

Tjenestetilbudet for barn og unge som skader andre

Tiltak og samarbeid i justis-, helse-, barnevern- og oppvekstsektoren

Rapport 2026–1

PROBA samfunnsanalyse

Proba-rapport nr. 2026–1, Prosjekt nr. 25054
ISSN: 1891-8093
JP, AFJ, AMM, TT; 18. mars 2026
--
Offentlig
--

Tjenestetilbudet for barn og unge som skader andre

Tiltak og samarbeid i justis-, helse-, barnevern- og oppvekstsektoren

Utarbeidet for Helsedirektoratet

Rapport 2026–1

PROBA samfunnsanalyse

Forord

Denne rapporten beskriver tjenestetilbudet til barn og unge som skader andre.

Prosjektet er gjennomført i perioden september 2025 til januar 2026 på oppdrag for Helsedirektoratet og er i hovedsak basert på en rekke intervjuer med representanter for kommunale og statlige tjenester. Kontaktperson i Helsedirektoratet har vært Marie Staven Lundereng.

Prosjektleder har vært Jens Plahte (Proba). Prosjektmedarbeidere har vært Ane Fürst Juul, Anne May Melsom og Trude Thorbjørnsrud..

Vi takker vår oppdragsgiver for godt samarbeid med en engasjert og kunnskapsrik prosjektgruppe. En stor takk også til alle som har bidratt i prosjektet som informanter.

Oslo, 10. mars 2026

Innhold

Innhold

Sammendrag 1

Del 1: Innledning, problemstillinger, metode og kunnskapsstatus 4

1 Innledning 5

1.1 Helsedirektoratets innsats 6
1.2 Problemstillinger og forskningsspørsmål 6
1.3 Forskningsdesign 8
1.4 Metode 10

2 Modeller og litteratur 13

2.1 Kort kunnskapsstatus 13
2.1.1 Skadelig voldelig atferd og skadelig seksuell atferd 13
2.1.2 Forekomst av vold blant barn og unge 13
2.1.3 Hvem er de som utøver vold? 15
2.1.4 Hvorfor begår noen voldelige handlinger og overgrep? 16
2.1.5 Forebygging 17
2.2 Tre modeller for tjenestetilbud 18

3 Kort om undersøkelseskommunene 21

3.1 Folketall og oppvekstprofildata 21
3.2 Omfang av siktelser 22

Del 2: Sektorene og tjenestene 25

4 Helse- og omsorgstjenestene 26

4.1 Lovverk og normerende dokumenter 26
4.2 Statlige tjenester 27
4.2.1 Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) 27
4.2.2 FACT-Ung 31
4.2.3 RVTS – Regionale ressurssentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging 32
4.3 Kommunale helse- og omsorgstjenester 33
4.3.1 Helsestasjon 0–5 år 34
4.3.2 Skolehelsetjenesten 36
4.3.3 Helsestasjon for ungdom 38
4.3.4 Familieteam og andre lavterskeltiltak 38
4.3.5 Team – psykisk helse barn og unge 41
4.3.6 Ungdomsteam 42
4.3.7 Ulike former for veiledningsmodeller som tilbys i kommunale helsetjenester 43

4.3.8 Utilsiktede konsekvenser 45
4.4 Samarbeid med barnevernet 45
4.5 Oppsummering 47
5 Opplæringssektoren 49
5.1 Lovverk for skolene og PP-tjenesten 49
5.2 Skolene 50
5.2.1 Rutiner og organisering 50
5.2.2 Tiltak og utfordringer 51
5.2.3 Skolenes samarbeid med andre tjenester 54
5.2.4 Generelle samarbeidsutfordringer 56
5.2.5 Skolenes kompetansebehov 57
5.3 PP-tjenesten og andre rådgivningstjenester 58
5.3.1 Ulike måter å organisere PP-tjenesten på 58
5.3.2 Tilbud og utfordringer 58
5.3.3 PP-tjenestenes samarbeid med andre tjenester 60
5.3.4 Kompetansebehov i PP-tjenestene 61
5.4 Oppsummering 61
6 Barnevernet 63
6.1 Lovverk og ansvar 63
6.2 Bufetat 64
6.3 Kommunale barneverntjenester 64
6.3.1 Bekymringsmeldinger om barn som skader andre 65
6.3.2 Undersøkelser og kartlegging 65
6.3.3 Iverksettelse av tiltak 67
6.4 Samarbeid med foreldre 70
6.5 Samarbeid med andre tjenester 70
6.5.1 Forholdet mellom barnevernet og helsetjenestene 70
6.6 Utfordringer og kompetansebehov 73
6.6.1 Kompetansebehov 73
6.6.2 Personlige utfordringer 73
6.6.3 Undergrupper i målgruppen 74
6.6.4 Bufetats institusjon 74
6.7 Oppsummering 75
7 Justissektoren 77
7.1 Lovverk 77
7.2 Politiet 78
7.2.1 Politiets forebyggende arbeid 78
7.2.2 Straffesakssporet 79
7.2.3 Kompetanse og opplæringsbehov i politiet 80
7.3 Statens barnehus 80
7.3.1 Tilrettelagte avhør 81

7.3.2 Oppfølgingsarbeid og samarbeid med andre aktører ... 81
7.3.3 Barnehusene som aktør i både helse- og justissektoren ... 82
7.3.4 Å komme i posisjon til å hjelpe ... 82
7.3.5 Kompetanse ved barnehusene og i andre tjenester ... 82
7.4 Konfliktrådet ... 83
7.4.1 Gjennomføring av ungdomsstraff og ungdomsoppfølging ... 84
7.4.2 Mekling og gjenopprettende prosess ... 84
7.4.3 Samarbeid med andre aktører ... 85
7.4.4 Manglende og varierende tjenestetilbud i kommunene ... 86
7.4.5 Kompetanse i konfliktrådene ... 86
7.5 Kriminalomsorgen ... 87
7.5.1 Samarbeid mellom fengsel og andre aktører ... 87
7.5.2 Rask domfellelse er avgjørende for god oppfølging i fengsel ... 88
7.6 Oppsummering ... 88
Del 3: Generelle tema, diskusjon og konklusjoner ... 90
8 Samarbeid mellom tjenestene ... 91
8.1 Informasjonsdeling og taushetsplikt ... 91
8.1.1 Opplæringssektoren om taushetsplikt ... 92
8.1.2 Justissektoren om taushetsplikt ... 92
8.1.3 Helsetjenestene om taushetsplikt ... 92
8.1.4 Samtykke til å dele opplysninger ... 93
8.2 Å utvikle felles problemforståelse ... 94
8.2.1 Tidlig innsats og foreldrenes rolle ... 94
8.2.2 Ulik problemforståelse mellom tjenestene ... 95
8.3 Samarbeidsarenaer og samarbeidsmodeller ... 97
8.4 Ansvarsforhold og glippsoner ... 98
8.5 Samarbeidsutfordringer og/eller mangel på tiltak ... 99
9 Kompetanse ... 101
9.1 Samhandlingskompetanse ... 101
9.2 Mangfoldskompetanse ... 102
9.2.1 Kommuner med høy andel samisk befolkning ... 102
9.2.2 Familier med minoritetsbakgrunn ... 103
9.3 Relasjonskompetanse ... 103
9.4 Kompetanse på barn og unge som skader andre ... 104
10 Diskusjon og konklusjoner ... 105
10.1 Kategorien «barn og unge som skader andre»? ... 105
10.2 Utfordringer og barrierer i arbeidet ... 106
10.3 Samarbeid og samhandling ... 108
10.4 Kompetanse ... 109
Litteratur ... 111

Sammendrag

Resymé

På oppdrag fra Helsedirektoratet har Proba samfunnsanalyse undersøkt hvordan tjenester i justis-, helse- barnevern- og opplæringssektoren arbeider med og samhandler om barn og unge som skader andre.

