom det er mest hensiktsmessig, kan kommunen avtale med den aktuelle tjenesten, for eksempel BUP eller en videregående skole, at samordningsansvaret skal ligge der.

Departementene presiserer at den foreslåtte plikten til å samordne samarbeidet mellom velferdstjenestene ikke innebærer beslutningsmyndighet for faglige spørsmål, og at samordningen skal skje innenfor den alminnelige ansvars- og funk-

sjonsdelingen mellom de ulike velferdstjenestene, dersom ikke annet avtales. Samordningsansvaret vil heller ikke gi flere rettigheter til tjenester enn det som fremkommer av sektorlovene.

Departementene foreslår etter dette at samordningsplikten lovfestes i barnehageloven, opplæringsloven, friskoleloven, helse- og omsorgstjenesteloven, sosialtjenesteloven, barnevernloven, krisesenterloven, familievernkontorloven og integreringsloven.

7.5.1.2 Spørsmål om det bør innføres en egen enhet for samordning av tjenestene

Enkelte høringsinstanser mener det bør være en egen enhet som skal ivareta samordningsansvaret.

Departementene opprettholder vurderingen av at samordningsoppgaven bør legges til en del av tjenesteapparatet som har kontakt med tjenestemottakeren i forbindelse med tjenestetilbudet. Det bør være rom for å velge hvem som skal ivareta samordningen i hver enkelt sak, basert på konkrete vurderinger av hva som er til den aktuelle personens beste. Å legge samordningsoppgaven til en enhet som ikke ellers har med tjenestemottakeren eller familien å gjøre, forutsetter at det bygges opp egne enheter som får kjennskap til situasjonen til hver enkelt tjenestemottaker før de kan ta stilling til hvordan tjenestetilbudet bør samordnes. Det kan bli ressurskrevende. Å lovfeste et krav som innebærer at kommunen skal ha en enhet som skal ha samordningsoppgaven, kan føre til uhensiktsmessige og lite fleksible løsninger i praksis. Det vil også oppstå spørsmål om hvilken beslutningsmyndighet en slik enhet skal ha overfor de andre velferdstjenestene i kommunen.

En lovfesting av en slik kommunal samordningsenhet griper i stor grad inn i kommunalt selvstyre og organiseringsfrihet. I tillegg kan et krav om å opprette en ny samordningsenhet gripe inn i frivillige eller lovpålagte ordninger som kommunene har etablert, for eksempel koordinerende enhet etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2. Departementene mener at man kan gi kommunen en plikt til å avklare hvem som skal samordne tjenestene i den enkelte sak, uten å lovfeste at kommunen må opprette en egen enhet til å ivareta denne oppgaven. Det er kommunelovens system at kommunestyret delegerer all kommunal myndighet nedover i organisasjonen, og at det skjer tilsvarende delegering fra kommunedirektør i den kommunale administrasjonen. Det følger derfor allerede av kommuneloven at kommunen skal ta stilling til hvordan de ønsker å organisere og styre de ulike velferdstjenestene

slik at disse samarbeider for å sikre at tjenesteytelsene blir samordnet i den enkelte sak. Det er kommunestyret selv som skal beslutte dette. Etter kommuneloven skal altså kommunene selv avgjøre hvordan de best kan ivareta et samordningsansvar, noe som vil gi rom for tilpasninger basert på lokale forhold og behov.

7.5.1.3 Forholdet til andre bestemmelser om samordning eller koordinering

Forslaget innebærer ikke begrensninger i eksisterende rettigheter og plikter når det gjelder koordinatorordninger innenfor helse- og omsorgstjenesten.

Departementene foreslår i punkt 7.6.2 å lovfeste en koordinatorordning for familier som har eller venter barn som har alvorlige funksjonsnedsettelser eller helseutfordringer. Dette vil innebære en utvidelse av de eksisterende koordinatorordningene etter helse- og omsorgstjenestelovgivningen.

Tilsvarende legger departementene til grunn at fylkeskommunen ved oppfølgingstjenesten fortsatt skal ha ansvaret for å sikre samarbeid mellom kommunale, fylkeskommunale og statlige velferdstjenester og formidle, eventuelt samordne, tilbud fra ulike velferdstjenester, når dette er nødvendig for at unge i målgruppen til oppfølgingstjenesten kommer i et kompetansefremmede løp. For å få tydelig frem at dette er en særregulering som fortsatt skal gjelde, foreslår departementene å flytte bestemmelsen fra forskrift til opplæringsloven § 13-4 om samarbeid og koordinering til opplæringsloven § 3-6. De to høringsinstansene som har uttalt seg om dette, *Oslo kommune* og *Ålesund kommune*, støtter forslaget. Departementene foreslår ikke å lovfeste setningen om at aktuelle instanser for samarbeid er særlig grunnskolen og de videregående skolene, PP-tjenesten, opplæringsadministrasjonen i fylkeskommunen, arbeids- og velferdsforvaltningen og helse- og sosialtjenestene. Videre foreslår departementene ikke å lovfeste setningen om at oppfølgingstjenesten kan bistå i arbeidet med å redusere frafallet fra videregående opplæring gjennom samarbeid med grunnskole og videregående opplæring. Disse to setningene inneholder ikke rettslige plikter, men gir veiledning om hva oppfølgingstjenesten kan gjøre. Formuleringene er tatt med i merknadene til den foreslåtte bestemmelsen. Ingen av høringsinstansene har uttalt seg om dette.

Departementene ba om innspill på om det er andre tilfeller der det bør innføres unntak fra hovedregelen om at kommunen har samordningsansvaret, i tilfeller der barn og unge mottar tjenes-

ter primært fra andre enn kommunen. *Tromsø kommune* erfarer at for noen unge med nedsatt funksjonsevne vil fylkeskommunens videregående skoler være det sentrale knutepunktet. Dette er, ifølge kommunen, ungdommer som i begrenset grad har oppfølging fra kommunale instanser, og der videregående skole er sentral i koordineringen ved overgang til arbeid eller aktivitet etter endt videregående opplæring. Dette kan ifølge kommunen være ungdommer som følges opp av Statped eller PP-tjenesten for videregående, og der skolen samarbeider med NAV eller andre i overgangen til voksenlivet. Departementene har ikke fått andre tilsvarende innspill og foreslår derfor ikke et unntak i loven for denne gruppen. Departementene viser til at kommunen kan avtale med den videregående skolen at skolen skal ivareta samordningen.

Departementene foreslår ikke at den statlige spesialisthelsetjenesten skal ha en tilsvarende plikt til å samordne kommunale tjenester som kommunen. Som redegjort for i punkt 7.2.1 er det allerede lovfestet og innført en rekke ordninger som skal sikre nødvendig samarbeid og samordning mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Krisesenterloven har allerede en bestemmelse om samordning av velferdstjenester, jf. krisesenterloven § 4. Departementene foreslår å harmonisere denne bestemmelsen med forslagene til nye samordningsbestemmelser i de andre sektorene.

7.5.1.4 Bør det innføres en forskriftshjemmel?

Høringsinstansene har ulike synspunkter på om det er behov for ytterligere regulering av kommunens samordningsansvar i forskrift. Departementene mener det er behov for å synliggjøre ulike måter oppgaven kan organiseres på i praksis, men at dette bør gjøres i en veileder fremfor i en forskrift. På denne måten kan man utdype og konkretisere hvordan lovkravet kan gjennomføres, uten å stenge for at kommunene kan velge ulike løsninger.

7.5.1.5 Personer med tilknytning til flere kommuner

Noen høringsinstanser uttaler at det er behov for å klargjøre hvilken kommune som har ansvaret når et barn har delt bosted eller mottar tjenester i flere kommuner. I en del tilfeller kan et barn eller en ungdom med behov for helhetlige og samordnede tjenester ha tilknytning til flere kommuner. Et eksempel på dette er der et barn er plassert i et

fosterhjem eller en institusjon som ligger i en annen kommune enn den kommunen som har ansvaret for å følge opp barnet. I slike tilfeller er det barneverntjenesten som har omsorgen for barnet, som har ansvaret for å følge opp barnet og å samarbeide med andre tjenester barnet har behov for. Dersom barnet bor i fosterhjem i en annen kommune enn omsorgskommunen, kan det være behov for samarbeid mellom barneverntjenesten i fosterhjems kommunen og andre tjenester i den kommunen der barnet bor. Behovet for slikt samarbeid må avklares lokalt. Problemstillingen kan også være aktuell der et barn har delt bosted, og foreldre bor i hver sin kommune. Folkeregistreringen i Norge har alltid vært basert på en grunnleggende forutsetning om at hver person har én registrert bostedsadresse. Denne adressen har betydning i en rekke sammenhenger, blant annet for kommunal planlegging. Enkelte barn har imidlertid to faktiske bosteder, og det er lagt til rette for registrering i Folkeregisteret av at barnet har to faktiske bosteder, selv om kun én bostedsadresse kan legges til grunn for folketellinger, statistikk, valgmanntall og lignende. Offentlige myndigheter og etater som har bruk for denne informasjonen (for eksempel barnehage og skole) vil da kunne benytte begge adressene. Det vil være kommunen hvor barnet har registrert fast bosted som har ansvaret for å samordne tjenestetilbudet. Denne kommunen skal også samordne med eventuelle tjenester som barnet mottar i kommunen der barnet har sitt andre bosted dersom det er nødvendig for å gi barnet et helhetlig og samordnet tjenestetilbud.

Departementene mener dette kan klargjøres i veilederen som skal utarbeides om reglene.

7.5.1.6 *Bør det innføres en individuell rettighet?*

En del høringsinstanser mener at det bør innføres en individuell rett til samordnede tjenester, og at dette er nødvendig for å sikre at tjenestemottakerne i praksis får et bedre og mer helhetlig tjenestetilbud. Departementene foreslår ikke å innføre en individuell rettighet med tilhørende enkeltvedtak og klageadgang. Se også punkt 5.5.7.

7.5.2 **Ny barnekoordinatorordning som del av Likeverdsreformen**

7.5.2.1 *Rett til koordinator for familier som har eller venter barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne*

Foreldre til barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne er pårørende med store

omsorgsoppgaver. Barna har ofte et omfattende hjelpebehov og behov for tett oppfølging i ulike faser av livet. For enkelte foreldre kan det være behov for ekstra støtte og veiledning allerede under svangerskapet. For andre foreldre kan det være behov for bistand eller hjelp ved særskilte overganger i livet, som ved fødsel, overgang til barnehage, skole eller til voksenlivet.

Noen foreldre og barn har et kontinuerlig bistands- eller hjelpebehov gjennom alle disse livshendelsene. De må ofte forholde seg til flere deler av det offentlige tjenesteapparatet samtidig. Mange foreldre opplever at informasjonen om tjenester og hjelpesystemet er mangelfull, tilfeldig og personavhengig, og at de selv må finne, utløse og koordinere hjelpen som gis. Mange foreldre opplever også at tilbudet er for knapt, at det er fragmentert og lite koordinert.

For å sikre mer sammenhengende og bedre koordinerte tjenester til disse barna, og for å bistå og avlaste foreldrene, opprettholder departementene forslaget i høringsnotatet om å lovfeste en rett til barnekoordinator i pasient- og brukerrettighetsloven, jf. forslag til ny § 2-5 c. Koordinatorordningens omfang og innhold foreslås utdypet i en motsvarende pliktbestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven, jf. forslag til ny § 7-2 a. Det foreslås for det første at plikten og rettigheten skal gjelde for familier med barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne, og som vil ha behov for langvarige og sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester.

I tillegg til at retten til barnekoordinator skal gjelde for barn som er født, foreslås det også at retten til barnekoordinator skal gjelde for familier som venter barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne. Retten til barnekoordinator vil dermed inntre allerede under svangerskapet eller når foreldre er tildelt et adoptivbarn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne.

Graden av hjelpebehov innenfor ulike grupper av alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne kan variere mye. I tråd med innspill fra flere høringsinstanser vil departementene derfor understreke at det sentrale ved vurderingen av rett til barnekoordinator ikke skal være en diskusjon knyttet til barnets diagnose eller om barnet har en helsetilstand som gjør at det kan kategoriseres innenfor en eller flere slike diagnosegrupper. Departementene viser også til at barnekoordinator skal kunne oppnevnes i situasjoner hvor det ikke foreligger noen diagnose, for eksempel fordi barnet er under utredning. Det

sentrale for vurderingen av rett til barnekoordinator skal være hvilket hjelpebehov barnet har, og i forlengelsen av dette om barnet vil ha behov for langvarige og sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester.

7.5.2.2 *Situasjoner hvor alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne påvises før fødsel*

I noen situasjoner vil man allerede under svangerskapet kunne påvise alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne hos fosteret. Fosterdiagnostikk gir informasjon om fosterets genetiske egenskaper, sykdom eller risiko for utviklingsavvik. Fosterdiagnostikk gjøres ved å undersøke fosterets anatomi ved hjelp av ultralyd, eller fosterets genetiske egenskaper ved hjelp av fostervannsprøve, morkakeprøve eller en blodprøve av den gravide.¹

Fosterdiagnostikk er regulert i lov 5. desember 2003 nr. 100 om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m. (bioteknologiloven). Fosterdiagnostikk² kan avdekke tilstander som kan behandles, noen allerede før fødselen. De fleste tilstander eller utviklingsavvik kan imidlertid ikke behandles, men i mange tilfeller antas det å være en fordel for foreldrene å være informert før fødselen. I 2013 ble det født omkring 59 000 barn, og det ble utført fosterdiagnostikk i omtrent 11 prosent av svangerskapene. Den største andelen av undersøkelser ble utført på aldersindikasjon. Det ble påvist sykdom, eller fosteravvik ved cirka 15 prosent av de fosterdiagnostiske undersøkelsene i 2013.

De mest vanlige grupper av utviklingsavvikene er kromosomanomalier (Downs hyppigst), nevrallrørsdefekter (avtakende hyppighet på grunn av folattilskudd i svangerskapet), medfødt komplisert hjertefeil, andre alvorlige medfødte misdannelser (diafragmahernie, nyremisdannelser), osteogenesis imperfecta (arvelige binde-

vevssykdommer som kjennetegnes av endringer i skjelettet som gir beinskjørhet) og alvorlige dysmelier (uutviklede armer eller ben). Det er stor individuell variasjon når det gjelder alvorlighetsgrad ved disse tilstandene, men mange av barna vil ha stort hjelpebehov. De fleste av disse tilstandene vil kunne oppdages ved rutineultralyd.

I praksis er det spesialisthelsetjenesten som oppdager alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne hos barn før fødsel. Ved noen få tilstander kan diagnose i fosterlivet forbedre barnets prognose fordi fødsel og oppfølging etter fødsel kan planlegges. Dette gjelder noen former for hjertefeil, bukveggsdefekter, ryggmargsbrokk og svulster i ryggen eller halsområdet. Dersom man på forhånd er kjent med slik tilstand, kan fødested og fødselsmåte planlegges. Man kan også forberede oppstart av behandling av barnet eller planlegge hjelpetiltak til barnet rett etter eller litt tid etter fødsel. Noen tilstander kan også behandles i fosterlivet. Et godt eksempel er rhesusuforlikelighet. Fosteret kan overvåkes og behandling startes i livmoren.

I tillegg til slik «helsefaglig» planlegging før fødselen vil informasjon under svangerskapet om at fosteret har alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne i seg selv være viktig for mange foreldre. Dette vil gi mulighet for å innhente informasjon om barnets helsetilstand og hvilken behandling eller oppfølging barnet vil ha behov for, fra helse- og omsorgstjenesten eller andre velferdstjenester. Gjennom kontakt med behandlingsapparatet i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og relevante pasient- og brukerorganisasjoner, vil foreldrene få informasjon som gjør det mulig for dem å planlegge og forberede seg på tiden etter fødsel. Tilsvarende vil helse- og omsorgstjenesten og de andre velferdstjenestene kunne forberede sitt tjenestetilbud til familien og barnet etter fødsel.

Selv om man før fødsel har fastslått alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne hos barnet, er det likevel slik at det er stor variasjon i funksjonsevnen eller sykdommen eller skadens omfang fra barn til barn. Det vil derfor også kunne være stor variasjon i hjelpebehovet innenfor samme type funksjonshemming, sykdom eller skade. Selv om man før fødsel vet årsaken, er det svært vanskelig å forutsi funksjonsnivå etter fødsel. Et eksempel er Downs syndrom. Selv om man kjenner årsaken (trisomi 21), er det vanskelig å vite om barnet vil bli godt fungerende eller ha et sterkt redusert funksjonsnivå. Selv om man altså

¹ Helsedirektoratet: Evaluering av bioteknologiloven 2015. Oppdatering om status og utvikling på fagområdene som reguleres av loven, punkt 4.2

² Godkjente indikasjoner for å få fosterdiagnostikk i Norge er kvinnens alder (38 eller eldre ved termin), kvinnens/parets livssituasjon, funn ved ultralyd, foreldre som tidligere har fått barn med kromosomsykdom, foreldre som tidligere har fått barn med alvorlig misdannelse/ syndrom, foreldre som tidligere har fått barn med alvorlig arvelig sykdom som kan diagnostiseres i fosterlivet, foreldre som tidligere har fått et barn med alvorlig X-bundet recessiv sykdom, en av foreldrene er bærer av en kromosomanomali eller alvorlig arvelig sykdom og inntak av fosterbeskadigende legemiddel.

kan beskrive disse tilstandene eller sykdommene generelt, kan den enkeltes bistandsbehov variere mye.

7.5.2.3 *Nærmere om enkelte grupper av alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne og hvilket hjelpebehov dette kan utløse*

Om lag 2–3 prosent av alle nyfødte har et utviklingsavvik eller en form for medfødt sykdom eller skade. Utviklingsavvik i sentralnervesystemet er vanligst (cirka 1 prosent), fulgt av hjertefeil (cirka 0,8 prosent) og deretter utviklingsavvik knyttet til nyrer og urinveier. Graden av hjelpebehov som følge av dette, og også barnets livslengde, kan som nevnt være vanskelig å angi.

Selv om man etter fødsel har konstatert alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne, vil det i mange tilfeller være stor variasjon i funksjonsevnen og tilsvarende stor variasjon i hjelpebehovet fra barn til barn. Noen barn har stort hjelpebehov helt fra starten, for eksempel nyfødte med hjertesykdommer eller for tidlig fødte med kronisk lungesykdom som trenger pustehjelp og overvåking. I andre situasjoner er det slik at utvidet hjelpebehov først vil oppstå noe tid etter fødselen. Sen utvikling spiller ofte liten rolle helt i starten. For eksempel vil manglende språkutvikling først oppdages når barnet passerer den alder hvor de normalt starter å utvikle språk. Et annet eksempel kan være ulike former for nedsatt eller manglende motorikk/mobilitet, som mange ganger først oppdages når barnet passerer den alder hvor de normalt begynner å bevege seg ved krabbing og deretter gange. Mange barn med medfødt muskelsykdom kan være friske til de kommer i skolealder eller enda eldre.

For noen barn vil hjelpebehovet være stort, og det vil være et stort behov for godt tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid og for at det samlede tjenestetilbudet er godt samordnet og koordinert. Departementene understreker at dette kan omfatte barn med en rekke ulike sykdommer, syndromer eller skader. Hvor hyppig det fødes barn med slike sykdommer, syndromer eller skader, varierer mye, og noen er så vidt sjeldne at det bare fødes et svært lite antall barn årlig, og kanskje heller ikke årlig. Det er viktig å understreke at disse gruppene *totalt sett* vil omfatte en rekke barn og familier.

De fleste barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne vil ha behov for helse- og omsorgstjenester av ulik art, og ofte fra både kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesia-

listhelsetjenesten. Noen barn trenger kontinuerlig tilsyn på grunn av problematisk eller utagerende adferd, for eksempel noen av barna med autisme. Andre trenger 24-timers hjelp til overvåking, mobilisering, trening og ernæring. Flere har behov for tekniske hjelpemidler, og mange familier trenger avlastningstiltak.

Felles for mange barn med store hjelpebehov er at de følges opp av barnehabiliteringsenheter i spesialisthelsetjenesten og i kommunen. Habiliteringstjenesten i kommunen koordinerer og er pådriver for tiltak fra ulike sektorer som skole, barnehage og arbeids- og velferdsforvaltningen. Habiliteringstjenesten bistår også med avlastningstiltak for familien. Tiltakene tar mer utgangspunkt i barnets funksjonsnivå enn i den spesifikke diagnosen. Habiliteringstjenesten vil derfor ofte være en sentral samarbeidspartner for en barnekoordinator.

I det videre skal departementene kort redegjøre for enkelte grupper av alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne hvor man erfaringsmessig ser at barnets hjelpebehov kan være stort. Som nevnt skal det sentrale ved vurderingen av rett til barnekoordinator ikke skal være en diskusjon knyttet til barnets diagnose, men en vurdering av hvilket hjelpebehov barnet har.

Barn med kromosomavvik

Downs syndrom (trisomi 21) er den vanligste formen for kromosomavvik. Det er som nevnt betydelig variasjon i hjelpebehov blant barn med Downs syndrom. Noen trenger omfattende hjelp fra fødselen av på grunn av medfødte misdannelser og vansker med pust og ernæring. For andre oppstår hjelpebehovet først når de er blitt noe eldre, og da for en stor del i form av pedagogiske tiltak. Andre kromosomavvik gir mer alvorlig sykdomsbilde (for eksempel trisomi 13 eller 18) med betydelig hjelpebehov helt fra fødselstidspunktet og ofte kort forventet levetid.

Barn med sykdommer i nervesystem og skjelettmuskelsystem

Dette er en stor gruppe barn som omfatter blant annet barn med cerebral parese og muskelsykdommer som spinal muskelatrofi og Duchennes muskeldystrofi. Barn med medfødte misdannelser som ryggmargsbrokk inngår i denne gruppen. Felles for disse barna er at de har bevegelseshemning som kan være økende med alder, og at de i tillegg til omfattende hjelpetiltak i barnehage og skole ofte har behov for tekniske hjelpemidler

som for eksempel rullestol og hjelp til å kommunisere med omverdenen.

Barn med psykisk utviklingshemming

Barn med psykisk utviklingshemming er en stor og uensartet gruppe. I mange tilfeller vet man årsaken, for eksempel at det skyldes kromosomfeil eller andre genetiske avvik, men ofte er årsaken ukjent. Mange av disse barna har i tillegg til psykisk utviklingshemming også bevegelsesforstyrrelser eller epilepsi. Funksjonsnivået vil derfor variere betydelig. Disse barna vil ha behov for pedagogiske tiltak i barnehage og skole, og mange har behov for kontinuerlig tilsyn og hjelp også utover småbarnsalder.

Barn med autismespekterforstyrrelser

Disse barna har en tilstand som preges av unormale sosiale ferdigheter, språk- og kommunikasjonsproblemer og begrenset og repeterende mønster av aktiviteter og interesser. Symptombildet og funksjonsnivå varierer mye fra person til person. Forskning viser at så mange som 1 prosent av befolkningen kan ha autismespekterforstyrrelser, og tilstanden er cirka fire ganger så hyppig blant gutter som blant jenter. Årsaken er bare delvis kjent. Barn med alvorlig autisme har ofte atferdsproblemer som krever tilsyn og pedagogiske tiltak, og hjelpebehovet for disse barna vil være stort.

Barn med medfødte misdannelser

Dette er også en uensartet gruppe. Her finnes blant annet barn med misdannelser i mage-tarmsystemet eller urinveier, ufullstendig utviklede ekstremiteter (dysmeli) og hjertefeil. Som i de andre gruppene vil hjelpebehovet variere. Noen barn trenger pustehjelp eller hjelp med ernæring, andre trenger tekniske hjelpemidler.

Tidligere friske barn hvor behov for hjelp og bistand oppstår uventet

Hos noen tidligere friske barn kan omfattende behov for hjelp og bistand oppstå brått og uventet, altså situasjoner hvor barnets helsetilstand ikke er medfødt. Den vanligste årsaken er ulykkessituasjoner, for eksempel trafikkulykker eller drukningsulykker. Andre årsaker er uventet alvorlig sykdom.

7.5.2.4 Vurdering av om vilkårene for rett til barnekoordinator er oppfylt – sammenheng mellom helsetilstand og hjelpebehov

Ovenfor er det gitt eksempler på enkelte tilstander eller funksjonsnedsettelse som i utgangspunktet kan medføre at familien og barnet får rett til barnekoordinator. Departementene foreslår at det skal være et krav om *alvorlig* sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne. Departementene vil understreke at kravet om «alvorlighet» ikke skal tolkes strengt. Kravet om «alvorlighet» er imidlertid ment å skulle innebære at ikke enhver sykdom, skade eller funksjonsnedsettelse vil kunne gi rett til en barnekoordinator. Departementene viser i den forbindelse til at barn som etter dette ikke oppfyller vilkårene for barnekoordinator, ofte vil kunne oppfylle vilkårene for ordinær koordinator etter helse- og omsorgstjenesteloven eller spesialisthelsetjenesteloven, eller vilkårene for rett til individuell plan.

Ved vurderingen av om det i henhold til bestemmelsen skal sies å foreligge en «alvorlig» sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne, vil det være relevant å legge vekt på både somatiske og psykiske aspekter ved sykdommen eller skaden.

Departementene understreker at rett til barnekoordinator ikke bare skal være knyttet til somatiske lidelser eller tilstander. Også psykiske lidelser eller tilstander vil på samme måte kunne gi rett til barnekoordinator, enten alene eller i kombinasjon med andre somatiske lidelser eller tilstander. I tråd med påpeking fra flere høringsinstanser skal barnekoordinator også kunne oppnevnes for barn med psykiske helseutfordringer, for eksempel barn som har vært utsatt for vold, overgrep og andre former for omsorgssvikt eller barn med psykiske helseutfordringer i form av angstproblematikk, spiseforstyrrelser eller lignende.

Alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne kjennetegnes av at de kan medføre alvorlige konsekvenser for den enkelte pasient, både fysisk og psykisk. En rekke sykdommer eller skader vil være dødelige eller vil medføre økt risiko for tidligere død. For mange sykdommer og skader eller tilfeller av nedsatt funksjonsevne gjelder at det ikke finnes helbredende behandling, men kun behandling som kan holde tilstanden i sjakk eller redusere plagene av sykdommen, skaden eller den nedsatte funksjonsevnen. I andre tilfeller vil behandling eller pedagogiske tiltak være nødvendig for å opprettholde funksjonsnivå eller for å gi økt mestring og livsglede på tross av at det ikke finnes helbredende behandling.

Ved vurderingen av om det i denne sammenheng skal sies å foreligge en «alvorlig» sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne, legger departementene til grunn at det skal foretas en helhetsvurdering. Det må blant annet legges vekt på hvor smertefull tilstanden normalt er, hvor syke pasienter med den aktuelle tilstanden normalt vil være, om tilstanden medfører, eller vil komme til å medføre, funksjonsnedsettelse, invaliditet eller nedsatt livsutfoldelse, og om tilstanden vil medføre tap av viktige kroppsfunksjoner eller sanser. Både fysiske og psykiske følger av sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne kan som nevnt vektlegges i denne vurderingen.

Ved vurderingen av om en sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne skal sies å være alvorlig i henhold til bestemmelsen, kan det til en viss grad også sees hen til hvor komplisert tilstanden er å behandle eller hvilken helsefaglig kompetanse som kreves for å behandle tilstanden eller dennes følger. Dersom det er slik at en sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne bare kan behandles på forsvarlig vis av høyt spesialisert helsepersonell, eller dersom behandlingen må utføres av flere grupper helsepersonell og annet personell i samarbeid for at behandlingen skal kunne være forsvarlig, vil tilstanden lettere bli å karakterisere som alvorlig, sammenlignet med situasjoner hvor behandling kan gjøres av en større gruppe helsepersonell og hvor behovet for flerfaglig samarbeid er mindre fremtredende.

Som nevnt skal imidlertid ikke kravet om «alvorlighet» tolkes strengt, men er ment å skulle innebære at ikke enhver sykdom, skade eller funksjonsnedsettelse vil gi rett til en barnekoordinator. Det sentrale for vurderingen av rett til barnekoordinator skal være hvilket hjelpebehov barnet har, nærmere bestemt om barnet vil ha behov for langvarige og sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester.

Begrepene «sykdom», «skade» eller «nedsatt funksjonsevne» er vanskelig å definere helt klart eller entydig. For det første kan grensen mellom sykdom og skade i seg selv være flytende eller overlappende. For det andre er det slik at en rekke sykdommer eller skader kjennetegnes av at de fører med seg ulike former for nedsatt funksjonsevne. I noen tilfeller kan det derfor være usikkert om det mest riktige vil være å klassifisere en tilstand som en sykdom, skade eller en funksjonsnedsettelse. I praksis vil det imidlertid ikke være nødvendig å alltid skille entydig her, idet alle tre alternativer er likestilt i bestemmelsen.

Med begrepet *sykdom* menes imidlertid både tilfeller som kan diagnostiseres som en spesifikk sykdom og tilfeller som betegnes som syndromer. Sykdom er en fellesbetegnelse på tilstander som kjennetegnes ved forstyrrelser i kroppens normale organiske eller mentale funksjoner og forandrer dem på en skadelig måte.³ Med «syndrom» sikter man grovt sett til situasjoner hvor man påviser en gruppe eller ett sett av symptomer, tegn og funn som til sammen peker mot eller danner en klinisk enhet, og som karakteriserer en sykdom eller tilstand.⁴ Sykdom av både somatisk og psykisk art vil omfattes.

Med *skade* siktes det særlig til situasjoner hvor uventede hendelser påvirker helsetilstanden på en negativ måte, for eksempel som nevnt ulykkesituasjoner. En skade behøver imidlertid ikke bare være resultat av en brå eller uventet hendelse. For eksempel vil belastningsskader kunne oppstå som følge av en mer langvarig uheldig eksponering. Slike skader vil i sin tur igjen kunne resultere i nedsatt funksjonsevne.

Med *nedsatt funksjonsevne* menes funksjonsnedsettelse av både fysisk og psykisk/mental art. Utviklingshemming er en intellektuell/mental funksjonsnedsettelse. Utviklingshemming reduserer den enkeltes evne til mentale prosesser som hukommelse, språk, bearbeiding av informasjon, problemløsning og tilegnelse av kunnskap og erfaring. Mange personer med utviklingshemming har også fysiske funksjonsnedsettelser.

Det kan muligens være vanskeligere å operere med entydige eller allmenngyldige alvorlighetsgraderinger av funksjonsnedsettelser sammenlignet med det som gjelder for sykdommer eller skader. Hvorvidt den enkelte skal sies å ha alvorlig nedsatt funksjonsevne i lovbestemmelsens forstand, må muligens derfor i noe større grad enn hva som gjelder for alvorlig sykdom eller skade, sees i sammenheng med hvilket hjelpebehov dette utløser, jf. nærmere om dette nedenfor.

Som nevnt skal vurderingen av om retten til barnekoordinator er oppfylt, ikke utelukkende skje med utgangspunkt i en vurdering av om barnet har en alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne. Av forslaget til lovregulering fremgår det at det enkelte barns alvorlige sykdom, skade eller nedsatte funksjonsevne må sees i sammenheng med hvilket konkret behov for tjenesteytelser dette utløser. Som redegjort for ovenfor er det også viktig å være klar over at hjelpebehov for

³ Store medisinske leksikon: <https://sml.sn.no/sykdom>

⁴ Store medisinske leksikon: <https://sml.sn.no/syndrom>

en og samme sykdom, skade eller funksjonsnedsettelse vil kunne variere mye fra barn til barn.

Departementene foreslår for det første at tjenestebehovet skal være av «*langvarig*» art. Departementene understreker imidlertid at vilkåret ikke skal tolkes strengt, og at det til en viss grad vil måtte bero på en konkret vurdering av om tjenestebehovet skal sies å være langvarig. Det skal imidlertid ikke være et krav om at behovet alltid vil være til stede eller et krav om at behovet vil være til stede i hele den aldersperioden hvor vedkommende kan ha rett til barnekoordinator, jf. nedenfor under punkt 7.5.2.5 om aldersgrense for ordningen. Kravet om «*langvarig*» innebærer imidlertid at situasjoner hvor det kun er snakk om et kortvarig behov eller et behov som er knyttet til en klart definert periode, vil kunne falle utenfor rettigheten. Departementene vil imidlertid understreke at kommunen også i slike situasjoner kan velge å oppnevne barnekoordinator.

Videre foreslår departementene at det må være behov for «*sammensatte eller koordinerte*» tjenester. Dette er begreper som tilsvarer dagens vilkår i den eksisterende koordinatorordningen i helse- og omsorgstjenesteloven, og skal forstås på samme måte her.

Departementene foreslår at retten til barnekoordinator skal gjelde der hvor det enkelte barn har behov for både helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester. Andre velferdstjenester kan for eksempel være tilrettelagt tilbud i barnehage eller skole. Departementene legger til grunn at dette ofte vil være hovedregelen for den gruppen barn som barnekoordinatorordningen er ment å skulle ivareta. Dersom det likevel er slik at et barn kun mottar helse- og omsorgstjenester, må disse velferdstjenestene vurdere om barnet har krav på koordinator etter den allerede eksisterende koordinatorordningen. Det er imidlertid ingenting i veien for at en kommune kan velge å tildele barnekoordinator også til barn som «bare» har behov for helse- og omsorgstjenester.

I punkt 10.4.1 er det redegjort for administrative og økonomiske konsekvenser av å lovfeste en rett til barnekoordinator for familier som har eller venter barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne, og som derfor vil ha behov for langvarige og sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester. Som det fremgår er det der lagt til grunn at denne gruppen med barn langt på vei overlapper med gruppen som i dag registreres med *omfattende bistandsbehov* i Kommunalt pasientregister (KPR). Departementene legger til grunn at barn og unge med et slikt omfattende bistands-

behov vil kunne ha en rett til barnekoordinator. Som det vil fremgå legger departementet også til grunn at en stor andel av barn med *middels til stort bistandsbehov* i henhold til KPR også vil kunne ha behov for en barnekoordinator.

Hvilket hjelpebehov det enkelte barn vil ha, kan være vanskelig å vurdere helt uavhengig av familiens omsorgsplikt og samlede omsorgsoppgaver. Også andre aspekter som vanskelig familiesituasjon, sosioøkonomiske utfordringer og lignende kan det være relevant å vektlegge ved vurderingen av om familien har rett til barnekoordinator. Det vil også være relevant å legge vekt på hvor nødvendig det vil være med samarbeid og koordinering for å sikre et forsvarlig tjenestetilbud.

Departementene foreslår som nevnt at rett til barnekoordinator skal gjelde for «familier» som venter barn eller har barn med barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne, og som vil ha behov for langvarige og sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester. Begrepet «*familier*» skal omfatte de som har omsorgsansvaret for barnet. Dette kan for eksempel være familier hvor barnets forelder eller foreldre er enslig(e), gift, partnere, samboende, separert eller skilt. Familier som venter adoptivbarn, er også omfattet. Bestemmelsen vil videre omfatte tilfeller der barnevernet har overtatt omsorgen for barnet.

Når det gjelder *adoptivbarn* er det slik at en ikke ubetydelig andel av de barna som adopteres til Norge fra utlandet, har behov for særskilt støtte. I 2018 behandlet det faglig rådgivende utvalget for adopsjonssaker 48 slike saker.⁵ Det kan dreie seg om ulike former for helseutfordringer eller funksjonsnedsettelse. Blant disse barna er det grunn til å regne med at flere har helseutfordringer som kan kreve hjelp over tid. Adoptivsøkere som får tildelt barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne, vil på forhånd kjenne til dette og ha behov for at det planlegges tiltak rundt barnet. Noen ganger er ikke barnet grundig utredet i sitt hjemland, slik at dette må gjøres i Norge før man får oversikt over hva slags tiltak som må tilbys. Departementene legger til grunn at også de som venter adoptivbarn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne, og som derfor vil ha langvarig behov for sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester, vil omfattes av ordningen med barnekoordinator.

⁵ I 2018 ankom 95 adoptivbarn fra utlandet til Norge.

7.5.2.5 Aldersgrense for rett til barnekoordinator

Den nye barnekoordinatorordningen skal som nevnt rette seg mot familier som har eller som venter *barn* med alvorlig sykdom, skade eller ned-satt funksjonsevne. Når barnet fyller 18 år, er det i utgangspunktet myndig, og det vil rettslig sett bli å vurdere som en voksen pasient eller bruker med selvstendige rettigheter og full selvbestemmelse. I høringsnotatet foreslo derfor departementene at den nye barnekoordinatorordningen skulle avgrenses til å gjelde frem til barnet fyller 18 år. Det ble vist til at etter dette tidspunktet må velferdstjenestene på vanlig måte vurdere om den enkelte pasient eller bruker i disse situasjonene har rett til koordinator etter den allerede eksisterende koordinatorordningen i helse- og omsorgstjenesteloven eller spesialisthelsetjenesteloven. Departementene viste imidlertid til at begge koordinatorordningene pålegger flere likelydende plikter, og at vilkårene for rett til koordinator etter begge ordningene til en viss grad er likelydende. Departementene la derfor til grunn at mange av de som har rett til barnekoordinator, trolig derfor også vil oppfylle vilkårene for rett til koordinator etter den eksisterende ordningen, men at dette må vurderes konkret fra sak til sak.

Som redegjort for under punkt 7.4.2.6 har en rekke høringsinstanser vært uenig i at barnekoordinatorordningen skal avgrenses til barn under 18 år. Flere høringsinstanser påpeker at mange 18-åringer er i ferd med å avslutte videregående skole, at 18-åringer ofte gjennomgår vanskelige endrings- eller overgangsprosesser fra barn til voksen, og at mange barn i denne alderen skal flytte hjemmefra og etablere seg i eget bosted for første gang. Det argumenteres for at mange er i en sårbar livsfase rundt 18-årsalder, og at man i den perioden ikke bør legge opp til store endringer i barnets hjelpe- og koordineringstilbud. Det vises også til at hjelpe- og koordineringsbehovet ikke forsvinner selv om man fyller 18 år. Endelig vises det til at tjenester innenfor NAV og barnevern-tjenesten kan ytes til og med 24-årsalder.

Departementene ser disse innvendingene, men har likevel valgt å opprettholde forslaget om å avgrense barnekoordinatorordningen til å gjelde til barnet fyller 18 år. Departementet understreker imidlertid at den enkelte kommune etter en konkret vurdering selv kan velge å tilby barnekoordinator også for barn/unge over 18 år og opp til 25 år.

Med mindre en kommune kommer til at den vil gi fortsatt barnekoordinator etter fylte 18 år, må velferdstjenestene vurdere om den enkelte

pasient eller bruker i disse situasjonene har rett til koordinator etter den allerede eksisterende koordinatorordningen i helse- og omsorgstjenesteloven eller spesialisthelsetjenesteloven. Begge koordinatorordningene pålegger flere likelydende plikter, og vilkårene for rett til koordinator etter begge ordningene er til en viss grad likelydende. Departementene legger derfor til grunn at mange av de som har hatt rett til barnekoordinator, trolig derfor også vil oppfylle vilkårene for rett til koordinator etter den eksisterende ordningen. Dette vil imidlertid måtte vurderes konkret fra sak til sak. En eventuell beslutning om å ikke gi koordinator til barn og unge over 18 år vil på vanlig måte kunne påklages etter pasient- og brukerrettighetsloven.