Hovedfunnet er at de fleste barna og ungdommene som på ulike vis skader andre, bærer med seg tung og vanskelig håndterbar psykisk og sosial bagasje, slik at de trenger samtidig og koordinert hjelp på flere livsarenaer og fra flere instanser og tjenester. En viktig anbefaling er at tjenestene hver for seg, og samarbeids- og samhandlingsstrukturene mellom dem, bør være innrettet på å kunne tilby samordnede tjenester og helhetlig innsats til alle utsatte barn og unge.

Bakgrunn

Helsedirektoratet framla i 2022 en strategi for arbeidet rettet mot personer som utøver vold og overgrep, med hovedformål å forebygge og redusere utøvelse av vold og seksuelle overgrep i den norske befolkningen, gjennom økt oppmerksomhet på de som utøver vold og overgrep. *Tverrsektoriell innsats for å styrke de eksisterende tjenestene* er et delprosjekt som springer ut av strategien, og herværende rapport skal utgjøre et kunnskapsgrunnlag for dette.

Problemstilling og metode

Rapporten belyser og besvarer fire hovedproblemstillinger:

A. Hvordan jobber de ulike tjenestene med barn og unge som skader andre, og hvordan organiserer de arbeidet?

B. Hvilke utfordringer og barrierer opplever de ansatte i sitt arbeid, og hvordan kan de møte disse på best mulig måte?

C. Hvordan samhandler tjenester innen helse, oppvekst, barnevern og justissektoren for å følge opp barn og unge som skader andre, og hvordan kan samhandlingen mellom tjenestene bli bedre?

D. Hva slags kompetanse, utdanningsbakgrunn og erfaring har de ansatte, og hva har de behov for av opplæring, ny kunnskap og erfaringsdeling for å levere så gode tjenester som mulig?

Disse problemstillingene har blitt operasjonalisert gjennom til sammen 15 spesifikke forskningsspørsmål.

Vi har gjennomført totalt 88 kvalitative, semi-strukturerte intervjuer med om lag 120 informanter fordelt på justis-, helse- barnevern- og opplæringssektoren i ni utvalgte undersøkelseskommuner. Dette utvalget av kommuner reflekterer i høy grad heterogeniteten som man finner i norske kommuner, med hensyn på geografi, folketall og sentralitet, med mer. Vi har også gjennomført en litteraturgjennomgang.

Hovedkonklusjoner

Et viktig funn er at betegnelsen «barn og unge som skader andre» i liten grad benyttes i de tjenestene som vi har undersøkt. For eksempel, i spesialisthelsetjenesten kan atferdsutfordringer inngå som ett av flere symptomer på psykiatriske diagnoser. I barneverntjeneste, og i kommunale helsetjenester inngår atferdsutfordringer som regel som kun én av flere forhold som gir opphav til bekymringer og tiltak.

Vi har sett at de fleste barna og ungdommene som på ulike vis skader andre, bærer med seg tung og vanskelig håndterbar psykisk og sosial bagasje, og at for mange av dem så er den skadelige atferden ikke nødvendigvis den mest alvorlige utfordringen i livene deres.

En viktig anbefaling er at samarbeids- og samhandlingsstrukturene bør være innrettet på også å kunne tilby samordnede tjenester og helhetlig innsats til alle barn og unge som har behov for dette. Tilbud som kan hjelpe dem til å slutte med voldelig og/eller skadelig seksuell atferd bør dermed inngå som bestanddeler i en langt bredere tilgjengelig tiltaksvifte. Dette er for øvrig i tråd med 0–24-samarbeidets hovedprinsipp

Vi mener at en av våre hovedfunn er at hele tjenesteapparatet – både enkelttjenestene hver for seg og samarbeidsstrukturene dem imellom – er mangfoldig i den forstand at det er innrettet med tanke på å håndtere barn og unge med mange forskjellige utfordringer og problemer. Men vi ser også at tjenesteapparatet sliter med å gi gode og sammenhengende tilbud til de barna og ungdommene som har flere, sammensatte problemer på én gang. Dette kan være en vanskelig hjemmesituasjon med fattigdom, rus, vold, overgrep og annen omsorgssvikt; det kan være foresatte som ikke innser at barnet deres eller de selv trenger hjelp; det kan være mestringsproblemer i skolen; det kan være normløs atferd på fritiden; og det kan være medfødt eller ervervet psykisk uhelse. Dette krever samordning og samhandling tjenestene imellom. Tjenestetilbudet til målgruppa for dette prosjektet er således mangelfullt – med stor variasjon mellom kommuner.

Justissektoren kommer i befatning med de mest alvorlige tilfellene av voldsatferd og skadelig seksuell atferd, og her knyttes atferden ofte til konkrete straffebud. Dernest følger man enten et straffesaksspor eller et forebyggingsspor – gjerne individualforebyggende, som foretrekkes framfor straffesporet. Vellykkede oppfølgingstiltak for disse ungdommene avhenger som regel av at man klarer å etablere et samordnet opplegg i hjemkommunen. Også her er det stor forskjell mellom kommunene. Det kan også være vanskelig å finne fram til de kommunale tilbudene som finnes – særlig i de kommunene som ikke har SLT-koordinator.

Videre ser vi en spenning mellom prinsippet om frivillighet og hensynet til barnets beste. Flere av informantene våre har påpekt at foresatte har rett til takke nei til både behandling i helsevesenet og tiltak i barnevernet – på vegne av sine barn. Vi fortelles også at mange ungdommer som anses å ha behov for helsehjelp innen psykiatrien, enten takker nei eller unnlater å følge opp behandlingsopplegg. Vi mener det kan være grunn til å spørre om hensynet til barnets beste i tilstrekkelig grad blir ivaretatt i slike tilfeller. Kan hensynet til barnets beste tilsi at barnevernet gis mer utstrakt adgang til å iverksette tvangstiltak? Og kan hensynet til barnets beste tilsi at slik tvang også kan omfatte en form for tvungent psykisk helsevern?

Samtidig som prinsippet om frivillighet i noen tilfeller kan forhindre tidlig innsats, er det også slik at overilte reaksjoner – særlig på skadelig seksuell atferd og ofte på grunn av mangelfull kompetanse – kan føre til overreaksjoner mot ungdommen som har utøvd atferden, i form av overdrevent inngripende tiltak.

Taushetsplikten er ofte kilde til frustrasjon og problemer i samarbeid og samhandling mellom tjenester, og det er barnevernets taushetsplikt som oftest trekkes fram som et hinder for å utforme og følge opp et sammensatt tjenestetilbud til barn og unge som har behov for dette.