Regjeringen vil vurdere å gradvis utvide plikten til å tilby barnekoordinator til barn/unge opp til 25 år.

7.5.2.6 Nærmere om barnekoordinatorens oppgaver

Som redegjort for i punkt 7.4.2.2 har de fleste høringsinstanser som har uttalt seg konkret om barnekoordinatorens oppgaver slik disse fremgikk av høringsforslaget, støttet disse. Departementene viderefører derfor forslaget fra høringsnotatet om at barnekoordinatorens oppgaver skal være å sørge for:

- koordinering av det samlede tjenestetilbudet,
- å ha oversikt over og bidra aktivt til å ivareta kommunens ansvar for nødvendig oppfølging og tilrettelegging for familien og barnet i form av tilbud om eller ytelse av helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester,
- at familien og barnet får nødvendig informasjon og helhetlig veiledning om helse- og omsorgstjenestetilbudet,
- at familien og barnet får nødvendig informasjon og helhetlig veiledning om andre velferdstjenester og relevante pasient- og brukerorganisasjoner, at familien og barnet gis veiledning i deres kontakt med disse og at det formidles kontakt eller henvisning videre til slike velferdstjenester eller organisasjoner og
- fremdrift i arbeidet med individuell plan.

At barnekoordinatoren skal sørge for *koordinering* av det samlede tjenestetilbudet som familien og barnet mottar, innebærer blant annet at barnekoordinatoren må sørge for nødvendig samarbeid innad i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, samarbeid mot spesialisthelsetjenesten og samarbeid med andre velferdstjenester, der

hvor dette er nødvendig for å tilby et koordinert tjenestetilbud for familien og barnet. Å sørge for et koordinert tjenestetilbud vil blant annet innebære at barnekoordinatoren må påse at aktuelle tjenesteytere samarbeider, og at de ulike tjenesteyterne har avklart hvem som er ansvarlig for å yte hvilke tjenester.

Den enkelte barnekoordinator skal, uten å overstyre ansvaret som er lagt til den enkelte velferdstjeneste, kunne ta initiativ til styrket koordinering. Der hvor samarbeid og koordinering ikke fungerer godt nok, skal barnekoordinator ha myndighet til å kunne pålegge velferdstjenesten å samarbeide bedre eller å koordinere det samlede tjenestetilbudet bedre. At barnekoordinator gis slik myndighet, medfører ikke at barnekoordinator skal ta beslutninger om innholdet i og omfanget av tjenestene, men at barnekoordinator skal ha myndighet til å beslutte i forhold som gjelder koordinering av velferdstjenester. Dette følger av lovfesting av koordineringsoppgaven. Hvilken myndighet barnekoordinator vil ha, og hvordan dette i praksis skal gjennomføres i den enkelte kommune, vil fremgå av delegeringsvedtak som gjøres innenfor kommunedirektørens rammer. Det skal ikke være valgfritt å delegere slik myndighet, dette følger av loven. Dette er noe som skal gjøres i alle kommuner, og vil være en forutsetning for at barnekoordinatoren kan ivareta de oppgaver som følger av lovbestemmelsen.

Lovforslaget innebærer at målgruppens faktiske og rettslige posisjon styrkes sammenlignet med dagens regulering. Samtidig skal, som nevnt, barnekoordinatoren ikke kunne overprøve faglige eller prioriteringsmessige vurderinger foretatt av det enkelte helse-/fagpersonell eller den enkelte velferdstjeneste. Barnekoordinatoren må utføre sine oppgaver innenfor kommunalt besluttede rammer hva gjelder budsjett og prioritering/fordeling av ressurser mellom ulike kommunale sektorer.

Bestemmelsen gir barnekoordinatoren i oppgave å *«ha oversikt over og bidra aktivt til å ivareta kommunens ansvar for nødvendig oppfølging og tilrettelegging for familien og barnet»*. Dette innebærer at barnekoordinatoren får en plikt til å aktivt arbeide for at familien og barnet skal få nødvendig oppfølging fra de ulike velferdstjenestene, og en plikt til å veilede familien og barnet i sin kontakt mot ulike deler av hjelpeapparatet, både innenfor helse- og omsorgstjenesten og overfor andre velferdstjenester som barnekoordinator ser eller har grunn til å tro, at familien og barnet kan ha krav på. Dette kan også gjelde etter at, eller parallelt med at, familien og barnet har mottatt

eller mottar helse- og omsorgstjenester eller andre velferdstjenester. Dette kan typisk gjelde der hvor det gis konkrete helse- og omsorgstjenester til barnet, men hvor man ikke har etablert nødvendig samarbeid mellom nivåene innenfor helse- og omsorgstjenesten eller med andre velferdstjenester.

Departementene presiserer at barnekoordinatorens kontakt med eller informasjonsutveksling med ulike velferdstjenester må skje innenfor de rammene som følger av reglene om taushetsplikt, jf. bestemmelser i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-1 og § 2-1, spesialisthelsetjenesteloven § 6-1 og helsepersonelloven kapittel 6, 8 og 9. Det må derfor innhentes informert samtykke fra familien og barnet før slik kontakt eller informasjonsutveksling. Tilsvarende må barnekoordinatoren innhente fullmakt/samtykke fra familien eller barnet dersom barnekoordinatoren på vegne av familien og barnet skal innhente opplysninger om familien eller barnet fra ulike velferdstjenester.

Barnekoordinatorens primæroppgave skal være koordinering av det samlede tjenestetilbudet og å ha oversikt over og aktivt bidra til nødvendig oppfølging av familien og barnet. At barnekoordinatoren aktivt skal bidra til at barnet og familien får nødvendig oppfølging, innebærer at barnekoordinatoren skal ha et særskilt ansvar for å følge opp overfor tjenestene for å sikre at barna og familiene får de tjenestene de har krav på fra kommunen, og at tjenestene er tilstrekkelig koordinerte, jf. ovenfor. Dette kan for eksempel innebære at koordinatoren, på vegne av barnet og familien, kan kontakte velferdstjenestene for å avklare hvorvidt det er tilstrekkelig vurdert hvilke tjenester som kan være aktuelle å tilby barnet og familien, for å avklare når slike vurderinger av tjenestebehov/-tilbud kan forventes vurdert eller besluttet, eller for å avklare hvorvidt aktuelle velferdstjenester har behov for ytterligere dokumentasjon eller opplysninger for å kunne foreta nødvendige vurderinger knyttet til tjenestebehov/-tilbud.

En forutsetning for å kunne oppfylle de lovpålagte oppgavene barnekoordinator får, vil være at barnekoordinatoren har tilstrekkelige fullmakter og beslutningsmyndighet til å kunne bidra reelt til nødvendig oppfølging og tilrettelegging av tjenestetilbudet. Som nevnt ovenfor kan koordinatoren ta initiativ til styrket koordinering. Dersom dette ikke fører frem, kan koordinatoren be velferdstjenestene iverksette nye vurderinger og styrke samarbeidet om familien og barnet. Barnekoordinator skal også ha myndighet til å kunne pålegge velferdstjenesten å samarbeide bedre eller å koordinere det samlede tjenestetilbudet bedre. Dette

medfører likevel ikke at koordinatoren tar beslutninger for den enkelte velferdstjeneste eller overprøver fagpersoner eller linjeledere. Barnekoordinatoren har ingen selvstendig plikt til å sørge for at barnet og familien får nødvendig oppfølging i form av konkrete tjenester fra helse- og omsorgstjenesten eller andre velferdstjenester. Det at man oppfyller vilkårene for å få tilbud om barnekoordinator vil ikke i seg selv endre den enkeltes rett til ulike tjenester. Oppnevning av barnekoordinator vil heller ikke innebære at barnet og familien skal få tjenester i større omfang og til et tidligere tidspunkt enn hva fagpersoner eller velferdstjenestene ut fra faglige og ressurs- og prioriteringsmessige vurderinger mener er forsvarlig og nødvendig.

Barnekoordinatoren skal sikre at familien og barnet får nødvendig *informasjon om tjenestetilbudet*. Informasjonsplikten skal gjelde både for helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester som familien og barnet kan ha behov for. I de tilfellene hvor barnekoordinatoren ikke selv har tilstrekkelig eller rett fagkompetanse til å gi god nok informasjon om de ulike tjenestetilbud som kan være aktuelle, må barnekoordinatoren sørge for at informasjon blir gitt av andre, for eksempel helsepersonell og andre fagpersoner innenfor spesialisthelsetjenesten, den kommunale helse- og omsorgstjenesten eller andre relevante velferdstjenester.

Informasjonsplikten omfatter også *informasjon om relevante pasient- og brukerorganisasjoner*. Der som familien og barnet ønsker det, kan barnekoordinatoren bistå familien og barnet i deres kontakt med eller informasjonsutveksling med relevante pasient- og brukerorganisasjoner. Departementene presiserer at slik kontakt eller informasjonsutveksling, på lik linje med kontakt med eller informasjonsutveksling med ulike velferdstjenester, må skje innenfor de rammene som følger av reglene om taushetsplikt, jf. bestemmelser i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-1 og § 2-1, spesialisthelsetjenesteloven § 6-1 og helsepersonelloven kapittel 6, 8 og 9. Det må derfor innhentes informert samtykke fra familien eller barnet før slik informasjonsutveksling.

For familier med barn eller som venter barn, med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne, vil det ofte være verdifullt eller oppleves støttende å kunne snakke med andre foresatte til barn med samme eller sammenlignbar helsetilstand eller hjelpebehov. Departementene har vurdert om det også skal lovfestes en plikt for barnekoordinator til å legge til rette for slik kontakt eller samtale, men har kommet til at dette ikke vil være hensiktsmessig eller nødvendig. Av hensyn til blant

annet taushetsplikt vil det være klare grenser for hvor aktiv barnekoordinator kan være i å knytte kontakt mellom familier. Det vil også innebære en del praktiske vansker og legge beslag på ressurser dersom helse- og omsorgstjenesten eller barnekoordinatoren skal få en plikt til å legge til rette for slike samtaler mellom ulike familier. Departementene mener derfor det ikke bør lovfestes en slik plikt. Når det gjelder informasjon om aktuelle pasientorganisasjoner, legger departementene som nevnt til grunn at dette er informasjon som kan og bør gis, og som allerede i stor grad gis til pasienter eller brukere og deres foresatte.

Barnekoordinatoren skal også *veilede familien og barnet* i deres kontakt mot ulike deler av hjelpeapparatet eller relevante pasient- og brukerorganisasjoner. Dette kan blant annet innebære å gi nødvendig kontaktinformasjon eller at barnekoordinator i tråd med familien og barnets ønsker selv tar kontakt med eller henviser videre til disse. Det kan også innebære at barnekoordinator bistår familien og barnet når det gjelder å fylle ut nødvendige søknadsskjemaer eller å fremskaffe dokumentasjon som vil være nødvendig for å motta eller bli vurdert for ulike offentlige ytelser eller hjelpetiltak.

Såfremt familien og barnet samtykker/gir fullmakt, er det i prinsippet ikke noe i veien for å etablere ordninger hvor relevant informasjon som oversendes fra ulike velferdstjenester til familien og barnet, samtidig oversendes i kopi til barnekoordinator. Det at barnekoordinator på denne måten mottar relevant informasjon samtidig som familien og barnet, vil gjøre koordineringsarbeidet og kontakten mot familien og barnet mer effektivt. I tråd med dette vil familien og barnet også kunne samtykke/gi fullmakt til at barnekoordinator ivaretar barnet og familiens interesser overfor ulike velferdstjenester. En rekke faglige vurderinger og beslutninger knyttet til tjenesteytelse vil selvfølgelig forutsette direkte kommunikasjon mellom velferdstjenesten og familien og barnet, samtidig som mer administrative eller praktiske oppgaver ofte vil kunne ivaretas av barnekoordinatoren på vegne av familien og barnet. Eksempel på sistnevnte kan være planlegging av møter mellom familien og barnet og relevante fagpersoner eller velferdstjenester, innhenting og oversendelse av dokumentasjon, og innsending av søknader. En slik bruk av barnekoordinator vil kunne avlaste familien eller barnet.

Som nevnt vil det å skulle sørge for et helhetlig og koordinert tjenestetilbud blant annet innebære at barnekoordinator må påse at aktuelle tjenesteytere samarbeider, og at de ulike tjenesteyterne

har avklart hvem som er ansvarlig for å yte hvilke tjenester. Bruk av *individuell plan* vil her være et viktig verktøy. Departementene foreslår derfor at barnekoordinator skal ha plikt til å sørge for fremdrift i arbeidet med individuell plan.

7.5.2.7 *Koordinerende enhets oppgaver – krav til hvem som skal kunne oppnevnes som barnekoordinator*

Av helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3 første ledd første punktum følger at kommunen skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. Ansvar for koordinerende enhet fremgår av bestemmelsens andre punktum hvor det følger at enheten skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av *koordinator* etter §§ 7-1 og 7-2.

I tråd med forslaget i høringsnotatet foreslår departementene at denne bestemmelsen endres slik at koordinerende enhet også får ansvar for oppnevning, opplæring og veiledning av *barnekoordinator* som lovfestes i helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 a. Svært få høringsinstanser har hatt innvendinger til dette. Departementene viser til at begge koordinatorordningene pålegger flere likelydende plikter for koordinatorene og antar at de samme personene i mange situasjoner kan ha oppgaven både som koordinator eller barnekoordinator for ulike pasienter, brukere eller deres familier. Det legges etter dette til grunn at det vil være mest hensiktsmessig og ressursbesparende at koordinerende enhet også får ansvar for oppnevning, opplæring og veiledning av barnekoordinator.

Enkelte høringsinstanser har gitt uttrykk for at det bør lov- eller forskriftsfestes krav til hvilken kompetanse en barnekoordinator bør ha. Departementene er ikke enig i at dette bør reguleres særskilt, men legger til grunn at kommunene selv vil sørge for at de personer som gis i oppgave å være barnekoordinator, har relevant og nødvendig kompetanse til å løse denne oppgaven. Det foreslås imidlertid inntatt hjemmel for at Kongen i statsråd, i forskrift, kan gi nærmere bestemmelser om hvilken kompetanse og hvilke oppgaver barnekoordinatoren skal ha.

7.5.2.8 *Spesialisthelsetjenestens og andre velferdstjenesters plikt til å samarbeide med barnekoordinator*

Som det fremgår, foreslår departementene å lovfeste barnekoordinator som en kommunal plikt i

helse- og omsorgstjenesteloven. Bestemmelsen vil da fremstå som en spesialregulering av koordineringsplikten for denne pasient- og brukergruppen, sammenlignet med eksisterende plikt til å tilby koordinator etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2.

I høringsnotatet vurderte departementene om en plikt til å tilby barnekoordinator også burde lovfestes i spesialisthelsetjenesteloven, men kom til at dette ikke ville være hensiktsmessig. Departementene opprettholder denne vurderingen og viser her til at det i spesialisthelsetjenesten allerede er lovfestet ordninger med koordinator (spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a) og kontaktlege (spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 c), samt også ordning med barneansvarlig personell (spesialisthelsetjenesteloven § 3-7 a). Disse ivaretar enkeltvis og samlet mange av de oppgaver som departementene foreslår å lovfeste i helse- og omsorgstjenesteloven. Det er også fastsatt forskrift 1. desember 2000 nr. 1217 om barns opphold i helseinstitusjon, jf. særlig forskriften §§ 6, 15 og 16. Forskriften § 6 regulerer spesialisthelsetjenestens «særplikter» overfor barnet og foreldrene når barnet er på sykehus. Blant annet fremgår det at helseinstitusjonen skal tilby foreldrene kontakt med sosionom, psykolog eller annet støttepersonell mens barnet er innlagt. Disse pliktene som fremgår av forskriften, må igjen sees i sammenheng med de reglene som ellers gjelder for faglig forsvarlighet og samarbeid innad i spesialisthelsetjenesten og mot den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det følger allerede av lovverket at spesialisthelsetjenesten skal organiseres slik at pasienter gis et «helhetlig og koordinert tjenestetilbud». Departementene viser også til den plikten som allerede i dag er pålagt spesialisthelsetjenesten når det gjelder å veilede kommunen, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 6-3.

Departementene vil også vise til at det innenfor spesialisthelsetjenesten er etablert en rekke kompetansesentre eller behandlingenheter som retter seg mot pasienter med alvorlige eller sjeldne diagnoser, sykdommer eller syndromer, og som derfor har behov for komplekse og høyt spesialiserte tjenester. Disse tjenestetilbudene kjennetegnes nettopp av tverrfaglighet og koordinert tjenesteytelse, både mot andre deler av helse- og omsorgstjenesten og mot andre velferdstjenester. Behovet for å lovfeste en barnekoordinatorordning for denne aktuelle pasientgruppen i spesialisthelsetjenesteloven fremstår derfor som mindre. Departementene foreslår imidlertid å lovfeste en plikt for koordinator oppnevnt etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-5a til å samarbeide med

barnekoordinatoren dersom samarbeid er nødvendig for å gi barnet et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

Endelig viser departementene til forslagene til harmonisering og styrking av velferdstjenestenes plikt til å samarbeide i kapittel 5. Endringene som foreslås vil innebære at spesialisthelsetjenesten og alle de andre velferdstjenestene vil få en tydeligere plikt til å samarbeide med også barnekoordinatorer som oppnevnes etter helse- og omsorgstjenesteloven.

Der hvor det fremstår som hensiktsmessig, og er i tråd med familien eller barnets ønske, er det i prinsippet ikke noe til hinder for at spesialisthelsetjenesten, for eksempel koordinator eller kontaktlege, kan avtale med barnekoordinator at denne skal bistå i å sørge for nødvendig oppfølging, informasjon eller koordinering av det samlede tjenestetilbudet som familien og barnet mottar.

7.5.3 Rettighetsfesting av gjeldende plikt til å tilby koordinator

Når det gjelder dagens koordinatorordning, er det som nevnt slik at spesialisthelsetjenestens og den kommunale helse- og omsorgstjenestens *plikt* til å tilby koordinator ikke motsvares av en korresponderende *rettighet* for pasienten etter pasient- og brukerrettighetsloven. Blant annet som følge av at det foreslås å lovfeste rett til barnekoordinator for familier som har eller venter barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne, foreslo departementene i høringsnotatet at også den eksisterende koordinatorordningen burde rettighetsfestes. De fleste høringsinstanser som uttalte seg til denne delen av høringsforslagene, støttet dette.

Departementene opprettholder forslaget og viser særlig til at dersom den eksisterende koordinatorordningen fortsatt bare skal være regulert som en plikt, samtidig som den nye barnekoordinatorordningen skal reguleres som både en plikt og en rett, vil regelverket fremstå som uoversiktlig.

I tillegg er det slik at mange av de som i tråd med det nye forslaget vil ha rett til barnekoordinator, i mange tilfeller også ville oppfylle vilkårene for å få tilbud om koordinator etter den gjeldende ordningen. Det vil derfor være dårlig sammenheng i regelverket dersom man skulle foreslå lovregulering som innebærer at kun enkelte pasienter eller brukere har en lovfestet rett til koordinator.

En endring av dagens ordning ved at det lovfestes en rett til barnekoordinator, vil gi den

enkelte pasient og bruker en styrket rettslig posisjon. Blant annet vil pasienten eller brukeren få rett til å klage etter pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2 dersom retten ikke blir innfridd. Rettighetsfesting av gjeldende koordinatorordning vil slik sett innebære en styrking av dagens pasient- og brukerrettigheter.

Departementene foreslår derfor at gjeldende koordinatorordning også rettighetsfestes i pasient- og brukerrettighetsloven, jf. forslag til ny § 2-5 b.

7.6 Forslag til lovendringer

7.6.1 Forslag til regulering av en samordningsplikt

Departementene foreslår å innføre en tydelig plikt for kommunen til å samordne samarbeidet mellom de ulike velferdstjenestene. Etter forslaget gis kommunen, ved behov, en plikt til å bestemme hvilken velferdstjeneste som skal samordne tjenestetilbudet til en tjenestemottaker som trenger helhetlige og samordnede tjenester. Plikten skal innføre der det er uklarheter eller uenigheter rundt hvem som skal samordne tjenestetilbudet. Det foreslås at plikten lovfestes i samarbeidsbestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4, opplæringsloven § 15-8, friskoleloven § 3-6 a, barnehageloven § 2 b, krisesenterloven § 4, familievernkontorloven § 1 a andre ledd, sosialtjenesteloven § 13 og integreringsloven § 50. I barnevernloven foreslås det å regulere plikten i dagens § 3-2 tredje ledd.

Departementene foreslår videre å lovfeste reglene om oppfølgingstjenestens ansvar for samarbeid og koordinering i opplæringsloven § 3-6.

Kommunens samordningsplikt må sees i sammenheng med forslaget om å lovfeste en barnekoordinatorordning, jf. nedenfor. Departementene foreslår å presisere i sektorlovene at dersom det er oppnevnt barnekoordinator etter helse- og omsorgstjenesteloven, så er det barnekoordinatoren som skal sørge for at tjenestetilbudet blir samordnet.

7.6.2 Ny barnekoordinatorordning som del av Likeverdsreformen

Departementene foreslår at det i pasient- og brukerrettighetsloven inntas en ny bestemmelse om rett til barnekoordinator for familier som har eller venter barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne, og som vil ha behov for langvarige og sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester og andre velferds-

tjenester. Bestemmelsen foreslås inntatt som ny § 2-5 c i pasient- og brukerrettighetsloven. Det foreslås at rettighetsbestemmelsen skal motsvares av en korresponderende pliktbestemmelse som inntas i helse- og omsorgstjenesteloven som ny § 7-2 a. I denne bestemmelsen foreslås det også å liste opp barnekoordinatorens oppgaver.

7.6.3 Rettighetsfesting av gjeldende plikt til å tilby koordinator

Departementene foreslår videre at gjeldende koordinatorordning rettighetsfestes i pasient- og

brukerrettighetsloven i ny § 2-5 b. Det foreslås at vilkårene for å utløse rettigheten skal være like lydende med dagens pliktbestemmelser i helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelse-tjenesteloven, nærmere bestemt at pasienter og brukere som har «behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester har rett til koordinator i samsvar med bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 og spesialisthelse-tjenesteloven § 2-5 a».

8 Lovregulering av individuell plan

8.1 Innledning

Flere lover inneholder bestemmelser om individuell plan. Samtidig skal det bare utarbeides én plan for den enkelte tjenestemottaker. Det er derfor behov for å se reglene om individuell plan i sammenheng.

Individuell plan kan beskrives både som et verktøy, i form av et planleggingsdokument, og en strukturert samarbeidsprosess. Planen skal oppdateres løpende og være et dynamisk verktøy i koordinering og målretting av tjenestetilbudet. Tjenestemottakerens mål, ressurser og helhetlige behov for tjenester skal danne grunnlag for valg og prioritering av tiltak i planen. Individuell plan er en strukturert arbeidsprosess hvor tjenester fra ulike fag, nivåer og sektorer ses i sammenheng og innrettes slik at tjenestemottakeren kan bli i stand til å nå sine mål. Tjenestemottakerens medvirkning og innflytelse i planprosessen er derfor avgjørende. Pårørende skal også gis anledning til å medvirke i den grad tjenestemottakeren ønsker dette.

Helse- og omsorgstjenesten, barneverntjenesten og arbeids- og velferdsforvaltningen har i dag regler om plikt til å tilby eller opprette individuell plan, samtidig som flere av de andre velferdstjenestene har plikt til å medvirke eller bidra inn i arbeidet med individuell plan.

Erfaringer fra arbeids- og velferdsforvaltningen tyder på at det er forskjeller i hvordan individuell plan brukes av de ulike velferdstjenestene. Erfaringer viser også at det er uklarheter blant ansatte i NAV-kontorene om forholdet mellom individuell plan og andre planer. Det vises for eksempel til aktivitetsplan etter NAV-loven og plan som opprettes for deltakere i kvalifiseringsprogrammet (KVP) etter sosialtjenesteloven. Videre er erfaringene at det i større grad opprettes individuell plan med hjemmel i helse- og omsorgstjenestelovgivningen enn etter arbeids- og velferdslovgivningen. Når det gjelder bruk av individuell plan etter barnevernloven, viser tilbakemeldinger at individuell plan i liten grad brukes, blant annet fordi barneverntjenestene er usikre på når de skal opprette individuell plan, hvem som

skal ha ansvaret for planen, og hvordan de skal gjennomføre planarbeidet.

8.2 Gjeldende rett

8.2.1 Helse- og omsorgstjenesten

Pasient- og brukerrettighetsloven

Individuell plan skal sikre et helhetlig tilbud for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Personer med «*behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester*» har rett til å få utarbeidet individuell plan, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5. Pasienten og brukeren har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan, og det skal legges til rette for dette. Det skal ikke utarbeides individuell plan uten at pasienten eller brukeren har samtykket til dette. Forut for samtykke må pasienten og brukeren få tilstrekkelig informasjon om hva en individuell plan innebærer. Det er pasienten og brukeren som bestemmer hvilke opplysninger som skal utveksles, og med hvem. Samtykket må både gjelde oppstart av planarbeidet og nødvendig informasjonsutveksling mellom aktører i planprosessen.

Kommunen skal ha rutiner for mottak og behandling av henvendelser om individuell plan. En avgjørelse om at det skal utarbeides en individuell plan, gir ingen selvstendig rett til tjenester og regnes ikke som et enkeltvedtak. I henhold til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 gjelder ikke forvaltningsloven kapittel IV og kapittel V for individuell plan. Avgjørelser om individuell plan kan påklages til statsforvalteren etter pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2. Et krav om individuell plan kan fremmes både skriftlig og muntlig. Kommunen og helseforetaket må i alle tilfeller dokumentere henvendelser om individuell plan for å kvalitetssikre sin saksbehandling.

Spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven

I spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 første ledd er plikten til å utarbeide en individuell plan «*for pasi-*

enter med behov for langvarige og koordinerte tilbud» lagt til helseforetaket. I psykisk helsevernloven § 4-1 første ledd er plikten lagt til den enkelte institusjonen. Begge bestemmelsene presiserer at tjenestene skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å kunne gi et helhetlig tilbud til pasienten. Kommunen skal sørge for at arbeidet med planen blir satt i gang og koordinert dersom pasienten har behov for tjenester etter spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven og helse- og omsorgstjenesteloven, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 andre ledd og psykisk helsevernloven § 4-1 andre ledd. Helseforetaket eller institusjonen skal varsle kommunen så snart som mulig når det er behov for en individuell plan som også omfatter kommunale helse- og omsorgstjenester. I slike tilfeller har helseforetaket eller institusjonen en plikt til å medvirke i kommunen sitt arbeid med den individuelle planen.

Av spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a første ledd følger at for «pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester etter loven her» skal det oppnevnes en koordinator. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av pasienten, sikre samordning av tjenestetilbudet i forbindelse med institusjonsopphold og overfor andre tjenesteytere, samt «sikre fremdrift i arbeidet med individuell plan».

Loven § 2-5 b pålegger helseforetaket å ha en koordinerende enhet for habilitering- og rehabiliteringstiltak i helseregionen. Denne enheten skal blant annet ha «overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinatorene (...).»

Helse- og omsorgstjenesteloven

På kommunalt nivå er plikten til å tilby individuell plan inntatt i helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1. Av bestemmelsens første ledd fremgår det at kommunen «skal utarbeide en individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her.» Det understrekes videre at kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte. Av bestemmelsens andre ledd følger at dersom en pasient eller bruker har behov for tilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven, så er det kommunen som skal sørge for at det blir utarbeidet en individuell plan, og at planarbeidet koordineres.

Kommunen skal tilby koordinator til pasienter og brukere med behov for langvarige og koordi-

erte tjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2. Slik koordinator skal «sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan».

Kommunen skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet, jf. § 7-3. Denne enheten skal blant annet ha «overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan».

Nærmere om vilkårene for individuell plan etter helselovgivningen

Retten til individuell plan er uavhengig av alder, diagnose og funksjon. «Langvarig» betyr at behovet antas å strekke seg over en viss tid, men uten at det behøver å være varig.

«Koordinerte» tjenester betyr at behovet gjelder to eller flere helse- og omsorgstjenester, og at tjenestene må eller bør sees i sammenheng. Tjenesteyteren som er oppnevnt som koordinator, skal ha hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren.

Krav til varighet må sees i sammenheng med behovet for samordning av tjenestene. Selv om behovet bare strekker seg over noen måneder, eller det er få tjenester, kan behovet for en strukturert planprosess med konkrete mål gjøre at individuell plan er et egnet verktøy. Det ligger i formålet for individuell plan at også behov for tjenester fra andre sektorer hører med i den helhetlige vurderingen av om en slik plan skal utarbeides. Retten til individuell plan er ikke avgrenset til pasienter og brukere med behov for habilitering og rehabilitering.

Helsepersonelloven

Helsepersonelloven § 4 andre ledd pålegger helsepersonell en plikt til å ta del i arbeidet med den individuelle planen når en pasient eller bruker har rett til en slik plan etter pasient- og brukerrettighetsloven. Helsepersonell skal også snarest mulig gi melding til den koordinerende enheten i henholdsvis spesialisthelsetjenesten eller den kommunale helse- og omsorgstjenesten om behovet pasienter og brukere har for individuell plan og koordinator, jf. helsepersonelloven § 38 a.

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

Med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven er det fastsatt forskrift 16. desember 2011

nr. 1256 om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. I tillegg har Helsedirektoratet utgitt en veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator.¹

8.2.2 Barneverntjenesten

Det fremgår av barnevernloven § 3-2 a at barneverntjenesten har plikt til å utarbeide individuell plan «for barn med behov for langvarige og koordinerte tiltak eller tjenester dersom det anses nødvendig for å skape et helhetlig tilbud for barnet, og det foreligger samtykke.»

Plikten til å utarbeide individuell plan er begrenset til tilfeller der barn med behov for langvarige barneverntiltak også trenger langvarige tiltak fra andre velferdstjenester. I forarbeidene til bestemmelsen fremgår det at ved vurderingen av hva som er «langvarig» må det blant annet tas hensyn til barnets alder, hvilke typer barneverntiltak som er eller skal iverksettes, og på hvilket grunnlag. Kriteriet om langvarighet må også ses i sammenheng med barnets behov for individuell plan.

Når det gjelder kravet om at individuell plan skal være «nødvendig», fremgår det at omfanget av et slikt planarbeid må vurderes ut fra det reelle behovet hos den aktuelle gruppen barn. Selv om et barn kan ha behov for andre tiltak og tjenester i tillegg til barnevernstiltak, medfører ikke dette automatisk at det vil være behov for individuell plan.

Det følger av barnevernloven § 6-5 at enkeltvedtak som barneverntjenesten har truffet, og oppfølgingsvedtak som Barne-, ungdoms- og familieetaten har truffet, kan påklages til statsforvalteren. Barneverntjenestens plikt til å utarbeide en individuell plan er ikke regnet som et enkeltvedtak. Planen kan derfor ikke påklages til statsforvalteren i henhold til barnevernloven § 6-5. Statsforvalteren har imidlertid ansvar for å føre tilsyn med kommunens oppfyllelse av plikter etter barnevernloven, jf. barnevernloven § 2-3 fjerde ledd og § 2-3 b. Dette innebærer at en familie eller en ungdom kan henvende seg til statsforvalteren dersom de mener at barneverntjenesten ikke oppfyller plikten til å tilby individuell plan etter barnevernloven § 3-2 a.

Av bestemmelsen fremgår at barneverntjenesten «skal samarbeide om planen med andre

instanser barnet mottar tiltak fra». Når det gjelder ansvaret for å utarbeide planen, fremgår det av forarbeidene at barneverntjenesten vil få hovedansvaret for å utarbeide planen der et barn som har behov for individuell plan, ikke har en slik plan etter annet regelverk. Dersom barnet primært har behov for tiltak fra andre velferdstjenester som har plikt til å utarbeide individuell plan, bør ansvaret for å koordinere planen i utgangspunktet ligge hos disse. Det er forutsatt at det inngås en avtale om hvem som skal ha ansvaret for å koordinere planen i hvert enkelt tilfelle.

Det er ikke gitt noen krav til innholdet i den individuelle planen, men i bestemmelsens andre ledd er det hjemmel for at departementet «kan gi nærmere bestemmelser i forskrift om hvilke grupper av barn plikten omfatter, og om planens innhold». Forskriftshjemmelen er ikke benyttet.

8.2.3 Arbeids- og velferdsforvaltningen

Rett til individuell plan i arbeids- og velferdsforvaltningen er regulert i sosialtjenesteloven §§ 28 og 33, samt NAV-loven § 15. Rett til individuell plan innebærer at enhver som har «behov for langvarige og koordinerte tjenester», har rett til at det utarbeides en plan som sammenfatter helhetlige vurderinger av behov og virkemidler. Alle som deltar i kvalifiseringsprogram (KVP) etter sosialtjenesteloven, har rett til individuell plan.

Individuell plan skal utformes i samarbeid med tjenestemottakeren, og det skal samarbeides med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den det gjelder. Avgjørelser i arbeids- og velferdsforvaltningen om rett til individuell plan er enkeltvedtak og kan påklages. Individuell plan gir ikke i seg selv rett til andre bestemte tjenester.

Det er fastsatt forskrift 19. november 2010 nr. 1462 om individuell plan i arbeids- og velferdsforvaltningen.

8.2.4 Utdanningssektoren

Det følger av opplæringsloven § 15-5 og friskoleloven § 3-6 a at skolen skal delta i samarbeid om utarbeidelse og oppfølging av tiltak og mål i individuell plan som er hjemlet i annet regelverk, «når det er nødvendig for å ivareta elevanes behov for eit heilskapleg, koordinert og individuelt tilpassa tenestetilbod». Dette betyr at det ikke er en automatisk plikt for skolen til å delta i samarbeid om individuell plan. Mål og tiltak i den individuelle planen må være relevant for de aktivitetene som til vanlig foregår i skolen, for at skolens plikt til å delta i

¹ Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Nasjonal veileder (<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>)

arbeidet skal gjelde. Skolen må selv vurdere om skolens deltakelse i arbeidet er nødvendig ut ifra mål i opplæringsloven eller friskoleloven. Skolen har ikke plikt til å utarbeide en individuell plan for elevene. Bestemmelsene er likevel ikke til hinder for at ansatte i skolen har rollen som koordinator for individuell plan.

Bestemmelsene gir ikke PP-tjenesten en plikt til å delta i arbeidet med individuell plan. Skolefritidsordningen har heller ikke plikt til å delta i arbeidet med individuell plan.

Barnehageloven inneholder ikke bestemmelser om individuell plan. Forutsatt at barnets foresatte samtykker, er det ikke noe til hinder for at barnehagene kan samarbeide med andre velferdstjenester om individuell plan.

8.2.5 Krisesenterloven og familievernkontorloven

Krisesenterloven skal sikre et godt og helhetlig krisesentertilbud til kvinner, menn og barn som er utsatt for vold eller trusler om vold i nære relasjoner, jf. § 1.

Av lovens § 3 første ledd fremgår det at kommunen skal sørge for at tilbudet så langt som mulig blir tilrettelagt slik at det imøtekommer brukernes individuelle behov. Kommunen skal sørge for at brukere som er utsatt for vold eller trusler om vold i nære relasjoner, får en helhetlig oppfølging, gjennom samordning av tiltak mellom krisesentertilbudet og andre deler av tjenesteapparatet, jf. § 4 første ledd. I forarbeidene til bestemmelsen er det uttalt at det er opp til kommunen å avgjøre hvordan samordning av tjenester for brukerne skal organiseres. Det presiseres imidlertid at når kommunen pålegges en plikt til å sørge for samordning av tjenestene, er det forutsatt at andre velferdstjenester samarbeider.

Av bestemmelsens andre ledd fremgår at tilbud og tjenester etter krisesenterloven kan inngå som ledd i samordningen av en individuell plan som er opprettet etter annen lovgivning. Det påpekes i forarbeidene at et krisesentertilbud skal være et kortvarig tilbud, og at det derfor som hovedregel ikke vil være et ansvar for krisesenter-tjenesten å utforme eller følge opp en slik plan. I forlengelsen av dette vises det imidlertid til at det kan være behov for å koordinere krisesentertilbudet med andre mer langvarige tjenestetilbud som brukeren mottar, for eksempel tjenester etter sosialtjenesteloven eller helse- og omsorgstjenesteloven. Det understrekes at slike tjenestetilbud i så fall må koordineres med krisesentertilbudet i den perioden vedkommende er bruker, og

da slik at ansatte på krisesenteret deltar i arbeidet med planen sammen med brukeren.

Krisesenterloven pålegger ikke kommunen en plikt til å opprette individuell plan, men tilbud og tjenester etter krisesenterloven kan som nevnt inngå som ledd i samordningen av en individuell plan som er opprettet etter annen tjenestelovgivning. Av lovens § 5 tredje ledd fremgår at det bare kan gis taushetsbelagte opplysninger til andre forvaltningsorganer når dette er nødvendig for å fremme oppgavene for kommunen etter loven eller for å forebygge vesentlig fare for liv eller alvorlig helseskade. Hovedregelen for samarbeid om individuell plan vil derfor være at det kreves samtykke fra brukeren.

Familievernkontorloven inneholder ikke bestemmelser om individuell plan, og familievernkontorene har ingen plikt til å opprette individuell plan. Forutsatt at den det gjelder samtykker, er det etter loven ikke noe til hinder for at familievernkontorene kan samarbeide med andre velferdstjenester om individuell plan.

8.2.6 Introduksjonsordningen

Integreringsloven har ikke regler om individuell plan. Introduksjonsloven, som nå er erstattet av integreringsloven, benyttet i § 6 begrepet *individuell plan* om den planen som utarbeides for alle som deltar i introduksjonsordningen. Planen utformes på bakgrunn av en kartlegging av deltakerens opplæringsbehov og hvilke tiltak vedkommende kan nyttiggjøre seg av.

Individuell plan etter introduksjonsloven var noe annet enn individuell plan etter de øvrige reglene som behandles i denne proposisjonen. Betegnelsen er nå erstattet med integreringsplan, etter integreringsloven § 15.

8.3 Høringsforslaget

8.3.1 Plikt til å utarbeide og opprette individuell plan

Harmonisering av plikten til å utarbeide eller opprette individuell plan

Departementene vurderte at dagens regler knyttet individuell plan er fragmentert. Det ble vist til at vilkårene for å opprette eller få individuell plan i hovedsak er likelydende i helse- og omsorgstjenestelovgivningen, sosialtjenesteloven og i NAV-loven, ved at det stilles krav om at det må være «*behov for langvarige og koordinerte tiltak eller tjenester*». I barnevernloven er det imidlertid et til-

leggsvilkår om at individuell plan må anses nødvendig for å skape et helhetlig tilbud for barnet. Departementene la til grunn at det ikke har vært meningen at terskelen for når barneverntjenesten skal utarbeide individuell plan skal være høyere enn etter tilsvarende bestemmelser om individuell plan i de andre sektorlovene. Departementene vurderte at vilkårene for å få individuell plan fra de ulike sektorene burde være like. For å harmonisere reglene foreslo departementene å endre barnevernloven § 3-2 a i samsvar med tilsvarende bestemmelser innenfor helse- og omsorgstjenesten og arbeids- og velferdsforvaltningen. Dette innebærer å fjerne tilleggsvilkåret om at individuell plan «må anses nødvendig for å skape et helhetlig tilbud for barnet» i barnevernloven.

Videre foreslo departementene å endre barnevernloven, slik at barn og unge får en rett til individuell plan når vilkårene er oppfylt. Departementene viste til at § 1-5 om barnets rett til nødvendige barneverntiltak trådte i kraft 1. juli 2018. I lys av den nye bestemmelsen vurderte departementene at bestemmelsen om individuell plan i barnevernloven bør gi rett til individuell plan når vilkårene for dette er oppfylt. Dette er også i samsvar med bestemmelsene om individuell plan etter arbeids- og velferdslovgivningen og helse- og omsorgstjenestelovgivningen. Departementene presiserte at formålet med forslaget ikke er å utvide anvendelsesområdet for bruk av individuell plan etter barnevernloven, men å legge til rette for et helhetlig og sammenhengende regelverk om individuell plan. Forslaget om å innføre en felles forskrift om individuell plan tilsier også at barnevernloven bør gi rett til individuell plan når vilkårene er oppfylt.

Departementene foreslo videre at avgjørelse om individuell plan etter barnevernloven kan påklages til statsforvalteren etter barnevernloven § 6-5, selv om beslutningen ikke er å regne som et enkeltvedtak. Dette er i samsvar med reglene om klage på individuell plan etter helse- og omsorgstjenestelovgivningen.

Departementene la til grunn at de som har kompetanse til å samtykke til individuell plan, skal kunne påklage beslutningen til statsforvalteren. For barn som mottar barneverntiltak er utgangspunktet at barnets foreldre eller andre med foreldres ansvar skal samtykke til planen på barnets vegne og har klagerett når barnet er under 15 år. Barn over 15 år, eller som av andre grunner er part i saken, kan selv samtykke til planen og har derfor en selvstendig klagerett.

Ved midlertidig plassering av barn under 15 år utenfor hjemmet etter § 4-6 andre ledd og ved

omsorgsovertakelse av barn under 15 år etter §§ 4-8 eller 4-12 overtar barneverntjenesten foreldrenes kompetanse til å samtykke til individuell plan på barnets vegne. I slike tilfeller kan ikke foreldrene påklage en beslutning om individuell plan til statsforvalteren. Som nevnt ovenfor kan barn som selv skal samtykke til planen påklage en beslutning om individuell plan til statsforvalteren. Dette omfatter barn over 15 år under offentlig omsorg.

Utvidelse av plikten til å utarbeide eller opprette individuell plan

Departementene vurderte om det innenfor utdanningssektoren burde innføres en plikt til å utarbeide eller opprette individuell plan. Departementene fant ikke grunnlag for å lovfeste en plikt for barnehager og skoler til å utarbeide individuell plan. Tilsvarende vurderte departementene at det ikke er grunnlag for å pålegge skolefritidsordningen og PP-tjenesten å utarbeide individuell plan. Departementene la i sin vurdering vekt på at barnehage- og skoletilbudet skiller seg vesentlig fra de velferdstjenestene som har en slik plikt, fordi plikten er betinget av at det foreligger et bestemt behov, for eksempel knyttet til barnets helse-, omsorgs- eller familiesituasjon. Det ble videre vist til at utdanningstjenestene kan ta kontakt med andre velferdstjenester dersom de ser behov for å få utarbeidet en individuell plan, forutsatt at den det gjelder samtykker til dette.

Departementene vurderte videre at krisesentrene og familievernkontorene ikke burde få en plikt til å utarbeide individuell plan. Det ble vist til at opphold på krisesenter skal være et midlertidig tilbud og at familievernkontorenes tjenester normalt vil være av midlertidig karakter. Tilbud og tjenester etter krisesenterloven og familievernkontorloven kan imidlertid inngå som ledd i samordningen av en individuell plan som er opprettet etter annen tjenestelovgivning.

8.3.2 Plikt til å medvirke i arbeidet med individuell plan

I utdanningssektoren har skolen en plikt til å delta i utarbeidelse og oppfølging av tiltak og mål i individuell plan som er opprettet med hjemmel i annet regelverk, når skolen vurderer at det er nødvendig for å ivareta elevens behov. Etter krisesenterloven er det ingen plikt til å tilby individuell plan, men tilbud og tjenester etter krisesenterloven kan inngå som ledd i samordning av en individuell plan etter annen lovgivning. Det er ingen regler

om individuell plan i barnehageloven eller i lov om familievernkontor. Heller ikke for skolefritidsordningen er det fastsatt regler om individuell plan. Departementene vurderte at dagens lovregulering av skoler og andre velferdstjenesters plikt til å *medvirke eller samarbeide* i arbeidet med individuell plan, burde harmoniseres. Det ble vist til at et mest mulig likt regelverk på tvers av sektorene vil bidra til en mer ensartet praksis når det gjelder den enkelte velferdstjenestes plikt til å medvirke eller samarbeide om individuell plan.

Departementene foreslo å innføre en medvirkningsplikt for skolefritidsordningen, barnehagene og PP-tjenesten. Forslaget innebærer at tjenestene får en plikt til å medvirke eller samarbeide om individuell plan der hvor dette er opprettet, når dette er nødvendig for å ivareta barnas eller elevenes behov for et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Departementene viste til at dette er sentrale tjenester for barn og unge. Forslaget innebærer å endre bestemmelsen i opplæringsloven § 15-5 og fastsette en ny bestemmelse i barnehageloven § 2 b om plikt til å delta i arbeidet med individuell plan.

Når det gjelder integreringsloven (tidligere introduksjonsloven), foreslo departementene at kommunen gis en plikt til å medvirke i arbeidet med individuell plan for nyankomne innvandrere som deltar i introduksjonsprogram. Forslaget innebærer at kommunen gis en plikt til å delta i samarbeid om utarbeidelse og oppfølging av tiltak og mål i individuell plan hjemlet i annen lov dersom dette er nødvendig for å ivareta deltakernes behov for et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Departementene viste blant annet til at introduksjonsprogrammet er på full tid, og at kommunen derfor har mye kontakt med og kunnskap om deltakerne.

Departementene foreslo videre å endre krisesenterloven slik at det inntas en tydelig plikt til å medvirke eller samarbeide i arbeidet med individuell plan når det er nødvendig.

Når det gjelder familievernkontorene vurderte departementene at det i mindre grad er nødvendig eller hensiktsmessig for familievernkontorene å delta i arbeidet med individuell plan som er opprettet etter annen tjeneste-/sektorlovgivning. Departementene foreslo derfor ikke å lovfeste en plikt for familievernkontorene til å medvirke eller samarbeide i arbeidet med individuell plan som er opprettet av andre sektorer eller velferdstjenester. Departementene viste til at tjenester etter familievernkontorloven normalt vil være av midlertidig karakter, og i mange sammenhenger vil det heller ikke være nødvendig med et strukturert eller

løpende samarbeid med andre velferdstjenester eller sektorer. Departementene vurderte at familievernkontorene har adgang til å medvirke eller samarbeide om individuell plan og at slikt samarbeid fortsatt burde skje etter en konkret vurdering fra sak til sak dersom den eller de det gjelder samtykker til dette.

8.3.3 Felles forskrift om individuell plan

Det er gitt nærmere bestemmelser om innholdet i individuell plan i forskrifter hjemlet i helse- og omsorgslovgivningen og i arbeids- og velferdslovgivningen. Forskriftene er langt på vei like lydende, men med enkelte ulikheter. I barnevernloven er det gitt hjemmel til å fastsette forskrift om individuell plan, men denne er ikke benyttet. I høringsnotatet foreslo departementene å utdype velferdstjenestelovens regulering av individuell plan ved forskrift. Det ble blant annet vist til at det er utilsiktede ulikheter i forskriftene og at det mangler forskrift med hjemmel i barnevernloven. Dette kan gjøre kravene til planarbeidet uklare.

Departementene foreslo at en slik regulering skulle skje ved en felles forskrift med hjemmel i de relevante velferdstjenestelovene. Forskriften skal både gi regler om innholdet i individuell plan og regler om ansvarsavklaring og samarbeid mellom de ulike velferdstjenestene.

8.4 Høringsuttalelsene

8.4.1 Generelle høringsinnspill

Om lag 50 høringsinstanser har uttalt seg om forslagene. Det er bred støtte i høringen til forslagene knyttet til individuell plan. Et klart flertall av instansene som har uttalt seg, støtter forslagene om harmonisering av reglene om individuell plan, herunder å innføre en rett til individuell plan etter barnevernloven.

Helsetilsynet er positive til lovforslagene knyttet til individuell plan og mener de vil styrke individuell plan som virkemiddel.

Barneombudet mener at ordningen med individuell plan slik den er i dag, ikke bør videreføres uten at svakheter ved ordningen er avhjulpet og viser til at det finnes mange evalueringer og rapporter som viser at ordningen ikke fungerer slik den bør. Barneombudet mener derfor det er nødvendig å gjøre noe med hele ordningen med individuell plan og foreslår at departementene bør vurdere endringer i ordningen som samsvarer bedre med intensjonene i høringsnotatet.

Barneombudet, *Bufdir*, *Bufetat region øst*, *Likestillings- og diskrimineringsombudet* og *Nasjonalt senter for læringsmiljø og atferdsforskning*, *Universitet i Stavanger* har spilt inn at begrepet individuell plan bør erstattes med «samarbeidsplan». Ombudet viser til at individuell plan er beskrevet som et verktøy for å koordinere tjenestetilbudet til den enkelte, og at begrepet samarbeidsplan i større grad gjenspeiler hva planen er til for. Instansene peker også på at begrepet samarbeidsplan kan gjøre det enklere å skille denne planen fra andre planer som eksisterer innenfor helse, NAV, skole og barnevern.

8.4.2 Plikt til å utarbeide og opprette individuell plan

Endringer i barnevernloven

Flertallet av høringsinstansene støtter at det innføres en rett til individuell plan etter barnevernloven når vilkårene er oppfylt og at det innføres en klageadgang på beslutning om individuell plan etter barnevernloven § 6-5.

Arendal kommune støtter forslagene og uttaler at «én individuell plan for hver tjenestemottaker vil være langt mer brukervennlig og vil tvinge frem tverrfaglige samarbeid mellom saksbehandlere i ulike tjenester og på tvers av lovverk».

KS støtter ikke forslaget om å endre barnevernloven slik at individuell plan lovfestes som en rettighet. KS begrunner dette med at barnevernet arbeider under andre forutsetninger enn andre tjenester og viser til muligheten for bruk av tvang. KS viser til at det kan forekomme motstridende interesser mellom barn og foreldre, og at regelverket ikke løser hvem som er tjenestemottaker – om det er begge foreldre og/eller barnet. KS mener dette taler for å videreføre dagens regulering med at det er opp til barnevernet, ut fra en vurdering av hva som er nødvendig, å avgjøre om individuell plan utarbeides.

Vilkårene for individuell plan

Flere instanser, herunder *Bufdir*, *Bufetat region sør*, *ADHD Norge* og *NAKU* har spilt inn at vilkårene for å få individuell plan bør endres, fjernes eller tydeliggjøres. *Bufdir* har også spilt inn at terskelen for å få individuell plan bør være lavere.

Barneombudet mener det er behov for å presisere hvordan vilkåret «langvarig» skal forstås.

Bufetat region sør viser til at for barn og unge som får hjelp etter barnevernloven, kan det være

slik at hjelpen blir langvarig, men utgangspunktet er at slik hjelp gis for en periode som er tidsavgrenset, og ofte av akutt karakter. *Region sør* anbefaler derfor at begrepet «langvarig» vurderes, slik at det blir en rett for barn og unge med hjelp i barnevernet å få etablert planen rimelig raskt når andre vilkår for individuell plan er oppfylt.

Statens helsetilsyn mener individuell plan bør beholdes brukere med de mest omfattende og sammensatte behovene og viser til at gjennomgang har vist at brukere med behov som utfordrer velferdstjenestene mest, er de som står igjen uten verken hjelp eller kontakt fra tjenester de trenger.

Utdanningssektoren

En rekke høringsinstanser har spilt inn at utdanningssektoren (skole, barnehage, PP-tjenesten) bør få plikt til å tilby individuell plan, på lik linje med helsetjenestene, barneverntjenesten og NAV. Dette er blant andre *Helsedirektoratet*, *Kompetansesenter rus Oslo*, *Likestillings- og diskrimineringsombudet*, *Nasjonalt senter for læringsmiljø og atferdsforskning*, *Universitet i Stavanger*, *Norsk epilepsiforbund*, *Norsk sykepleierforbund*, *Pilar kompetansetjeneste*, *Bufdir*, *Barneombudet*, *Statens barnehus* og *Byrådsavdelingen for oppvekst og utdanning i Oslo kommune*.

Likestillings- og diskrimineringsombudet viser til at mange barn med funksjonsnedsettelse har behov for flere velferdstjenester når de oppholder seg i barnehage eller på skole.

Helsedirektoratet uttaler:

De fleste barn med funksjonsnedsettelse går enten i barnehagen eller på skolen. Ansvarsplasseringen for individuell plan og koordinator gjenspeiler ikke sektorens ansvar innen tilrettelegging, spesialpedagogiske tilbud, spesialundervisning, utredning, kartlegging, inkludering, hjelpemidler etc. Det bør vurderes om det er hensiktsmessig at NAV og Barnevernet skal tilby individuell plan, men ikke opplæringssektoren. Ikke alle barn med funksjonsnedsettelse har barnevernstiltak, men alle har behov for en eller annen form for tilbud fra opplæringssektoren. Antallet koordinatører fra denne sektoren gjenspeiler behovet for bedre harmonisering i regelverket. Vi anbefaler derfor at opplæringssektoren bør inkluderes i harmoniseringen av lovverket om IP og koordinator og inkluderes i felles forskrift.

Barneombudet uttaler at *«for noen barn vil hovedutfordringen være knyttet til skolesituasjonen, men skolen kan ikke løse barnets behov alene. Da bør hensynet til barnets beste tale for at også skolen får en plikt til å utarbeide samarbeidsplan»*.

Bufdir viser til erfaring med at en del elever med fysisk og psykisk funksjonsnedsettelse, som har behov for omfattende tilrettelegging i undervisningen og i skolehverdagen, også har behov for andre tjenester i skoletiden. I tillegg til tjenester fra PP-tjenesten og Statped kan det være snakk om tjenester fra NAV (undervisningshjelpemidler eller andre hjelpemidler) eller helsetjenester på skolen (skolehelsetjeneste, fysioterapi m.m.). Ifølge Bufdir vil det i slike tilfeller være naturlig at skolen har like plikter knyttet til individuell plan som øvrige velferdstjenester nettopp fordi det meste av innsatsen foregår i skoletiden.

Byrådsavdelingen for oppvekst og utdanning i Oslo kommune uttaler:

Nesten alle barn og unge som har behov for langvarige og koordinerte tiltak går i barnehage eller skole. Det er viktig for å sikre et helhetlig, samordnet tilbud at barnehagen eller skolen har en sentral rolle for at ulike tiltak skal henge sammen. (...) Barnehage, skole og PPT bør i likhet med andre tjenester ha et selvstendig ansvar til å initiere samarbeid med andre tjenester i kommunene og til å bidra i utarbeidelse av og arbeid med individuell plan. Det vil i mange tilfeller være naturlig at barnehage eller skole tar et koordineringsansvar.

Statped har uttalt at opplæringssektorens rolle i arbeidet med individuell plan bør tydeliggjøres.

Bergen kommune er enig i begrunnelsen om at barnehager, skoler og skolefritidsordning ikke skal ha denne plikten. Kommunen uttaler videre:

Barnehage, skole og skolefritidsordning er en allmenn arena der barnet skal være, lære, leke og trives – med tilpasset og tilrettelagte aktiviteter. Barnehage, skole og skolefritidsordning deltar ikke på samme måte som velferdstjenestene i arbeidet med å få tiltak i familien til å henge sammen med andre tiltak og anbefalinger fra spesialisthelsetjenesten for særlige oppfølgingsbehov.

8.4.3 Plikt til å medvirke i arbeidet med individuell plan

En del av høringsinstansene har uttalt seg om forslaget om å innføre medvirkningsplikt til indivi-

duell plan i barnehageloven § 2 b, opplæringsloven § 15-8, friskoleloven § 3-6 a, krisesenterloven § 4 og introduksjonsloven § 26 tredje ledd, nå integreringsloven § 50 tredje ledd. Flertallet støtter forslaget.

Arendal kommune støtter forslaget og vurderer at tjenestene det er foreslått medvirkningsplikt for, kan fange opp behov som ikke kommer til uttrykk andre steder.

Kreftforeningen støtter forslaget og viser til at dette er arenaer som barn og unge er i store deler av tiden, og som er viktig at samarbeider og medvirker i oppfølging av saker der individuell plan er opprettet.

KS støtter ikke å innføre en slik medvirkningsplikt for velferdstjenester som ikke har en slik medvirkningsplikt i dag, og er kritiske til om det er egnet og nødvendig med bestemmelser om medvirkning til individuell plan.

Askøy kommune peker på at det kan bli utfordrende for barnehagene å medvirke i arbeidet med individuell plan fordi barnehager ikke har avsatt tid til denne typen arbeid.

Enkelte instanser er uenige i forslaget om at familievernkontorene ikke skal ha medvirkningsplikt til individuell plan. Dette er *Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir), Pilar kompetanse-tjeneste (Regionsenter for barn og unges psykiske helse), Ressurssenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) Vest, Barneombudet og Statens Helsetilsyn*.

Bufdir skriver at familievernkontorene blant annet har ansvar for å veilede foreldre med barn i fosterhjem og barnevernsinstitusjon, og at de derfor kan ha en viktig rolle når det gjelder å forberede og veilede foreldre i forkant av samvær samt i forbindelse med eventuell tilbakeføring av barn som har vært bosatt utenfor hjemmet.

Helsetilsynet uttaler at familievernkontoret *«kan være en viktig aktør i arbeidet rundt barn med sammensatte behov og særlig i situasjoner hvor det er store og langvarige konflikter i familien til barna»*.

RVTS Vest uttaler: *«Selv om tjenester etter familievernkontorloven normalt vil være av midlertidig karakter, vil familievernkontorene i noen tilfeller ha viktige opplysninger om barnets fungering innad i familien og/eller i perioder kunne være en viktig innsats i barnets liv.»*

8.4.4 Felles forskrift om individuell plan

Flertallet av instansene som har uttalt seg, støtter forslaget om en felles forskrift om individuell plan for barneverntjenesten, helse- og omsorgs-

tjenestene og arbeids- og velferdsforvaltningen. *Fredrikstad kommune* støtter forslaget og mener at en felles forskrift om individuell plan er et viktig virkemiddel for en felles forståelse og gjennom dette grunnlag for felles praksis.

Statsforvalteren i Oslo og Viken støtter forslaget og mener en felles forskrift vil bidra til å klargjøre kravene knyttet til innholdet i planarbeidet. Statsforvalteren påpeker at det er behov for kompetanseheving på planarbeid.

Helse Fonna støtter forslaget og uttaler at «reglar for innhald i planen og avklaringar i forhold til ansvarsfordeling og samarbeidsform vil vere eit nyttig verktøy som forpliktar alle parter på tvers av tenestenivå og sektorar».

Helsedirektoratet støtter forslaget. De uttaler:

For barn, unge og deres foreldre vil det være lettere å forholde seg til en forskrift enn til alle sektorlovene når de har behov for et helhetlig og koordinert tilbud. Det vil også være enklere for den enkelte sektor å finne frem til de andre sektorenes ansvar for individuell plan og koordinering av tjenestene, uten å måtte kjenne de ulike særlovene.

8.5 Departementenes vurderinger

8.5.1 Plikt til å utarbeide og opprette individuell plan

Departementene fastholder forslaget om å harmonisere bestemmelsene om plikt og rett til å tilby individuell plan. Forslaget innebærer å endre barnevernloven § 3-2 a slik at barn og unge får en rett til individuell plan når vilkårene er oppfylt. Som en konsekvens av forslaget om å innføre rett til individuell plan etter barnevernloven, mener departementene at en beslutning om ikke å tilby individuell plan bør kunne påklages til statsforvalteren på tilsvarende måte som etter helselovgivningen og arbeids- og velferdslovgivningen.

Videre innebærer forslaget å harmonisere de konkrete vilkårene for å få rett til individuell plan. I bestemmelsen om individuell plan i barnevernloven er det inntatt et tilleggsvilkår om at individuell plan «må anses nødvendig for å skape et helhetlig tilbud for barnet». Departementene legger til grunn at det ikke har vært meningen at terskelen for når barneverntjenesten skal utarbeide individuell plan, skal være høyere enn etter tilsvarende bestemmelser om individuell plan. Tilleggsvilkåret kan ha ført til at bestemmelsen om individuell plan etter barnevernloven, har blitt praktisert på en annen måte enn etter de øvrige bestem-

melsene. Dette er i så fall en utilsiktet konsekvens av bestemmelsens utforming.

Individuell plan er primært ment som et samarbeids- og samordningsverktøy i situasjoner hvor pasienter, brukere eller tjenestemottakere får tjenester fra ulike sektorer samtidig. Etter departementenes vurdering bør inngangsvilkårene for individuell plan derfor være like. For å harmonisere reglene foreslår departementene å endre barnevernloven § 3-2 a i samsvar med tilsvarende bestemmelser innenfor helse- og omsorgstjenesten og arbeids- og velferdsforvaltningen. Dette innebærer å fjerne tilleggsvilkåret om at individuell plan «må anses nødvendig for å skape et helhetlig tilbud for barnet» i § 3-2 a.

I høringen ble det spilt inn at vilkåret om behov for «langvarige» tiltak eller tjenester bør fjernes, eller at det bør fremgå tydeligere hva som ligger i dette vilkåret. Departementene vurderer at det ikke er hensiktsmessig å fjerne vilkåret. Det vises til at barn og unge skal få et helhetlig og koordinert tjenestetilbud når de har behov for det, jf. forslag til samarbeidsplikt i kapittel 5. For barn og unge som ikke oppfyller vilkårene for individuell plan, skal samarbeidsplikten sikre et helhetlig og koordinert tilbud. Etter departementenes vurdering skal individuell plan være et samarbeidsverktøy for de barna med størst behov, som krever en ekstra innsats i form av samhandling og samordning. Det er derfor viktig med en målrettet innsats for denne gruppen.

Bufetat Region sør viser til at utgangspunktet for barnevernloven er at hjelpen gis for en avgrenset periode, og kan være av akutt karakter. Regionen påpeker at også barn som får hjelp av barnevernet i en kortere periode, bør ha rett til individuell plan når de øvrige vilkårene er oppfylt. Departementene er enig i dette og understreker at kravet til varighet må sees i sammenheng med behovet for samordning av tjenestene. Selv om behovet bare strekker seg over en kortere periode, kan behovet for en strukturert planprosess med konkrete mål gjøre at individuell plan er et egnet verktøy.

Videre opprettholder departementene vurderingen om at utdanningssektoren ikke skal gis en plikt til å utarbeide og opprette individuell plan. Departementene vurderer at barnehagene og skolelne samarbeider tett med andre velferdstjenester, og at de ofte er en viktig medvirker ved utforming og oppfølging av individuelle planer. Dette kan tale for at de i noen situasjoner kan være de første eller nærmeste til å starte arbeidet med en individuell plan, og at de derfor bør ha en selvstendig plikt til å utarbeide individuell plan. Samtidig

skiller barnehage- og skoletilbudet seg fra barneverntjenesten, helsesektoren og arbeids- og velferdssektoren (NAV) ved at de tre sistnevntes innsats er betinget av at det foreligger et bestemt behov, for eksempel knyttet til barnets helse-, omsorgs- eller familiesituasjon. Barnehage- og skoletilbudet er for alle barn og unge, uavhengig av hva som er den enkeltes behov, og uavhengig av om det foreligger særlige utfordringer. Barnehager og skoler skal tilpasse tilbudet til det enkelte barn eller ungdom, og de skal tilby spesialpedagogisk hjelp eller spesialundervisning når det er nødvendig. Skolen skal utarbeide en individuell opplæringsplan for elever med spesialundervisning. Arbeid med individuell plan vil være aktuelt dersom det er behov for å koordinere arbeidet til barnehagen eller skolen med andre tjenester som barnet mottar. I tilfeller hvor helsetjenesten, barnevernet eller arbeids- og velferdssektoren gir tjenester som følge av barnets helse- eller familiesituasjon, vil disse velferdstjenestene som oftest være nærmest til å se hva som bør koordineres på tvers, og dermed til å utarbeide den individuelle planen. Barnehager og skoler har bare unntaksvis en så sentral rolle i å tilby denne typen hjelpe- og støttetiltak til barn og unge.

Departementene finner på bakgrunn av det ovennevnte ikke grunnlag for å lovfeste en plikt for barnehager og skoler til å utarbeide individuell plan. Tilsvarende vurderer departementene at det ikke er grunnlag for å pålegge skolefritidsordningen og PP-tjenesten å utarbeide individuell plan. Departementene viser til at barnehager, skoler, skolefritidsordningen og PP-tjenesten kan ta kontakt med andre velferdstjenester dersom de ser behov for å få utarbeidet en individuell plan, forutsatt at den det gjelder, samtykker til dette.

Departementene vurderer videre at begrepet «individuell plan» ikke bør endres på nåværende tidspunkt. Begrepet er svært innarbeidet og fremgår av en rekke lov- og forskriftsbestemmelser, samt veiledere og rundskriv.

8.5.2 Plikt til å medvirke i arbeidet med individuell plan

Departementene opprettholder forslaget om å innføre plikt til å medvirke i arbeidet med individuell plan i barnehageloven § 2 b, opplæringsloven § 15-8, friskoleloven § 3-6 a, krisesenterloven § 4 tredje ledd og integreringsloven § 50. Departementene viser til at forslaget omfatter sentrale tjenester for barn og unge.

For at barnehagen skal kunne gi barn som har behov for langvarige og koordinerte tjenester et

godt pedagogisk tilbud, og møte det enkelte barnets behov, kan det være nødvendig at barnehagen medvirker i arbeidet med individuell plan. Det samme gjelder for skolefritidsordningen, hvor de fleste elever tilbringer tid før og etter skoletid til og med 4. trinn, eller opp til 7. trinn for barn med behov for særskilt tilrettelegging.

Videre vurderer departementene at PP-tjenesten ofte vil være involvert i oppfølgingen av barn og unge som har behov for sammensatte tjenester, og derfor bør ha plikt til å medvirke i arbeidet med individuell plan.

Departementene vurderer at introduksjonsprogrammet kan ha tiltak som støtter opp om målene i en individuell plan, samtidig som samarbeidet om en slik plan kan bidra til at introduksjonsprogrammet blir mer tilpasset den enkeltes behov.

Forslaget innebærer at de nevnte tjenestene får en plikt til å medvirke til eller samarbeide om individuell plan der hvor dette er opprettet, og når medvirkning er nødvendig for å ivareta tjenestemottakerens behov for et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud.

Departementene ser at det kan være argumenter for at plikten til å medvirke til individuell plan skal være så bred som mulig, og derfor bør inkludere familievernkontorene. Det er også argumenter imot. Tjenester etter familievernkontorloven vil normalt være midlertidige, og det vil i mange sammenhenger ikke være nødvendig med løpende samarbeid med andre tjenester. I tillegg legger vi vekt på at familievernet har den enkelte familie som klient, ikke bare det enkelte barn. Familievernet har familierelaterte og relasjonsrelaterte problemer som sitt spesialfelt. Familievernet er også et frivillig tilbud. I tillegg arbeider regjeringen med oppfølgingen av NOU 2019: 20 *En styrket familietjeneste – En gjennomgang av familievern-tjenesten*. Ett av de sentrale spørsmålene som drøftes i NOU-en, er hvilke oppgaver tjenesten skal ha. Spørsmålet om hvordan familievernet skal samarbeide med andre tjenester er helt sentralt her. I denne sammenhengen vurderes det også samarbeid med andre instanser enn dem som berøres av forslaget om individuell plan. Departementene mener det er viktig å foreta en samlet vurdering av hvilke oppgaver familievernet skal ha. Departementene foreslår derfor ikke at familievernet skal gis plikt til å medvirke til individuell plan.

8.5.3 Felles forskrift om individuell plan

Departementene fastholder forslaget om å utarbeide en felles forskrift om individuell plan for

barneverntjenesten, helse- og omsorgstjenestene og arbeids- og velferdsforvaltningen. Av disse tre velferdstjenestene er barneverntjenesten den eneste hvor det ikke er gitt utfyllende regler om planarbeidet ved forskrift. Barneverntjenesten samarbeider ofte tett med helse- og omsorgstjenesten og arbeids- og velferdsforvaltningen om oppfølging og tjenesteytelse til barn og unge. Dette taler for at det for barneverntjenesten bør gis utfyllende eller supplerende regler om individuell plan ved forskrift, både når det gjelder opprettelse av og samarbeid om individuell plan. Forskriftsregulering av barneverntjenestens arbeid med individuell plan kan bidra til en mer koordinert og helhetlig tjenesteytelse.

På den andre siden kan det innvendes at forskriftsregulering av også barneverntjenestens arbeid med individuell plan vil innebære en byråkratisering i form av ytterligere regelverk. Departementene mener imidlertid at et slikt argument bør tillegges begrenset vekt sammenlignet med de klare fordelene en slik forskriftsregulering vil innebære. Departementene viser særlig til at det bare skal utarbeides én individuell plan. En felles forskrift vil derfor innebære en forenkling av regelverket. Under henvisning til ovennevnte foreslår departementene en felles forskrift om individuell plan. Forskriften forutsetter at øvrige forslag til lovendringer i proposisjonen gjennomføres.

Forskriftsforslaget som var på høring innebærer langt på vei en videreføring og harmonisering av dagens regelverk, både når det gjelder plikten til å opprette individuell plan og til å medvirke eller samarbeide om individuell plan. På enkelte punkter innebærer forslaget som var på høring materielle eller prosessuelle endringer sammenlignet med dagens regelverk. Departementene viser blant annet til at det ikke fremgår klart av lov- og forskriftsregelverket hvilken velferdstjeneste som skal ha koordineringsansvaret

når en person mottar tjenester fra flere sektorer. Dette kan skape uklare ansvarsforhold og kan bidra til at det individuelle planarbeidet ikke fungerer etter intensjonen eller ikke blir gjennomført. Det er kun i regelverket om helse- og omsorgstjenester det er en uttrykkelig plikt til å tilby koordinator. Regelverket er uklart knyttet til om koordinator etter helselovgivningen skal koordinere tjenester som ikke er helse- og omsorgstjenester. Denne problemstillingen vil følges opp i forskriftsarbeidet.

Departementene vil utarbeide en felles forskrift om individuell plan for barneverntjenesten, helse- og omsorgstjenestene og arbeids- og velferdsforvaltningen. For å sikre at dette blir en felles forskrift, og ikke forskrifter fastsatt av det enkelte departement, foreslår departementene å endre forskriftshjemlene slik at det er Kongen, og ikke departementet, som kan gi forskrift.

8.6 Forslag til lovendringer

Departementene foreslår å endre barnevernloven § 3-2 a slik at vilkårene for individuell plan utformes i samsvar med øvrige bestemmelser om individuell plan i de andre sektorlovene. Forslaget innebærer at barn og unge får en *rett* til individuell plan når vilkårene er oppfylt.

Departementene foreslår å endre forskriftshjemlene i barnevernloven, sosialtjenesteloven, NAV-loven, helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven slik at det er Kongen i statsråd, og ikke departementet, som kan gi forskrift om individuell plan.

Departementene foreslår videre bestemmelser om plikt til å medvirke i arbeidet med individuell plan i flere lover, herunder barnehageloven § 2 b, opplæringsloven § 15-8, krisesenterloven § 4 tredje ledd friskoleloven § 3-6 a og integreringsloven § 50.

9 Tilsyn

9.1 Gjeldende rett

Det følger av lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. (helsetilsynsloven) § 3 tredje ledd at statsforvalteren er tillagt myndighet til å føre tilsyn med helse- og omsorgstjenesten. Statsforvalteren skal føre tilsyn med helse- og omsorgstjenesten og med alt helsepersonell og annet personell i fylket som yter helse- og omsorgstjenester, jf. lovens § 4 andre ledd første punktum. Statsforvalteren skal føre tilsyn med om tjenestene er i samsvar med det som er bestemt i lover og forskrifter, jf. bestemmelsens andre punktum.

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 at statsforvalteren blant annet skal føre tilsyn med kommunens plikt til samhandling og samarbeid etter lovens § 3-4, kommunens plikt til å tilrettelegge tjenestene slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstilbud etter lovens § 4-1 første ledd bokstav a, plikten til å inngå samarbeidsavtale etter lovens kapittel 6 og kravene til individuell plan, koordinator og koordinerende enhet etter lovens kapittel 7.

Statsforvalteren fører tilsyn med barnevernsvirksomheten i de enkelte kommunene, jf. barnevernloven §§ 2-3 fjerde ledd og 2-3 b andre ledd, og fører tilsyn med lovligheten av kommunens oppfyllelse av plikter etter barnevernloven kapittel 1-9. Tilsynshjemmelen omfatter barneverntjenestens samarbeidsplikt etter barnevernloven § 3-2 og kravene til å utarbeide individuell plan etter barnevernloven § 3-2 a.

Kommunen fører tilsyn med virksomheter etter barnehageloven, jf. barnehageloven § 53. Statsforvalteren kan i særlige tilfeller føre tilsyn med at den enkelte barnehage blir drevet i samsvar med barnehageloven med forskrifter, jf. barnehageloven § 55. Bestemmelsene er ikke trådt i kraft, men inntil ikrafttredelse fører kommunen tilsyn med virksomheter etter barnehageloven etter forskrift 18. desember 2020 nr. 3026 om overgangsregler til barnehageloven – tilsyn, veiledning, reaksjoner § 2. Statsforvalteren kan i særlige tilfeller føre tilsyn med den enkelte barne-

hage etter forskriften § 5 andre ledd. Tilsynshjemlene omfatter styrers plikt til å sikre at barnehagen har innarbeidet rutiner for samarbeid med relevante institusjoner etter forskrift om rammeplan for barnehagens innhold og oppgaver.

Statsforvalteren fører tilsyn med at kommunene og fylkeskommunene oppfyller de pliktene de er pålagt i eller i medhold av opplæringsloven kapittel 1-16, jf. opplæringsloven § 14-1. Tilsynshjemmelen omfatter samarbeidsplikten etter opplæringsloven § 15-8 og plikten til å delta i arbeidet med individuell plan, jf. opplæringsloven § 15-5.

Departementet fører tilsyn med skoler som er godkjent etter friskoleloven, jf. friskoleloven § 7-2 første ledd. Utdanningsdirektoratet ivaretar oppgaven etter delegasjon. Tilsynshjemmelen omfatter samarbeidsplikten etter friskoleloven § 3-6 b og plikten til å delta i arbeidet med individuell plan, jf. friskoleloven § 3-6 a.

Statsforvalteren fører tilsyn med at kommunen oppfyller sine plikter etter kapittel 4 og § 16 første ledd i sosialtjenesteloven, jf. sosialtjenesteloven § 9 første ledd. Tilsynshjemmelen omfatter dermed blant annet ikke sosialtjenesteloven § 13 om samarbeid med andre deler av forvaltningen og § 45 om opplysningsplikt til barnevernet. Tilsynshjemmelen omfatter kravene til å utarbeide individuell plan etter sosialtjenesteloven § 28.

Statsforvalteren skal føre tilsyn med at kommunen oppfyller pliktene de er pålagt etter §§ 2, 3, 4 og 8 i krisesenterloven, jf. krisesenterloven § 9 første ledd. Tilsynshjemmelen omfatter plikten til samordning av tjenester etter krisesenterloven § 4.

Statsforvalteren fører tilsyn med virksomheten ved familievernkontorene i fylket, jf. familievernkontorloven § 3. Tilsynshjemmelen i familievernkontorloven § 3 omfatter alle bestemmelsene i loven, men familievernkontorloven inneholder ikke bestemmelser om samarbeid eller samordning. Tilsynshjemmelen omfatter derfor ikke denne typen krav i dag.

Integreringsloven inneholder ikke bestemmelser om samarbeid eller samordning. Tilsynshjemmelen i integreringsloven § 48 omfatter derfor ikke denne typen krav.

9.2 Høringsforslaget

Departementene foreslo å gi hjemmel for å føre tilsyn med de foreslåtte bestemmelsene om samarbeid og samordning i sosialtjenesteloven, familievernkontorloven og introduksjonsloven (som nå er erstattet av integreringsloven).

9.3 Høringsuttalelsene

Det er 26 høringsinstanser som har kommentert departementenes forslag om å gi hjemmel for å føre tilsyn med de foreslåtte bestemmelsene om samarbeid og samordning i sosialtjenesteloven, familievernkontorloven og integreringsloven. Av disse er det 24 høringsinstanser som støtter forslaget.

En høringsinstans, KS, er imot forslaget. KS uttaler følgende:

I høringsnotatet framgår det ikke om statlig tilsyn er vurdert i forhold (sic) andre virkemidler, og dermed heller ikke at valget av statlig tilsyn som virkemiddel beror på en vurdering av de ulike virkemidlenes formåls- og kostnads-effektivitet. KS ber departementene vurdere om tilsyn med tilhørende krav til dokumentasjon er det rette virkemiddelet for å få til bedre samarbeid. Også i en vurdering av virkemidler avgrenset til regeletterlevelse, må nytten av tilsyn vurderes opp mot andre statlige virkemidler for regeletterlevelse.

Horten kommune har ikke tatt stilling til forslaget, men uttaler at det er uklart hvem som skal gjennomføre tilsynene siden det er flere tilsyn med ulike fagområder.

Statsforvalteren i Agder savner en redegjørelse for hvorfor det ikke gis en tilsynshjemmel etter NAV-loven og *Statsforvalteren i Innlandet* mener det bør gis en tilsynshjemmel i NAV-loven. Statsforvalteren i Agder ber også departementene vurdere om statsforvalteren bør ha mulighet til å føre tilsyn med samarbeidsbestemmelsene i barnehageloven.

9.4 Departementenes vurderinger

Departementene opprettholder forslaget om at statsforvalteren skal kunne føre tilsyn med de foreslåtte bestemmelsene om samarbeid og samordning etter sosialtjenesteloven, familievernkontorloven og integreringsloven.

De fleste lovene som foreslås endret i denne proposisjonen, har allerede bestemmelser som gir statsforvalteren eller en annen tilsynsmyndighet hjemmel til å føre tilsyn med alle eller de fleste pliktene i loven, herunder eksisterende samarbeidsbestemmelser. Departementene kan ikke se at de foreslåtte endringene i samarbeidspliktene, de nye samarbeidsbestemmelsene, den foreslåtte samordningsplikten eller ordningen med barnekoordinator står i en annen stilling. Departementene foreslår derfor ingen endringer i disse tilsynshjemlene. Tilsynsmyndighetene vil dermed kunne føre tilsyn med de foreslåtte bestemmelsene.