Noen barn og unge som skader andre, og hvor dette inngår i eller opptrer i kombinasjon med diagnoser slik som utviklingsforstyrrelser, autisme eller ADHD, blir ofte gjenstand for en «dytte-kamp» mellom barnevernstjenesten og helsetjenesten.

I siste rekke er det særlig tre tjenester som kan bli sittende med et ansvar som de ikke er «rigget» for. I noen saker må kommunal helsetjeneste ta vare på ungdommer med

høyt symptomtrykk. Barneverntjenesten kan streve nærmest forgjeves over lang tid med å styrke foresattes omsorgsevne, men uten at det foreligger grunnlag for tvangstiltak. Og skolen er en arena hvor barn og unge har rettigheter til å være – og i noen grad også plikt – nesten uansett funksjonsnivå eller atferdsutfordringer.

I alle kommunene samarbeider ulike aktører innen skole, helse, barnevern og på justisfeltet med hverandre om å følge opp barn og unge som skader andre, men det varierer hvor formalisert og systematisk samarbeidet er, hvilke tjenester som samarbeider med hverandre, og hvilke samarbeidsmodeller de bruker.

Kompetansen i de fire tjenesteområdene er i høy grad sektorisert, men noen kommuner har etablert ulike former for tverrfaglige team. I skolene er det behov for mer kompetanse på barn og unge som skader andre – men primært i form av tilstedeværelse eller ansettelse av andre profesjonsgrupper.

Flere av våre informanter understreker betydningen av samhandlingskompetanse – det vil si å ha kjennskap til samarbeidende virksomheters lovverk, tjenestetilbud, kompetanse og faglige tilnærminger og perspektiver – som en forutsetning for samarbeid og samhandling. Samhandlingskompetanse er viktig for alle som skal jobbe tverrsektorielt, men det er ekstra viktig at personer som skal ha dedikerte koordinatorroller innehar slik kompetanse.

Del 1: Innledning, problemstillinger, metode og kunnskapsstatus

1 Innledning

På oppdrag fra Helsedirektoratet har Proba samfunnsanalyse undersøkt hvordan tjenester i justis-, helse- barnevern- og opplæringssektoren arbeider med og samhandler om barn og unge som skader andre.

Barn og unge som skader andre, har ofte sammensatte og komplekse utfordringer og behov. Tjenester som møter disse barna og ungdommene, rapporterer om behov for bedre støtte i arbeidet med å identifisere, forstå, håndtere og følge opp barna på en helhetlig, kunnskapsbasert og systematisk måte. Helsedirektoratet har derfor ønsket å styrke kunnskapsgrunnlaget for å bidra til en felles retning og forståelse som kan støtte opp under praksisfeltet, styrke tjenestene og bidra til bedre samhandling på tvers av sektorer. Dette kunnskapsbehovet springer ut fra en rekke prosesser og rapporter gjennom det siste tiåret.

Riksrevisjonen (2025) har nylig påpekt en rekke feil og mangler i myndighetenes innsats mot barne- og ungdomskriminalitet. Virkemidlene i det kriminalitetsforebyggende arbeidet mangler kontinuitet og fleksibilitet og er preget av utydelige roller og uklare ansvarsforhold. Det får sjelden konsekvenser når ungdom bryter vilkår eller begår nye lovbrudd under straffegjennomføring, det tar for lang tid fra lovbrudd begås til straffegjennomføring starter, egnede straffereaksjoner og tiltak mangler, og det hender at mindreårige blir plassert i fengsel for voksne i strid med FNs barnekonvensjon.

Både Meld. St. 34 (2020–2021) og Riksrevisjonen omtaler utfordringene med barne- og ungdomskriminalitet som et gjenstridig problem («wicked problem», jf. Rittel m.fl., 1973; Head og Alford, 2015), som per definisjon krever samordnet og samtidig innsats i flere sektorer. «Diagnosen» i stortingsmeldingen er at innsatsen rettet mot unge som utøver kriminalitet, kommer for sent, at den er for lite koordinert, og at det er geografiske ulikheter i tjenestetilbudet. Vorland m.fl. (2018) trekker noen av de samme konklusjonene i sin rapport om tverretatlig samarbeid om barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd (SSA). De finner en gjennomgående vilje til samarbeid på tvers av etatene, men mange ansatte mangler kunnskap og kompetanse om hvordan de skal håndtere slike saker. Etatenes og tjenestestedenes ulike roller er videre uklare for de ansatte, og de mangler treffpunkter på tvers (Vorland m.fl., 2018).

Siden samordningsutfordringene i oppvekstsektoren ble satt på dagsordenen med 0–24-samarbeidet (2017; 2020), har det kommet flere rapporter og meldinger som påpeker et stort behov for styrking av tverrsektorielle tiltak og strukturer (blant annet Departementene, 2021; Hansen m.fl., 2020; Helsetilsynet, 2023). Ny lovgiving pålegger kommunale og statlige velferdstjenester å samordne tjenestetilbud, innsats og tiltak.[1]

I denne rapporten beskriver vi hvordan og i hvilken grad slike pålegg har blitt fulgt opp overfor barn og unge som skader andre. Videre redegjør vi for hvordan de ulike tjenestene jobber hver for seg med målgruppa. Prosjektets fokus er avgrenset til tjenestenes indikative forebyggingsarbeid, altså der skadelig atferd har funnet sted og fokuset er å redusere risiko for gjentatt og eskalerende skadelig atferd, samt å forebygge annen skjevutvikling. Med «barn som skader andre» menes her barn som utviser voldsatferd eller skadelig seksuell atferd.

[1] Lov om endringer i velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator). https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2021-06-11-78.

1.1 Helsedirektoratets innsats

Helsedirektoratet har siden 2020, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, jobbet med å utvikle en overordnet strategi for arbeidet rettet mot personer som utøver vold og overgrep.[2] Strategien var klar i 2022, og målet med strategien er å forebygge og redusere utøvelse av vold og seksuelle overgrep i den norske befolkningen, gjennom økt oppmerksomhet på de som utøver vold og seksualisert vold. Videre har strategien fire målområder:

1) Likeverdig og tilgjengelig behandlings- og oppfølgingstilbud
2) Utøver skal bli vurdert for rett til helsehjelp
3) Styrking av bruker- og pårørendemedvirkning
4) Felles faglig rammeverk for forebygging av vold og overgrep

Siden 2023 har Helsedirektoratet jobbet med å konkretisere tiltak for å ivareta målområdene. Arbeidet har siden da vært avgrenset til å gjelde for barn og unge (0–18 år). Arbeidet med målområdene 1, 3 og 4 er organisert i prosjektet *Tidlig innsats for barn og unge som skader andre*, der ett av delprosjektene er *Tverrsektoriell innsats for å styrke de eksisterende tjenestene*. Denne rapporten skal utgjøre et kunnskapsgrunnlag for sistnevnte delprosjekt.

1.2 Problemstillinger og forskningsspørsmål

I denne rapporten har vi besvart og belyst fire hovedproblemstillinger med til sammen 15 underliggende forskningsspørsmål.

A: Hvordan jobber de ulike tjenestene med barn og unge som skader andre, og hvordan organiserer de arbeidet?