Forslaget om å gi hjemmel for å føre tilsyn med de nye bestemmelsene om samarbeid og samordning i sosialtjenesteloven, familievernkontorloven og integreringsloven har fått stor støtte i høringen. KS er imot forslaget og ber departementene vurdere om tilsyn med tilhørende krav til dokumentasjon er det rette virkemiddelet.

Departementene mener det er risiko for at de foreslåtte pliktene ikke etterleves. Departementene viser til at det er større sannsynlighet for svikt når kvaliteten på tjenestene avhenger av bidrag fra flere velferdstjenester. Forvaltningen er delt i sektorer med mange barrierer for samarbeid på tvers. Organiseringen gjør at de ansatte i velferdstjenestene i kommunen arbeider ut fra ulike samfunnsoppdrag og prioriteringer. Sektorene og velferdstjenestene har forskjellig historie, kompetanse og kultur. De er organisert forskjellig, med ulike systemer for finansiering og juridisk rammeverk. Ansvar kan oppleves uklart og oppgaver overlapper hverandre. Flere tilsyn og offentlige utredninger har dokumentert at manglende samarbeid mellom velferdstjenester har ført til at barn og ungdoms behov ikke oppdages tidlig nok, og at barn, ungdom og deres familier ikke får den oppfølgingen de trenger.

Konsekvensene av svikt kan være vesentlige fordi barn og ungdom som har behov for helhetlige og samordnede tjenester fra flere velferdstjenester, utgjør noen av samfunnets mest sårbare grupper. Når barn og ungdom ikke får de rette tjenestene til rett tid, kan problemene deres blir større og vanskeligere. Kunnskapsgrunnlaget viser at mange får stadig økende problemer i fremtiden slik at de ikke klarer å mestre sine egne liv. Departementene viser til redegjørelsen i kapittel 2 og kunnskapsgrunnlaget for øvrig i 0–24-samarbeidet.

Departementene mener statlig tilsyn er egnet som mekanisme til å sikre etterlevelse av plikter knyttet til samarbeid og samordning. For å få til et

godt samarbeid er det nødvendig med avklarte roller og god styring av tjenesteutøvelsen. Dette forutsetter at det legges til rette for samarbeid mellom tjenestene på systemnivå. For at tilsynet skal fungere etter hensikten, kan det ikke være avgrenset til å kontrollere praksisen til én eller noen av velferdstjenestene som skal delta i et samarbeid. Gjennom tilsyn vil det være mulig å se på velferdstjenestene på tvers. Det er statsforvalteren som gjennomfører tilsyn med både helse- og omsorgstjenester, sosiale tjenester, barnevern, opplæring, krisesentertilbudet, familievernkontorene og integrering. Departementene mener at en utvidelse av tilsynshjemlene i sosialtjenesteloven, familievernkontorloven og integreringsloven legger godt til rette for at det vil være mulig å gjennomføre felles tverrsektorielle tilsyn med samarbeidspliktene og kommunens plikt til, ved behov, å avklare hvem som skal samordne sam-

arbeidet. Tilsynshjemmelen i familievernkontorloven § 3 omfatter alle bestemmelsene i loven og vil derfor omfatte den nye bestemmelsen om samarbeid og samordning. Departementene foreslår derfor ikke å endre denne bestemmelsen.

9.5 Forslag til lovendringer

Departementene foreslår å endre sosialtjenesteloven § 9 slik at statsforvalteren kan føre tilsyn med de nye kravene til samarbeid og samordning. Tilsynshjemmelen i sosialtjenesteloven foreslås endret slik at denne også omfatter sosialtjenesteloven § 13 andre ledd første punktum, tredje ledd og fjerde ledd første punktum. Videre foreslår departementene å endre integreringsloven § 48 første ledd slik at statsforvalteren kan føre tilsyn med kravene til samarbeid og samordning.

10 Administrative og økonomiske konsekvenser

10.1 Innledning

Forslagene i proposisjonen innebærer en tydeliggjøring og harmonisering av samarbeidspliktene i de aktuelle sektorlovene. Departementene legger til grunn at dette kan føre til mer effektivt samarbeid i kommunene. I tillegg vil gode systemer og rutiner for samarbeid være ressursbesparende på sikt. Forslagene innebærer ikke endringer i hva som er vilkårene for å få tjenester eller i innholdet i tjenestene.

Utsatte barn og unge er en sårbar gruppe. Dersom regelverksendringene fører til bedre samarbeid og samordning av tjenestene, kan dette bidra til å forebygge helseutfordringer og utenforskap, samtidig som tjenestetilbudet til den enkelte blir bedre. I tillegg vil det avlaste familiene. Dette kan medføre at flere fullfører skolen, deltar i samfunnslivet og får en varig tilknytning til arbeidslivet. Dette vil igjen gi store gevinster for den enkelte og for samfunnet. Tidligere samfunnsøkonomiske beregninger har for eksempel anslått at en økning i gjennomføringen av videregående opplæring fra 70 til 80 prosent kan føre til at samfunnets kostnader reduseres med om lag 5,4 mrd. kr for hvert årskull.¹ Forslagene antas samlet sett å være samfunnsøkonomisk lønnsomme.

Det er vanskelig å tallfeste administrative og økonomiske konsekvenser av samarbeid. Samarbeid foregår på mange ulike måter og organiseres ulikt. Samarbeid kan være tidkrevende. Særlig oppstarten med å utvikle systemer og rutiner for samarbeid, og med å utvikle en felles samarbeidskultur i kommunen, vil kunne kreve ressurser. Departementene vil imidlertid understreke at mangelen på gode systemer og rutiner antagelig er enda mer tidkrevende. Det krever også ressurser å finne frem til rette personer og til å avtale samarbeidsmøter der kanskje ikke alle relevante etater er til stede, slik at det blir behov for enda flere møter.

Enkelte forslag i denne proposisjonen innebærer oppgaveendringer for kommunen eller andre aktører. De fleste forslagene er imidlertid en tydeliggjøring eller presisering av dagens regler. Formålet med forslagene er først og fremst å tydeliggjøre kommunens eksisterende ansvar for å sørge for at velferdstjenestene samarbeider på tvers av sektorer, slik at den enkelte tjenestemottakeren får et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Endringene har som mål å gjøre reglene om samarbeid og samordning enklere og mer tilgjengelig for brukerne. Endringene som foreslås, legger til rette for at man kan finne gode løsninger lokalt slik at de ikke virker byråkratiserende. Det foreslås heller ikke særskilte dokumentasjonsplikter.

Departementene erfarer at dagens samarbeidsplikter i varierende grad etterleves av kommunene og andre som utfører tjenester. For enkelte kommuner og velferdstjenester vil forslagene innebære praksisendringer. Departementene legger til grunn at enkelte velferdstjenester kan få et administrativt og økonomisk merbehov som følge av manglende samarbeid i dag. For noen velferdstjenester og i enkelte kommuner kan dette merbehovet være betydelig, særlig i en første fase. Kommunene har i dag et ansvar for å sikre samordning mellom kommunale velferdstjenester og oppgaver. Samtidig har de fleste av velferdstjenestene plikt til å samarbeide etter dagens regler. Forslagene innebærer derfor hovedsakelig presiseringer og tydeliggjøringer av dagens regler. Departementene mener derfor at forslagene i all hovedsak kan gjennomføres innenfor gjeldende rammer.

Forslagene er særlig rettet mot barn og unge, og flere av forslagene gjelder i hovedsak kun denne gruppen. Dette gjelder forslag til endring i barnevernloven, barnehageloven og friskoleloven. Forslag til endring i opplæringssektoren ellers, helse- og omsorgstjenesten, familievernet, arbeids- og velferdsforvaltningen og krisesenter-tilbudet vil imidlertid også gjelde for voksne.

I barnehagen og skolen er et vanlig anslag at det til enhver tid er 15–25 prosent av barna og elevene som trenger særlige tilpasninger. Dette

¹ Anslaget er satt innenfor et spenn på 1,1 til 8,8 mrd. kroner for hvert kull, avhengig av ulike forutsetninger på inntekts-siden, Falch mfl. 2009. *Kostnader av frafall i videregående opplæring*. Senter for økonomisk forskning, NTNU.

omfatter alt fra barn som trenger litt ekstra støtte i en kort periode til barn som trenger mye støtte over lengre tid. En del av disse barna vil ha behov for hjelp fra flere velferdstjenester. Et anslag over barn som trenger omfattende, varige og intensive individuelle tiltak i barnehage og skole, er 1–3 prosent av barn og unge.² De fleste av disse barna har antagelig behov for tjenester fra flere sektorer.

I 2018 var det i underkant av 56 000 barn og unge fra 0–22 år som mottok hjelp av barnevernet. Ved utgangen av 2018 var 15 000 barn og unge med hjelp fra barnevernet plassert utenfor hjemmet.³ Departementene legger til grunn at barn og unge som er plassert i fosterhjem eller på institusjon, ofte vil ha særlig behov for tjenester og tiltak fra andre instanser. Om lag 75 prosent av barna i barnevernsinstitusjoner har minst én psykisk lidelse, og mange har flere lidelser samtidig, som angst, depresjon og alvorlige atferdsforstyrrelser. Videre viser undersøkelser at 51 prosent av barn plassert i fosterhjem (i alderen 6–12 år) fyller kriteriene for én eller flere psykiske lidelser. Det er ti ganger høyere enn blant norske skolebarn ellers. Dette innebærer at mange barn i fosterhjem og institusjon har omfattende behov for hjelp fra helse- og omsorgstjenesten, og at det derfor stilles store krav til samarbeid mellom velferdstjenestene i disse tilfellene.

Ifølge Folkehelseinstituttet vil mellom 16–22 prosent av den voksne befolkningen ha en psykisk lidelse i løpet av 12 måneder.⁴ Om lag 7 prosent av barn i førskole- og skolealder har symptomer som er forenlig med en psykisk lidelse. Forekomsten av psykiske plager er høyere i noen grupper, blant annet hos lavinntektsgrupper og innvandrere fra lav- og middelinntektsland, enn i den øvrige befolkningen.

De ti prosentene av barn og unge innen psykisk helsevern som trenger mest spesialisthelsetjenester, stod for vel 60 prosent av ressursbruken og 99 prosent av alle oppholdsdøgnene i 2016.⁵ Denne gruppen har stort behov for tjenester og tett oppfølging. Ofte kan problemene være sammensatte, og det gir ikke mening å forsøke å løse problemene hver for seg, eller ett av gangen. Spesialisthelsetjenesten må derfor samarbeide tett med de kommunale helse- og omsorgstjenestene

og med skole, barnehage og andre kommunale aktører. Mange steder jobber man allerede godt med dette, men det er et klart potensial for å styrke samarbeidet rundt barn og unge.

Barn og voksne på krisesentre er sårbare grupper og har som regel behov for bistand fra flere velferdstjenester. I 2018 bodde det 1842 voksne og 1452 barn på krisesentre. For 88 prosent av barna som oppholdt seg på krisesentre, ble det opprettet kontakt med andre instanser før eller under oppholdet. Dette gjaldt 92 prosent av oppholdene til voksne beboere.

Det pågår flere prosesser for å styrke samarbeidet mellom velferdstjenestene. Dette vil ha positiv innvirkning på kommunenes forutsetninger for å tilpasse seg de foreslåtte endringene. Forslagene må derfor ses i sammenheng med øvrige tiltak for å styrke samarbeidet mellom velferdstjenestene. Som omtalt i innledningen arbeider direktoratene i 0–24-samarbeidet blant annet med å vurdere tiltak for bedre samordning, tilgjengelighet og tilpassing av de pedagogiske virkemidlene. Departementene mener at en tydeliggjøring og harmonisering av bestemmelsene om samarbeid vil bidra til å støtte opp under dette arbeidet.

Nedenfor følger en nærmere vurdering av de økonomiske og administrative konsekvensene av forslagene som innebærer oppgaveendringer for kommunene eller andre aktører, og de forslagene departementene mener kan føre til praksisendringer selv om det er en tydeliggjøring eller presisering av dagens regelverk. Av forslagene er det særlig barnekoordinatorordningen som vil medføre økte utgifter. Størrelsen på merutgiftene vil avhenge av hvordan ordningen utformes og hvordan kommunene velger å løse oppgaven. Når det gjelder de andre forslagene til regelverksendringer for å harmonisere og styrke samarbeidet mellom velferdstjenestene, vurderer departementene at disse ikke vil innebære vesentlige økonomiske og administrative konsekvenser for kommunene, fylkeskommunene eller andre aktører.

10.2 Høringsnotatets beskrivelse av konsekvensene av forslagene

10.2.1 Oppmerksomhetsplikt

Departementene foreslo å harmonisere bestemmelsene i de ulike lovene om oppmerksomhetsplikt, samt innføre en slik plikt i krisesenterloven. Formålet med forslaget er at velferdstjenestene skal være oppmerksomme på forhold som kan føre til tiltak fra sosialtjenesten og helse- og omsorgstjenesten. Departementene la til grunn at

² Nordahl T. mfl (2018): *Inkluderende fellesskap for barn og unge. Ekspertgruppen for barn og unge med behov for særskilt tilrettelegging*. Fagbokforlaget.

³ <https://www.ssb.no/statbank/table/11600/tableViewLayout1/>

⁴ Folkehelseinstituttet (2018). *Psykisk helse i Norge*

⁵ Helsedirektoratet (2018). *Pasientgrupper med omfattende tjenestebehov*. Rapport IS-2739

forslaget vil bidra til en forenkling av regelverket, og på denne måten ta bort en mulig barriere for samarbeid i dag. Slik sett innebærer ikke forslaget en ny oppgave for kommunen.

Krisesentertilbudet skal allerede i dag «*gjø brukarane støtte, rettleiing, hjelp til å ta kontakt med andre deler av tenesteapparatet*», jf. § 2. Krisesenterstatistikken viser at krisesentrene samarbeider med blant annet arbeids- og velferdsforvaltningen og psykisk helsevern. Det ble derfor lagt til grunn at innføring av en plikt i krisesenterloven ikke vil medføre økonomiske eller administrative konsekvenser av betydning for kommunene.

Videre foreslo departementene å endre bestemmelsene i opplæringsloven og friskoleloven om oppmerksomhetsplikt og opplysningsplikt til barneverntjenesten slik atplikten vil omfatte alle som utfører tjeneste eller arbeid etter disse lovene. Endringen innebærer blant annet at ansatte i skolefritidsordningen og leksehjelpordningen blir omfattet. Personer som utfører tjeneste eller arbeid etter opplæringsloven og friskoleloven, vil allerede ha en tilsvarende oppmerksomhetsplikt og opplysningsplikt til barneverntjenesten etter barnevernloven § 6-4 så lenge tjenesten eller arbeidet utføres for et forvaltningsorgan. På denne bakgrunn mente departementene at forslaget ikke vil innebære vesentlige økonomiske eller administrative konsekvenser.

10.2.2 Samarbeidsplikt i enkeltsaker

Departementene foreslo å harmonisere bestemmelsene om samarbeidsplikt i enkeltsaker. De fleste velferdstjenestene har etter dagens regler en plikt etter egen sektorlov til å samarbeide med andre velferdstjenester. En harmonisering av disse bestemmelsene vil derfor være presiseringer av dagens regelverk. Departementenes forslag vil samtidig føre til en forenkling av samarbeidsplikten og klargjøre velferdstjenestenes ansvar.

Skolefritidsordningen og pedagogisk-psykologisk tjeneste (PP-tjenesten) har ingen eksplisitt samarbeidsplikt etter opplæringsloven eller barnehageloven. Departementene foreslår å innføre samarbeidsplikter for skolefritidsordningen og PP-tjenesten. Departementene la til grunn at PP-tjenesten også i dag må samarbeide i enkeltsaker for å oppnå formålet sitt. PP-tjenesten skal hjelpe barn og unge med behov for særskilt tilrettelegging, for at disse skal kunne få et inkluderende likeverdig og tilpasset pedagogisk opplegg.

For skolefritidsordningen sin del vil samarbeidsplikten innebære en ny plikt. For barn med behov for særskilt tilrettelegging vil det imidlertid

også i dag ofte være nødvendig at skolefritidsordningen samarbeider med andre velferdstjenester for at barnet skal få et godt og sammenhengende tilbud. Departementene la til grunn at de økonomiske og administrative konsekvensene av lovforslaget vil være begrenset for kommunen.

Når det gjelder opplæring spesielt organisert for voksne etter opplæringsloven kapittel 4A, er det i dag ikke bestemmelser om samarbeid med andre velferdstjenester. Departementene foreslo å lovfeste en slik plikt. Mange av disse deltakerne er nyankomne innvandrere som allerede har tett oppfølging gjennom introduksjonsprogrammet. Også for andre voksne deltakere kan opplæringen være ett av flere viktige tiltak for å kvalifisere den voksne til arbeid eller videre utdanning. Samarbeid er nødvendig for å oppnå formålene med opplæringen og for å gi et godt og sammenhengende tilbud. Slik sett følger samarbeidsplikten langt på vei indirekte av dagens regelverk.

Samarbeidsplikt er heller ikke regulert i integreringsloven. Departementene foreslo å lovfeste en slik plikt. Departementene la imidlertid til grunn at samarbeid er nødvendig allerede i dag for å oppnå formålene med introduksjonsprogrammet og for å gi et godt og sammenhengende tilbud. Kommunene samarbeider med andre velferdstjenester i dag og departementene la derfor til grunn at lovfesting av samarbeidsplikten ikke vil ha vesentlige økonomiske og administrative konsekvenser.

Barnehagen har i dag en plikt etter barnehageloven til å bistå sosialtjenesten og helse- og omsorgstjenesten, jf. lovens § 45. Forskrift om rammeplan for barnehagen gir barnehagestyrer en plikt til å sikre at barnehagen har innarbeidet rutiner for samarbeid med relevante institusjoner. Av bestemmelsen følger det underforstått at barnehagen skal samarbeide med andre velferdstjenester. Forslaget om å lovfeste en samarbeidsplikt vil derfor innebære en tydeliggjøring av samarbeidsplikten barnehagene har i dag.

Krisesentertilbudet må i dag samarbeide med andre velferdstjenester. Det følger av krisesenterloven en plikt for kommunen til samordning med andre velferdstjenester, jf. lovens § 4. I forarbeidene er samarbeid på tvers av profesjoner, faggrenser, instanser og forvaltningsnivå ansett som en forutsetning for at brukerne av et krisesentertilbud skal få den hjelpen de trenger.⁶ Videre skal krisesentertilbudet gi brukerne støtte, veiledning og hjelp til å ta kontakt med andre deler av tjenesteapparatet, jf. lovens § 2 andre ledd. Krise-

⁶ Ot.prp. nr. 96 (2008–2009) punkt 8.1.

sentrene må derfor allerede i dag samarbeide i enkeltsaker for å oppfylle lovens formål og forutsetninger, og departementene anser derfor lovendringen som en tydeliggjøring av de pliktene kriesentrene alt har i dag.

Familievernkontorene har ikke noen lovpålagt samarbeidsplikt, men de driver allerede i dag med samarbeid knyttet til enkeltpersoner. Samarbeidsplikt i enkeltsaker vil kunne ha økonomiske og administrative konsekvenser, avhengig av hvor mange enkeltsaker som utløser slik plikt sammenliknet med bruken av slikt samarbeid i dag. Dette vil kunne føre til noe økt tidsbruk hos familievernkontorene, men det antas at økonomiske og administrative konsekvenser vil være begrenset.

Sosialtjenesteloven gir i dag sosialtjenesten en plikt til å samarbeide på individnivå når dette kan bidra til å løse dens egne oppgaver. NAV-loven inneholder en bestemmelse om samarbeid med brukeren og individuell plan. Lovendringsforslagene har som mål å bidra til større grad av samarbeid med andre velferdstjenester. Forslagene om tydeliggjøring og styrking av samarbeidsplikten på individnivå i sosialtjenesteloven og NAV-loven vil på kort sikt medføre et merbehov for administrative ressurser i arbeids- og velferdsforvaltningen. Merbehovet vil avhenge av i hvilken grad velferdstjenestene samarbeider etter dagens regelverk. På lengre sikt antas det å gi en gevinst å tilby raskere, bedre og samordnede tjenester for tjenestemottakere i arbeids- og velferdsforvaltningen.

Som det er redegjort for, eksisterer det allerede en rekke bestemmelser om samarbeid innenfor helse- og omsorgstjenestelovgivningen, både når det gjelder samarbeid i enkeltsaker og samarbeid utover oppfølgingen av konkrete pasienter eller brukere. Dagens regler skiller imidlertid ikke tydelig mellom samarbeid i enkeltsaker og samarbeid utover oppfølgingen av konkrete pasienter eller brukere. De foreslåtte endringene i samarbeidsplikter i enkeltsaker innenfor helse- og omsorgstjenesten innebar i all hovedsak en tydeliggjøring og videreføring av dagens regler. Departementene la derfor til grunn at forslagene ikke vil ha vesentlige administrative og økonomiske konsekvenser, og dermed kan gjennomføres innenfor gjeldende rammer.

10.2.3 Samarbeidsplikt utover oppfølgingen av konkrete personer

Departementene foreslo å tydeliggjøre velferdstjenestenes plikt til å samarbeide utover oppfølgingen av den enkelte tjenestemottakeren. Selv om dette ikke følger eksplisitt av ordlyden i alle

dagens bestemmelser, er plikten til å samarbeide utover oppfølgingen av enkeltpersoner å regne som gjeldende rett etter barnevernloven, helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven, opplæringsloven, friskoleloven, sosialtjenesteloven og krisesenterloven.

Departementene foreslo videre å utvide bestemmelsene slik at plikten til å samarbeide utover oppfølgingen av den enkelte tjenestemottakeren gjelder både når samarbeid er nødvendig for å løse egne oppgaver og når det er nødvendig for å løse andre velferdstjenesters lovpålagte oppgaver. Det ble foreslått at samarbeidsplikten ikke skal være avgrenset til å gjelde kommunale velferdstjenester. For å gi gode tjenester til innbyggerne er det nødvendig for den enkelte kommune at velferdstjenestene samarbeider på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer uavhengig av om det er for å oppnå formålet til velferdstjeneste A eller B. Denne utvidelsen kan innebære at velferdstjenestene i flere tilfeller må samarbeide med andre instanser, og kan derfor medføre merarbeid for velferdstjenestene. Plikten gjelder imidlertid for alle velferdstjenestene, og departementene antok derfor at det totale merarbeidet ikke vil være vesentlig.

Familievernkontorloven har i dag ikke en lovpålagt samarbeidsplikt, men det følger av familievernkontorloven § 1 andre ledd at familievernkontoret bør drive utadrettet virksomhet. At familievernkontoret skal samarbeide med relevante kommunale velferdstjenester for å bidra til å forebygge vansker og konflikter i familien, har i flere år hatt stor oppmerksomhet.⁷ Flere kontorer har fast samarbeid med andre instanser som for eksempel barneverntjenesten eller helsestasjon.⁸ Plikten til å samarbeide utover oppfølgingen av konkrete brukere gjelder når samarbeid er nødvendig for at familievernkontoret eller de andre velferdstjenestene skal kunne tilby eller yte tjenester pålagt ved lov eller forskrift. Med disse avgrensningene av samarbeidsplikten, og det at kontorene allerede i dag driver med samarbeid med kommunale velferdstjenester, la departementene til grunn at denne samarbeidsplikten neppe vil få vesentlige økonomiske eller administrative konsekvenser for familievernkontorene.

Barnehagene har allerede plikt til å ha rutiner for å samarbeide med andre relevante instanser. Forslaget om en bestemmelse om plikt i barne-

⁷ Se Barne- og familiedepartementets tildelingsbrev til Barne- ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) for 2019, og tildelingsbrevene for 2017 og 2018.

⁸ I årsrapporten fra Bufdir for 2018 ble det rapportert at 257 slike avtaler ble inngått.

hageloven til samarbeid utover oppfølgingen av konkrete barn vil derfor ikke ha vesentlige økonomiske eller administrative konsekvenser.

PP-tjenesten har både individ- og systemrettede arbeidsoppgaver etter dagens regulering. PP-tjenesten skal hjelpe barnehager og skoler med kompetanse- og organisasjonsutvikling slik at de tilrettelegger for barn og elever med særskilte behov. Som ledd i dette arbeidet er det nødvendig at PP-tjenesten allerede i dag samarbeider med andre velferdstjenester utover oppfølgingen av det enkelte barn eller ungdom.

For skolefritidsordningen vil plikten til å samarbeide med andre velferdstjenester utover oppfølgingen av konkrete elever innebære en ny plikt. Departementene viser til vurderingene under pkt. 10.2.2.

Når det gjelder opplæring til voksne etter opplæringsloven kapittel 4A, la departementene til grunn at lovfesting av samarbeidsplikt utover oppfølgingen av konkrete elever ikke har vesentlige økonomiske og administrative konsekvenser for kommunene. Slikt samarbeid er nødvendig også i dag for at hele den sammensatte gruppen voksne deltakere skal få det tilbudet de trenger for å kvalifisere seg til arbeid eller videre utdanning.

Departementene la til grunn at lovfesting av samarbeidsplikt utover oppfølgingen av konkrete deltakere ikke har vesentlige økonomiske og administrative konsekvenser for kommunene i introduksjonsprogrammet. Slikt samarbeid er i mange tilfeller nødvendig også i dag, for at hele den sammensatte gruppen deltakere skal få gode introduksjonsprogram.

Sosialtjenesteloven gir i dag sosialtjenesten en plikt til å samarbeide utover oppfølgingen av konkrete personer når dette kan bidra til å løse dens egne oppgaver. Det ble foreslått å utvide samarbeidsplikten til å omfatte tilfeller der dette kan bidra til å løse andre velferdstjenesters lovpålagte oppgaver. Forslaget ville etter departementenes syn medføre noe økt ressursbehov i arbeids- og velferdsforvaltningen, blant annet til møtevirksomhet med ulike samarbeidende etater, samt utarbeidelse av rutiner for samarbeid i den grad det ikke finnes i dag. På lengre sikt antok departementene at bedre samarbeid på systemnivå vil medføre en mer effektiv arbeids- og velferdsforvaltning.

Når det gjelder endringer i plikt til samarbeid utover oppfølgingen av konkrete pasienter eller brukere innenfor helse- og omsorgstjenesten, innebar forslagene langt på vei en tydeliggjøring og videreføring av dagens regler. Som nevnt eksisterer det allerede en rekke bestemmelser om

samarbeid innenfor helse- og omsorgstjenestelovgivningen, både når det gjelder samarbeid i enkeltsaker og samarbeid utover oppfølgingen av konkrete pasienter eller brukere. Dagens regler er imidlertid ikke tydelig på når man snakker om samarbeid i enkeltsaker og samarbeid utover oppfølgingen av konkrete pasienter eller brukere. Lovforslagene tydeliggjør dette.

Forslaget om plikt til å samarbeide der hvor det er nødvendig for at en annen velferdstjeneste skal kunne ivareta sine oppgaver etter lov eller forskrift, innebærer til en viss grad en utvidelse. Departementene viste imidlertid til at helse- og omsorgstjenesten allerede i dag tar del i et omfattende samarbeid med andre velferdstjenester, og da spesielt samarbeid der hvor en pasient eller bruker, i tillegg til helse- og omsorgstjenester, samtidig mottar andre kommunale, fylkeskommunale og statlige velferdstjenester. Når det gjelder samarbeid mellom den statlige spesialisthelse-tjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, viste departementene også til at det i tillegg til de generelle reglene om samarbeid også eksisterer enkelte særordninger for slikt samarbeid. Dette gjelder for eksempel ordningen med lovpålagte samarbeidsavtaler mellom forvaltningsnivåene og også ordningen om gjensidig veiledningsplikt i henholdsvis spesialisthelse-tjenesteloven § 6-3 og helse- og omsorgstjenesteloven § 5-11. For sistnevnte ordning fremgår det at plikten til å gi det andre forvaltningsnivået råd, veiledning og opplysninger oppstår når det er påkrevd for at det andre forvaltningsnivået skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift.

Departementene la etter dette til grunn at forslagene ikke ville ha vesentlige administrative og økonomiske konsekvenser sammenlignet med allerede eksisterende ordninger, og at de dermed kan gjennomføres innenfor gjeldende rammer.

10.2.4 Lovpålagte samarbeidsavtaler

Departementene foreslo en lovendring som innebærer at kommuner og helseforetak må utarbeide og inngå samarbeidsavtaler om tjenester til visse grupper av barn og unge. Dette vil innebære noe administrative og økonomiske kostnader for kommuner og helseforetak. Departementene viste til at alle kommuner og helseforetak allerede har inngått et omfattende sett av samarbeidsavtaler på de områder som i dag følger av gjeldende lovregulering. Ved utarbeidelse av en ny samarbeidsavtale om tjenester til barn og unge vil man kunne bygge på allerede etablerte rutiner og struktur for utarbeidelse, inngåelse og revidering av slike samarbeidsavtaler.

Departementene la derfor til grunn at de administrative og økonomiske kostnadene knyttet til en slik utvidelse av det allerede eksisterende avtaleverket, ikke vil være vesentlige, og dermed kan gjennomføres innenfor gjeldende rammer.

10.2.5 Samordningsplikt

Departementene foreslo å tydeliggjøre kommunens plikt til å samordne tjenestetilbudet til den enkelte. Forslaget innebærer at kommunen ved behov må avklare hvilken velferdstjeneste som skal samordne tjenestetilbudet, eksempelvis når dette er uklart eller det er uenighet mellom velferdstjenestene om hvem som skal samordne tilbudet. Formålet med forslaget var å klargjøre dette ansvaret slik at tjenestemottakere som har behov for samordnede tjenester, får et mer helhetlig tjenestetilbud og bedre oppfølging. For kommuner som i dag ikke samordner tjenestetilbudet til den enkelte i tilstrekkelig grad, kan forslaget medføre merutgifter på kort sikt. Samtidig vil den enkelte velferdstjeneste bruke mindre tid og ressurser dersom det tidlig avklares hvilken velferdstjeneste som har samordningsansvaret.

Departementene la til grunn at kommunen allerede har et overordnet ansvar etter kommuneloven til å sørge for at velferdstjenestene samarbeider og for at tjenestetilbudene til innbyggerne er samordnet. Dette gjelder også forslaget om at kommunen skal få ansvar for å samordne tjenestene opp mot tjenester fra private, fylkeskommunale og statlige velferdstjenester. Selv om dette ikke er eksplisitt uttrykt i regelverket i dag, er det ikke noe nytt at kommunene må ha dialog med disse velferdstjenestene for å gi innbyggerne et godt tjenestetilbud. Departementene viste til at kommunene selv står fritt til å benytte de strukturer for samarbeid og samordning mellom velferdstjenestene på kommunalt nivå som de finner hensiktsmessig.

Når det gjelder krisesentertilbudet, har kommunene allerede en samordningsplikt etter krisesenterloven § 4. Departementene la etter dette til grunn at forslaget ikke vil ha vesentlige administrative og økonomiske konsekvenser, og dermed kan gjennomføres innenfor gjeldende rammer.

10.2.6 Utvidelse av koordinatorordningen og lovfesting av barnekoordinator som del av Likeverdsreformen

I høringsnotatet foreslo departementene å lovfeste en ny barnekoordinatorordning for familier som har eller venter barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne, og som vil ha

behov for langvarige og sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester. Videre foreslo departementene å rettighetsfeste den gjeldende koordinatorordningen.

Når det gjaldt forslaget om å *rettighetsfeste gjeldende koordinatorordning*, som i dag er en pliktregulering, la departementene til grunn at dette i seg selv ikke ville ha store administrative eller økonomiske konsekvenser for kommunene og spesialisthelsetjenesten. Rettigheten ble foreslått lovfestet med de samme vilkår som følger av dagens pliktbestemmelser.

Når det gjaldt forslaget om å *rettighetsfeste koordinator for familier som har eller venter barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne, og som vil ha behov for langvarige og sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester*, la departementene til grunn at dette er nytt og en utvidelse av dagens regelverk. Det ble vist til at selv om det kan legges til grunn at en stor andel av disse barna oppfyller vilkårene for å få tilbud om koordinator etter gjeldende ordning, betyr ikke dette at alle disse allerede har koordinator. Den nye ordningen er også ment å skulle treffe en litt annen målgruppe enn dagens koordinatorordning, blant annet ved at ordningen retter seg mot familier som har eller venter barn, med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne, og som vil ha behov for langvarige og sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester. Ordningen skiller seg også fra dagens koordinatorordning ved at den gjelder før barnet er født.

Departementene la til grunn at de administrative og økonomiske konsekvensene ville være størst innenfor helse- og omsorgstjenesten, men at forslaget også kunne innebære noen administrative og økonomiske konsekvenser for andre velferdstjenester som får en tydeligere plikt til å samarbeide med barnekoordinator når et barn trenger helhetlige og samordnede tjenester, jf. proposisjonens forslag til samarbeids- og samordningsbestemmelser. Departementene tok forbehold om at forslagene først kan bli aktuelle å gjennomføre når det er budsjettmessig dekning for dem. Det ble videre påpekt at forslag som krever bevilgningsøkninger, ville bli fremmet for Stortinget i forbindelse med de årlige statsbudsjettene.

10.2.7 Regler om individuell plan

Retten til individuell plan gir en rett til å få utarbeidet en plan, samtidig som rettskrav på bestemte

tjenester ikke følger av selve planen. Helse- og omsorgstjenesten, barneverntjenesten og arbeids- og velferdsforvaltningen har i dag regler om individuell plan.

Departementene viser til at de ikke har en fullstendig og detaljert oversikt over bruken av individuell plan fordelt på ulike aldersgrupper. Det finnes flere utredninger eller kartlegginger som indikerer at individuell plan er et godt verktøy for mange, samtidig som bruken av individuell plan er lavere enn man kunne forvente. Av Statistisk sentralbyrås rapport over kommunale helse- og omsorgstjenester for 2017⁹ fremgår imidlertid at andelen med individuell plan økte noe i perioden 2009 til 2014. Ved utgangen av 2014 hadde 10 prosent av de som mottok helsetjenester i hjemmet eller praktisk bistand en slik plan. I 2017 har andelen gått litt tilbake, til 7 prosent. Andelen med individuell plan var høyest blant de med omfattende bistandsbehov (19 prosent), og lavest blant dem med minst behov for bistand (4 prosent).

Fra og med 2009 har kommunene registrert hvor mange som ikke har individuell plan fordi de ikke ønsker det, eller fordi det ikke er relevant, for eksempel fordi de bare har ett tiltak. I 2017 var det registrert at 3 prosent av mottakerne av helse- og omsorgstjenester ikke ønsket individuell plan, og at individuell plan ikke var relevant for 23 prosent av mottakerne.

Mottakere av helse- og omsorgstjenester som er under 67 år har individuell plan i større grad enn eldre mottakere i alderen 67 år og over. Mens 1 til 3 prosent av de eldre over 67 år har individuell plan, er det fra 8 til 35 prosent av mottakere under 67 år som er registrert med individuell plan, avhengig av bistandsbehov. Utover en slik inndeling i mottakere over eller under 67 år, finnes det ikke statistikk som mer detaljert viser andel med individuell plan knyttet til ulike aldersgrupper.

Departementene foreslo å endre bestemmelsen om individuell plan i barnevernloven fra å være en pliktbestemmelse til å bli en rettighetsbestemmelse med tilhørende klageadgang. Formålet med forslaget var ikke å utvide anvendelsesområdet for individuell plan, men at barnevernets bestemmelse om individuell plan harmoniseres med øvrige velferdstjenesters bestemmelser om individuell plan. Barnets rett til individuell plan vil dermed speile den plikten barneverntjenesten i dag har til å utarbeide individuell plan. Imidlertid kan innføringen av klageadgang også etter barne-

vernloven medføre en viss økning i klagesaker til statsforvalteren. Dette må imidlertid sees i sammenheng med at det allerede er klageadgang til statsforvalteren etter helselovgivningen og arbeids- og velferdslovgivningen. Departementene la derfor til grunn at det samlet sett vil dreie seg om en relativt beskjeden økning i antall klagesaker. Økningen vil kun omfatte barn som ikke har slik klageadgang etter reglene om individuell plan etter helselovgivningen eller arbeids- og velferdslovgivningen. Dette vil for eksempel gjelde tilfeller hvor barnet primært har behov for langvarige og koordinerte tjenester og tiltak fra barnevernet og skolesektoren. For øvrig kan barn og foreldre som mener at barneverntjenesten ikke har oppfylt sin plikt til å yte individuell plan, også i dag henvende seg til statsforvalteren med utgangspunkt i statsforvalterens ansvar for å føre tilsyn med barneverntjenesten. Departementene antok derfor at innføringen av en klageadgang ikke vil medføre vesentlige økonomiske eller administrative konsekvenser for statsforvalterne.

Videre foreslo departementene å harmonisere vilkårene for når helsesektoren, arbeids- og velferdsforvaltningen og barneverntjenesten har plikt til å tilby individuell plan. Forslaget om å harmonisere vilkårene innebærer ikke nye plikter eller oppgaver for kommunen. Departementene la derfor til grunn at forslaget ikke medfører vesentlige økonomiske eller administrative konsekvenser.

Departementene foreslo også at medvirkningsplikten utvides til å gjelde for enkelte velferdstjenester som i dag ikke har slik medvirkningsplikt, herunder barnehager, skolefritidsordning, PP-tjenesten, introduksjonsprogrammet og krisesentertilbudet.

Når det gjelder krisesentertilbudet, fremgår det allerede av krisesenterloven at krisesentertilbudet kan inngå som ledd i samordningen av en individuell plan etter annen lovgivning.¹⁰ Departementene la til grunn at en medvirkningsplikt derfor ikke vil medføre merarbeid av betydning.

Når det gjelder barnehager, skolefritidsordningen og PP-tjenesten, la departementene til grunn at de samme argumentene som ved samarbeid om enkeltsaker, vil gjelde. Det vil si at velferdstjenestene allerede må samarbeide i dag om individuell plan fordi samarbeid implisitt har vært nødvendig for å oppnå formålene med velferdstjenestene eller gi gode og sammenhengende tilbud til den enkelte. En lovfestet medvirkningsplikt innebærer en tydeliggjøring av dette ansva-

⁹ Statistisk sentralbyrå Rapport 2018/26: Kommunale helse- og omsorgstjenester 2017, Statistikk om tjenester og tjenestemottakere, punkt 4.10, jf. tabell 4.10

¹⁰ Krisesenterloven § 4 andre ledd.

ret. Når det gjelder forslaget om at kommunen får en plikt til å medvirke i arbeidet med individuell plan for deltakere i introduksjonsprogrammet, viser departementene til at kommunen også her har mye kontakt med og kunnskap om deltakerne. Hvis det settes i gang et arbeid med individuell plan etter et annet regelverk, kan introduksjonsprogrammet ha eller få tiltak som støtter opp om målene, noe som kan bidra til at introduksjonsprogrammet blir mer tilpasset den enkeltes behov.

Departementene la til grunn at en medvirkningsplikt for kommunene for deltakere i introduksjonsprogrammet ikke vil innebære vesentlig mer arbeid enn den tette oppfølgingen deltakerne skal få i dag.

10.2.8 Tilsyn

Departementene foreslo ingen endringer i tilsynshjemlene i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven, barnevernloven, barnehageloven, opplæringsloven, friskoleloven, krisesenterloven og familievernkontorloven. Tilsynsmyndighetene vil dermed kunne føre tilsyn med de foreslåtte bestemmelsene. Departementene foreslo at statsforvalteren får hjemmel for å føre tilsyn med bestemmelsene om samarbeid og samordning i sosialtjenesteloven og integreringsloven.

Departementene la til grunn at omfanget av tilsyn ikke vil øke som følge av forslagene. Formålet med endringene er blant annet å åpne for at statsforvalteren skal kunne velge samarbeid og samordning som tema for sine tilsyn, fremfor andre temaer, dersom risikoforholdene tilsier det. Departementene la derfor til grunn at forslaget om at statsforvalteren skal kunne føre tilsyn med de nye bestemmelsene om samarbeid og samordning, ikke vil ha vesentlige økonomiske eller administrative konsekvenser for statsforvalterne, og dermed kan gjennomføres innenfor gjeldende rammer.

10.3 Høringsuttalelsene

10.3.1 Om barnekoordinatorordningen

De fleste høringsinstansene som har uttalt seg til barnekoordinatorforslaget, har understreket at en slik ordning klart vil ha administrative og økonomiske konsekvenser. Dette er en ny oppgave som må fullfinansieres for kommunene. Flere understreker at dersom barnekoordinator skal bli det hjelpe- og koordineringsverktøyet man ønsker, så

må kommunene tilføres nødvendige ressurser. Slik barnekoordinator er beskrevet, vil oppgavene være mer omfattende enn den ordinære koordinatorordningen. Flere understreker at oppgaven ikke kan pålegges ansatte i kommunen «på toppen av» eksisterende arbeidsoppgaver, men at kommunene må opprette nye stillinger som har dette som hovedoppgave. I motsatt fall vil man ikke klare å prioritere denne gruppen fremfor andre grupper. Flere viser også til at etablering av en barnekoordinatorordning vil ha administrative og økonomiske konsekvenser i form av implementering og opplæring av koordinatorene. Flere høringsinstanser påpeker at det allerede er vanskelig å rekruttere personer til den eksisterende koordinatorordningen, og at de er bekymret for at dette også vil være tilfelle med den nye barnekoordinatorordningen. Uten fullfinansiering av denne nye oppgaven vil det bli enda vanskeligere for kommunene å rekruttere personer til stillingene.

10.3.2 Øvrige forslag

I høringsbrevet ba departementene særskilt om høringsinstansenes vurdering av de økonomiske og administrative konsekvensene av forslagene.

En del instanser mener at det må tilføres ressurser for at forslagene skal få effekt i praksis. Dette gjelder blant andre flere arbeidstakerorganisasjoner, *Likestillings- og diskrimineringsombudet*, noen kommuner (kun 17 kommuner har sendt innspill) og to statsforvaltere. De fleste av disse omtaler ressurser ganske overordnet. *Den norske legeforening* skriver for eksempel at de er «bekymret over at behovet for nødvendige økonomiske og administrative ressurser er undervurdert dersom dette arbeidet skal få nødvendig effekt». *Norsk sykepleierforbund* skriver noe tilsvarende. *Fellesorganisasjonen FO* skriver at de er uenige med departementene i at styrket samarbeid ikke vil føre til vesentlig mer ressursbruk i velferdstjenestene sammenlignet med i dag. De mener at dersom tverrfaglig og tverretatlig samarbeid skal styrkes, er det nødvendig at de aktuelle tjenesteyterne får satt av tilstrekkelig tid til dialog, møter og avklaringer. *Oslo kommune* skriver blant annet at «[d]ersom det kreves at tjenestene skal sette av mer tid til oppfølging, vil det innebære en økt belastning på tjenesten. At det blir flere oppgaver å følge opp, tilsier at det vil føre til økte administrative og driftsmessige kostnader, herunder opplæring av koordinatorene. I tillegg kan det være at systemer må tilpasses for å sikre at informasjon håndteres

korrekt». KS skriver at de legger til grunn at lovkravene fullfinansieres, men utdyper ikke dette noe mer.

Det er en del som ikke omtaler økonomiske og administrative konsekvenser, blant andre *Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon*, *Norsk Pasientforening* og flere andre bruker- og interesseorganisasjoner, enkelte arbeidstakerorganisasjoner, noen kommuner og tre av seks statsforvaltere som har levert høringssvar. *Trondheim kommune* skriver eksplisitt at forslagene «ikke vil føre til store administrative eller økonomiske konsekvenser», med unntak av innføring av barnekoordinator. Tilsvarende skriver *Nordland fylkeskommune*.

10.4 Departementenes vurdering

10.4.1 Om barnekoordinatorordningen og rettighetsfesting av gjeldende koordinatorordning

Departementene foreslår i kapittel 7 å lovfeste en ny barnekoordinatorordning for familier som har eller venter barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne, og som vil ha behov for langvarige og sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester. Videre foreslås det å rettighetsfeste den gjeldende koordinatorordningen.

Når det gjelder forslaget om å *rettighetsfeste gjeldende koordinatorordning*, som i dag er en pliktregulering, legger departementene til grunn at dette i seg selv ikke vil ha store administrative eller økonomiske konsekvenser for kommunene og spesialisthelsetjenesten. Rettigheten foreslås lovfestet med de samme vilkår som følger av dagens pliktbestemmelser.

På den annen side må det legges til grunn at slik rettighetsfesting til en viss grad vil bidra til å styrke pasient- og brukerrettigheten sammenlignet med en utelukkende pliktregulering. Det er krevende å finne en fullstendig og detaljert oversikt over bruken av koordinator fordelt på ulike aldersgrupper og sett i forhold til hvilken type tjenester den enkelte mottar. Av Statistisk sentralbyrås rapport over kommunale helse- og omsorgstjenester for 2017¹¹ fremgår imidlertid at andelen som mottok helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand, og som har koordinator, totalt varierte fra 7 til 21 prosent, avhengig av bistands-

behov og alder. Ved å lovfeste en eksplisitt rett må det antas at flere vil ønske å benytte seg av den eksisterende koordinatorordningen, samtidig som det blir enklere å klage og føre tilsyn med en slik individuell rettighet. Det vil også kunne medføre flere klagesaker knyttet til enkeltsaker som statsforvalteren må behandle. Det er imidlertid vanskelig å anslå konkret antall og omfang dette vil innebære, og dermed hvilke administrative og økonomiske konsekvenser rettighetsfestingen i seg selv vil innebære.

Forslaget vil altså gi prosessuelle rettigheter, men ikke nye materielle rettigheter. Departementene legger som nevnt til grunn at forslaget kan medføre en viss økning i klagesaker til statsforvalteren, men vi legger imidlertid til grunn at det samlet sett vil dreie seg om en relativt beskjeden økning i antall klagesaker. Forslaget antas derfor ikke å ha vesentlige økonomiske og administrative kostnader

Når det gjelder forslaget om å *rettighetsfeste koordinator for familier som har eller venter barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne, og som vil ha behov for langvarige og sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester*, ble det i høringsnotatet understreket at dette vil være en ny oppgave for kommunene og en utvidelse av dagens regelverk.

Departementene mener høringsinnspillene understreker viktigheten av at kommunene får tilstrekkelig frihet til å velge hvordan de utfører den nye barnekoordinatorordningen. Flere høringsinstanser påpeker at det allerede er vanskelig å rekruttere personer til den eksisterende koordinatorordningen, og at de er bekymret for at dette også vil være tilfellet med den nye barnekoordinatorordningen. Uten en forutsigbar og god finansiering kan det bli vanskelig for kommunene å rekruttere og ansette personer inn i stillinger som skal ivareta ordningen.

Det kan legges til grunn at en stor andel av disse barna oppfyller vilkårene for å få tilbud om koordinator etter gjeldende ordning. Kommunene må derfor til en viss grad benytte eksisterende personell/koordinatorer som barnekoordinatorer. At de oppfyller vilkårene etter gjeldende ordning, betyr imidlertid ikke at alle disse allerede har koordinator.

Forslaget til lovregulering skal styrke denne gruppens rettigheter. I samarbeid med familien skal koordinator avlaste og gjøre hverdagen enklere for familien og barnet. Koordinator skal sørge for koordinering av det samlede tjenestetilbudet, ha oversikt over og aktivt bidra til nødvendig oppfølging av familien og barnet, at det gis

¹¹ Statistisk sentralbyrå Rapport 2018/26: Kommunale helse- og omsorgstjenester 2017, Statistikk om tjenester og tjenestemottakere, punkt 4.10, jf. tabell 4.11

nødvendig informasjon om tjenestetilbudet, at familien og barnet får nødvendig informasjon om andre velferdstjenester og relevante pasient- og brukerorganisasjoner, at familien og barnet gis veiledning i deres kontakt med disse og at det formidles kontakt eller henvisning videre til slike velferdstjenester eller organisasjoner og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

Det er krevende å anslå eksakt hvor mange barn og familier som vil oppfylle vilkårene for å ha rett til barnekoordinator, og også krevende å anslå eksakt hvor mange av disse som vil ønske å benytte seg av ordningen. Tilsvarende er det også krevende å fremskaffe tall på hvor mange av disse som allerede benytter seg av eller vil komme til å benytte seg av den koordinatorordningen som allerede eksisterer.

I punkt 7.5.2. er det redegjort for situasjoner hvor alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne kan påvises før fødsel. Som det fremgår ble det i 2013 født omkring 59 000 barn, og det ble utført fosterdiagnostikk i omtrent 11 prosent av svangerskapene. Det ble påvist sykdom eller fosteravvik ved cirka 15 prosent av de fosterdiagnostiske undersøkelsene. Cirka 30 prosent av de gravide som fikk påvist avvik, valgte å avbryte svangerskapet. Av punkt 7.5.2 fremgår videre at om lag 2–3 prosent av alle nyfødte har et utviklingsavvik eller en form for medfødt sykdom eller skade (det finnes ikke sikre tall på hvor mange av disse som allerede var kjent/ventet som følge av fosterdiagnostikk). Ved årlig antall fødsler satt til 55 000 (som om lag tilsvarende antall fødte i 2018) vil dette utgjøre et sted mellom 1100–1650 barn årlig. Dette gjelder imidlertid all medfødt skade eller sykdom, og det sondres ikke mellom hva som i henhold til forslaget om barnekoordinator kan kategoriseres som «alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne». Å fremskaffe sikre tall på denne gruppens omfang vil forutsette et omfattende arbeid hvor man langt på vei vil måtte vurdere hver enkelt medfødt sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne konkret. I tillegg er det slik at den foreslåtte barnekoordinatorordningen innebærer at det må gjøres en konkret vurdering av hvilket tjenestebehov som oppstår hos det enkelte barn. Som redegjort for i punkt 7.5.2 vil det her kunne være stor variasjon fra barn til barn med samme skade, sykdom eller funksjonsnedsettelse. For barn med medfødte skader, sykdommer eller funksjonsnedsettelse er det også slik at behovet for koordinerte tjenester fra ulike velferdstjenester vil kunne variere forholdsvis mye. Enkelte barn har bare behov for helse- og omsorgstjenester, mens andre vil i tillegg ha

omfattende behov for også andre velferdstjenester.

I tillegg til skader, sykdommer eller funksjonsnedsettelse som er medfødt, vil dette som nevnt i punkt 7.5.2 også kunne oppstå hos tidligere friske barn, for eksempel etter ulykker.

Departementene vil også understreke at den foreslåtte barnekoordinatorordning også skal gjelde for barn som i dag har alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne med behov for langvarige og sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester. Ordningen skal med andre ord ikke begrenses til å gjelde barn som fødes etter ordningens ikraftsetting.

I forslaget er det lagt til grunn at den nye bestemmelsen skal gjelde for familier med barn eller som venter barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne, og som derfor vil ha behov for langvarige og sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester. Departementene vurderer at denne gruppen med barn langt på vei overlapper med gruppen som registreres med *omfattende bistandsbehov* i Kommunalt pasientregister (KPR). Ifølge tall fra KPR var det i 2018 totalt 14.234 tjenestemottakere under 18 år, hvorav 30 prosent av mottakerne ble registrert med et omfattende bistandsbehov. Dette tilsvarer 4.327 barn og unge. Departementene legger til grunn at mange barn og unge med *omfattende bistandsbehov* vil kunne ha en rett til barnekoordinator.

Etter departementenes vurdering vil også en andel av barn med *middels til stort bistandsbehov* kunne ha behov for en barnekoordinator. Tall fra KPR viser at det var 4745 barn og unge under 18 år i denne kategorien. Nøyaktig hvor stor andel er usikkert, men dersom det legges til grunn at 30 prosent av barn og unge i denne kategorien vil ha behov for bistand fra en barnekoordinator, så vil dette i så fall utgjøre 1424 barn og unge under 18 år.

Barnekoordinator er en ny rettighet, men som nevnt vil mange i målgruppen allerede ha en koordinator. Samtidig er det slik at andelen med koordinator er lav, noe som også fremgår av statistikk fra KPR. For de med registrert omfattende bistandsbehov fremgår det at 37 prosent under 67 år hadde en koordinator. Tilsvarende tall for de med middels til stort bistandsbehov er 24 prosent. Videre er det lagt til grunn at barnekoordinator oppgaver er mer omfattende enn ordinær koordinator, samt at barnekoordinator kan gis også før barnet er født. Det presiseres derfor at barnekoordinator er en ny oppgave for kommunene. Samti-

dig er det slik at dersom kommunen oppnevner barnekoordinator til en familie/et barn som fra før har fått oppnevnt koordinator etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2, så vil dette frigjøre de ressursene som kommunen tidligere brukte til å gi koordinator til familien/barnet. Det er ikke meningen at et barn/en familie skal ha to koordinatører. Det er imidlertid krevende å anslå sikkert for hvor mange tilfeller dette vil være situasjonen.

Det foreslås at retten til barnekoordinator skal gjelde til 18 år. Dersom det basert på tallene over legges til grunn at alle barn og unge mellom 0–18 år med omfattende bistandsbehov, og 30 prosent av barn og unge med middels til stort bistandsbehov, vil kunne omfattes av den nye rettigheten, vil dette utgjøre 5751 barn og unge. Nærmere bestemt

- 4.327 barn og unge under 18 år med omfattende bistandsbehov
- 1424 barn og unge under 18 år med middels til stort bistandsbehov (30 pst.).

Dersom det basert på tallene over derimot legges til grunn at 50 prosent av alle barn og unge mellom 0–18 år med *omfattende bistandsbehov*, og 15 prosent av alle barn og unge med *middels til stort bistandsbehov*, vil kunne omfattes av den nye rettigheten, vil dette utgjøre 2876 barn og unge. Nærmere bestemt

- 2164 barn og unge under 18 år med omfattende bistandsbehov (50 pst.)
- 712 barn og unge under 18 år med middels til stort bistandsbehov (15 pst.).

Bestemmelsen gir som nevnt barnekoordinator i oppgave å sørge for «koordinering av det samlede tjenestetilbudet», og «å ha oversikt over og bidra aktivt til å ivareta kommunens ansvar for nødvendig oppfølging og tilrettelegging for familien og barnet i form av tilbud om eller ytelse av helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester». Barnekoordinator skal videre sørge for at familien og barnet får nødvendig informasjon og helhetlig veiledning om helse- og omsorgstjenestetilbudet og andre velferdstjenester, at familien og barnet gis informasjon om relevante pasient- og brukerorganisasjoner, veiledning i deres kontakt med slike tjenester og organisasjoner, at det formidles kontakt eller henvisning videre til slike tjenester eller organisasjoner og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

Barnekoordinator oppgaver overfor den enkelte barn/familie er dermed omfattende, og det er derfor viktig at koordinator har tid til å følge opp de familiene som har behov for koordi-

nator. I høringen har mange påpekt at barnekoordinator derfor ikke kan ha for mange barn/familier samtidig. Departementene er enig i dette og legger til grunn at hver barnekoordinator ikke bør ha ansvar for et for stort antall barn/familier. Det legges ikke opp til at dette skal være en 1:1 tjeneste, men et rimelig anslag er at en koordinator i gjennomsnitt bør kunne følge opp et sted mellom 5 og 25 barn/familier.

Antallet vil naturlig nok kunne variere avhengig av det konkrete bistandsbehovet til det enkelte barn/den enkelte familie. Bistandsbehovet vil trolig også kunne variere over tid. For noen er behovet størst i starten, mens behovet deretter vil avta når tjenestene «er opp og går». For andre kan det tenkes at bistandsbehov vil være tilnærmet det samme hele tiden.

Beregningen av antall barnekoordinatorer det vil være behov for på nasjonalt nivå, vil avhenge av hvor mange barn/familier en barnekoordinator bør kunne ha på sin «liste». Dersom det legges til grunn at hver barnekoordinator bør kunne ha ansvar for 5 barn/familier, vil det gitt en brukergruppe på 5751 barn og unge, tilsvare et behov for om lag 1150 barnekoordinatorer nasjonalt. Dersom det legges til grunn at hver barnekoordinator bør kunne ha ansvar for 15 barn/familier, vil det gitt samme brukergruppe tilsvare et behov for om lag 380 barnekoordinatorer nasjonalt. Dersom det legges til grunn at en barnekoordinator bør kunne ha ansvar for 25 barn/familier, vil det tilsvare et behov for om lag 230 barnekoordinatorer nasjonalt.

Departementene legger til grunn at forslaget bidrar til avlastning for de aktuelle familiene, noe som igjen kan bidra til at de kan stå i jobb og delta i fritidsaktiviteter. Videre vil forslaget ha en likestillingsgevinst. Det er som oftest kvinner som påtar seg tunge omsorgsoppgaver av denne typen. I NOU 2011: 17 fremgår det at det er store kjønnsforskjeller i hvem som tar ut omsorgslønn. Kvinner utgjorde 82 pst. av mottakerne i 2010, omtrent det samme som i 1995. Forskning viser at det er en systematisk skjevhet i hvem som har hovedansvaret for pårørendearbeid i familien.

Merverdien for de aktuelle familiene vurderes som stor, da alternativet for mange i dag er å måtte gjøre denne jobben selv, på toppen av andre oppgaver, som eget arbeid, omsorg for andre søsken og hjemlige oppgaver som vask, matlaging og fritidsaktiviteter. Konsekvensen av dette blir at mange må ta i bruk permisjoner for å ivareta omsorgsoppgaver for familiemedlemmer, herunder koordinering av helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester som barnet har behov for. Noen kan

også bli så syke av den totalbelastningen som er beskrevet ovenfor, at de blir sykmeldt.

Mange opplever forskjeller og kvalitet på tjenester basert på bostedskommune. Lovfesting av barnekoordinator som har oversikt over tilgjengelige tjenester, vil kunne bidra til en mer helhetlig praksis, og dermed forhindre at hvilke tjenester en får tilgang til er avhengig av den enkelte families sosioøkonomiske bakgrunn og utdanningsnivå.

Departementene legger til grunn at det for den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil være hensiktsmessig og ressursbesparende å bygge videre på eksisterende koordinatorordning, herunder etablerte koordinerende enheter. Departementene vil presisere at forslagene ikke endrer på gjeldende vilkår for å få tilbud om eller motta ulike velferdstjenester. Dette skal vurderes ut fra gjeldende vilkår, og forslagene i denne proposisjonen er ikke ment å endre på dette. Den nye koordinatorordningen skal komme i tillegg til, og ikke i stedet for eksisterende koordinatorordning. Det er likevel ikke meningen at et barn/en familie skal ha to koordinatører. Som nevnt vil det være slik at dersom kommunen oppnevner barnekoordinator til en familie/et barn som fra før har fått oppnevnt koordinator etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2, så vil dette frigjøre de ressursene som kommunen tidligere brukte til å gi koordinator til familien/barnet. Kommunene må derfor til en viss grad benytte eksisterende personell/koordinatører som barnekoordinatører. Det er imidlertid krevende å anslå sikkert for hvor mange tilfeller dette vil være situasjonen.

De administrative og økonomiske konsekvensene vil være størst innenfor helse- og omsorgstjenesten, men kan også innebære noen administrative og økonomiske konsekvenser for andre velferdstjenester som får en tydeligere plikt til å samarbeide med barnekoordinator når et barn trenger helhetlige og samordnede tjenester, jf. proposisjonens forslag til samarbeids- og samordningsbestemmelser.

Forslaget om å endre helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3 slik at koordinerende enhet også får ansvar for oppnevning, opplæring og veiledning av barnekoordinator, i tillegg til koordinator som allerede følger av bestemmelsen, antas bare å ha begrensede økonomiske og administrative konsekvenser. Departementene viser til at begge koordinatorordningene pålegger flere likeverdende plikter, og at mange av de som vil oppfylle vilkårene for å få tilbud om barnekoordinator, også vil oppfylle vilkårene for å få tilbud om koordinator etter den eksisterende ordningen. Departementene legger til grunn at de samme personene i mange situasjoner kan ha oppgaven både som koordinator eller barnekoordinator for ulike pasienter, brukere eller deres familier. Slik departementene vurderer det, vil det da være mest hensiktsmessig og ressursbesparende at ansvar for oppnevning, opplæring og veiledning av barnekoordinator legges til en allerede etablert enhet i kommunen, fremfor å opprette en ny ordning for disse koordinatorene.

Regjeringen vil komme tilbake med en vurdering av finansieringen i kommuneproposisjonen 2022. Departementene tar forbehold om at endringene først vil gjennomføres når det er budsjettmessig dekning for dem.

10.4.2 Øvrige forslag

Departementene viser til at det ikke er kommet nye vurderinger i høringen som tilsier at forslagene, unntatt barnekoordinator, vil ha vesentlige økonomiske eller administrative konsekvenser.

Den offentlige tannhelsetjenesten samarbeider allerede i dag i utstrakt grad med andre velferdstjenester. Forslaget om å lovfeste samarbeidsbestemmelser i tannhelsetjenesteloven som tilsvarer reglene i annen velferdslovgivning, vil derfor ha begrensede administrative og økonomiske konsekvenser.

11 Merknader til forslagene til lovendringer

11.1 Merknader til endringer i tannhelsetjenesteloven

Til ny § 1-4a

Ny § 1-4a innebærer at det i tannhelsetjenesteloven innføres samarbeidsplikter som langt på vei sammenfaller med de samarbeidsreglene som allerede gjelder for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten, og som i denne proposisjonen foreslås ytterligere styrket. Plikten til å samarbeide med andre velferdstjenester inntreer når det er nødvendig for å gi pasienten eller brukeren et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Dette er en oppgave som kommer i tillegg til det å gi tjenestene etter tannhelsetjenesteloven. Samarbeidet skal være en integrert del av tjenesteytingen.

Første ledd gir fylkeskommunen plikt til å sørge for at virksomheter som yter tannhelsetjenester omfattes av loven, samarbeider med andre tjenesteytere i oppfølgingen av bestemte pasienter eller brukere som mottar tjenester fra flere tjenesteytere.

Fylkeskommunens sørge-for-ansvar innebærer en plikt til å sette tjenestene i stand til å oppfylle sine samarbeidsplikter, legge til rette for at det kan samarbeides, påse at det faktisk samarbeides der hvor dette er nødvendig og korrigerer rutiner og praksis dersom det viser seg at det ikke samarbeides i tråd med regelverket.

For at samarbeidsplikten skal inntre, må samarbeid være nødvendig for å gi pasienten eller brukeren et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Dette innebærer at tannhelsetjenesten må gjøre en konkret faglig vurdering av hva de har plikt til å samarbeide om, hvilke andre tjenesteytere de skal samarbeide med når det gjelder de enkelte oppgavene, og en vurdering av hvor omfattende og langvarig samarbeidet vil bli. Dette vil variere ut fra den enkelte pasient eller brukers behov. Av loven § 1-3a fremgår at fylkeskommunen skal planlegge, organisere og legge til rette for at fylkeskommunen, tannhelsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift. Plikt til samarbeid

må også sees i sammenheng med personellets plikt til å drive forsvarlig virksomhet. Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med kravene til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, jf. helsepersonelloven § 4 første ledd. Kravene gjelder uavhengig av om helsepersonellet arbeider i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, den fylkeskommunale tannhelsetjenesten eller i spesialisthelsetjenesten. Kravet til forsvarlighet innebærer at helsepersonellet må innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner og respektere begrensninger i egen kompetanse, jf. helsepersonelloven § 4 andre ledd. Helsepersonellet skal innhente bistand eller henvise pasienten videre der dette er nødvendig og mulig. Helsepersonellet skal også samarbeide med annet kvalifisert personell dersom pasientens behov tilsier dette. Tannhelsetjenesten må selv vurdere hvilke samarbeidsaktiviteter de må gjennomføre for å oppfylle plikten til samarbeid. Samarbeidet skal skje innenfor gjeldende regler om taushetsplikt.

I bestemmelsen presiseres også at fylkeskommunen skal sørge for at virksomheter som yter tannhelsetjenester, skal samarbeide med barnekoordinator dersom dette er oppnevnt etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2.

Andre ledd regulerer tannhelsetjenestens plikt til å samarbeide med andre tjenesteytere uten av det er knyttet til behandling eller oppfølging av en bestemt pasient eller bruker. Fylkeskommunen skal sørge for nødvendig samarbeid mellom tannhelsetjenesten innad i fylkeskommunen, med tannhelsetjenesten i andre fylkeskommuner og andre tjenesteytere, slik at den fylkeskommunale tannhelsetjenesten kan ivareta sine oppgaver etter lov eller forskrift.

I tillegg innebærer bestemmelsen en plikt for fylkeskommunen til å sørge for at tannhelsetjenesten samarbeider med andre tjenesteytere for at disse skal kunne ivareta sine oppgaver etter lov eller forskrift. Slikt samarbeid kan for eksempel omfatte drøfting av saker i anonymisert form og tilrettelegging for gjensidig veiledning og informasjon. Samarbeidet kan for eksempel forankres i samarbeidsavtaler eller gjennom faste tverrsektorielle møter, arbeidsformer og rutiner.

Tredje ledd definerer begrepet «tjenesteytere». Med tjenesteytere menes både kommunale, fylkeskommunale og statlige tjenesteytere, private tjenesteytere som utfører oppgaver på vegne av slike tjenesteytere og friskoler og private barnehager. Alle disse tjenesteyterne omfattes av samarbeidsplikten.

Samarbeid etter denne bestemmelsen skal skje innenfor gjeldende regler om taushetsplikt.

11.2 Merknader til endringer i barnevernloven

Til § 3-2

Bestemmelsens overskrift endres til «Samarbeid og samordning».

Gjeldende § 3-2 første ledd om barneverntjenestens medvirkningsplikt og gjeldende § 3-2 andre ledd andre punktum om barneverntjenestens plikt til å delta i kommunal planlegging oppheves. Endringene innebærer at barneverntjenestens samarbeidsplikt etter barnevernloven blir mer rendyrket. Barneverntjenestens ansvar for å delta i kommunens planlegging reguleres av plan- og bygningsloven.

Gjeldende § 3-2 gir barneverntjenesten en plikt til å samarbeide når dette kan bidra til å løse oppgaver som den er pålagt etter denne loven. Bestemmelsen er endret for å tydeliggjøre at plikten til å samarbeide både gjelder på individnivå og systemnivå.

Første ledd gir barneverntjenesten plikt til å samarbeide med offentlige instanser og andre tjenesteytere i oppfølgingen av bestemte barn som mottar tjenester fra flere tjenesteytere. Plikten til å samarbeide er en oppgave som kommer i tillegg til det å gi konkrete tjenester og tiltak etter barnevernloven. Samarbeidet skal være en integrert del av tjenesteytingen. For at samarbeidsplikten skal inntre, må samarbeid være nødvendig for å gi barnet et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Dette innebærer at barneverntjenesten må gjøre en konkret faglig vurdering av hva de har plikt til å samarbeide om, hvilke andre tjenesteytere de skal samarbeide med når det gjelder de enkelte oppgavene, og en vurdering av hvor omfattende og langvarig samarbeidet vil bli. Dette vil variere ut fra det enkelte barnets behov. Barneverntjenesten må selv vurdere hvilke samarbeidsaktiviteter de må gjennomføre for å oppfylle plikten til samarbeid. Samarbeidsplikten gjelder også for barn som mottar ettervernstiltak. Samarbeidet skal skje innenfor gjeldende regler om taushetsplikt.

Andre ledd slår fast at kommunen skal samordne tjenestetilbudet til barn som trenger helhetlige og samordnede tjenester. Ved behov skal kommunen bestemme hvilken kommunal tjenesteyter som skal samordne tjenestetilbudet i saker der et barn trenger et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Denne plikten gjelder der det er uklarheter eller uenighet om hvilken kommunal tjenesteyter som skal samordne tjenestetilbudet.

Dersom tjenesteyterne er enige om hvem som skal samordne tjenestetilbudet, vil det ikke være behov for at kommunen avgjør dette. Det samme gjelder der det allerede følger av annet regelverk hvem som skal ha ansvaret for å koordinere oppfølgingen barnet får, for eksempel der barnet har en individuell plan etter helse- og omsorgslovgivningen. Dersom familien har fått oppnevnt barnekoordinator etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 a, følger det av bestemmelsen at det er barnekoordinatoren som skal sørge for at tjenestetilbudet til barnet blir samordnet.

Kommunen velger selv hvordan den skal ivareta plikten til å avklare hvem som skal ha ansvaret for samordningen. Det er kommunedirektøren som har ansvaret og beslutningsmyndigheten, men oppgaven kan delegeres til andre i kommunen. Kommunens beslutningsmyndighet omfatter ikke fylkeskommunale, statlige eller private tjenesteytere. Samordning opp mot disse tjenestene vil derfor omfatte informasjon, involvering og tilrettelegging for samarbeid. Samtidig vil de fylkeskommunale, statlige og private tjenestene være pålagt å delta i samarbeidet gjennom samarbeidsplikter i egne tjenestelover. Dersom det er mest hensiktsmessig, kan kommunen avtale med den aktuelle tjenesten, for eksempel BUP eller en videregående skole, at samordningsansvaret skal ligge der.

Tredje ledd regulerer barneverntjenestens plikt til å samarbeide med andre tjenesteytere uten at det er knyttet til oppfølgingen av et bestemt barn. Bestemmelsen innebærer en delvis utvidelse i forhold til dagens regler. Forslaget viderefører den plikten barneverntjenesten i dag har til å samarbeide med andre tjenesteytere for at barneverntjenesten skal kunne ivareta sine oppgaver etter lov og forskrift. I tillegg innebærer bestemmelsen en plikt til å samarbeide med andre tjenesteytere for at disse skal kunne ivareta sine oppgaver etter lov eller forskrift.

Slikt samarbeid kan for eksempel omfatte drøfting av saker i anonymisert form og tilrettelegging for gjensidig veiledning og informasjon. Samarbeidet kan for eksempel forankres i samarbeidsavtaler eller gjennom faste tverrsektorielle møter, arbeidsformer og rutiner. Selv om plikten til å sam-

arbeide ligger til de enkelte velferdstjenestene i kommunen, vil det være kommunen som er rettslig ansvarlig for at pliktene blir oppfylt. Dette innebærer at en velferdstjeneste ikke kan pålegge en annen tjeneste nye oppgaver, men at kommunen i slike tilfeller må beslutte at den aktuelle tjenesten skal bruke ressurser på oppgaven.

Fjerde ledd definerer begrepet «tjenesteytere». Med tjenesteytere menes både kommunale, fylkeskommunale og statlige tjenesteytere, private tjenesteytere som utfører oppgaver på vegne av slike tjenesteytere og friskoler og private barnehager. Alle disse tjenesteyterne omfattes av samarbeidsplikten.

Til 3-2 a

Bestemmelsens *første ledd* lovfester at barn med behov for langvarige og koordinerte tiltak eller tjenester har rett til å få utarbeidet individuell plan. Vilkårene for individuell plan er dermed utformet på tilsvarende måte som etter helselovgivningen og arbeids- og velferdslovgivningen.

Retten til å få utarbeidet individuell plan er begrenset til tilfeller der barn med behov for langvarige tiltak. «Langvarig» betyr at behovet antas å strekke seg over en viss tid, men uten at det behøver å være varig. Krav til varighet må ses i sammenheng med behovet for samordning av tjenestene. Selv om behovet bare strekker seg over noen måneder, eller det er snakk om få tjenester, kan behovet for en strukturert planprosess gjøre at individuell plan er et egnet verktøy.

Det skal fremdeles bare utarbeides én individuell plan, og bestemmelsen må derfor ses i sammenheng med andre bestemmelser om individuell plan i helselovgivningen og i arbeids- og velferdsforvaltningen. Bestemmelsen innebærer en formalisering av samarbeidet mellom barneverntjenesten og andre offentlige tjenester i tilfeller der individuell plan skal utarbeides. Arbeidet med gjennomføring av individuell plan endrer ikke den alminnelige ansvars- og funksjonsdelingen mellom tjenestene.

Utarbeidelse av planen forutsetter at foreldrene eller barnet samtykker til dette. Det er barnets foreldre eller andre med foreldreansvar som skal samtykke til dette når barnet er under 15 år. Barn over 15 år, eller som av andre grunner er part i saken, kan etter barnevernloven selv samtykke til individuell plan, jf. barnevernloven § 6-3. Når barnet har fylt 15 år, er samtykke fra barnet nødvendig, og som hovedregel tilstrekkelig grunnlag for å kunne utarbeide individuell plan. Dette gjelder med mindre planen inneholder tiltak som også retter seg mot foreldrene. I slike tilfeller må også foreldrene samtykke til planen. Dersom

barneverntjenesten har overtatt omsorgen for et barn under 15 år, overtar barneverntjenesten foreldrenes kompetanse til å samtykke til planen.

Første ledd andre punktum videreføres.

Andre ledd endres, slik at hjemmelen til å gi forskrift om individuell plan legges til Kongen i statsråd. En avgjørelse om individuell plan etter barnevernloven regnes ikke som et enkeltvedtak. En avgjørelse om individuell plan kan påklages til statsforvalteren i henhold til § 6-5.

Til § 6-5

Det følger av *første ledd* at enkeltvedtak som barneverntjenesten har truffet, og oppfølgingsvedtak som Barne-, ungdoms- og familieetaten har truffet, kan påklages til statsforvalteren. Nytt andre punktum lovfester at en avgjørelse om individuell plan etter barnevernloven kan påklages til statsforvalteren.

11.3 Merknader til endringer i familievernkontorloven

Til § 1a

Første ledd gir familievernkontoret plikt til å samarbeide med andre tjenesteytere i oppfølgingen av bestemte brukere som mottar tjenester fra flere tjenesteytere. Dette er en oppgave som kommer i tillegg til det å gi tjenestene etter familievernkontorloven. Samarbeidet skal være en integrert del av tjenesteytingen. For at samarbeidsplikten skal inntre, må samarbeid være nødvendig for å gi brukeren et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Dette innebærer at familievernkontoret må gjøre en konkret faglig vurdering av hva de har plikt til å samarbeide om, hvilke andre tjenesteytere de skal samarbeide med når det gjelder de enkelte oppgavene, og en vurdering av hvor omfattende og langvarig samarbeidet vil bli. Dette vil variere ut fra den enkelte brukerens behov. Familievernkontoret må selv vurdere hvilke samarbeidsaktiviteter de må gjennomføre for å oppfylle plikten til samarbeid. Slikt samarbeid er avhengig av samtykke til deling av opplysninger fra den det gjelder, jf. familievernkontorloven § 6.

Andre ledd slår fast at kommunen skal samordne tjenestetilbudet til brukere som trenger helhetlige og samordnede tjenester. Ved behov skal kommunen bestemme hvilken kommunal tjenesteyter som skal samordne tjenestetilbudet i saker der brukere trenger et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Denne plikten gjelder der det er

uklarheter eller uenighet om hvilken kommunal tjenesteyter som skal samordne tjenestetilbudet.

Dersom tjenesteyterne er enige om hvem som skal samordne tjenestetilbudet, vil det ikke være behov for at kommunen avgjør dette. Det samme gjelder der det allerede følger av annet regelverk hvem som skal ha ansvaret for å koordinere oppfølgingen barnet får, for eksempel der barnet har en individuell plan etter helse- og omsorgslovgivningen eller barnevernlovgivningen. Dersom familien har fått oppnevnt barnekoordinator etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 a, følger det av bestemmelsen at det er barnekoordinatoren som skal sørge for at tjenestetilbudet til familien og barnet blir samordnet.

Kommunen velger selv hvordan den skal ivareta plikten til å avklare hvem som skal ha ansvaret for samordningen. Det er kommunedirektøren som har ansvaret og beslutningsmyndigheten, men oppgaven kan delegeres til andre i kommunen.

Kommunens beslutningsmyndighet omfatter ikke fylkeskommunale, statlige eller private tjenesteytere. Samordning opp mot disse tjenestene vil derfor omfatte informasjon, involvering og tilrettelegging for samarbeid. Samtidig vil de fylkeskommunale, statlige og private tjenestene være pålagt å delta i samarbeidet gjennom samarbeidsplikter i egne tjenestelover.

Tredje ledd regulerer familievernkontorets plikt til å samarbeide med andre tjenesteytere uten av det er knyttet til oppfølgingen av bestemte barn eller bestemte brukere. Familievernkontoret skal samarbeide med andre offentlige tjenester for at familieverntjenesten og de andre tjenesteyterne skal kunne utføre oppgaver som de er pålagt ved lov eller forskrift. Slikt samarbeid kan for eksempel omfatte drøfting av saker i anonymisert form og tilrettelegging for gjensidig veiledning og informasjon. Samarbeidet kan for eksempel forankres i samarbeidsavtaler eller gjennom faste tverrsektorielle møter, arbeidsformer og rutiner.

Fjerde ledd definerer begrepet «tjenesteytere». Med tjenesteytere menes både kommunale, fylkeskommunale og statlige tjenesteytere og private tjenesteytere som utfører oppgaver på vegne av slike tjenesteytere. Alle disse tjenesteyterne omfattes av samarbeidsplikten.

11.4 Merknader til endringer i opplæringsloven

Til § 3-6

Andre ledd endres slik at oppfølgingstjenestens plikt til å sikre tverretattlig samarbeid mellom

kommunale, fylkeskommunale og statlige instanser som har ansvar for målgruppen, og formidle, eventuelt samordne, tilbud fra ulike tjenester, løftes til lovbestemmelsen. Dette er for å tydeliggjøre plikten, selv om innholdet i plikten vil være det samme som tidligere. Aktuelle instanser for samarbeid er særlig grunnskolene og de videregående skolene, pedagogisk-psykologisk tjeneste (PP-tjenesten), opplæringsadministrasjonen i fylkeskommunen, arbeids- og velferdsforvaltningen og helse- og sosialtjenestene. Oppfølgings-tjenesten kan bistå i arbeidet med å redusere frafallet fra videregående opplæring gjennom samarbeid med grunnskole og videregående opplæring.

Til § 4A-14

Bestemmelsen er ny og pålegger kommunen og fylkeskommunen tilsvarende plikt til samarbeid og samordning for deltakere etter kapittel 4A som § 15-8 for elever.