1. Hvordan jobber ulike tjenester konkret med barn og unge som skader andre?
2. Hvilke tiltak, metoder og samarbeidsformer benyttes?
3. Hvordan er arbeidet organisert og forankret i lederlinjen?

B. Hvilke utfordringer og barrierer opplever de ansatte i sitt arbeid, og hvordan kan de møte disse på best mulig måte?

4. Hvilke hindringer møter ansatte i arbeidet med barn og unge som skader andre? Dette kan være juridiske, organisatoriske, faglige og samarbeidsmessige utfordringer, men også mer erfaringsnære forhold som emosjonelle belastninger, usikkerhet rundt rolleforståelse, manglende støtte i eget fagmiljø eller utrygghet i møte med målgruppen. Det er ønskelig med innsikt i både ytre og indre barrierer som påvirker kvaliteten og stabiliteten i arbeidet.
5. Finnes det undergrupper i målgruppa som det kan være spesielt utfordrende å fange opp og følge opp?
6. Hva har tjenestene behov for, for å klare å møte disse utfordringene og barrierene?

[2] Nasjonal strategi for helsesektorens arbeid med personer som utøver vold eller overgrep. Helsedirektoratet. URL: https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/psykisk-helse-rus-og-avhengighet/vold-og-overgrep/nasjonal-strategi-for-helsesektorens-arbeid-med-personer-som-utover-vold-eller-overgrep/innledning.

7. Vurdering av risiko for utilsiktede konsekvenser ved identifisering og oppfølging av barn og unge som skader andre. Undersøke om det finnes risiko for feilvurderinger, stigmatisering eller andre uheldige konsekvenser knyttet til hvordan tjenesteutøvere identifiserer og arbeider med unge som utøver vold. Dette inkluderer hvordan slike vurderinger kan påvirke ungdommens selvbilde, relasjoner og videre oppfølging.

C: Hvordan samhandler tjenester innen helse, oppvekst, barnevern og justissektoren for å følge opp barn og unge som skader andre, og hvordan kan samhandlingen mellom tjenestene bli bedre?

8. Hvordan fungerer samhandlingen mellom tjenester (for eksempel politi, barnevern, skole, konfliktråd, kriminalomsorg/friomsorg, barnehage og helsevesen)?
9. Hva oppleves som nyttig i samhandlingen?
10. Hva skaper friksjon?
11. Hvordan kan tverrsektoriell og tverrfaglig samhandling styrkes og forbedres?

D: Hva slags kompetanse, utdanningsbakgrunn og erfaring har de ansatte, og hva har de behov for av opplæring, ny kunnskap og erfaringsdeling for å levere så gode tjenester som mulig?

12. Hvilken kompetanse har, og benytter, de ansatte i arbeidet med målgruppa? Hvilken utdanningsbakgrunn og erfaring har de?
13. Hva etterspørres av kompetanse og opplæring for å styrke arbeidet?
14. Hvordan holder tjenestene seg oppdatert på ny kunnskap, forskning, metoder og tilnærminger?
15. Er det struktur og kultur for erfaringsdeling mellom tjenester og sektorer som arbeider med barn og unge som skader andre?

En avgrensning

Parametere som kostnader, effektivitet, ressursknapphet og prioritering er fraværende i problemstillingene ovenfor og er derfor ikke systematisk vurdert i vår undersøkelse. Slike forhold blir i noen grad behandlet fortløpende der det er aktuelt.

Kort om målgruppa

Målgruppa for dette prosjektet har vært barn og unge i alderen 0–18 år som skader andre, men med hovedvekt på de som er i skolealder. Videre har prosjektets fokus vært avgrenset til barn og unge som omfattes av tiltak som faller i kategorien indikativ forebygging. Det vil si at skadelig atferd har funnet sted, og fokus for arbeidet med forebygging er å redusere risiko for gjentatt og eskalerende skadelig atferd hos den enkelte, samt å forebygge annen skjevutvikling med utviklingsstøttende og styrkefremmende tiltak. Dette betyr at universell og selektiv forebygging ikke har inngått i prosjektets tematikk.[3]

Målgruppa er nærmere definert[4] ved at innslagspunktet for tiltak ikke skal baseres på alder eller modenhet alene, men på følgende kriterier:

[3] Se for eksempel *Kap 1 Introduksjon.* Hentet 4. september 2025 fra https://www.forebygging.no/Kunnskapsoppsummeringer/2006---2015/Fremgangsrike-forebyggingsprogrammer-for-barn-og-unge-En-forskningsoversikt/Kap-1-Introduksjon/.

[4] Personlig kommunikasjon med representant for oppdragsgiver, Dagfinn Sørensen, seniorrådgiver i Helsedirektoratet, 26. august 2025.

- Atferden er alvorlig, det vil si at den har betydelig skadepotensial
- Atferden er gjentakende, også etter voksenreaksjon
- Atferden skjer i flere kontekster eller er rettet mot flere personer
- Barnets omsorgssituasjon tilsier at det er behov for oppfølging

Atferden kan også være skadelig for barnet selv, for eksempel gjennom stigmatisering eller hindret utvikling. Tidlig innsats handler derfor om å styrke tjenestenes evne til å fange opp og følge opp barn og unge så tidlig som mulig. Enkelthendelser alene bør ikke automatisk utløse tiltak, men må vurderes i lys av barnets helhetlige situasjon. Alvorlige enkelthendelser – som skadelig seksuell atferd hos yngre barn – må likevel alltid tas på alvor, både med tanke på konsekvenser for andre og barnets egen utsatthet.

Spørsmål 5 omhandler undergrupper i målgruppa. Dette handler om både demografiske, sosiale og medisinske forhold. Spesielt har vi undersøkt tjenestetilbudet i det samiske språkområdet.

Forskningsspørsmål 7 omhandler identifisering. Vi har oppfattet at med dette menes en vurdering av om en konkret person tilfredsstiller kriteriene for iverksetting av tiltak. Dette innebærer i sin tur at vi i prosjektet ikke bare har studert de tiltakene som iverksettes ut fra de fire kriteriene ovenfor, men også den forutgående vurderings- og identifiseringsprosessen som hvert barn eller hver ungdom som har skadet andre, blir gjenstand for.

Vurderings- og identifiseringsprosessene er ulike i de ulike tjenestesektorene, da de barna og ungdommene som de interagerer med, i utgangspunktet er selektert i høyst ulik grad. Skolene gjør fortløpende vurderinger av atferd og personlig utvikling av alle elever, herunder voldshendelser og seksualisert atferd og annen grenseoverskridende atferd av høyst ulik karakter og alvorlighetsgrad. Helsetjenestene og barneverntjenesten tar imot barn og unge basert på henvisninger, henvendelser og/eller meldinger fra foresatte eller andre instanser. Aktørene i justissektoren tar imot barn og unge basert på bekymringsmeldinger og anmeldelser samt på det som fanges opp i den løpende operative virksomheten.

Det benyttes ulike kriterier for identifisering og vurdering i de ulike tjenestene og sektorene. Vi har også sett at i noen grad bruker tjenestene ulik terminologi for å betegne og beskrive problematferd blant barn og unge. I helsesektoren og barnevernet snakker man om *vold* og *atferdsforstyrrelser*, i habiliteringstjenesten benyttes betegnelsen *utfordrende atferd*, og i justissektoren handler det om *normbrytende atferd*.