Første ledd gir kommunen og fylkeskommunen plikt til å samarbeide med andre tjenesteytere i oppfølgingen av bestemte deltakere som mottar tjenester fra flere tjenesteytere. Dette er en oppgave som kommer i tillegg til det å gi opplæring og andre tjenester etter opplæringsloven. Samarbeidet skal være en integrert del av tjenesteytingen. For at samarbeidsplikten skal inntre, må samarbeid være nødvendig for å gi deltakeren et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Dette innebærer at kommunen eller fylkeskommunen må gjøre en konkret faglig vurdering av hva de har plikt til å samarbeide om, hvilke andre tjenesteytere de skal samarbeide med når det gjelder de enkelte oppgavene, og en vurdering av hvor omfattende og langvarig samarbeidet vil bli. Dette vil variere ut fra den enkelte deltakerens behov. Kommunen og fylkeskommunen må selv vurdere hvilke samarbeidsaktiviteter de må gjennomføre for å oppfylle plikten til samarbeid. Samarbeidsplikten gir også kommunen og fylkeskommunen plikt til å medvirke i samarbeid om utarbeidelse og oppfølging av tiltak og mål i individuell plan. Samarbeidet skal skje innenfor gjeldende regler om taushetsplikt.

Andre ledd slår fast at kommunen skal samordne tjenestetilbudet til deltakere som trenger helhetlige og samordnede tjenester. Ved behov skal kommunen bestemme hvilken kommunal tjenesteyter som skal samordne tjenestetilbudet i saker der en deltaker trenger et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Denne plikten gjelder der det er uklarheter eller uenighet om hvilken kom-

munal tjenesteyter som skal samordne tjenestetilbudet.

Dersom tjenesteyterne er enige om hvem som skal samordne tjenestetilbudet, vil det ikke være behov for at kommunen avgjør dette. Det samme gjelder der det allerede følger av annet regelverk hvem som skal ha ansvaret for å koordinere oppfølgingen deltakeren får, for eksempel der deltakeren har en individuell plan etter helse- og omsorgslovgivningen eller barnevernlovgivningen. Dersom familien har fått oppnevnt barnekoordinator etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 a, følger det av bestemmelsen at det er barnekoordinatoren som skal sørge for at tjenestetilbudet til familien og barnet blir samordnet.

Kommunen velger selv hvordan den skal ivareta plikten til å avklare hvem som skal ha ansvaret for samordningen. Det er kommunedirektøren som har ansvaret og beslutningsmyndigheten, men oppgaven kan delegeres til andre i kommunen. Kommunens beslutningsmyndighet omfatter ikke fylkeskommunale, statlige eller private tjenesteytere. Samordning opp mot disse tjenestene vil derfor omfatte informasjon, involvering og tilrettelegging for samarbeid. Samtidig vil de fylkeskommunale, statlige og private tjenestene være pålagt å delta i samarbeidet gjennom samarbeidsplikter i egne tjenestelover. Dersom det er mest hensiktsmessig, kan kommunen avtale med den aktuelle tjenesten, for eksempel BUP eller en videregående skole, at samordningsansvaret skal ligge der.

Tredje ledd regulerer kommunen og fylkeskommunen sin plikt til å samarbeide med andre tjenesteytere uten av det er knyttet til oppfølgingen av en bestemt deltaker. De skal samarbeide med andre offentlige tjenester for at kommunen eller fylkeskommunen og de andre tjenesteyterne skal kunne utføre oppgaver som de er pålagt ved lov eller forskrift. Slikt samarbeid kan for eksempel omfatte drøfting av saker i anonymisert form og tilrettelegging for gjensidig veiledning og informasjon. Samarbeidet kan for eksempel forankres i samarbeidsavtaler eller gjennom faste tverrsektorielle møter, arbeidsformer og rutiner. Selv om plikten til å samarbeide ligger til de enkelte velferdstjenestene i kommunen, vil det være kommunen som er rettslig ansvarlig for at pliktene blir oppfylt. Dette innebærer at en velferdstjeneste ikke kan pålegge en annen tjeneste nye oppgaver, men at kommunen i slike tilfeller må beslutte at den aktuelle tjenesten skal bruke ressurser på oppgaven.

Fjerde ledd fastsetter at de samarbeidende tjenestene kan behandle personopplysninger, inkludert personopplysninger som nevnt i personvern-

forordningen artikkel 9 og 10, når de utfører oppgaver etter første til tredje ledd.

Femte ledd definerer begrepet «tjenesteytarar». Med tjenesteytere menes både kommunale, fylkeskommunale og statlige tjenesteytere, private tjenesteytere som utfører oppgaver på vegne av slike tjenesteytere og friskoler og private barnehager. Alle disse tjenesteyterne omfattes av samarbeidsplikten.

Til § 15-3

Første og andre ledd endres slik at alle som utfører tjenester eller arbeid etter loven er omfattet av oppmerksomhets- og meldeplikten til barneverntjenesten. Dette innebærer at plikten vil gjelde for alle som utfører tjeneste eller arbeid i skolen, leksehjelpordningen, skolefritidsordningen, musikk- og kulturskoletilbudet, voksenopplæringen, oppfølgingstjenesten og PP-tjenesten. Videre vil bestemmelsen omfatte enkelte ansatte i lærebedrifter, for eksempel instruktøren og den faglige lederen. Plikten omfatter også praktikanter, vikarer og midlertidig ansatte som utfører tjenester eller arbeid etter loven. Å utføre tjenester eller arbeid skal ikke forstås annerledes eller videre enn det som er fastsatt i barnevernloven § 6-4.

Til § 15-4

Bestemmelsen er endret slik at oppmerksomhetsplikten og plikten til å gi opplysninger omfatter helse- og omsorgstjenesten, i tillegg til sosialtjenesten i arbeids- og velferdsforvaltningen. Videre er bestemmelsen endret til at kommunen og fylkeskommunen skal sørge for at alle som utfører tjenester eller arbeid etter loven, oppfyller plikten til å være oppmerksom på behov for tiltak, og plikten til å gi opplysninger om slike forhold. Dette er for å tydeliggjøre at det ikke dreier seg om et personlig ansvar for det enkelte personell, og for at pliktene skal gjelde for alle som utfører tjenester eller arbeid etter loven. Pliktene omfatter dermed personalet i leksehjelpordningen, skolefritidsordningen, kulturskolen, voksenopplæringen, oppfølgingstjenesten og PP-tjenesten, i tillegg til personalet i skolen. Kommunen og fylkeskommunen må sørge for at de ansatte har kunnskap om hvilke tiltak som kan være aktuelle etter både sosialtjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven. Overskriften er endret for at plikten ikke skal kunne forveksles med opplysningsplikten til barneverntjenesten, og for at bestemmelsen skal ha lik utforming som den tilsvarende bestemmelsen i andre sektorlover. Opp-

lysninger kan bare gis med tillatelse fra eleven, eventuelt fra foreldrene, eller så langt opplysningene ellers kan gis uten hinder av taushetsplikten.

For å unngå dobbeltregulering er bestemmelsen om råd og veiledning til sosialtjenesten i klientsaker fjernet. Dette følger av samarbeidsplikten i § 15-8.

Til § 15-8

Første ledd gir skolen, PP-tjenesten og skolefritidsordningen plikt til å samarbeide med andre tjenesteytere i oppfølgingen av bestemte elever som mottar tjenester fra flere tjenesteytere. Dette er en oppgave som kommer i tillegg til det å gi opplæring og andre tjenester etter opplæringsloven. Samarbeidet skal være en integrert del av tjenesteytingen. I motsetning til tidligere er ikke samarbeidsplikten avgrenset til andre kommunale tjenester. For at samarbeidsplikten skal inntre, må samarbeid være nødvendig for å gi eleven et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Dette innebærer at tjenestene selv må gjøre en konkret faglig vurdering av hva de har plikt til å samarbeide om, hvilke andre tjenesteytere de skal samarbeide med når det gjelder de enkelte oppgavene, og en vurdering av hvor omfattende og langvarig samarbeidet vil bli. Dette vil variere ut fra den enkelte elevens behov. Skolen, PP-tjenesten og skolefritidsordningen må selv vurdere hvilke samarbeidsaktiviteter de må gjennomføre for å oppfylle plikten til samarbeid. Samarbeidsplikten gir også skolen, skolefritidsordningen og PP-tjenesten plikt til å medvirke i samarbeid om utarbeidelse og oppfølging av tiltak og mål i individuell plan. Samarbeidet skal skje innenfor gjeldende regler om taushetsplikt.

Andre ledd slår fast at kommunen skal samordne tjenestetilbudet til elever som trenger helhetlige og samordnede tjenester. Ved behov skal kommunen bestemme hvilken kommunal tjenesteyter som skal samordne tjenestetilbudet i saker der en elev trenger et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Denne plikten gjelder der det er uklarheter eller uenighet om hvilken kommunal tjenesteyter som skal samordne tjenestetilbudet.

Dersom tjenesteyterne er enige om hvem som skal samordne tjenestetilbudet, vil det ikke være behov for at kommunen avgjør dette. Det samme gjelder der det allerede følger av annet regelverk hvem som skal ha ansvaret for å koordinere oppfølgingen eleven får, for eksempel der eleven har en individuell plan etter helse- og omsorgslovgivningen eller barnevernlovgivningen. Dersom familien har fått oppnevnt barnekoordinator etter

helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 a, følger det av bestemmelsen at det er barnekoordinatoren som skal sørge for at tjenestetilbudet til familien og barnet blir samordnet.

Kommunen velger selv hvordan den skal ivareta plikten til å avklare hvem som skal ha ansvaret for samordningen. Det er kommunedirektøren som har ansvaret og beslutningsmyndigheten, men oppgaven kan delegeres til andre i kommunen. Kommunens beslutningsmyndighet omfatter ikke fylkeskommunale, statlige eller private tjenesteytere. Samordning opp mot disse tjenestene vil derfor omfatte informasjon, involvering og tilrettelegging for samarbeid. Samtidig vil de fylkeskommunale, statlige og private tjenestene være pålagt å delta i samarbeidet gjennom samarbeidsplikter i egne tjenestelover. Dersom det er mest hensiktsmessig, kan kommunen avtale med den aktuelle tjenesten, for eksempel BUP eller en videregående skole, at samordningsansvaret skal ligge der.

Tredje ledd regulerer skolen, PP-tjenesten og skolefritidsordningen sin plikt til å samarbeide med andre tjenesteytere uten av det er knyttet til oppfølgingen av en bestemt elev. Skolen, PP-tjenesten og skolefritidsordningen skal samarbeide med andre offentlige tjenester for at skolen, PP-tjenesten og skolefritidsordningen og de andre tjenesteyterne skal kunne utføre oppgaver som de er pålagt ved lov eller forskrift. Slikt samarbeid kan for eksempel omfatte drøfting av saker i anonymisert form og tilrettelegging for gjensidig veiledning og informasjon. Samarbeidet kan for eksempel forankres i samarbeidsavtaler eller gjennom faste tverrsektorielle møter, arbeidsformer og rutiner. Selv om plikten til å samarbeide ligger til de enkelte velferdstjenestene i kommunen, vil det være kommunen som er rettslig ansvarlig for at pliktene blir oppfylt. Dette innebærer at en velferdstjeneste ikke kan pålegge en annen tjeneste nye oppgaver, men at kommunen i slike tilfeller må beslutte at den aktuelle tjenesten skal bruke ressurser på oppgaven.

Fjerde ledd fastsetter at de samarbeidende tjenestene kan behandle personopplysninger, inkludert personopplysninger som nevnt i personvernforordningen artikkel 9 og 10, når de utfører oppgaver etter første til tredje ledd.

Femte ledd definerer begrepet «tjenesteytarar». Med tjenesteytere menes både kommunale, fylkeskommunale og statlige tjenesteytere, private tjenesteytere som utfører oppgaver på vegne av slike tjenesteytere og friskoler og private barnehager. Alle disse tjenesteyterne omfattes av samarbeidsplikten.

11.5 Merknader til endringer i spesialisthelsetjenesteloven

Til § 2-1 e

Bestemmelsens *overskrift* endres fra dagens «Samhandling og samarbeid» til «Samarbeid».

Endringen skyldes i hovedsak at det både rettslig og praktisk er vanskelig å operere med en klar definisjon eller avgrensning av begrepene «samarbeid» og «samhandling». Begrepene har et meningsinnhold som langt på vei overlapper hverandre, og det er vanskelig å avgjøre når man snakker om det ene fremfor det andre.

Gjeldende § 2-1 e hjemler en plikt til samarbeid generelt (samarbeid på systemnivå) og samarbeid ved ytelse av helse- og omsorgstjenester til den enkelte pasient (samarbeid på individnivå). Bestemmelsen endres for å tydeliggjøre plikten når det gjelder samarbeid ved ytelse av konkrete helse- og omsorgstjenester til den enkelte pasient eller bruker og samarbeid utover oppfølgingen av konkrete pasienter. Samme endringer gjøres i helse- og omsorgstjenesteloven.

Samarbeidsplikten må sees i sammenheng med forsvarlighetskravet etter loven § 2-2 som presiserer at spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Dette kan innebære å samarbeide med andre tjenesteytere. Samarbeidsplikten etter § 2-1 e må også sees i sammenheng med forsvarlighetsplikten etter helsepersonelloven § 4 hvor det av andre ledd fremkommer en plikt for personellet til å innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner og en plikt til å innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Videre fremgår at yrkesutøvelsen skal skje ved samarbeid med annet kvalifisert personell dersom pasientens behov tilsier dette.

Første ledd gir de regionale helseforetakene en plikt til å sørge for at virksomheter som yter spesialisthelsetjenester i henhold til loven § 2-1 a, samarbeider med andre tjenesteytere i oppfølgingen av bestemte pasienter eller brukere som mottar tjenester fra flere tjenesteytere. Dette er en oppgave som kommer i tillegg til det å gi tjenestene etter spesialisthelsetjenesteloven. Samarbeidet skal være en integrert del av tjenesteytingen.

De regionale helseforetakenes sørge for ansvar innebærer en plikt til å sette tjenestene i stand til å oppfylle sine samarbeidsplikter, legge til rette for at det kan samarbeides, påse at det fak-

tisk samarbeides der hvor dette er nødvendig og korrigerer rutiner og praksis dersom det viser seg at det ikke samarbeides i tråd med regelverket.

For at samarbeidsplikten skal inntre, må samarbeid være nødvendig for å gi pasienten eller brukeren et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Dette innebærer at virksomhetene må gjøre en konkret faglig vurdering av hva de har plikt til å samarbeide om, hvilke andre tjenesteytere de skal samarbeide med når det gjelder de enkelte oppgavene, og en vurdering av hvor omfattende og langvarig samarbeidet vil bli. Dette vil variere ut fra den enkelte pasientens eller brukerens behov. Som nevnt må samarbeidsplikten også sees i sammenheng med forsvarlighetskravet etter loven § 2-2 som presiserer at spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Plikt til samarbeid må også sees i sammenheng med personellens plikt til å drive forsvarlig virksomhet. Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med kravene til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, jf. helsepersonelloven § 4 første ledd. Kravene gjelder uavhengig av om helsepersonellet arbeider i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, den fylkeskommunale tannhelsetjenesten eller i spesialisthelsetjenesten. Kravet til forsvarlighet innebærer at helsepersonellet må innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner og respektere begrensninger i egen kompetanse, jf. helsepersonelloven § 4 andre ledd. Helsepersonellet skal innhente bistand eller henvise pasienten videre der dette er nødvendig og mulig. Helsepersonellet skal også samarbeide med annet kvalifisert personell dersom pasientens behov tilsier dette. Virksomhetene må selv vurdere hvilke samarbeidsaktiviteter de må gjennomføre for å oppfylle plikten til samarbeid.

Barnekoordinator foreslås lovfestet som en kommunal plikt i helse- og omsorgstjenesteloven og vil slik sett ikke kunne koordinere tjenesteytelse som skjer innenfor spesialisthelsetjenestens ansvarsområde. Som redegjort for i punkt 7.5.2.8 har departementene kommet til at det ikke vil være hensiktsmessig å lovfeste en tilsvarende barnekoordinatorordning i spesialisthelsetjenesteloven. For å sikre nødvendig samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten presiseres det imidlertid i bestemmelsen at virksomheter innenfor spesialisthelsetjenesteloven skal samarbeide med barnekoordinator dersom dette er oppnevnt etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 a.

Andre ledd regulerer spesialisthelsetjenestens plikt til å samarbeide med andre tjenesteytere uten av det er knyttet til behandling eller oppfølging av en bestemt pasient eller bruker. De regionale helseforetakene skal sørge for nødvendig samarbeid med andre tjenesteytere for at helseforetaket og de andre tjenesteyterne skal kunne utføre oppgaver som de er pålagt ved lov eller forskrift. Bestemmelsen innebærer en delvis utvidelse i forhold til dagens regler. Forslaget viderefører den plikten helseforetakene i dag har til å samarbeide med andre tjenesteytere for at helseforetakene skal kunne ivareta sine oppgaver etter lov og forskrift. I tillegg innebærer bestemmelsen en plikt til å samarbeide med andre tjenesteytere for at disse skal kunne ivareta sine oppgaver etter lov eller forskrift.

Endring av dagens begrep «legge til rette for nødvendig samarbeid» til «sørge for nødvendig samarbeid» er rent språklig og ikke ment å innebære noen materiell endring, jf. ovenfor om sørge for-ansvaret.

Slikt samarbeid kan for eksempel omfatte drøfting av saker i anonymisert form og tilrettelegging for gjensidig veiledning og informasjon. Samarbeidet kan for eksempel forankres i samarbeidsavtaler eller gjennom faste tverrsektorielle møter, arbeidsformer og rutiner.

Tredje ledd definerer begrepet «tjenesteytere». Med tjenesteytere menes både kommunale, fylkeskommunale og statlige tjenesteytere, private tjenesteytere som utfører oppgaver på vegne av slike tjenesteytere og friskoler og private barnehager. Alle disse tjenesteyterne omfattes av samarbeidsplikten.

Fjerde ledd viderefører dagens tredje ledd uendret.

Samarbeid etter denne bestemmelsen skal skje innenfor gjeldende regler om taushetsplikt.

Til § 2-5

Tredje ledd endres, slik at hjemmelen til å gi forskrift om individuell plan legges til Kongen i statsråd.

Til § 2-5 a

Nytt *tredje ledd* presiserer at dersom det er oppnevnt barnekoordinator etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 a, skal koordinator etter spesialisthelsetjenesten samarbeide med barnekoordinator.

Barnekoordinator foreslås lovfestet som en kommunal plikt og vil slik sett ikke kunne koordinere tjenesteytelse som skjer innenfor spesialisthelsetjenestens ansvarsområde. For å sikre nød-

vendig samarbeid mellom koordinator oppnevnt etter spesialisthelsetjenesteloven og barnekoordinator oppnevnt etter helse- og omsorgstjenesteloven, presiseres det at disse skal samarbeide.

11.6 Merknader til endringer i psykisk helsevernloven

Til § 4-1

Tredje ledd endres, slik at hjemmelen til å gi forskrift om individuell plan legges til Kongen i statsråd.

11.7 Merknader til endringer i pasient- og brukerrettighetsloven

Til ny § 2-5 b

Bestemmelsen lovfester en rett til koordinator i samsvar med gjeldende bestemmelser i helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a. Bestemmelsen endrer ikke vilkårene for plikt til å tilby koordinator etter nevnte bestemmelser.

Manglende tilbud om koordinator eller avslag på ønske om koordinator kan påklages i tråd med pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 7, jf. særlig § 7-2.

Til ny § 2-5 c

Bestemmelsen lovfester en rett til barnekoordinator i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 a for familier som har eller venter barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne, og som vil ha behov for langvarige og sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester.

Det vises til spesielle merknader til helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 a for omtale av plikten som korresponderer til retten etter denne bestemmelsen.

Manglende tilbud om barnekoordinator eller avslag på ønske om barnekoordinator kan påklages i tråd med pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 7, jf. særlig § 7-2.

11.8 Merknader til endringer i friskoleloven

Til § 3-6 a

Første ledd gir skolen plikt til å samarbeide med andre tjenesteytere i oppfølgingen av bestemte

elever som mottar tjenester fra flere tjenesteytere. Dette er en oppgave som kommer i tillegg til det å gi opplæring og andre tjenester etter friskoleloven. Samarbeidet skal være en integrert del av tjenesteytingen. I motsetning til tidligere er ikke samarbeidsplikten avgrenset til andre kommunale tjenester. For at samarbeidsplikten skal inntre, må samarbeid være nødvendig for å gi eleven et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Dette innebærer at tjenestene selv må gjøre en konkret faglig vurdering av hva de har plikt til å samarbeide om, hvilke andre tjenesteytere de skal samarbeide med når det gjelder de enkelte oppgavene, og en vurdering av hvor omfattende og langvarig samarbeidet vil bli. Dette vil variere ut fra den enkelte elevens behov. Skolen må selv vurdere hvilke samarbeidsaktiviteter de må gjennomføre for å oppfylle plikten til samarbeid. Samarbeidsplikten gir også skolen plikt til å medvirke i samarbeid om utarbeidelse og oppfølging av tiltak og mål i individuell plan. Samarbeidet skal skje innenfor gjeldende regler om taushetsplikt.

Andre ledd slår fast at kommunen skal samordne tjenestetilbudet til elever som trenger helhetlige og samordnede tjenester. Ved behov skal kommunen bestemme hvilken kommunal tjenesteyter som skal samordne tjenestetilbudet i saker der en elev trenger et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Denne plikten gjelder der det er uklarheter eller uenighet om hvilken kommunal tjenesteyter som skal samordne tjenestetilbudet.

Dersom tjenesteyterne er enige om hvem som skal samordne tjenestetilbudet, vil det ikke være behov for at kommunen avgjør dette. Det samme gjelder der det allerede følger av annet regelverk hvem som skal ha ansvaret for å koordinere oppfølgingen eleven får, for eksempel der eleven har en individuell plan etter helse- og omsorgslovgivningen eller barnevernlovgivningen. Dersom familien har fått oppnevnt barnekoordinator etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 a, følger det av bestemmelsen at det er barnekoordinatoren som skal sørge for at tjenestetilbudet til familien og barnet blir samordnet.

Kommunen velger selv hvordan den skal ivareta plikten til å avklare hvem som skal ha ansvaret for samordningen. Det er kommunedirektøren som har ansvaret og beslutningsmyndigheten, men oppgaven kan delegeres til andre i kommunen. Kommunens beslutningsmyndighet omfatter ikke fylkeskommunale, statlige eller private tjenesteytere. Samordning opp mot disse tjenestene vil derfor omfatte informasjon, involvering og tilrettelegging for samarbeid. Samtidig vil de fylkeskommunale, statlige og private tjenestene

være pålagt å delta i samarbeidet gjennom samarbeidsplikter i egne tjenestelover. Dersom det er mest hensiktsmessig, kan kommunen avtale med den aktuelle tjenesten, for eksempel BUP, at samordningsansvaret skal ligge der.

Tredje ledd regulerer skolens plikt til å samarbeide med andre tjenesteytere uten av det er knyttet til oppfølgingen av en bestemt elev. Skolen skal samarbeide med andre offentlige tjenester for at skolen og de andre tjenesteyterne skal kunne utføre oppgaver som de er pålagt ved lov eller forskrift. Slikt samarbeid kan for eksempel omfatte drøfting av saker i anonymisert form og tilrettelegging for gjensidig veiledning og informasjon. Samarbeidet kan for eksempel forankres i samarbeidsavtaler eller gjennom faste tverrsektorielle møter, arbeidsformer og rutiner. Selv om plikten til å samarbeide ligger til de enkelte velferdstjenestene i kommunen, vil det være kommunen som er rettslig ansvarlig for at pliktene blir oppfylt. Dette innebærer at en velferdstjeneste ikke kan pålegge en annen tjeneste nye oppgaver, men at kommunen i slike tilfeller må beslutte at den aktuelle tjenesten skal bruke ressurser på oppgaven.

Fjerde ledd fastsetter at de samarbeidende tjenestene kan behandle personopplysninger, inkludert personopplysninger som nevnt i personvernforordningen artikkel 9 og 10, når de utfører oppgaver etter første til tredje ledd.

Femte ledd definerer begrepet «tjenesteytarar». Med tjenesteytere menes både kommunale, fylkeskommunale og statlige tjenesteytere, private tjenesteytere som utfører oppgaver på vegne av slike tjenesteytere og friskoler og private barnehager. Alle disse tjenesteyterne omfattes av samarbeidsplikten.

Til § 7-4

Første og andre ledd endres slik at alle som utfører tjenester eller arbeid i skolen, leksehjelpeordningen og skolefritidsordningen er omfattet av oppmerksomhets- og meldeplikten til barneverntjenesten. Skolefritidsordningen er ikke en lov-pålagt tjeneste for friskolene, og oppgavene til skolefritidsordningen er ikke lovregulert. Mange friskoler har likevel en skolefritidsordning, og bestemmelsen vil gjelde for disse. Bestemmelsen vil ikke omfatte rene private fritidstilbud som ikke drives av friskolen. Plikten omfatter også praktikanter, vikarer og midlertidig ansatte som utfører tjenester eller arbeid etter loven. Å utføre tjenester eller arbeid skal ikke forstås annerledes eller videre enn det som er fastsatt i barnevernloven § 6-4.

Til § 7-5

Bestemmelsen er endret slik at oppmerksomhetsplikten og plikten til å gi opplysninger omfatter helse- og omsorgstjenesten, i tillegg til sosialtjenesten i arbeids- og velferdsforvaltningen. Videre er bestemmelsen endret til at styret skal sørge for at alle som utfører tjenester eller arbeid etter loven oppfyller plikten til å være oppmerksom på behov for tiltak og plikten til å gi opplysninger om slike forhold. Dette for å tydeliggjøre at det ikke dreier seg om et personlig ansvar for det enkelte personell og for at pliktene skal gjelde for alle som utfører tjenester eller arbeid etter loven. Pliktene omfatter dermed personalet i leksehjelpordningen, i tillegg til personalet i skolen. Kommunen og fylkeskommunen må sørge for at de ansatte har kunnskap om hvilke tiltak som kan være aktuelle etter både sosialtjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven. Overskriften er endret for at plikten ikke skal kunne forveksles med opplysningsplikten til barneverntjenesten, og for at bestemmelsen skal ha lik utforming som den tilsvarende bestemmelsen i andre sektorlover. Opplysninger kan bare gis med samtykke fra eleven, eventuelt fra foreldrene, eller så langt opplysningene ellers kan gis uten hinder av taushetsplikten.

For å unngå dobbeltregulering er bestemmelsen om råd og veiledning til sosialtjenesten i klientsaker fjernet. Dette følger av samarbeidsplikten i § 3-6 a.

11.9 Merknader til endringer i barnehageloven

Til § 2 b

Første ledd gir barnehagen og pedagogisk-psykologisk tjeneste (PP-tjenesten) plikt til å samarbeide med andre tjenesteytere i oppfølgingen av bestemte barn som mottar tjenester fra flere tjenesteytere. For PP-tjenesten omfatter plikten både barn i barnehage og barn som ikke går i barnehage. Dette er en oppgave som kommer i tillegg til det å gi tjenester etter barnehageloven. Samarbeidet skal være en integrert del av tjenesteytingen. For at samarbeidsplikten skal inntre, må samarbeid være nødvendig for å gi barnet et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Dette innebærer at barnehagen må gjøre en konkret faglig vurdering av hva de har plikt til å samarbeide om, hvilke andre tjenesteytere de skal samarbeide med når det gjelder de enkelte oppgavene, og en vurdering av hvor omfattende og langvarig sam-

arbeidet vil bli. Dette vil variere ut fra det enkelte barnets behov. Barnehagen og PP-tjenesten må selv vurdere hvilke samarbeidsaktiviteter de må gjennomføre for å oppfylle plikten til samarbeid. Samarbeidsplikten gir også barnehagen og PP-tjenesten plikt til å medvirke i samarbeid om utarbeidelse og oppfølging av tiltak og mål i individuell plan. Samarbeidet skal skje innenfor gjeldende regler om taushetsplikt.

Andre ledd slår fast at kommunen skal samordne tjenestetilbudet til barn som trenger helhetlige og samordnede tjenester. Ved behov skal kommunen bestemme hvilken kommunal tjenesteyter som skal samordne tjenestetilbudet i saker der et barn trenger et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Denne plikten gjelder der det er uklarheter eller uenighet om hvilken kommunal tjenesteyter som skal samordne tjenestetilbudet.

Dersom tjenesteyterne er enige om hvem som skal samordne tjenestetilbudet, vil det ikke være behov for at kommunen avgjør dette. Det samme gjelder der det allerede følger av annet regelverk hvem som skal ha ansvaret for å koordinere oppfølgingen barnet får, for eksempel der barnet har en individuell plan etter helse- og omsorgslovgivningen eller barnevernlovgivningen. Dersom familien har fått oppnevnt barnekoordinator etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 a, følger det av bestemmelsen at det er barnekoordinatoren som skal sørge for at tjenestetilbudet til familien og barnet blir samordnet.

Kommunen velger selv hvordan den skal ivareta plikten til å avklare hvem som skal ha ansvaret for samordningen. Det er kommunedirektøren som har ansvaret og beslutningsmyndigheten, men oppgaven kan delegeres til andre i kommunen. Kommunens beslutningsmyndighet omfatter ikke fylkeskommunale, statlige eller private tjenesteytere. Samordning opp mot disse tjenestene vil derfor omfatte informasjon, involvering og tilrettelegging for samarbeid. Samtidig vil de fylkeskommunale, statlige og private tjenestene være pålagt å delta i samarbeidet gjennom samarbeidsplikter i egne tjenestelover. Dersom det er mest hensiktsmessig, kan kommunen avtale med den aktuelle tjenesten, for eksempel BUP, at samordningsansvaret skal ligge der.

Tredje ledd regulerer barnehagens og PP-tjenestens plikt til å samarbeide med andre tjenesteytere uten av det er knyttet til oppfølgingen av et bestemt barn. Barnehagen og PP-tjenesten skal samarbeide med andre offentlige tjenester for at barnehagen, PP-tjenesten og de andre tjenesteyterne skal kunne utføre oppgaver som de er pålagt ved lov eller forskrift. Slikt sam-

arbeid kan for eksempel omfatte drøfting av saker i anonymisert form og tilrettelegging for gjensidig veiledning og informasjon. Samarbeidet kan for eksempel forankres i samarbeidsavtaler eller gjennom faste tverrsektorielle møter, arbeidsformer og rutiner.

Fjerde ledd definerer begrepet «tjenesteytere». Med tjenesteytere menes både kommunale, fylkeskommunale og statlige tjenesteytere, private tjenesteytere som utfører oppgaver på vegne av slike tjenesteytere og friskoler og private barnehager. Alle disse tjenesteyterne omfattes av samarbeidsplikten.

For kommunale barnehager er det kommunen som vil være ansvarlig for å oppfylle pliktene. For private barnehager vil den som er ansvarlig for rettssubjektet som driver barnehagen, være ansvarlig.

Til § 45

Overskriften er endret for at plikten ikke skal kunne forveksles med opplysningsplikten til barneverntjenesten, og for at bestemmelsen skal ha lik utforming som den tilsvarende bestemmelsen i andre sektorlover. Det er gjort noen språklige endringer i ordlyden for at det ikke skal være tvil om at det rettslige innholdet i bestemmelsen er det samme som i de tilsvarende bestemmelsene som gjelder etter andre sektorlover. Setningen om at opplysninger til sosialtjenesten eller den kommunale helse- og omsorgstjenesten normalt skal gis av styrer, er tatt ut av bestemmelsen. I praksis vil det ofte være styrer som gir slike opplysninger. Styrer må sørge for at de ansatte har kunnskap om hvilke tiltak som kan være aktuelle etter både sosialtjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven.

11.10 Merknader til endringer i NAV-loven

Til § 15

Fjerde ledd endres, slik at hjemmelen til å gi forskrift om individuell plan legges til Kongen i statsråd.

Til ny § 15 a

Første ledd gir kontoret plikt til å samarbeide med andre offentlige organer og tjenesteytere i oppfølgingen av en bestemt person som mottar tjenester fra flere tjenesteytere. Dette er en oppgave som kommer i tillegg til det å gi tjenester og

annen oppfølging etter NAV-loven. Samarbeidet skal være en integrert del av arbeidet i kontoret. For at samarbeidsplikten skal inntre, må samarbeid være nødvendig for å gi en person et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Dette innebærer at kontoret må gjøre en konkret faglig vurdering av hva den har plikt til å samarbeide om, hvilke andre tjenesteytere den skal samarbeide med når det gjelder de enkelte oppgavene, og en vurdering av hvor omfattende og langvarig samarbeidet vil bli. Dette vil variere ut fra den enkelte personens behov. Kontoret må selv vurdere hvilke samarbeidsaktiviteter den må gjennomføre for å oppfylle plikten til samarbeid. Samarbeidet skal skje innenfor gjeldende regler om taushetsplikt.

Andre ledd regulerer kontorets plikt til å samarbeide med andre offentlige organer og tjenesteytere uten at det er knyttet til oppfølgingen av en bestemt person. Kontoret skal samarbeide med andre offentlige organer og tjenester for at kontoret og de andre tjenesteyterne skal kunne utføre oppgaver som de er pålagt ved lov eller forskrift. Slikt samarbeid kan for eksempel omfatte drøfting av saker i anonymisert form og tilrettelegging for gjensidig veiledning og informasjon. Samarbeidet kan for eksempel forankres i samarbeidsavtaler eller gjennom faste tverrsektorielle møter, arbeidsformer og rutiner.

Tredje ledd definerer begrepet «tjenesteytere». Med tjenesteytere menes både kommunale, fylkeskommunale og statlige tjenesteytere, private tjenesteytere som utfører oppgaver på vegne av slike tjenesteytere og friskoler og private barnehager. Alle disse tjenesteyterne omfattes av samarbeidsplikten.

11.11 Merknader til endringer i krisesenterloven

Til § 4

Paragraf 4 har i hovedsak fått en ny utforming ved at den er harmonisert med bestemmelser om samarbeid og samordning i andre tjenestelover, og ved at kravene til samarbeid og kommunens plikt til samordning er tydeliggjort. Endringene er ikke ment å redusere den plikten til samordning som alt følger av gjeldende § 4 om samordning av tjenester.

Første ledd gir kommunen plikt til å sørge for at krisesentertilbudet samarbeider med andre tjenesteytere i oppfølgingen av bestemte brukere som mottar tjenester fra flere tjenesteytere. Dette er en oppgave som kommer i tillegg til det å gi tjenester etter krisesenterloven. Samarbeidet skal

være en integrert del av tjenesteytingen. For at samarbeidsplikten skal inntre, må samarbeid være nødvendig for å gi brukerne et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Dette innebærer at kommunen må sørge for at krisesentertilbudet gjør en konkret faglig vurdering av hva de har plikt til å samarbeide om, hvilke andre tjenesteytere de skal samarbeide med når det gjelder de enkelte oppgavene, og en vurdering av hvor omfattende og langvarig samarbeidet vil bli. Dette vil variere ut fra den enkelte brukers behov. Kommunen må sørge for at krisesentertilbudet selv vurderer hvilke samarbeidsaktiviteter de må gjennomføre for å oppfylle plikten til samarbeid. Samarbeidsplikten gir også kommunen plikt til å sørge for at krisesentertilbudet medvirker i samarbeid om utarbeiding og oppfølging av mål og tiltak i individuell plan. Slike tjenestetilbud må i så fall koordineres med krisesentertilbudet i den perioden vedkommende er bruker. Slikt samarbeid er avhengig av samtykke til deling av opplysninger fra den det gjelder, jf. krisesenterloven § 5.

Andre ledd slår fast at kommunen skal samordne tjenestetilbudet til barn og voksne brukere av krisesentertilbudet som trenger helhetlige og samordnede tjenester. Ved behov skal kommunen bestemme hvilken kommunal tjenesteyter som skal samordne tjenestetilbudet i saker der barn og voksne brukere av krisesentertilbudet trenger et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Denne plikten gjelder der det er uklarheter eller uenighet om hvilken kommunal tjenesteyter som skal samordne tjenestetilbudet.

Dersom tjenesteyterne er enige om hvem som skal samordne tjenestetilbudet, vil det ikke være behov for at kommunen avgjør dette. Det samme gjelder der det allerede følger av annet regelverk hvem som skal ha ansvaret for å samordne oppfølgingen brukerne får, for eksempel der brukeren har en individuell plan etter helse- og omsorgslovgivningen eller barnevernlovgivningen. Dersom familien har fått oppnevnt barnekoordinator etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 a, følger det av bestemmelsen at det er barnekoordinatoren som skal sørge for at tjenestetilbudet til familien og barnet blir samordnet.

Kommunen velger selv hvordan den skal ivareta plikten til å avklare hvem som skal ha ansvaret for samordningen. Det er kommuneledelsen som har ansvaret og beslutningsmyndigheten, men oppgaven kan delegeres til andre i kommunen. Kommunens beslutningsmyndighet omfatter ikke fylkeskommunale, statlige eller private tjenesteytere. Samordning opp mot disse tje-

nestene vil derfor omfatte informasjon, involvering og tilrettelegging for samarbeid. Samtidig vil de fylkeskommunale, statlige og private tjenesteytere være pålagt å delta i samarbeidet gjennom samarbeidsplikter i egne tjenestelover. Dersom det er mest hensiktsmessig kan kommunen avtale med den aktuelle tjenesten at samordningsansvaret skal ligge der.

Tredje ledd regulerer kommunens plikt til å sørge for samarbeid mellom krisesentertilbudet og med andre tjenesteytere uten at det er knyttet til oppfølgingen av bestemte brukere av krisesentertilbudet. Kommunen skal sørge for at krisesentertilbudet samarbeider med andre offentlige tjenester for at krisesentertilbudet og de andre tjenesteyterne skal kunne utføre oppgaver som de er pålagt ved lov eller forskrift. Slikt samarbeid kan for eksempel omfatte drøfting av saker i anonymisert form og tilrettelegging for gjensidig veiledning og informasjon. Samarbeidet kan for eksempel forankres i samarbeidsavtaler eller gjennom faste tverrsektorielle møter, arbeidsformer og rutiner. Selv om plikten til å samarbeide ligger til de enkelte velferdstjenestene i kommunen, vil det være kommunen som er rettslig ansvarlig for at pliktene blir oppfylt. Dette innebærer at en velferdstjeneste ikke kan pålegge en annen tjeneste nye oppgaver, men at kommunen i slike tilfeller må beslutte at den aktuelle tjenesten skal bruke ressurser på oppgaven.

Fjerde ledd definerer begrepet «tenesteapparatet». Med tenesteapparatet menes både kommunale, fylkeskommunale og statlige tjenesteytere, private tjenesteytere som utfører oppgaver på vegne av slike tjenesteytere og friskoler og private barnehager. Alle disse tjenesteyterne omfattes av samarbeidsplikten.

Til ny § 6 a

Bestemmelsen er ny og pålegger alle som utfører tjenester eller arbeid etter krisesenterloven, en oppmerksomhetsplikt som omfatter helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten. Den omfatter dermed ikke bare formelt ansatte, men også andre som utfører tjeneste eller arbeid etter krisesenterloven. Kommunen må sørge for at de ansatte har kunnskap om hvilke tiltak som kan være aktuelle etter både sosialtjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven. Opplysningene skal bare deles med sosialtjenesten eller helse- og omsorgstjenesten dersom brukeren samtykker, eller så langt opplysningene kan gis uten hinder av taushetsplikten.