Hovedpoenget i denne korte, innledende drøftingen er at målgruppedefinisjonen ovenfor er den som vi har brukt når vi har valgt ut informanter og når vi har forklart prosjektets innretning overfor dem i forbindelse med invitasjon og gjennomføring av intervjuene.

Vi går litt dypere inn i beskrivelse av målgruppa basert på en kort litteraturgjennomgang i kapittel 3, og så drøftes målgruppa avslutningsvis i punkt 10.1. Hovedpoenget i denne korte, innledende drøftingen er at målgruppedefinisjonen ovenfor er den som vi har brukt når vi har valgt ut informanter og når vi har forklart prosjektets innretning overfor dem i forbindelse med invitasjon og gjennomføring av intervjuene.

1.3 Forskningsdesign

I dette prosjektet har vi undersøkt tjenestetilbudet for barn som skader andre, slik det er utformet i ni norske kommuner (og bydeler). Både statlige og kommunale tjenester som er tilgjengelige for brukere i disse kommunene, omfattes av undersøkelsen. Like-

vel behandles de ni kommunene ikke som *case* i en casestudie. Hovedgrunnen til dette ligger i denne rapportens disposisjon: Vi gir ingen samlet beskrivelse og analyse av tjenestetilbudet i hver av kommunene. De ni kommunene er å betrakte som arenaer for rekruttering av informanter og for innsamling av annet empirisk materiale, og ikke som case-kommuner. Vi redegjør nærmere for dette designet i det følgende.

Et forskningsdesign med flere case-studier kalles gjerne et *multiple case design* (Yin, 1994), men tilnærmingen i Stakes (1995) *collective case study design* er enda mer treffende:

> [To look at] multiple cases together to investigate a general phenomenon or condition across those cases. (Stake, 1995)

I utgangspunktet var planen å gjennomføre prosjektet som en kollektiv casestudie med ti case-kommuner med tilhørende statlige tjenester, og vi lyktes etter noe tid å rekruttere ni kommuner til å delta. De ni kommunene reflekterer i høy grad bredden og mangfoldet i norsk kommunesektor; se nærmere omtale i kapittel 3.

Vi gjennomførte til sammen 88 intervjuer i de ni kommunene og i relevante statlige tjenester. Alle tjenestene faller innenfor de fire sektorene helse- og omsorgstjenester, barnevernstjenester, opplæring og justis.

I forbindelse med bearbeidingen og den innledende analysen av intervjumaterialet viste det seg at det var store likhetspunkter mellom kommunene både når det gjaldt organisering av tjenestetilbudet og utfordringer knyttet til arbeidsprosesser og samarbeid. Vi vurderte det slik at dersom vi skulle framstilt stoffet i form av ni casestudier med detaljerte og kontekstrike beskrivelser og analyser, ville det blitt svært repetitivt, og viktige fellestrekk og generelle innsikter ville kunnet komme i bakgrunnen.

Vi fant at det ville være langt mer fruktbart å betrakte hver av de fire sektorene – eller tjenesteområdene – som distinkte case. Vi besluttet derfor å undersøke fenomenet *tjenestetilbud til barn og unge som skader andre* gjennom case-studier i fire tjenesteområder ved bruk av vår kvalitative forskningsmetodikk på basis av materiale innsamlet i ni undersøkelseskommuner.

Vi beskriver tjenestetilbudet for vår målgruppe i hver av disse sektorene i de fire kapitlene 4–7. Beskrivelsen av tjenestetilbudet i hver sektor er basert på intervjuene vi har gjort i angjeldende sektor i de ni kommunene, understøttet av ulike skriftlige kilder. Hver av de fire tjenesteområde-case-kapitlene avsluttes med en kort sammenfatning der vi svarer ut flere av forskningsspørsmålene.

Et viktig formål med en casestudie-design er å undersøke et avgrenset fenomen i sin kontekst. I dette prosjektet, med sitt tematiske fokus på tverrsektoriell samhandling, og hvor finansiering, ressurser og politisk styring i liten grad tematiseres, kan man anse at de fire tjenesteområdene representerer hverandres kontekst. Samhandlingen mellom tjenestene – og de utfordringer som derav oppstår samt hvordan man forsøker å løse dem – beskriver vi i kapittel 8.

Et springende punkt er i hvilken grad våre funn og konklusjoner, basert på disse fire casestudiene, er gyldige for landet som helhet. Vi har tatt flere metodiske og analytiske grep for å sikre høy grad av gyldighet og såkalt analytisk generaliserbarhet. Analytisk generalisering – eller teoretisk generalisering – skiller seg fra empirisk generalisering, som er basert på statistisk representativitet – også kalt statistisk generalisering. Logikken i empirisk generalisering er at hvis man påviser et fenomen i et utvalg, så antar man at fenomenet også finnes i populasjonen som utvalget er hentet fra, såfremt utvalget er representativt for populasjonen.

Analytisk generalisering, som er brukt her, er basert på at dersom man påviser et fenomen i et utvalg case eller i et enkeltcase, så kan man anta at fenomenet også finnes i populasjonen dersom man kan begrunne analytisk eller teoretisk at de forutsetningene

som gjør seg gjeldende i caset eller casene, også gjør seg gjeldende i populasjonen (Stake, 1995; Yin, 1994). I framstillingene av tjenesteområde-casene har vi løpende gjort slike vurderinger, slik at det som antas å være alminnelig forekommende trekk og fenomener, er beskrevet som sådan, mens vi opplyser om det som for oss har framstått som særtrekk og lokale eller unike forhold.

Vi anser som nevnt at utvalget av undersøkelseskommuner reflekterer mangfoldet i kommunesektoren ut fra befolkningsstørrelse, sentralitet og geografi; se nærmere om dette i metodedelen nedenfor.

I analysen av intervjumaterialet har vi lagt vekt på det som framstår som gjennomgående i flere av undersøkelseskommunene. Slik sett er det kanskje mer dekkende å kalle framstillingen en syntese enn en analyse. Problemstillingene og forskningsspørsmålene har fungert som analytiske eller teoretiske rammer som har blitt brukt til å tolke det empiriske materialet i utarbeidelsen av vår framstilling av tjenestene, samhandlingen dem imellom og utfordringene som oppstår i arbeid og samarbeid. Det er dette Ragin (1994) kaller *retroduksjon*. En annen vanlig betegnelse for liknende analytiske tilnærminger er *abduksjon*.

Et forbehold gjelder både for konklusjonene som vi har utledet, og for lesning og tolkning av dem, nemlig at vi ikke gjør krav på å ha utarbeidet noen *komplett* beskrivelse av tjenestetilbudet for målgruppa. Det finnes opplagt tilbud og eksempler på oppgaveløsning i norsk kommunesektor som ikke beskrives her. Men vi anser at vår casestudie-baserte framstilling gir et godt bilde av hva som er typisk for tjenestetilbudet for barn og unge som skader andre, i norske kommuner og i tilhørende statlige tjenester.

1.4 Metode

Utvelgelse av undersøkelseskommuner

Selv om det ikke er uvanlig at barn og unge skader andre, er det ikke gitt at tjenesteapparatet i enhver mindre kommune har konkrete erfaringer med denne målgruppa. Særlig skadelig seksuell atferd kan være mer sjeldent forekommende eller også underrapportert. Vi har derfor valgt ut de ni undersøkelseskommunene ut fra et kriterium om en viss forekomst av målgruppa.

For å få innsikt i dette, har vi tatt utgangspunkt i registeropplysninger fra SSB som de tilgjengeliggjør gjennom tjenesten microdata.no. Ved hjelp av disse opplysningene har vi funnet alle bosatte i Norge per 1. januar 2024 som var 18 år eller yngre på dette tidspunktet. Vi har videre koblet på opplysninger om deres bostedskommune og siktelser for enten vold eller seksuallovbrudd registrert i årene 2021–2023. Til sist har vi beregnet hvor stor andel personer med siktelser for slike lovbrudd utgjør av antallet bosatte i samme aldersgruppe i hver kommune. Både absolutte og relative tall over antall siktede varierer mye. Vi beskriver denne sammenstillingen av data og resultatet av disse analysene i punkt 3.2.

At antallet bosatte barn og unge som skader andre, varierer mellom kommunene, innebærer at noen får mye erfaring med å følge opp og håndtere denne målgruppen i sitt tjenestetilbud, mens andre sjeldnere møter dem. I valget av undersøkelseskommuner har vi tatt hensyn til dette. Alle undersøkelseskommunene har en befolkning på mer enn 1000, og alle har en forekomst på mer enn 10 siktede per 1000 i aldersgruppa under 18 år.[5]

Vi kontaktet kommunaldirektør for oppvekst, eller tilsvarende funksjon, i potensielle undersøkelseskommuner med forespørsel om deltakelse. Seks kommuner takket nei til

[5] Se i punkt 3.2 for nærmere redegjørelse for tallgrunnlaget.

å delta i prosjektet med henvisning til manglende kapasitet. Gjennom kommunaldirektør eller en eller flere kontaktpersoner oppnevnt av direktøren, ble vi satt i kontakt med aktuelle informanter i kommunen – eller vi fikk forslag om informanter som vi dernest valgte ut og kontaktet selv. I noen av tjenestene lot vi det være opp til tjenesten selv å avgjøre hvem som skulle stille som informant. Noen steder snakket vi med ledere, andre steder med fagpersoner, og noen steder stilte både fagpersoner og ledere sammen i gruppeintervju. I tillegg til tjenestene i eller i tilknytning til undersøkelseskommunene har vi intervjuet representanter for flere tjenester med nasjonale eller regionale oppgaver knyttet til vår målgruppe – blant annet politiet, konfliktråd, Statens barnehus, RVTS, BUP, med flere.

Intervjuer

Vi har som nevnt gjennomført totalt 88 intervjuer med ansatte og ledere i de fire sektorene helse- og omsorgstjenester, barnevernstjenester, opplæring og justis. Om lag 120 informanter har deltatt i disse intervjuene.

VI har gjennomført ni intervjuer med skoler, hvorav én var en videregående skole. Fire av intervjuene var gruppeintervjuer, mens fem var individuelle intervjuer. Ulike roller, både ledere og ansatte, deltok. Rektor deltok som informant i alle intervjuene, bortsett fra i ett individuelt intervju med en spesialpedagog. Til sammen deltok 15 informanter fra skoler i intervju.

Vi har gjennomført fem intervjuer med PP-tjenester, hvorav ett var med en PP-tjeneste for barnehager, og én var et læringsmiljøsenter. To av intervjuene var gruppeintervjuer, mens tre var individuelle intervjuer. Til sammen deltok sju informanter fra PPT og læringsmiljøsenter i intervju.

Vi har gjennomført sju intervjuer med representanter fra Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP). To intervjuer var gruppeintervjuer, og fem var individuelle. Til sammen intervjuet vi ti informanter fra BUP. I tillegg gjennomførte vi intervjuer med tre RVTS-er, hvorav ett var et gruppeintervju. Vi gjennomførte også intervju med en representant for Rebessa.

Vi gjennomførte intervjuer både med representanter for politiet og statens barnehus. Det ble gjennomført seks intervjuer med politiet, hvorav to var gruppeintervjuer. De fleste informantene var politikontakter, men også en enhetsleder og en seksjonssjef deltok. En representant for en ungdomsenhet i fengsel ble også intervjuet; i tillegg ble det gjort et gruppeintervju med representanter fra PST. Vi gjorde også fem intervjuer med barnehusene, hvorav tre var gruppeintervjuer.

Konfliktrådene er også representert blant intervjuinformantene. Det ble gjort intervjuer med seks konfliktråd, der fire intervjuer var individuelle og to var gruppeintervjuer.

Det kommunale barnevernet i ulike kommuner er også inkludert i intervjuundersøkelsen, det ble til sammen gjennomført sju intervjuer med barnevernet. To av intervjuene var gruppeintervjuer. Det er primært barnevernsledere og assisterende eller stedfortredende barnevernsledere som har blitt intervjuet. Vi har også intervjuet en representant for Bufetat og gjort et gruppeintervju med ansatte i en ideell leverandør av miljøterapi for en kommunal barnevernstjeneste.

Videre har vi gjennomført fire individuelle intervjuer med SLT-koordinatorer i ulike kommuner. Vi har også gjennomført et intervju med en informant fra Alternativ til vold (ATV).

Fra primærhelsetjenestene i kommunene har vi intervjuet informanter fra en rekke ulike tjenester. Fra skolehelsetjenester og ulike barne- og familietjenester har vi gjennomført tolv individuelle intervjuer med både ledere og ansatte, blant annet helsesykepleiere. Vi har i tillegg gjennomført tre individuelle intervjuer med representanter for psykiske helsetjenester. Vi har også gjort intervjuer med representanter for FACT-ung, oppfølgings-

team, uteseksjon og oppsøkende ungdomsteam, til sammen fem intervjuer, hvorav to var gruppeintervjuer.

Videre har vi intervjuet representanter for to tjenestetildelings- og samordningsenheter, fordelt på to individuelle intervjuer, og et individuelt intervju med en representant for en avlastningstjeneste.

Videre har vi gjort til sammen sju intervjuer med kommunalsjefer i ulike kommuner, hvorav ett var et gruppeintervju. Informantene er hovedsakelig kommunalsjefer for oppvekst, og skole, men kommunalsjefer for tilrettelagte tjenester og forebyggende tjenester er også inkludert som informanter.

Intervjuene har blitt gjennomført som semi-strukturerte intervjuer (Kvale og Brinkmann, 2009). Vi utarbeidet en felles intervjuguide for alle intervjuene, med tilpassede tilleggsspørsmål til hver av de fire sektorene. Intervjuene ble gjennomført dels fysisk og dels som videokonferanser. På flere av intervjuene deltok mer enn én informant. Likeledes var det to forskere til stede på de fleste intervjuene, mens noen intervjuer ble gjennomført av én forsker alene.

Som hovedregel ble intervjuene gjennomført med løfte om full anonymitet. Vi har gjennomført sitatkontroll med enkelte informanter ved tjenester som kan være lett gjenkjennbare.

Det ble utarbeidet referater fra alle intervjuene, i form av sammendrag av samtalen basert på forskerens notater. Vi gjennomførte flere analysemøter i prosjektteamet for å sikre konsistent bearbeiding og tolkning av intervjumaterialet.