11.12 Merknader til endringer i sosialtjenesteloven

Til § 9

I første ledd er lovens § 13 andre ledd første punktum, tredje ledd og fjerde ledd første punktum lagt til for at statsforvalteren skal kunne føre tilsyn med kravene til samarbeid og samordning.

Statlig tilsyn med kommunens plikter skal være et lovlighetstilsyn. Dette følger av kommuneloven § 30-2, som slår fast at staten «kan føre tilsyn med lovligheten av kommunens eller fylkeskommunens oppfyllelse av plikter pålagt i eller i medhold av lov». At tilsynet skal være lovlighetstilsyn, betyr at tilsynsmyndighetenes kompetanse er underlagt de samme avgrensningene som domstolene, og at tilsynsmyndighetene ikke kan overprøve kommunenes forvaltningsskjønn («det frie skjønnet»). Vurderingen av hva som er nødvendig for å gi en person et helhetlig og samordnet tjenestetilbud, er et lovbundet skjønn og ikke et forvaltningsskjønn. Statsforvalteren kan derfor føre tilsyn med dette.

Til § 13

Paragrafens overskrift endres til også å omfatte endringene knyttet til samarbeid og samordning som foreslås tatt inn i paragrafens andre, tredje og fjerde ledd.

Første ledd videreføres uendret.

Andre ledd første punktum gir kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen plikt til å samarbeide med andre sektorer, forvaltningsnivåer og tjenesteytere i oppfølgingen av en bestemt person som mottar tjenester og annen oppfølging fra flere tjenesteytere. Som etter gjeldende andre ledd, fremgår det av endret andre ledd at det skal samarbeides med andre sektorer og forvaltningsnivåer. I dette ligger det at kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen skal samarbeide både med andre deler av offentlig sektor, og med enheter på ulike forvaltningsnivåer. I tillegg er formuleringen «tjenesteytere» tatt inn, for å ivareta kravet til at det også skal samarbeides med andre aktører som utfører oppgaver på vegne av offentlige organer.

Dette er en oppgave som kommer i tillegg til det å gi tjenester og annen oppfølging etter sosialtjenesteloven. Samarbeidet skal være en integrert del av arbeidet i kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen. For at samarbeidsplikten skal innre, må samarbeid være nødvendig for å gi en person oppfølging og et helhetlig og samordnet tjenestetilbud, eller kunne bidra til å løse opp-

gavene som kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen er pålagt etter denne loven. Dette innebærer at kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen må gjøre en konkret faglig vurdering av hva den har plikt til å samarbeide om, hvilke andre tjenesteytere den skal samarbeide med når det gjelder de enkelte oppgavene, og en vurdering av hvor omfattende og langvarig samarbeidet vil bli. Dette vil variere ut fra den enkelte personens behov. Kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen må selv vurdere hvilke aktiviteter den må gjennomføre for å oppfylle plikten til samarbeid. Plikten til slikt samarbeid gjelder både tjenester og annen oppfølging, og er ikke avgrenset til kun å gjelde saker om tjenester etter sosialtjenesteloven kapittel 4. Samarbeidet skal skje innenfor gjeldende regler om taushetsplikt.

Andre ledd andre og tredje punktum viderefører gjeldende tredje ledd, og plasseres i andre ledd i tilknytning til den nye bestemmelsen om samarbeid i oppfølgingen av en bestemt person som mottar tjenester og annen oppfølging fra flere tjenesteytere. Den gjeldende plikten omfatter både tilfeller hvor det er behov for samordning og tilfeller hvor det ikke er behov for samordning, men hvor ansvarsforholdet likevel er uklart.

Tredje ledd slår fast at kommunen skal samordne tjenestetilbudet til personer som trenger et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Ved behov skal kommunen bestemme hvilken kommunal tjenesteyter som skal samordne tjenestetilbudet i saker der en person trenger et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Denne plikten gjelder der det er uklarheter eller uenighet om hvilken kommunal tjenesteyter som skal samordne tjenestetilbudet.

Dersom tjenesteyterne er enige om hvem som skal samordne tjenestetilbudet, vil det ikke være behov for at kommunen avgjør dette. Det samme gjelder der det allerede følger av annet regelverk hvem som skal ha ansvaret for å koordinere oppfølgingen den aktuelle personen får, for eksempel der den aktuelle personen har en individuell plan etter helse- og omsorgslovgivningen eller barnevernlovgivningen. Dersom familien har fått oppnevnt barnekoordinator etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 a, følger det av bestemmelsen at det er barnekoordinatoren som skal sørge for at tjenestetilbudet til familien og barnet blir samordnet.

Kommunen velger selv hvordan den skal ivareta plikten til å avklare hvem som skal ha ansvaret for samordningen. Det er kommunedirektøren som har ansvaret og beslutningsmyndigheten, men oppgaven kan delegeres til andre i kommunen. Kommunens beslutningsmyndighet omfatter ikke fylkeskommunale, statlige eller pri-

vate tjenesteytere. Samordning opp mot disse tjenestene vil derfor omfatte informasjon, involvering og tilrettelegging for samarbeid. Samtidig vil de fylkeskommunale, statlige og private tjenestene være pålagt å delta i samarbeidet gjennom samarbeidsplikter i egne tjenestelover. Dersom det er mest hensiktsmessig, kan kommunen imidlertid avtale med den aktuelle tjenesten, for eksempel BUP eller en videregående skole, at samordningsansvaret skal ligge der.

Fjerde ledd første punktum regulerer kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningens plikt til å samarbeide med andre sektorer, forvaltningsnivåer og tjenesteytere uten at det er knyttet til oppfølgingen av en bestemt person. Når det gjelder opplistingen av hvilke organer det skal samarbeides med, vises det til omtalen av dette ovenfor i merknadene til andre ledd.

Kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen skal samarbeide med andre sektorer, forvaltningsnivåer og tjenester for at kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen og de andre tjenesteyterne skal kunne utføre oppgaver som de er pålagt ved lov eller forskrift. Kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen skal etter nytt første punktum, også samarbeide med andre sektorer, forvaltningsnivåer og tjenester når dette kan bidra til å løse oppgavene som kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen er pålagt etter sosialtjenesteloven, slik det følger av gjeldende andre ledd første punktum.

Slikt samarbeid kan for eksempel omfatte drøfting av saker i anonymisert form og tilrettelegging for gjensidig veiledning og informasjon. Samarbeidet kan for eksempel forankres i samarbeidsavtaler eller gjennom faste tverrsektorielle møter, arbeidsformer og rutiner. Plikten til slikt samarbeid er ikke avgrenset til kun å gjelde saker om tjenester etter sosialtjenesteloven kapittel 4. Selv om plikten til å samarbeide ligger til de enkelte velferdstjenestene i kommunen, vil det være kommunen som er rettslig ansvarlig for at pliktene blir oppfylt. Dette innebærer at en velferdstjeneste ikke kan pålegge en annen tjeneste nye oppgaver, men at kommunen i slike tilfeller må beslutte at den aktuelle tjenesten skal bruke ressurser på oppgaven.

Fjerde ledd andre punktum viderefører gjeldende andre ledd andre punktum.

Femte ledd er nytt og definerer begrepet «tjenesteytere». Med tjenesteytere menes både kommunale, fylkeskommunale og statlige tjenesteytere, private tjenesteytere som utfører oppgaver på vegne av slike tjenesteytere og friskoler og private barnehager. Alle disse tjenesteyterne omfattes av samarbeidsplikten.

Til § 28

Tredje ledd endres, slik at hjemmelen til å gi forskrift om individuell plan legges til Kongen i statsråd.

11.13 Merknader til endringer i helse- og omsorgstjenesteloven

Til § 3-4

Bestemmelsens *overskrift* endres fra dagens «Kommunens plikt til samhandling og samarbeid» til «Kommunens plikt til samarbeid og samordning».

Endringen skyldes for det første at det både rettslig og praktisk er vanskelig å operere med en klar definisjon eller avgrensning av begrepene «samarbeid» og «samhandling». Begrepene har et meningsinnhold som langt på vei overlapper hverandre, og det er vanskelig å avgjøre når man snakker om det ene fremfor det andre. For det andre vil begrepet «samordning» være viktig å fremheve i bestemmelsens overskrift som følge av den samordningsplikten som tredje ledd innfører for pasienter eller brukere som har behov for helhetlige og samordnede tjenester.

Gjeldende § 3-4 gir plikt til å legge til rette for samhandling og samarbeid mellom ulike del-tjenester i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig for å tilby tjenester omfattet av loven. Plikten gjelder både samarbeid generelt (samarbeid på systemnivå) og samarbeid ved ytelse av konkrete helse- og omsorgstjenester til den enkelte pasient eller bruker (samarbeid på individnivå).

Samarbeidsplikten må også sees i sammenheng med forsvarlighetskravet etter loven § 4-1 første ledd bokstav a som gir kommunen plikt til å tilrettelegge sine tjenester slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Samarbeidsplikten etter § 3-4 må også sees i sammenheng med forsvarlighetsplikten etter helsepersonelloven § 4 om plikt til viderehenvisning og samarbeid med annet kvalifisert personell dersom pasientens behov tilsier dette.

§ 3-4 viderefører langt på vei dagens regler, men bestemmelsen er blant annet omredigert for å tydeliggjøre plikten når det gjelder henholdsvis samarbeid generelt (samarbeid på systemnivå) og samarbeid ved ytelse av konkrete helse- og omsorgstjenester til den enkelte pasient eller bruker (samarbeid på individnivå).

Videre foreslås det å oppheve dagens plikt etter gjeldende § 3-4 andre ledd for kommunen til

å «samarbeide med fylkeskommune, regionalt helseforetak og stat, slik at helse- og omsorgstjenesten i landet best mulig kan virke som en enhet.» Bestemmelsen ble videreført fra daværende kommunehelsetjenestelov § 1-4 fjerde ledd når denne loven ble opphevet og erstattet av helse- og omsorgstjenesteloven. Departementene legger til grunn at en slik samarbeidsbestemmelse vil være overflødig sammen med de nye samarbeidsreglene som foreslås i denne proposisjonen.

Første ledd gir helse- og omsorgstjenesten plikt til å samarbeide med andre tjenesteytere i oppfølgingen av bestemte pasienter eller brukere som mottar tjenester fra flere tjenesteytere. Dette er en oppgave som kommer i tillegg til det å gi tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. Samarbeidet skal være en integrert del av tjenesteytingen. For at samarbeidsplikten skal inntre, må samarbeid være nødvendig for å gi pasienten eller brukeren et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Dette innebærer at helse- og omsorgstjenesten må gjøre en konkret faglig vurdering av hva de har plikt til å samarbeide om, hvilke andre tjenesteytere de skal samarbeide med når det gjelder de enkelte oppgavene, og en vurdering av hvor omfattende og langvarig samarbeidet vil bli. Dette vil variere ut fra den enkelte pasientens eller brukerens behov. Som nevnt må samarbeidsplikten også sees i sammenheng med forsvarlighetskravet etter loven § 4-1 som presiserer at kommunen skal tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Plikt til samarbeid må også sees i sammenheng med personellets plikt til å drive forsvarlig virksomhet. Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med kravene til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, jf. helsepersonelloven § 4 første ledd. Kravene gjelder uavhengig av om helsepersonellet arbeider i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, den fylkeskommunale tannhelsetjenesten eller i spesialisthelsetjenesten. Kravet til forsvarlighet innebærer at helsepersonellet må innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner og respektere begrensninger i egen kompetanse, jf. helsepersonelloven § 4 andre ledd. Helsepersonellet skal innhente bistand eller henvise pasienten videre der dette er nødvendig og mulig. Helsepersonellet skal også samarbeide med annet kvalifisert personell dersom pasientens behov tilsier dette. Helse- og omsorgstjenesten må selv vurdere hvilke samarbeidsaktiviteter de må gjennomføre for å oppfylle plikten til samarbeid.

Andre ledd slår fast at kommunen skal samordne tjenestetilbudet til pasienter og brukere som trenger helhetlige og samordnede tjenester. Ved behov skal kommunen bestemme hvilken kommunal tjenesteyter som skal samordne tjenestetilbudet i saker der en pasient eller bruker trenger et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Denne plikten gjelder der det er uklarheter eller uenighet om hvilken kommunal tjenesteyter som skal samordne tjenestetilbudet.

Dersom tjenesteyterne er enige om hvem som skal samordne tjenestetilbudet, vil det ikke være behov for at kommunen avgjør dette. Det samme gjelder der det allerede følger av annet regelverk hvem som skal ha ansvaret for å koordinere oppfølgingen pasienten eller brukeren får, for eksempel der et barn har en individuell plan etter helse- og omsorgslovgivningen eller barnevernlovgivningen. I tilsvarende lovbestemmelse i øvrig tjenestelovgivning som omtales i denne proposisjonen, er det presisert at dersom familien og barnet har fått oppnevnt barnekoordinator etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 a, så vil det være barnekoordinatoren som skal sørge for at tjenestetilbudet blir samordnet.

Kommunen velger selv hvordan den skal ivareta plikten til å avklare hvem som skal ha ansvaret for samordningen. Det er kommuneledelsen som har ansvaret og beslutningsmyndigheten, men oppgaven kan delegeres til andre i kommunen. Kommunens beslutningsmyndighet omfatter ikke fylkeskommunale, statlige eller private tjenesteytere. Samordning opp mot disse tjenestene vil derfor omfatte informasjon, involvering og tilrettelegging for samarbeid. Samtidig vil de fylkeskommunale, statlige og private tjenestene være pålagt å delta i samarbeidet gjennom samarbeidsplikter i egne tjenestelover. Dersom det er mest hensiktsmessig, kan kommunen avtale med den aktuelle tjenesten, for eksempel BUP eller en videregående skole, at samordningsansvaret skal ligge der.

Tredje ledd regulerer helse- og omsorgstjenestens plikt til å samarbeide med andre tjenesteytere uten at det er knyttet til behandling eller oppfølging av en bestemt pasient eller bruker. Helse- og omsorgstjenesten skal samarbeide med andre offentlige tjenester for at helse- og omsorgstjenesten og de andre tjenesteyterne skal kunne utføre oppgaver som de er pålagt ved lov eller forskrift. Bestemmelsen innebærer en delvis utvidelse i forhold til dagens regler. Forslaget viderefører den plikten helse- og omsorgstjenesten i dag har til å samarbeide med andre tjenesteytere for at helse- og omsorgstjenesten skal kunne ivareta

sine oppgaver etter lov og forskrift. I tillegg innebærer bestemmelsen en plikt til å samarbeide med andre tjenesteytere for at disse skal kunne ivareta sine oppgaver etter lov eller forskrift.

Slikt samarbeid kan for eksempel omfatte drøfting av saker i anonymisert form og tilrettelegging for gjensidig veiledning og informasjon. Samarbeidet kan for eksempel forankres i samarbeidsavtaler eller gjennom faste tverrsektorielle møter, arbeidsformer og rutiner. Selv om plikten til å samarbeide ligger til de enkelte velferdstjenestene i kommunen, vil det være kommunen som er rettslig ansvarlig for at pliktene blir oppfylt. Dette innebærer at en velferdstjeneste ikke kan pålegge en annen tjeneste nye oppgaver, men at kommunen i slike tilfeller må beslutte at den aktuelle tjenesten skal bruke ressurser på oppgaven.

Fjerde ledd definerer begrepet «tjenesteytere». Med tjenesteytere menes både kommunale, fylkeskommunale og statlige tjenesteytere, private tjenesteytere som utfører oppgaver på vegne av slike tjenesteytere og friskoler og private barnehager. Alle disse tjenesteyterne omfattes av samarbeidsplikten.

Samarbeid etter denne bestemmelsen skal skje innenfor gjeldende regler om taushetsplikt.

Til § 6-2 første ledd

Det er tilføyd et nytt punkt 12 i § 6-2 første ledd. Endringen innebærer at de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten også skal omfatte samarbeid om ytelse av helse- og omsorgstjenester til barn og unge med sammensatte vansker og lidelser, som mottar tjenester fra begge forvaltningsnivåene. Partene må selv avklare avtalens omfang og detaljeringsgrad på dette punktet, slik som for de andre temaene samarbeidsavtalen som minimum skal omfatte.

Med «barn og unge» siktes det ikke her til en konkret øvre aldersgrense. I mange tilfeller vil det være naturlig å ta utgangspunkt i den alminnelige myndighetsalder som er 18 år. I noen tilfeller vil det likevel kunne være behov for å la avtalene gjelde også for unge som er eldre enn 18 år. Dette kan være aktuelt for eksempel i situasjoner der utredning eller behandling er påbegynt, men ennå ikke avsluttet etter at vedkommende har fylt 18 år. På noen områder kan det være hensiktsmessig med særskilt oppfølging og samarbeid mellom forvaltningsnivåene også der hvor pasienten har fylt 18 år. Det vil være opp til den enkelte kommune og foretak å selv avklare aldersmessig avgrensning i avtalene. Departementene legger

imidlertid til grunn at det ikke vil være adgang til å avgrense samarbeidsavtalene til kun å gjelde for barn opp til for eksempel 16 år. Som nevnt må man ved forståelsen av begrepet «barn og unge» ta utgangspunkt i den alminnelige myndighetsalder som er 18 år.

Til § 7-1

Tredje ledd endres, slik at hjemmelen til å gi forskrift om individuell plan legges til Kongen i statsråd.

Til ny § 7-2a

Bestemmelsens *første ledd* definerer/avgrenser hvem kommunen skal tilby barnekoordinator. Det fremgår at barnekoordinator bare skal oppnevnes dersom foreldrene eller den som samtykker på vegne av barnet, ønsker dette.

Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 regulerer samtykke til helsehjelp. Reglene for samtykke til helsehjelp for barn (personer under 18 år) følger av loven §§ 4-3 og 4-4. Hovedregelen er at barn selv samtykker til helsehjelp når de er mellom 16 og 18 år, jf. § 4-4 første ledd, med mindre det følger av «tiltakets art», jf. § 4-3 første ledd b), dersom barnet ikke har samtykkekompetanse, jf. § 4-3 andre ledd eller dersom barnet er fratatt rettslig handleevne på det personlige området, jf. § 4-7.

I tråd med forslaget vil det være foreldrene, eller den som samtykker på vegne av barnet, som må samtykke til at det skal oppnevnes barnekoordinator for barn under 16 år. Departementene viser imidlertid til barnets rett til å medvirke og si sin mening ved ytelse av helsehjelp som følger av § 4-4 femte ledd som lyder:

Når barnet er fylt 7 år, og når et yngre barn er i stand til å danne seg egne synspunkter på det samtykket dreier seg om, skal foreldrene, andre som har foreldreansvaret eller barneverntjenesten gi barnet informasjon og anledning til å si sin mening før de avgjør spørsmål om å samtykke til helsehjelp. Det skal legges vekt på hva barnet mener, i samsvar med barnets alder og modenhet. Er barnet fylt 12 år, skal det legges stor vekt på hva barnet mener.

Også når det gjelder barn mellom 16 og 18 år følger det av forslaget at det er foreldrene, eller den som samtykker på vegne av barnet, som må samtykke til at det skal oppnevnes barnekoordinator.

Departementene legger imidlertid til grunn at det i slike tilfeller må legges stor vekt på barnets ønske og at det i mange situasjoner vil være mindre hensiktsmessig å oppnevne barnekoordinator dersom barnet motsetter seg dette.

Ordningen gjelder både for familier som har og som venter barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne. Plikten til å oppnevne barnekoordinator kan således også inntre før barnet er født. Plikten til å oppnevne barnekoordinator foreslås lovfestet som en rett i ny § 2-5 c i pasient- og brukerrettighetsloven, jf. spesielle merknader til denne bestemmelsen.

Det må gjøres en konkret vurdering av om det skal sies å foreligge «alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne». Alvorlighetsgrad for en og samme funksjonsnedsettelse og en og samme sykdom eller skade vil kunne variere mye fra barn til barn.

Spørsmålet om plikt til å tilby barnekoordinator eller ikke, skal ikke være en diskusjon knyttet til barnets diagnose. Barnekoordinator skal også kunne oppnevnes i situasjoner hvor det ikke foreligger noen diagnose, for eksempel fordi barnet er under utredning. Det sentrale for vurderingen av rett til barnekoordinator skal være hvilket hjelpebehov barnet har, og i forlengelsen av dette om barnet vil ha behov for langvarige og sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester.

Plikt til å tilby barnekoordinator skal ikke bare være knyttet til somatiske lidelser eller tilstander. Også psykiske lidelser eller tilstander vil på samme måte kunne gi rett til barnekoordinator, enten alene eller i kombinasjon med somatiske lidelser eller tilstander. Barnekoordinator vil også kunne oppnevnes for barn med psykiske helseutfordringer, for eksempel barn som har vært utsatt for vold, overgrep og andre former for omsorgssvikt eller barn med psykiske helseutfordringer i form av angstproblematikk, spiseforstyrrelser eller lignende.

Når det gjelder kravet om *alvorlig* sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne, skal ikke alvorlighetskravet tolkes strengt. Kravet om «alvorlighet» er imidlertid ment å skulle innebære at ikke enhver sykdom, skade eller funksjonsnedsettelse vil kunne gi rett til en barnekoordinator. Barn som etter dette ikke oppfyller vilkårene for barnekoordinator, vil ofte kunne oppfylle vilkårene for ordinær koordinator etter helse- og omsorgstjenesteloven eller spesialisthelsetjenesteloven, eller vilkårene for rett til individuell plan.

Ved vurderingen av om det i henhold til bestemmelsen skal sies å foreligge en «alvorlig»

sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne, vil det være relevant å legge vekt på både somatiske og psykiske aspekter ved sykdommen eller skaden.

Alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne kjennetegnes av at de kan medføre alvorlige konsekvenser for den enkelte pasient, både fysisk og psykisk. En rekke sykdommer eller skader vil være dødelige eller vil medføre økt risiko for tidligere død. For mange sykdommer og skader eller tilfeller av nedsatt funksjonsevne gjelder at det ikke finnes helbredende behandling, men kun behandling som kan holde tilstanden i sjakk eller redusere plagene av sykdommen, skaden eller den nedsatte funksjonsevnen. I andre tilfeller vil behandling eller pedagogiske tiltak være nødvendig for å opprettholde funksjonsnivå eller for å gi økt mestring og livsglede på tross av at det ikke finnes helbredende behandling.

Ved vurderingen av om det i denne sammenheng skal sies å foreligge en «alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne», skal det foretas en helhetsvurdering. Det må blant annet legges vekt på hvor smertefull tilstanden normalt er, hvor syke barn med den aktuelle tilstanden normalt vil være, om tilstanden medfører eller vil komme til å medføre funksjonsnedsettelse, invaliditet eller nedsatt livsutfoldelse, og om tilstanden vil medføre tap av viktige kroppsfunksjoner eller sanser. Både fysiske og psykiske følger av sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne kan som nevnt vektlegges ved denne vurderingen.

Ved vurderingen av om en sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne skal sies å være alvorlig i henhold til bestemmelsen, kan det også sees hen til hvor komplisert tilstanden er å behandle eller hvilken helsefaglig kompetanse som kreves for å behandle tilstanden eller dennes følger. Dersom det er slik at en sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne bare kan behandles på forsvarlig vis av høyt spesialisert helsepersonell, eller dersom behandlingen må utføres av flere grupper helsepersonell og annet personell i samarbeid for at behandlingen skal kunne være forsvarlig, vil tilstanden lettere bli å karakterisere som alvorlig, sammenlignet med situasjoner hvor behandling kan gjøres av en større gruppe helsepersonell og hvor behovet for flerfaglig samarbeid er mindre fremtredende.

Begrepene «sykdom», «skade» eller «nedsatt funksjonsevne» er vanskelig å definere helt klart eller entydig. For det første kan grensen mellom sykdom og skade i seg selv være flytende eller overlappende. For det andre er det slik at en rekke sykdommer eller skader kjennetegnes av at de

fører med seg ulike former for nedsatt funksjonsevne. I noen tilfeller kan det derfor være usikkert om det mest riktige vil være å klassifisere en tilstand som en sykdom, skade eller en funksjonsnedsettelse. I praksis vil det imidlertid ikke være nødvendig å alltid skille entydig her, idet alle tre alternativer er likestilt i bestemmelsen.

Med begrepet *sykdom* menes både tilfeller som kan diagnostiseres som en spesifikk sykdom, og tilfeller som betegnes som syndromer. Sykdom er en fellesbetegnelse på tilstander som kjennetegnes ved forstyrrelser i kroppens normale organiske eller mentale funksjoner og forandrer dem på en skadelig måte. Med «syndrom» sikter man grovt sett til situasjoner hvor man påviser en gruppe eller ett sett av symptomer, tegn og funn som til sammen peker mot eller danner en klinisk enhet, og som karakteriserer en sykdom eller tilstand.

Med *skade* siktes det særlig til situasjoner hvor uventede hendelser påvirker helsetilstanden på en negativ måte, for eksempel som nevnt ulykkes-situasjoner. En skade behøver imidlertid ikke bare være resultat av en brå eller uventet hendelse. For eksempel vil belastningsskader kunne oppstå som følge av en mer langvarig uheldig eksponering. Slike skader vil i sin tur igjen kunne resultere i nedsatt funksjonsevne.

Med *nedsatt funksjonsevne* menes både funksjonsnedsettelse av fysisk og psykisk/mental art. Utviklingshemming er en intellektuell/mental funksjonsnedsettelse. Utviklingshemming reduserer den enkeltes evne til mentale prosesser som hukommelse, språk, bearbeiding av informasjon, problemløsning og tilegnelse av kunnskap og erfaring. Mange personer med utviklingshemming har også fysiske funksjonsnedsettelser.

Hvorvidt den enkelte skal sies å ha alvorlig nedsatt funksjonsevne i bestemmelsens forstand, må i noe større grad enn hva som gjelder for alvorlig sykdom eller skade, sees i sammenheng med hvilket hjelpebehov dette utløser fordi det kan være vanskeligere å operere med entydige eller allmenngyldige alvorlighetsgraderinger av funksjonsnedsettelser.

Vurderingen av om retten til barnekoordinator er oppfylt, skal ikke utelukkende skje med utgangspunkt i en vurdering av om barnet har en alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne. Av bestemmelsen fremgår at det enkelte barns alvorlige sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne må sees i sammenheng med hvilket konkret behov for tjenesteytelser dette utløser. Hjelpebehov for en og samme sykdom, skade eller funksjonsnedsettelse, vil kunne variere mye fra barn til barn.

Det fremgår at tjenestebehovet skal være av «*langvarig*» art. Vilkåret skal ikke tolkes strengt, og det vil til en viss grad måtte bero på en konkret vurdering av om tjenestebehovet skal sies å være langvarig. Det skal imidlertid ikke være et krav om at behovet alltid vil være til stede, eller et krav om at behovet vil være til stede i hele den aldersperioden hvor vedkommende kan ha rett til barnekoordinator, jf. nedenfor om aldersgrense for ordningen. Kravet om «*langvarig*» innebærer imidlertid at situasjoner hvor det kun er snakk om et kortvarig behov eller et behov som er knyttet til en klart definert periode, vil kunne falle utenfor rettigheten. Kommunen kan likevel velge å oppnevne barnekoordinator også i slike situasjoner.

Videre fremgår det at det må være behov for «*sammensatte eller koordinerte*» tjenester. Dette er begreper som tilsvarer dagens vilkår i den eksisterende koordinatorordningen i helse- og omsorgstjenesteloven, og skal forstås på samme måte her.

Retten til barnekoordinator gjelder der hvor det enkelte barn har behov for både helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester. Andre velferdstjenester kan for eksempel være tilrettelagt tilbud i barnehage eller skole, eller NAV-tytelser. Dersom det er slik at et barn kun mottar helse- og omsorgstjenester, må disse velferdstjenestene vurdere om barnet har krav på koordinator etter den allerede eksisterende koordinatorordningen.

I punkt 10.4.1 er det redegjort for administrative og økonomiske konsekvenser av å lovfeste en rett til barnekoordinator for familier som har eller ventet barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne, og som derfor vil ha behov for langvarige og sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester. Som det fremgår er det der lagt til grunn at denne gruppen med barn langt på vei overlapper med gruppen som i dag registreres med *omfattende bistandsbehov* i Kommunalt pasientregister (KPR). Departementene legger til grunn at barn og unge med et slikt omfattende bistandsbehov vil kunne ha en rett til barnekoordinator. Som det vil fremgå legger departementet også til grunn at en andel av barn med *middels til stort bistandsbehov* i henhold til KPR også vil kunne ha behov for en barnekoordinator.

Hvilket hjelpebehov det enkelte barnet vil ha, kan være vanskelig å vurdere helt uavhengig av familiens omsorgsplikt og samlede omsorgsoppgaver. Ved vurderingen av om familien har rett til barnekoordinator, kan det derfor også være relevant å vektlegge andre aspekter som vanskelig

familiesituasjon, sosioøkonomiske utfordringer og lignende. Det vil også være relevant å legge vekt på hvor nødvendig det vil være med samarbeid og koordinering for å sikre et forsvarlig tjenestetilbud.

Begrepet *familie* skal omfatte de som har omsorgsansvaret for barnet. Dette kan for eksempel være familier hvor barnets forelder eller foreldre er enslig(e), gift, partnere, samboende, separert eller skilt. Familier som venter adoptivbarn, er også omfattet. Bestemmelsen vil videre omfatte tilfeller der barnevernet har overtatt omsorgen for barnet.

Barnekoordinatoras oppgaver er regulert i bestemmelsens *andre ledd*. Barnekoordinator er en rolle en tjenesteyter tildeles. Formålet med barnekoordinatoras og dens oppgaver er å bidra til et helhetlig og koordinert tjenestetilbud til familien og barnet. For at tjenestetilbudet skal være helhetlig og koordinert, må familien og barnet få den hjelpen de trenger, og de forskjellige tjenestene som er involvert må samarbeide godt.

Barnekoordinatoras skal være familiens og de ulike tjenestenes kontaktperson, og en nøkkelperson i arbeidet for å sørge for at tjenestetilbudet blir helhetlig og koordinert ved å ivareta, eller eventuelt sørge for at andre ivaretar, oppgavene i bokstavene a til e. Familien og barnet skal motta et helhetlig og koordinert tjenestetilbud, uten at de selv er nødt til å gjennomføre aktiviteter som er opplistet i bestemmelsen. Samtidig må barnekoordinatoras sørge for at familien og barnet får medvirkning og innflytelse. Det er familien og barnet som bestemmer hvilke tjenester de vil søke om eller ta imot.

Etter *bokstav a* skal barnekoordinatoras sørge for koordinering av det samlede tjenestetilbudet som familien og barnet mottar. At barnekoordinatoras skal sørge for *koordinering* av det samlede tjenestetilbudet som familien og barnet mottar, innebærer blant annet at barnekoordinatoras må sørge for nødvendig samarbeid innad i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, samarbeid mot spesialisthelsetjenesten og samarbeid med andre kommunale og statlige velferdstjenester, der hvor dette er nødvendig for å tilby et koordinert tjenestetilbud for familien og barnet. Å sørge for et koordinert tjenestetilbud vil blant annet innebære at barnekoordinatoras må påse at aktuelle tjenesteytere samarbeider og at de ulike tjenesteyterne har avklart hvem som er ansvarlig for å yte hvilke tjenester.

Den enkelte barnekoordinator skal, uten å overstyre ansvaret som er lagt til den enkelte velferdstjeneste, kunne ta initiativ til styrket koordi-

nering. Der hvor samarbeid og koordinering ikke fungerer godt nok, skal barnekoordinator ha myndighet til å kunne pålegge velferdstjenesten å samarbeide bedre eller å koordinere det samlede tjenestetilbudet bedre. At barnekoordinatoras gis slik myndighet, medfører ikke at barnekoordinatoras skal ta beslutninger om innholdet i og omfanget av tjenestene, men at barnekoordinatoras skal ha myndighet til å beslutte i forhold som gjelder koordinering av velferdstjenester. Dette følger av lovfesting av koordineringsoppgaven. Hvilken myndighet barnekoordinatoras vil ha, og hvordan dette i praksis skal gjennomføres i den enkelte kommune, vil fremgå av delegeringsvedtak som gjøres innenfor kommunedirektørens rammer. Det skal ikke være valgfritt å delegerer slik myndighet, dette følger av loven. Dette er noe som skal gjøres i alle kommuner og vil være en forutsetning for at barnekoordinatoras kan ivareta de oppgaver som følger av lovbestemmelsen.

Barnekoordinatoras skal bidra til samhandling mellom de ulike tjenesteyterne for at tjenestetilbudet skal bli helhetlig og koordinert. Barnekoordinatoras skal legge til rette for at tjenestene kommuniserer med hverandre og tilpasser innholdet i tjenestene til hverandre. Oppgaven innebærer typisk å ta initiativ til kontakt mellom de ulike tjenestene og innkalle til og eventuelt lede samarbeidsmøter.

Etter *bokstav b* skal barnekoordinatoras sørge for å «*ha oversikt over og bidra aktivt til å ivareta kommunens ansvar for nødvendig oppfølging og tilrettelegging for familien og barnet i form av tilbud om eller ytelse av helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester.*» Dette kan blant annet innebære at barnekoordinatoras får en plikt til å aktivt arbeide for at familien og barnet skal få nødvendig oppfølging fra de ulike velferdstjenestene og plikt til å veilede familien og barnet i sin kontakt mot ulike deler av hjelpeapparatet, både innenfor helse- og omsorgstjenesten og overfor andre velferdstjenester som barnekoordinatoras ser eller har grunn til å tro at familien og barnet kan ha krav på. Dette kan også gjelde etter at eller parallelt med at familien og barnet har mottatt eller mottar helse- og omsorgstjenester eller andre velferdstjenester. Dette kan typisk gjelde der hvor det gis konkrete helse- og omsorgstjenester til barnet, men hvor man ikke har etablert nødvendig samarbeid mellom nivåene innenfor helse- og omsorgstjenesten eller med andre velferdstjenester.

Barnekoordinatoras kontakt med eller informasjonsutveksling med ulike velferdstjenester må skje innenfor de rammene som følger av reglene om taushetsplikt, jf. bestemmelser i helse- og

omsorgstjenesteloven § 12-1 og § 2-1, spesialisthelsetjenesteloven § 6-1 og helsepersonelloven kapittel 6, 8 og 9. Det må derfor innhentes informert samtykke fra familien og barnet før slik kontakt eller informasjonsutveksling. Tilsvarende må barnekoordinatoren innhente fullmakt/samtykke fra familien eller barnet dersom barnekoordinatoren på vegne av familien og barnet skal innhente opplysninger om familien eller barnet fra ulike velferdstjenester.

Barnekoordinatorens primæroppgave skal være koordinering av det samlede tjenestetilbudet og å ha oversikt over og aktivt bidra til nødvendig oppfølging av familien og barnet. At barnekoordinatoren aktivt skal bidra til at barnet og familien får nødvendig oppfølging, innebærer at barnekoordinatoren skal ha et særskilt ansvar for å følge opp overfor tjenestene for å sikre at barna og familiene får de tjenestene de har krav på fra kommunen, og at tjenestene er tilstrekkelig koordinerte, jf. ovenfor. Dette kan for eksempel innebære at koordinatoren på vegne av barnet og familien, kan kontakte velferdstjenestene for å avklare hvorvidt det er tilstrekkelig vurdert hvilke tjenester som kan være aktuelle å tilby barnet og familien, for å avklare når slike vurderinger av tjenestebehov/-tilbud kan forventes vurdert eller besluttet, eller for å avklare hvorvidt aktuelle velferdstjenester har behov for ytterligere dokumentasjon eller opplysninger for å kunne foreta nødvendige vurderinger knyttet til tjenestebehov/-tilbud.

En forutsetning for å kunne oppfylle de lovpålagte oppgavene barnekoordinator får, vil være at barnekoordinatoren har tilstrekkelige fullmakter og beslutningsmyndighet til å kunne bidra reelt til nødvendig oppfølging og tilrettelegging av tjenestetilbudet. Som nevnt ovenfor kan koordinatoren ta initiativ til styrket koordinering. Dersom dette ikke fører frem, kan koordinatoren be velferdstjenestene iverksette nye vurderinger og styrke samarbeidet om familien og barnet. Barnekoordinatoren skal også ha myndighet til å kunne pålegge velferdstjenesten å samarbeide bedre eller å koordinere det samlede tjenestetilbudet bedre. Dette medfører likevel ikke at koordinatoren tar beslutninger for den enkelte velferdstjeneste, eller overprøver fagpersoner eller linjeledere. Barnekoordinatoren har ingen selvstendig plikt til å sørge for at barnet og familien får nødvendig oppfølging i form av konkrete tjenester fra helse- og omsorgstjenesten eller andre velferdstjenester. Det at man oppfyller vilkårene for å få tilbud om barnekoordinator, vil ikke i seg selv endre den enkeltes rett til ulike tjenester. Oppnevning av barnekoordinator vil heller ikke innebære at bar-

net og familien skal få tjenester i større omfang og til et tidligere tidspunkt enn hva fagpersoner eller velferdstjenestene ut fra faglige og ressurs- og prioriteringsmessige vurderinger mener er forsvarlig og nødvendig.

Det følger av *bokstav c* at barnekoordinatoren skal sørge for at familien og barnet får nødvendig informasjon og helhetlig veiledning om helse- og omsorgstjenestetilbudet. Barnekoordinatoren skal sørge for at det er dialog med familien og barnet om innholdet i tilbudet. Familien skal være kjent med hva som er innholdet i tjenestene de mottar, og de skal få veiledning om ulike tilbud og løsninger de kan velge eller søke om. Dette skal blant annet bidra til at familien og barnet får mulighet til å medvirke og få innflytelse på tjenestetilbudet.

I de tilfellene hvor barnekoordinatoren ikke selv har tilstrekkelig eller rett fagkompetanse til å gi god nok informasjon om de ulike tjenestetilbudene som kan være aktuelle, må barnekoordinatoren sørge for at informasjon blir gitt av andre, for eksempel helsepersonell og andre fagpersoner innenfor spesialisthelsetjenesten, den kommunale helse- og omsorgstjenesten eller andre relevante velferdstjenester.

Av *bokstav d* følger det at barnekoordinatoren skal sørge for at familien og barnet får nødvendig informasjon og helhetlig veiledning om andre velferdstjenester som barnekoordinator ser eller har grunn til å tro at de kan ha krav på. Informasjonsplikten omfatter også informasjon om relevante pasient- og brukerorganisasjoner. Barnekoordinator skal også sørge for at det formidles kontakt eller henvisning videre til slike tjenester eller organisasjoner.