Rapportens oppbygning

Det følgende kapitlet inneholder dels en litteraturgjennomgang og dels en framstilling av et modellapparat som vi bruker for å beskrive organisering og utforming av velferdstjenester. Dernest følger et kapittel der vi kort redegjør for viktige karakteristika ved undersøkelseskommunene.

De neste fire kapitlene utgjør casestudiene av de fire tjenestesektorene. Kapittel 4 omhandler helse- og omsorgstjenestene i statlig og kommunal sektor, kapittel 5 tar for seg opplæringssektoren (det vil si skolene – barnehagene faller utenfor aldersgruppa som er målgruppa for dette prosjektet), og kapittel 6 beskriver statlig og kommunal barnevernstjeneste. Til sist ser vi på justissektorens tilbud til målgruppa i kapittel 7, som i hovedsak består av politiet med Statens barnehus, Konfliktrådet og Kriminalomsorgen.

I kapittel 8 undersøker vi grenseflatene mellom de fire tjenestesektorene med utgangspunkt i Difis samordningsstige (Difi, 2014). I kapittel 9 drøfter vi implikasjoner av våre funn for kompetansebehov og -utvikling. Det siste kapitlet inneholder en avsluttende diskusjon samt konklusjoner.

2 Modeller og litteratur

Første del av dette kapitlet er en kort litteraturgjennomgang – eller snarere etablering av en kunnskapsstatus. Denne kan blant annet fungere som en faglig introduksjon for lesere med lite forhåndskunnskaper om rapportens tematikk. I andre del av kapitlet introduserer vi et begrepsapparat for å beskrive organisering av tjenester og samhandling mellom dem.

2.1 Kort kunnskapsstatus

Vold og overgrep er et betydelig samfunnsproblem med store helsemessige konsekvenser for utsatt og utøver (Dale m.fl., 2023). Det settes derfor av mye ressurser til forskning på tematikken og til forebygging av problemene. Spesielt viktig er tidlig intervensjon blant utøvere av vold, fordi dette regnes som å ha størst skadereduserende effekt.

I det følgende redegjør vi for noen *generelle* trekk ved vold og seksuallovbrudd blant barn og unge slik det beskrives i foreliggende rapporter og forskning.

Vi legger vekt på mer alvorlige handlinger og atferdsmønster. For eksempel handlinger som har betydelig skadepotensiale, er gjentakende selv etter voksenreaksjon, skjer i flere kontekster og/eller er rettet mot flere personer, og der omsorgssituasjonen til barnet eller ungdommen tilsier at det er behov for oppfølging. Atferden vi beskriver, kan også være skadelig for barnet selv gjennom hindret utvikling eller stigmatisering. Vi diskuterer også forebygging av vold og overgrep og fokuserer hovedsakelig på indikativ forebygging – altså situasjoner der vold eller overgrep allerede har funnet sted.

2.1.1 Skadelig voldelig atferd og skadelig seksuell atferd

De aller fleste barn og unge viser noe aggressiv atferd (Nærde m.fl., 2024), og det skilles derfor mellom aggresjon og skadelige former for aggresjon og vold. Begrepene *skadelig voldelig atferd* og *skadelig seksuell atferd* (SSA) brukes for å beskrive mer alvorlige *handlinger* og/eller identifisere *personer* som viser et voldelig og unormalt handlingsmønster (Holt m.fl., 2016).

Skadelig voldelig atferd kjennetegnes ved at den er gjentagende og forekommer i flere ulike situasjoner. Det kan dreie seg om fysisk skade og smerte, men omfatter også trusler og psykisk vold/mobbing direkte og/eller digitalt (Holt m.fl., 2016).

Skadelig *seksuell* atferd er handlinger som er klart overdrevne, klart tvangspregete, truende eller grenseoverskridende og som preges av overtalelse eller tvang av andre (Vorland m.fl., 2018).

Forskere skiller mellom *proaktiv* og *reaktiv* vold. Proaktiv vold er planlagte aggressive handlinger med mål om å oppnå egen vinning. Reaktiv vold er når en person reagerer aggressivt basert på inntrykk fra omgivelsene og personens tolkninger av ulike situasjoner (Fandrem m.fl., 2020; Roland og Galloway, 2002). Det er reaktiv vold, og personene som utøver den, som gjør mest skade og som er av størst interesse å forebygge.

2.1.2 Forekomst av vold blant barn og unge

Aggressiv atferd er noe alle barn og unge kan utøve i større eller mindre grad i løpet av oppveksten, uten at det dermed betyr at de behøver behandling eller tiltak. Fysisk utagering, inkludert slag og spark, vil ikke omtales som «vold» når det er små barn som er utøvere, og det er regnet som en del av den normale utviklingen til barn å vise ag-

gressiv atferd fra slutten av sitt første leveår, med en topp i aggressivitet i treårs-alderen (Nærde m.fl., 2024). Det er når den aggressive atferden er hyppig og blir mer alvorlig at man snakker om en unormal utvikling, og det er for denne gruppen unge at begrep som skadelig voldelig atferd eller skadelig seksuell atferd er mest passende.

Det er svært vanskelig å estimere omfanget av skadelig voldelig atferd eller skadelig seksuell atferd. Mye av dette handler om at ingen av disse atferdsformene er et mye studert fenomen. Det er heller ingen definisjoner som alle er enige om, noe som gjør at det er vanskelig å få en god oversikt over omfanget av denne typen atferd. Men de studiene som foreligger, peker i retning av at det er en veldig liten gruppe, rundt én prosent av unge, som begår denne typen handlinger og som kan plasseres innenfor disse kategoriene (Askeland m. fl., 2017; Helsedirektoratet, 2024).

En annen måte å se på omfang og forekomst av mer alvorlige typer vold og overgrep er å se på kriminalstatistikken, fordi det gir et innblikk i de sakene som er så alvorlige eller skjer i en slik sammenheng at det ender i en siktelse i et straffesaksspor. Fra 2016 har det vært en økning i antall barn under 15 år som blir siktet for lovbrudd relatert til vold og mishandling (altså som fanges opp av kriminalstatistikken). I 2023 var det også en betydelig økning i antall utsatte 15–16 år gamle *gutter*, som nå er den gruppen som er mest utsatt for vold, med 18 ofre per 1000 innbyggere. Blant jenter er økningen størst for 14-åringer, med tolv ofre per 1000 innbyggere.

Selvrapporterte erfaringer med vold og overgrep viser et litt annet bilde. I Norge har UngVold-undersøkelsene fra forskningsinstituttet NOVA kartlagt ungdommers selvrapporterte voldsutøvelse. Undersøkelsen gjøres blant elever i siste klasse på videregående skole. UngVold har blitt gjennomført i 2007, 2015 og 2023, og viser at i snitt 22 prosent av ungdommene deltok i «slåssing» med eller uten våpen. Dette gjelder 20–37 prosent av guttene og 6–12 prosent av jentene. Undersøkelsene viser at forekomsten synker ettersom ungdommene blir eldre. Ellers rapporterte 9–12 prosent av guttene og 4–7 prosent av jentene at de har blitt skadet som resultat av vold. Det er imidlertid ikke nødvendigvis noen sammenheng mellom slåssing og voldsskader.