Dersom familien og barnet ønsker det, skal barnekoordinatoren veilede eller bistå familien og barnet i deres kontakt med eller informasjonsutveksling med relevante pasient- og brukerorganisasjoner, for eksempel bistå med innhenting av dokumentasjon eller bistå ved utforming av søknader om ulike tjenester eller ytelser. Slik kontakt eller informasjonsutveksling må, på lik linje med kontakt med eller informasjonsutveksling med ulike velferdstjenester, skje innenfor de rammene som følger av reglene om taushetsplikt, jf. bestemmelser i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-1 og § 2-1, spesialisthelsetjenesteloven § 6-1 og helsepersonelloven kapittel 6, 8 og 9. Det må derfor innhentes informert samtykke fra familien eller barnet før slik informasjonsutveksling.

Etter *bokstav e* skal barnekoordinatoren sørge for fremdrift i arbeidet med individuell plan. Bruk av individuell plan vil være et viktig verktøy for å

sikre koordinering av det samlede tjenestetilbudet. Barnekoordinatoren skal påse at alle tjenestene er kjent med hva planen krever av dem, og følge opp at familien og barnet mottar tjenester i tråd med planen. Videre skal barnekoordinatoren sørge for at den individuelle planen blir evaluert og oppdatert.

Barnekoordinatorordningen retter seg mot familier som har eller venter *barn* med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne. Når barnet fyller 18 år, er det i utgangspunktet myndig, og det vil rettslig sett bli å vurdere som en voksen pasient eller bruker med selvstendige rettigheter og full selvbestemmelse. Etter dette tidspunktet er hovedregelen at velferdstjenestene på vanlig måte vil måtte vurdere om den enkelte pasient eller bruker i disse situasjonene skal få tildelt koordinator etter den ordinære koordinatorordningen i helse- og omsorgstjenesteloven eller spesialisthelsetjenesteloven, jf. bestemmelsens *tredje ledd* hvor det fremgår at barnekoordinatorordningen gjelder til barnet fyller 18 år. Den enkelte kommune står imidlertid fritt til å tilby barnekoordinator også etter at barnet har fylt 18 år. Hvorvidt den enkelte skal tildeles barnekoordinator også etter fylte 18 år, må slik sett bero på en konkret vurdering i den aktuelle kommunen.

Som redegjort for i merknaden til første ledd vil det være foreldrene eller den som samtykker på vegne av barnet, som må samtykke til at det skal oppnevnes barnekoordinator for barn under 18 år. Som påpekt må imidlertid barnets rett til å medvirke og å si sin mening ved ytelse av helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4 femte ledd, ivaretas.

Med mindre en kommune kommer til at den vil gi fortsatt barnekoordinator etter fylte 18 år, må velferdstjenestene vurdere om den enkelte pasient eller bruker i disse situasjonene har rett til koordinator etter den allerede eksisterende koordinatorordningen i helse- og omsorgstjenesteloven eller spesialisthelsetjenesteloven. Departementene viser imidlertid til at en eventuell beslutning om å ikke innvilge koordinator etter fylte 18 år, på vanlig måte vil kunne påklages etter pasient- og brukerrettighetsloven.

Begge koordinatorordningene pålegger flere likelydende plikter og vilkårene for rett til koordinator etter begge ordningene, er til en viss grad likelydende. Mange av de som har rett til barnekoordinator frem til fylte 18 år vil derfor trolig også oppfylle vilkårene for rett til koordinator etter den eksisterende ordningen. Om man skal ha rett til koordinator i slike tilfeller vil imidlertid måtte vurderes konkret fra sak til sak.

Departementet legger til grunn at kommunene selv vil sørge for at de personer som gis i oppgave å være barnekoordinator, har relevant og nødvendig kompetanse til å løse denne oppgaven. I *fjerde ledd* foreslås det imidlertid at Kongen i statsråd, i forskrift, kan gi nærmere bestemmelser om hvilken kompetanse og hvilke oppgaver barnekoordinatoren skal ha.

Til § 7-3 første ledd

Bestemmelsen fastslår i første punktum at kommunen skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. Ansvar for koordinerende enhet fremgår av bestemmelsens andre punktum hvor det følger at enheten skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator etter §§ 7-1 og 7-2.

Endringen innebærer at koordinerende enhet også får ansvar for oppnevning, opplæring og veiledning av barnekoordinator som lovfestes i helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 a.

11.14 Merknader til endringer i integreringsloven

Til § 41

Det legges til et nytt *tredje ledd* som gir offentlige organer hjemmel til å behandle personopplysninger, herunder personopplysninger nevnt i personvernforordningen artikkel 9 og 10, når det er nødvendig for å utføre oppgaver i forbindelse med samarbeid med andre tjenester etter § 50.

Nåværende tredje ledd blir fjerde ledd. Det presiseres i fjerde ledd at private som utfører oppgaver nevnt i første og tredje ledd for stat, fylkeskommune eller kommune, regnes som offentlige organer etter § 41.

Nåværende fjerde ledd blir femte ledd.

Til § 48

I *første ledd* er en henvisning til loven § 50 lagt til for at statsforvalteren skal kunne føre tilsyn med kravene til samarbeid og samordning.

Statlig tilsyn med kommunens plikter skal være et lovligheitsilsyn. Dette følger av kommuneloven § 30-2, som slår fast at staten «kan føre tilsyn med lovligheten av kommunens eller fylkeskommunens oppfyllelse av plikter pålagt i eller i medhold av lov». At tilsynet skal være lovligheitsilsyn, betyr at tilsynsmyndighetenes kompetanse er underlagt de samme avgrensningene som dom-

stolene og ikke kan overprøve kommunenes forvaltningsskjønn («det frie skjønnet»). Vurderingen av hva som er nødvendig for å gi en person et helhetlig og samordnet tjenestetilbud, er et løvbundet skjønn og ikke et forvaltningsskjønn. Statsforvalteren kan derfor føre tilsyn med dette.

Til § 50

Første ledd gir kommunen plikt til å samarbeide med andre tjenesteytere i oppfølgingen av bestemte deltakere som mottar tjenester fra flere tjenesteytere. Dette er en oppgave som kommer i tillegg til det å oppfylle kravene til introduksjonsordningen. Samarbeidet skal være en integrert del av tjenesteytingen. For at samarbeidsplikten skal inntre, må samarbeid være nødvendig for å gi deltakeren et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Dette innebærer at kommunen må gjøre en konkret faglig vurdering av hva de har plikt til å samarbeide om, hvilke andre tjenesteytere de skal samarbeide med når det gjelder de enkelte oppgavene, og en vurdering av hvor omfattende og langvarig samarbeidet vil bli. Dette vil variere ut fra den enkelte deltakerens behov. Kommunen må selv vurdere hvilke samarbeidsaktiviteter de må gjennomføre for å oppfylle plikten til samarbeid. Samarbeidsplikten gir også kommunen plikt til å medvirke i samarbeid om utarbeidelse og oppfølging av tiltak og mål i individuell plan. Pliktene gjelder kun overfor deltakere i introduksjonsprogram, og ikke de som kun deltar i opplæring i norsk og samfunnskunnskap. Samarbeidet skal skje innenfor gjeldende regler om taushetsplikt.

Andre ledd slår fast at kommunen skal samordne tjenestetilbudet til deltakere som trenger helhetlige og samordnede tjenester. Ved behov skal kommunen bestemme hvilken kommunal tjenesteyter som skal samordne tjenestetilbudet der en deltaker trenger et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Denne plikten gjelder der det er uklarheter eller uenighet om hvilken kommunal tjenesteyter som skal samordne tjenestetilbudet.

Dersom tjenesteyterne er enige om hvem som skal samordne tjenestetilbudet, vil det ikke være behov for at kommunen avgjør dette. Det samme gjelder der det allerede følger av annet regelverk hvem som skal ha ansvaret for å koordinere oppfølgingen en deltaker får, for eksempel der en deltaker har en individuell plan etter helse- og omsorgslovgivningen eller barnevernlovgivning.

Dersom familien har fått oppnevnt barnekoordinator etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 a, følger det av bestemmelsen at det er barnekoordinatoren som skal sørge for at tjenestetilbudet til familien og barnet blir samordnet.

Kommunen velger selv hvordan den skal ivareta plikten til å avklare hvem som skal ha ansvaret for samordningen. Det er kommunedirektøren som har ansvaret og beslutningsmyndigheten, men oppgaven kan delegeres til andre i kommunen. Kommunens beslutningsmyndighet omfatter ikke fylkeskommunale, statlige eller private tjenesteytere. Samordning opp mot disse tjenestene vil derfor omfatte informasjon, involvering og tilrettelegging for samarbeid. Samtidig vil de fylkeskommunale, statlige og private tjenestene være pålagt å delta i samarbeidet gjennom samarbeidsplikter i egne tjenestelover. Dersom det er mest hensiktsmessig, kan kommunen avtale med den aktuelle tjenesten, for eksempel BUP eller en videregående skole, at samordningsansvaret skal ligge der.

Tredje ledd regulerer kommunens plikt til å samarbeide med andre tjenesteytere uten av det er knyttet til oppfølgingen av en bestemt deltaker. Kommunen skal samarbeide med andre offentlige tjenester for at kommunen og de andre tjenesteyterne skal kunne utføre oppgaver som de er pålagt ved lov eller forskrift. Slikt samarbeid kan for eksempel omfatte drøfting av saker i anonymisert form og tilrettelegging for gjensidig veiledning og informasjon. Samarbeidet kan for eksempel forankres i samarbeidsavtaler eller gjennom faste tverrsektorielle møter, arbeidsformer og rutiner. Selv om plikten til å samarbeide ligger til de enkelte velferdstjenestene i kommunen, vil det være kommunen som er rettslig ansvarlig for at pliktene blir oppfylt. Dette innebærer at en velferdstjeneste ikke kan pålegge en annen tjeneste nye oppgaver, men at kommunen i slike tilfeller må beslutte at den aktuelle tjenesten skal bruke ressurser på oppgaven.

Fjerde ledd definerer begrepet «tjenesteytere». Med tjenesteytere menes både kommunale, fylkeskommunale og statlige tjenesteytere, private tjenesteytere som utfører oppgaver på vegne av slike tjenesteytere og friskoler og private barnehager. Alle disse tjenesteyterne omfattes av samarbeidsplikten.

Som følge av at det innføres en ny § 50, blir nåværende §§ 50 til 52 til §§ 51 til 53.

Kunnskapsdepartementet

t i l r å r :

At Deres Majestet godkjenner og skriver under et framlagt forslag til proposisjon til Stortinget om endringer i velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator).

Vi HARALD, Norges Konge,

s t a d f e s t e r :

Stortinget blir bedt om å gjøre vedtak til lov om endringer i velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator) i samsvar med et vedlagt forslag.

Forslag

til lov om endringer i velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator)

I

I lov 3. juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten skal ny § 1-4a lyde:

§ 1-4a *Fylkeskommunens ansvar for samarbeid*

Fylkeskommunen skal sørge for at virksomheter som yter tannhelsetjenester som nevnt i §§ 1-1 og 1-3, samarbeider med andre tjenesteytere dersom samarbeid er nødvendig for å gi pasienten et helhetlig og samordnet tjenestetilbud, og samarbeider med barnekoordinator dersom dette er oppnevnt etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 a.

Fylkeskommunen skal, i tillegg til å følge opp enkelte pasienter, sørge for nødvendig samarbeid mellom tannhelsetjenesten innad i fylkeskommunen, med tannhelsetjenesten i andre fylkeskommuner og andre tjenesteytere, slik at den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og de andre tjenesteyterne kan ivareta sine oppgaver etter lov og forskrift.

Med tjenesteytere etter første og andre ledd menes kommunale, fylkeskommunale og statlige tjenesteytere, private tjenesteytere som yter tjenester på vegne av slike tjenesteytere, barnehager som får tilskudd etter barnehageloven § 19 og skoler som får statstilskudd etter friskolelova § 6-1.

II

I lov 17. juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester gjøres følgende endringer:

§ 3-2 skal lyde:

§ 3-2 *Samarbeid og samordning*

Barneverntjenesten skal samarbeide med offentlige instanser og andre tjenesteytere dersom samarbeid er nødvendig for å gi barnet et helhetlig og samordnet tjenestetilbud.

Kommunen skal samordne tjenestetilbudet etter første ledd. Ved behov skal kommunen bestemme hvilken kommunal instans som skal ivareta samordningen. Dersom det er oppnevnt barnekoordinator etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 a, skal koordinatoren sørge for samordning av tjenestetilbudet.

Barneverntjenesten skal, i tillegg til å følge opp enkelte barn, samarbeide med offentlige instanser og andre tjenesteytere slik at barneverntjenesten og de andre tjenesteyterne kan ivareta sine oppgaver etter lov og forskrift.

Med tjenesteytere menes kommunale, fylkeskommunale og statlige tjenesteytere, private tjenesteytere som utfører oppgaver på vegne av slike tjenesteytere, barnehager som får tilskudd etter barnehageloven § 19 og skoler som får statstilskudd etter friskolelova § 6-1.

Ny § 3-2 a skal lyde:

§ 3-2 a *Rett til individuell plan*

Barn med behov for langvarige og koordinerte tiltak eller tjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Barneverntjenesten skal samarbeide med offentlige instanser og andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tjenestetilbud for barnet.

Kongen i statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke grupper av barn plikten omfatter etter første ledd, og om innholdet i individuelle planer.

§ 6-5 første ledd skal lyde:

Enkeltvedtak som barneverntjenesten har truffet, og oppfølgingsvedtak som Barne-, ungdoms- og familieetaten har truffet, kan påklages til statsforvalteren. *Også avgjørelse om individuell plan kan påklages til statsforvalteren.*

III

I lov 19. juni 1997 nr. 62 om familievernkontorer skal ny § 1 a lyde:

§ 1 a *Samarbeid og samordning*

Familievernkontoret skal samarbeide med andre tenesteytere dersom samarbeid er nødvendig for å gi brukeren et helhetlig og samordnet tjenestetilbud.

Kommunen skal samordne tjenestetilbudet etter første ledd. Ved behov skal kommunen bestemme hvilken kommunal tenesteyter som skal ivareta samordningen. Dersom det er oppnevnt barnekoordinator etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 a, skal koordinatoren sørge for samordning av tjenestetilbudet.

Familievernkontoret skal, i tillegg til å følge opp enkelte brukere, samarbeide med andre tenesteytere slik at familievernkontoret og de andre tenesteyterne kan ivareta sine oppgaver etter lov og forskrift.

Med tenesteytere menes kommunale, fylkeskommunale og statlige tenesteytere, private tenesteytere som utfører oppgaver på vegne av slike tenesteytere, barnehager som får tilskudd etter barnehageloven § 19 og skoler som får stats-tilskudd etter friskolelova § 6-1.

IV

I lov 17. juli 1998 nr. 61 om grunnskolen og den videregående opplæringa gjøres følgende endringer:

§ 3-6 nytt andre ledd skal lyde:

Oppfølgingstenesta skal sikre tverretatleg samarbeid mellom kommunale, fylkeskommunale og statlege instansar som har ansvar for målgruppa, og formidle, eventuelt samordne, tilbod frå ulike instansar.

Nåværende andre ledd blir nytt tredje ledd.

Ny § 4A-14 skal lyde:

§ 4A-14 *Samarbeid og samordning*

Kommunen og fylkeskommunen skal samarbeide med andre tenesteytarar dersom samarbeid er nødvendig for å gi deltakaren eit heilskapleg og samordna tenestetilbod. Dersom deltakaren har individuell plan etter anna lov og forskrift, skal kommunen eller fylkeskommunen delta i samarbeid om utarbeiding og oppfølging av tiltak og mål i den individuelle planen.

Kommunen skal samordne tenestetilbudet etter første ledd. Ved behov skal kommunen bestemme kva for ein tenesteytar som skal vareta samordninga. Dersom det er oppnemnd barnekoordinator etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 a, skal koordinatoren sørge for samordning av tenestetilbudet.

Kommunen og fylkeskommunen skal, i tillegg til å følgje opp einskilde deltakarar, samarbeide med andre tenesteytarar slik at kommunen og fylkeskommunen og dei andre tenesteytarane kan vareta sine oppgaver etter lov og forskrift.

Når det er nødvendig for å vareta ansvaret etter første til tredje ledd, kan dei samarbeidande tenestene behandle personopplysningar, inkludert personopplysningar som nemnt i personvernforordningen artikkel 9 og 10.

Med tenesteytarar er det her meint kommunale, fylkeskommunale og statlege tenesteytarar, private tenesteytarar som utfører oppgaver på vegne av ein slik tenesteytar, barnehagar som får tilskot etter barnehageloven § 19 og skolar som får statstilskot etter friskolelova § 6-1.

§ 15-3 skal lyde:

§ 15-3 *Opplysningsplikt til barnevernet*

Alle som utfører tenester eller arbeid etter denne lova, skal i arbeidet sitt vere merksame på forhold som kan føre til tiltak frå barneverntenesta.

Alle som utfører tenester eller arbeid etter denne lova, skal utan hinder av teieplikta melde frå til barneverntenesta utan ugrunna opphald

- a) når det er grunn til å tru at eit barn blir eller vil bli mishandla, utsett for alvorlege manglar ved den daglege omsorga eller anna alvorleg omsorgssvikt,
- b) når det er grunn til å tru at eit barn har ein livstruande eller annan alvorleg sjukdom eller skade og ikkje kjem til undersøking eller behandling, eller at eit barn med nedsett funksjonsevne eller eit spesielt hjelpetrengande barn ikkje får dekt sitt særlege behov for behandling eller opplæring,
- c) når eit barn viser alvorlege åtferdsvanskar i form av alvorleg eller gjentatt kriminalitet, misbruk av rusmiddel eller ei anna form for utprega normlaus åtferd,
- d) når det er grunn til å tru at eit barn blir eller vil bli utnytta til menneskehandel.

Alle som utfører *tenester* eller arbeid etter denne lova, pliktar òg å gi opplysningar etter pålegg i samsvar med barnevernloven § 6-4.

§ 15-4 skal lyde:

§ 15-4 *Opplysningar til den kommunale helse- og omsorgstenesta og sosialtenesta*

Kommunen og fylkeskommunen skal sørgje for at alle som utfører tenester eller arbeid etter denne lova, er merksame på forhold som bør føre til tiltak frå sosialtenesta eller helse- og omsorgstenesta. Kommunen og fylkeskommunen skal sørgje for at dei av eige tiltak gir sosialtenesta eller helse- og omsorgstenesta opplysningar om slike forhold så langt opplysningane kan givast utan hinder av teieplikta.

§ 15-5 oppheves.

Ny § 15-8 skal lyde:

§ 15-8 *Samarbeid og samordning*

Skolen, skolefritidsordninga og pedagogisk-psykologisk teneste skal samarbeide med andre tenesteytarar dersom samarbeid er nødvendig for å gi eleven eit heilskapleg og samordna tenestetilbod. Dersom eleven har individuell plan etter anna lov og forskrift, skal skolen, skolefritidsordninga og pedagogisk-psykologisk teneste delta i samarbeid om utarbeiding og oppfølging av tiltak og mål i den individuelle planen.

Kommunen skal samordne tenestetilbodet etter første ledd. Ved behov skal kommunen bestemme kva for ein kommunal tenesteytar som skal vareta samordninga. Dersom det er oppnemnd barnekoordinator etter helse- og omsorgstenesteloven § 7-2 a, skal koordinatoren sørgje for samordning av tenestetilbodet.

Skolen, skolefritidsordninga og pedagogisk-psykologisk teneste skal, i tillegg til å følge opp einskilde elevar, samarbeide med andre tenesteytarar slik at skolen, skolefritidsordninga, den pedagogisk-psykologisk tenesta og dei andre tenesteytarane kan vareta sine oppgåver etter lov og forskrift.

Når det er nødvendig for å vareta ansvaret etter første til tredje ledd, kan dei samarbeidande tenestene behandle personopplysningar, inkludert personopplysningar som nemnt i personvernforordninga artikkel 9 og 10.

Med tenesteytarar er det her meint kommunale, fylkeskommunale og statlege tenesteytarar, private tenesteytarar som utfører oppgåver på vegne av ein slik tenesteytar, barnehagar som får tilskot etter barnehageloven § 19 og skolar som får statstilskot etter friskolelova § 6-1.

V

I lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. gjøres følgende endringer:

§ 2-1 e skal lyde:

§ 2-1 e *Samarbeid*

Det regionale helseforetaket skal sørge for at virksomheter som yter spesialisthelsetjenester som nevnt i § 2-1a, samarbeider med andre tjenesteytere dersom samarbeid er nødvendig for å gi pasienten et helhetlig og samordnet tjenestetilbud, og samarbeider med barnekoordinator dersom dette er oppnevnt etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 a.

Det regionale helseforetaket skal, i tillegg til å følge opp enkelte pasienter, sørge for nødvendig samarbeid mellom ulike helseforetak innad i det regionale helseforetaket, med andre regionale helseforetak og andre tjenesteytere, slik at helseforetaket og de andre tjenesteyterne kan ivareta sine oppgaver etter lov og forskrift.

Med tjenesteytere etter første og andre ledd menes kommunale, fylkeskommunale og statlige tjenesteytere, private tjenesteytere som yter tjenester på vegne av slike tjenesteytere, barnehager som får tilskudd etter barnehageloven § 19 og skoler som får statstilskudd etter friskolelova § 6-1.

De regionale helseforetakene skal sørge for at det inngås samarbeidsavtaler som nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1. Det regionale helseforetaket kan beslutte at ett eller flere av helseforetakene det eier, skal inngå og være part i slike avtaler.

§ 2-5 tredje ledd skal lyde:

Kongen i statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke pasientgrupper plikten omfatter etter første ledd, og om innholdet i individuelle planer.

§ 2-5 a skal lyde:

§ 2-5 a *Koordinator*

For pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester etter loven her, skal det oppnevnes koordinator. *Koordinatoren* skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient, sikre samordning av tjenestetilbudet i forbindelse med institusjonsopphold og overfor andre tjenesteytere samt sikre fremdrift i arbeidet med individuell plan.

Koordinatoren skal samarbeide med barnekoordinator dersom dette er oppnevnt etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 a.

Koordinatoren skal være helsepersonell.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke oppgaver koordinatoren skal ha.

VI

I lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skal § 4-1 tredje ledd lyde:

Kongen i statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke pasientgrupper plikten omfatter etter første ledd, og om innholdet i individuelle planer.

VII

I lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter gjøres følgende endringer:

Ny § 2-5 b skal lyde:

§ 2-5 b *Rett til koordinator*

Pasient og bruker som har behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester, har rett til koordinator i samsvar med bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a.

Ny § 2-5 c skal lyde:

§ 2-5 b *Rett til barnekoordinator*

Familier som har eller venter barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne, og som vil ha behov for langvarige og sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester, har rett til barnekoordinator i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 a.

VIII

I lov 4. juli 2003 nr. 84 om frittstående skolar gjøres følgende endringer:

§ 3-6 a skal lyde:

§ 3-6 a *Samarbeid og samordning*

Skolen skal samarbeide med andre tenesteytarar dersom samarbeid er nødvendig for å gi eleven eit heilskapleg og samordna tenestetilbod. Dersom eleven har individuell plan etter anna lov og forskrift, skal skolen delta i samarbeid om utarbeiding og oppfølging av tiltak og mål i den individuelle planen.

Kommunen skal samordne tenestetilbodet etter første ledd. Ved behov skal kommunen

bestemme kva for ein kommunal tenesteytar som skal vareta samordninga. Dersom det er oppnemnd barnekoordinator etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 a, skal koordinatoren sørge for samordning av tenestetilbodet.

Skolen skal, i tillegg til å følgje opp einskilde elevar, samarbeide med andre tenesteytarar slik at skolen og dei andre tenesteytarane kan vareta sine oppgaver etter lov og forskrift.

Når det er nødvendig for å vareta ansvaret etter første til tredje ledd, kan dei samarbeidande tenestene behandle personopplysningar, inkludert personopplysningar som nemnt i personvernforordninga artikkel 9 og 10.

Med tenesteytarar er det her meint kommunale, fylkeskommunale og statlege tenesteytarar, private tenesteytarar som utfører oppgaver på vegne av ein slik tenesteytar, barnehagar som får tilskot etter barnehageloven § 19 og skolar som får statstilskot etter friskolelova § 6-1.

§ 3-6 b oppheves.

§ 7-4 skal lyde:

§ 7-4 *Opplysningsplikt til barnevernet*

Alle som utfører tenester eller arbeid etter denne lova og tilsette i skolefritidsordningar i friskolar, skal i arbeidet sitt vere merksame på forhold som kan føre til tiltak frå barneverntenesta.

Alle som utfører tenester eller arbeid etter denne lova, og tilsette i skolefritidsordningar i friskolar, skal utan hinder av teieplikta melde frå til barneverntenesta utan ugrunna opphald

- a) når det er grunn til å tru at eit barn blir eller vil bli mishandla, utsett for alvorlege manglar ved den daglege omsorga eller anna alvorleg omsorgssvikt,
- b) når det er grunn til å tru at eit barn har ein livstruande eller annan alvorleg sjukdom eller skade og ikkje kjem til undersøking eller behandling, eller at eit barn med nedsett funksjonsevne eller eit spesielt hjelpetrengande barn ikkje får dekt sitt særlege behov for behandling eller opplæring,
- c) når eit barn viser alvorlege åtferdsvanskar i form av alvorleg eller gjentatt kriminalitet, misbruk av rusmiddel eller ei anna form for utprega normlaus åtferd,
- d) når det er grunn til å tru at eit barn blir eller vil bli utnytta til menneskehandel.

Alle som utfører *tenester* eller arbeid etter denne lova, pliktar også å gi opplysningar etter pålegg i samsvar med barnevernloven § 6-4.

§ 7-5 skal lyde:

§ 7-5 *Opplysningar til den kommunale helse- og omsorgstenesta og sosialtenesta*

Styret skal sørge for at alle som utfører tenester eller arbeid etter denne lova, er merksame på forhold som bør føre til tiltak frå sosialtenesta eller helse- og omsorgstenesta. Styret skal sørge for at dei av eige tiltak gir sosialtenesta eller helse- og omsorgstenesta opplysningar om slike forhold så langt opplysningane kan givast utan hinder av teieplikta.

IX

I lov 17. juni 2005 nr. 64 om barnehager gjøres følgende endringer:

Ny § 2 b skal lyde:

§ 2 b *Samarbeid og samordning*

Barnehagen og pedagogisk-psykologisk tjeneste skal samarbeide med andre tjenesteytere dersom samarbeid er nødvendig for å gi barnet et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Dersom barnet har individuell plan etter annen lov og forskrift, skal barnehagen og pedagogisk-psykologisk tjeneste delta i samarbeid om utarbeidelse og oppfølging av tiltak og mål i den individuelle planen.

Kommunen skal samordne tjenestetilbudet etter første ledd. Ved behov skal kommunen bestemme hvilken kommunal tjenesteyter som skal ivareta samordningen. Dersom det er oppnevnt barnekoordinator etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 a, skal koordinatoren sørge for samordning av tjenestetilbudet.

Barnehagen og pedagogisk-psykologisk tjeneste skal, i tillegg til å følge opp enkelte barn, samarbeide med andre tjenesteytere slik at barnehagen, pedagogisk-psykologisk tjeneste og de andre tjenesteyterne kan ivareta sine oppgaver etter lov og forskrift.

Med tjenesteytere menes kommunale, fylkeskommunale og statlige tjenesteytere, private tjenesteytere som utfører oppgaver på vegne av slike tjenesteytere, barnehager som får tilskudd etter barnehageloven § 19 og skoler som får stats-tilskudd etter friskolelova § 6-1.

§ 45 skal lyde:

§ 45 *Opplysninger til den kommunale helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten*

Barnehagepersonalet skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som bør føre til tiltak fra sosialtjenesten eller helse- og omsorgstjenesten.

Barnehagen skal av eget tiltak gi sosialtjenesten eller helse- og omsorgstjenesten opplysninger om slike forhold så langt opplysningene kan gis uten hinder av taushetsplikt.

X

I lov 16. juni 2006 nr. 20 om arbeids- og velferdsforvaltningen gjøres følgende endringer:

§ 15 fjerde ledd skal lyde:

Kongen i statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvem retten til individuell plan gjelder for etter tredje ledd, og om innholdet i individuelle planer.

Ny § 15 a skal lyde:

15 a *Samarbeid med andre offentlige organer og tjenesteytere*

Kontoret skal samarbeide med andre offentlige organer og tjenesteytere, dersom samarbeid er nødvendig for å gi brukeren et helhetlig og samordnet tjenestetilbud.

Kontoret skal, i tillegg til å følge opp enkelte brukere, samarbeide med andre offentlige organer og tjenesteytere, slik at kontoret og de andre tjenesteyterne kan ivareta sine oppgaver etter lov og forskrift.

Med tjenesteytere menes kommunale, fylkeskommunale og statlige tjenesteytere, private tjenesteytere som utfører oppgaver på vegne av slike tjenesteytere, barnehager som får tilskudd etter barnehageloven § 19 og skoler som får stats-tilskudd etter friskolelova § 6-1.

XI

I lov 19. juni 2009 nr. 44 om kommunale krisesentertilbud gjøres følgende endringer:

Ny § 4 skal lyde:

§ 4 *Samarbeid og samordning*

Kommunen skal sørge for at krisesentertilbudet samarbeider med andre deler av tenesteparatet dersom det er nødvendig for å gi brukaren eit heilskapleg og samordna tenestetilbud. Dersom brukaren har individuell plan etter anna lov og forskrift, skal kommunen sørge for at krisesentertilbudet deltek i samarbeid om utarbeiding og oppfølging av tiltak og mål i den individuelle planen.

Kommunen skal samordne tenestetilbudet etter første ledd. Ved behov skal kommunen bestemme kva for ein kommunal tenesteytar som skal vareta samordninga. Dersom det er opp-

nemnd barnekoordinator etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 a, skal koordinatoren sørge for samordning av tenestetilbudet.

Kommunen skal, i tillegg til å følge opp einskilde brukarar, sørge for at krisesentertilbudet samarbeider med andre deler av tenesteapparatet slik at krisesentertilbudet og dei andre tenestene kan ivareta sine oppgaver etter lov og forskrift.

Med tenesteapparatet er det her meint kommunale, fylkeskommunale og statlege tenesteytarar, private tenesteytarar som utfører oppgaver på vegne av ein slik tenesteytar, barnehagar som får tilskot etter barnehageloven § 19 og skolar som får statstilskot etter friskolelova § 6-1.

Ny § 6 a skal lyde:

§ 6 a *Opplysningar til den kommunale helse- og omsorgstenesta og sosialtenesta*

Kommunen skal sørge for at alle som utfører tenester eller arbeid etter denne lova, er merksame på forhold som bør føre til tiltak frå sosialtenesta eller helse- og omsorgstenesta. Kommunen skal sørge for at krisesentertilbudet av eige tiltak gir sosialtenesta eller helse- og omsorgstenesta opplysningar om slike forhold så langt opplysningane kan givast utan hinder av teieplikta.

XII

I lov 18. desember 2009 nr. 131 om sosiale tenester i arbeids- og velferdsforvaltningen gjøres følgende endringer:

§ 9 første ledd skal lyde:

Statsforvalteren skal føre tilsyn med at kommunen oppfyller sine plikter etter kapittel 4, § 13 andre ledd første punktum, tredje ledd, fjerde ledd første punktum og § 16 første ledd.

§ 13 skal lyde:

§ 13 *Samarbeid med andre offentlige organer og tenesteytere og samordning*

Kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen skal medvirke til at sosiale hensyn blir ivaretatt av andre offentlige organer som har betydning for at formålet med loven blir oppnådd.

Kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen skal samarbeide med andre sektorer, forvaltningsnivåer og tenesteytere dersom samarbeid er nødvendig for å gi en person oppfølging og et helhetlig og samordnet tjenestetilbud, og når dette kan bidra til å løse oppgavene som kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen er pålagt etter denne loven. Blir det påvist mangler ved de tjenester som andre deler av forvaltningen skal yte til personer med et

særlig hjelpebehov, skal kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen om nødvendig ta opp saken med rette vedkommende. Er det uklarhet eller uenighet om hvor ansvaret ligger, skal kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen søke å klargjøre forholdet.

Kommunen skal samordne tjenestetilbudet etter andre ledd. Ved behov skal kommunen bestemme hvilken kommunal tenesteyter som skal ivareta samordningen. Dersom det er oppnevnt barnekoordinator etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 a, skal koordinatoren sørge for samordning av tjenestetilbudet.

Kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen skal, i tillegg til å følge opp enkelte personer, samarbeide med andre sektorer, forvaltningsnivåer og tenesteytere, slik at kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen og de andre tenesteyterne kan ivareta sine oppgaver etter lov og forskrift. Som ledd i disse oppgavene skal kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen gi uttalelser og råd og delta i den kommunale og fylkeskommunale planleggingsvirksomheten og i de samarbeidsorganene som blir opprettet.

Med tenesteytere menes kommunale, fylkeskommunale og statlige tenesteytere, private tenesteytere som utfører oppgaver på vegne av slike tenesteytere, barnehager som får tilskudd etter barnehageloven § 19 og skoler som får statstilskudd etter friskolelova § 6-1.

§ 28 tredje ledd skal lyde:

Kongen i statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvem rettigheten gjelder for etter første ledd og § 33 første punktum, og om innholdet i individuelle planer.

XIII

I lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. gjøres følgende endringer:

§ 3-4 skal lyde:

§ 3-4 *Kommunens plikt til samarbeid og samordning*

De kommunale helse- og omsorgstjenestene skal samarbeide med andre tenesteytere dersom samarbeid er nødvendig for å gi pasienten eller brukeren et helhetlig og samordnet tjenestetilbud.

Kommunen skal samordne tjenestetilbudet etter første ledd. Ved behov skal kommunen bestemme hvilken kommunal tenesteyter som skal ivareta samordningen. Dersom det er oppnevnt barnekoordinator etter § 7-2 a, skal barnekoordinatoren sørge for samordning av tjenestetilbudet.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene skal, i tillegg til å følge opp enkelte pasienter eller brukere, samarbeide med andre tjenesteytere slik at de kommunale helse- og omsorgstjenestene og andre tjenesteytere kan ivareta sine oppgaver etter lov og forskrift.

Med tjenesteytere menes kommunale, fylkeskommunale og statlige tjenesteytere, private tjenesteytere som yter tjenester på vegne av slike tjenesteytere, barnehager som får tilskudd etter barnehageloven § 19 og skoler som får statstilskudd etter friskolelova § 6-1.

§ 6-2 skal lyde:

§ 6-2 *Krav til avtalens innhold*

Avtalen skal som et minimum omfatte:

1. enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre,
2. retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester,
3. retningslinjer for innleggelse i sykehus,
4. beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp etter § 3-5 tredje ledd,
5. retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon,
6. retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering,
7. samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid,
8. samarbeid om jordmortjenester,
9. samarbeid om IKT-løsninger lokalt,
10. samarbeid om forebygging,
11. omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden og
12. samarbeid om ytelse av helse- og omsorgstjenester til barn og unge med sammensatte vansker og lidelser, og som derfor mottar tjenester fra begge forvaltningsnivåene.

Når det avtales samarbeidstiltak, må avtalen klargjøre ansvarsforholdene, herunder må

arbeidsgiveransvaret avklares. Videre må det avtales hvordan samarbeidstiltaket skal organiseres og finansieres.

§ 7-2 tredje ledd skal lyde:

Kongen i statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke pasient- og brukergrupper plikten omfatter etter første ledd, og om innholdet i individuelle planer.

Ny § 7-2 a skal lyde:

§ 7-2 a *Barnekoordinator*

For familier som har eller venter barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne, og som vil ha behov for langvarige og sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester, skal kommunen oppnevne en barnekoordinator dersom foreldrene eller den som samtykker på vegne av barnet, ønsker dette.

Barnekoordinatoren skal sørge for

- a) koordinering av det samlede tjenestetilbudet,
- b) å ha oversikt over og bidra aktivt til å ivareta kommunens ansvar for nødvendig oppfølging og tilrettelegging for familien og barnet i form av tilbud om eller ytelse av helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester,
- c) at familien og barnet får nødvendig informasjon og helhetlig veiledning om helse- og omsorgstjenestetilbudet,
- d) at familien og barnet får nødvendig informasjon og helhetlig veiledning om andre velferdstjenester og relevante pasient- og brukerorganisasjoner, at familien og barnet gis veiledning i deres kontakt med disse, og at det formidles kontakt eller henvisning videre til slike tjenester eller organisasjoner og
- e) fremdrift i arbeidet med individuell plan.

Kommunens plikt til å oppnevne barnekoordinator gjelder frem til barnet fyller 18 år.

Kongen i statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilken kompetanse og hvilke oppgaver barnekoordinatoren skal ha.

§ 7-3 første ledd andre punktum skal lyde:

Denne enheten skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator og barnekoordinator etter §§ 7-1, 7-2 og 7-2 a.

XIV

I lov 6. november 2020 nr. 127 om integrering gjennom opplæring, utdanning og arbeid gjøres følgende endringer:

§ 41 tredje og fjerde ledd skal lyde:

Offentlige organer kan behandle personopplysninger, herunder personopplysninger nevnt i personvernforordningen artikkel 9 og 10, når det er nødvendig for å samarbeide med andre tjenester etter § 50.

Private som utfører oppgaver nevnt i første og tredje ledd for stat, fylkeskommune eller kommune, regnes som offentlige organer etter denne paragrafen.

Nåværende fjerde ledd blir femte ledd.

§ 48 første ledd skal lyde:

Statsforvalteren kan føre tilsyn med kommunens oppfyllelse av plikter etter lovens kapittel 3 til 6, §§ 39, 40, 43 og 50. Statsforvalteren kan også føre tilsyn med plikten til å ha internkontroll etter kommuneloven § 25-1.

Ny § 50 skal lyde:

§ 50 *Samarbeid og samordning*

Kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere dersom samarbeid er nødvendig for å gi deltakere i introduksjonsprogram et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Dersom deltakeren

har individuell plan etter annen lov og forskrift, skal kommunen delta i samarbeid om utarbeidelse og oppfølging av tiltak og mål i den individuelle planen.

Kommunen skal samordne tjenestetilbudet etter første ledd. Ved behov skal kommunen bestemme hvilken kommunal tjenesteyter som skal ivareta samordningen. Dersom det er oppnevnt barnekoordinator etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 a, skal koordinatoren sørge for samordning av tjenestetilbudet.

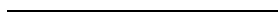
Kommunen skal, i tillegg til å følge opp enkelte deltakere, samarbeide med andre tjenesteytere slik at kommunen og de andre tjenesteyterne kan ivareta sine oppgaver etter lov og forskrift.

Med tjenesteytere menes kommunale, fylkeskommunale og statlige tjenesteytere, private tjenesteytere som utfører oppgaver på vegne av slike tjenesteytere, barnehager som får tilskudd etter barnehageloven § 19 og skoler som får stats-tilskudd etter friskolelova § 6-1.

Nåværende §§ 50 til 52 blir §§ 51 til 53.

XV

Loven gjelder fra den tid Kongen bestemmer. Kongen kan sette i kraft de enkelte bestemmelsene til forskjellig tid.



Bestilling av publikasjoner

Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon

www.publikasjoner.dep.no

Telefon: 22 24 00 00

Publikasjonene er også tilgjengelige på

www.regjeringen.no

Trykk: Departementenes sikkerhets- og
serviceorganisasjon – 03/2021