Tilsynelatende er det en høyere andel unge som virker å være utsatt for eller begå vold enn det som kommer frem i kriminalstatistikken. Imidlertid er terskelen for rapportering, definert som «slåssing, slag og spark», slik det spørres om i Ungvold-undersøkelsene, lavere enn det som ofte skal til av voldshandlinger og voldsmønstre for at det skal resultere i en siktelse. Dessuten omfatter UngVold-dataene enkelthendelser eller kun et fåtall situasjonsbestemte episoder (Frøyland m. fl., 2023). Likevel er det viktig å påpeke at denne typen handlinger (slåssing, slag, spark) *kan* ha alvorlige og langtrekkende konsekvenser (prege dem i mange år) for både utøver og utsatte.

Omfanget av seksuell vold blant unge var tilnærmet likt i UngVold-undersøkelsene i 2007 og 2015. Men i UngVold-undersøkelsen fra 2023 er omfanget av så godt som alle former for seksuell vold tilnærmet dobbelt så høyt som i 2015. Doblingen gjelder for både gutter og jenters erfaringer med å bli utsatt for seksuell vold. Omtrent en av fire ungdommer som deltok i UngVold 2023, hadde vært utsatt for minst ett tilfelle av seksuell vold i løpet av oppveksten (Frøyland m.fl., 2023 s. 9).

Utsatthet for seksuell vold er avhengig av flere faktorer. For eksempel rapporterer unge fra familier med svakere økonomi i større grad grove seksuelle krenkelser. Unge med en annen seksuell orientering enn heterofil rapporterer også oftere å bli utsatt for seksuell vold. Ett annet gjennomgående funn er at jenter er mer utsatt enn gutter. Tidligere undersøkelser viser at risikoen for utsatthet gjerne er fire til fem ganger så høy for jenter. I UngVold 2023 rapporterer 25 prosent av jenter at de har opplevd minst én grov seksuell krenkelse i løpet av livet, det vil si enten forsøk på penetrerende overgrep eller penetrerende overgrep begått enten med makt eller i situasjoner hvor den utsatte var beruset (Frøyland m.fl., 2023 s. 103). Seks prosent av guttene i UngVold undersøkelsen rapporterte å ha blitt utsatt for et tilsvarende overgrep. Når det gjelder mildere sek-

suelle krenkelser, rapporterte 34 prosent av jentene å ha blitt utsatt for en slik hendelse minst én gang i løpet av livet. Milde seksuelle krenkelser kan eksempelvis være å bli befølt på en seksuell måte mot sin vilje. Ni prosent av gutter rapporterte å ha blitt utsatt for en slik krenkelse.

Tidligere studier er knappe når det gjelder forklaringer på økningen i rapporterte overgrep blant jenter og gutter. Fordi endringen gjenfinnes i flere rapporter, i ulike land, og i alle aldersgrupper, er en nærliggende tolking at det er snakk om en faktisk økning i seksuell vold blant unge. Hoveddelen av seksuell vold skjer blant jevnaldrende som kjenner hverandre. Forskere tenderer derfor mot at én del av forklaringen er en endring i unges seksualkultur. For eksempel kan man tenke seg at seksuelle interaksjoner er mer påvirket av porno og problematiske maskulinitetsidealer som gjør unge mindre sensitive for andres grenser og mer tilbøyelige til å presse på for å få viljen sin gjennom. Ungdom kan også påvirkes av mer uttalt seksualisering av jenter og kvinner i filmer og sosiale medier. De fleste seksuelle overgrep skjer i forbindelse med lovlig og ulovlig rusbruk (Frøyland m.fl., 2023). Endringer i ungdommers rusvaner kan også være en medvirkende faktor, spesielt i miljøer der det er en uttalt fest og ruskultur (Frøyland m.fl., 2023).

En alternativ tolkning er at den økte rapporteringen av seksuell vold delvis reflekterer unges økte bevissthet knyttet til seksuelle krenkelser og seksuell vold. I tillegg til at forebygging av seksuell vold har vært på den politiske agendaen i flere år har #metoo-kampanjen vært viktig for å synliggjøre omfanget og variasjonen i seksuelle krenkelser og overgrep mot jenter og kvinner. Det er derfor rimelig å anta at vi nå ser en økende bevissthet blant ungdom både om deres egne og andres seksuelle grenser og hva som representerer krenkelser av den seksuelle integriteten og at dette er med på å forklare deler av økningen i rapporterte overgrep (Frøyland m.fl., 2023).

2.1.3 Hvem er de som utøver vold?

Det sosiale/relasjonelle perspektivet

Spørsmålet om hvem personer som utøver vold er, kan besvares på mange måter. Det er for eksempel mulig å forstå dette sosialt og relasjonelt – altså ved å se på hva slags relasjon utsatt og utøver har til hverandre, og på hvor voldshandlingene finner sted. I litteraturen skiller man ofte mellom vold i nære relasjoner og vold i nærmiljøet.

Vold i nære relasjoner er vold som utøves i en familie- eller kjæresterelasjon, ofte i hjemmet. Vold i nærmiljøet er vold som utøves utenfor de nærmeste relasjonene, som i nabolag, på skolen og i det utvidede nærmiljøet til personen (Myhre m.fl., 2015).

Uavhengig av om voldshandlinger skjer i nære relasjoner eller i nærmiljøet, har utsatt og utøver som oftest en relasjon til hverandre (tilfeldige ofre er mindre vanlig). I Ung-Vold-undersøkelsen om seksuell vold og krenkelser oppgir for eksempel tre av fire utsatte at de kjenner utøveren fra før (Frøyland m.fl., 2023). Andre kjennetegn er at den utsatte ofte er yngre enn overgriperen, og at overgriperen som oftest er en gutt (Askeland m.fl., 2017). Gutter er ellers klart overrepresentert i de fleste studier og statistikker på voldsutøvelse (Askeland m. fl., 2017; Frøyland m. fl., 2023). Oppsummert er utøveren oftere en jevnaldrende eller litt eldre gutt/ung mann.

Hvem utøveren er, handler også om hvilke utviklingsstier eller -mønstre volden tar. En klassisk inndeling er mellom et «kronisk/livslangt forløp» og et forløp «begrenset til ungdomstiden». Det kroniske/livslange forløpet kjennetegnes ved at problematferden startet tidlig i livet og fortsetter gjennom hele livet. Fem til ti prosent av de som begår kriminelle handlinger, har et slikt utviklingsmønster. Dette er personer som gjerne begår mer alvorlige kriminelle og voldelige handlinger enn andre som begår kriminalitet (Moffitt, 1993; Moffitt og Caspi, 2001; Moffitt m.fl., 2002).

Majoriteten av den normbrytende atferden blant unge er begrenset til ungdomstiden. Med normbrytende atferd og atferdsproblemer menes eksempelvis hærverk, trusler og vold. Personer som har en normbrytende atferd som er begrenset til ungdomstiden, vil etter hvert komme seg i utdanning og jobb og stifte familie. Denne gruppen begår oftest mindre alvorlige voldshandlinger, men enkelte opplever likevel negative langtidskonsekvenser, for eksempel vedvarende rusavhengighet eller fengselsstraff og en kriminell løpebane. Det kan også være langtidskonsekvenser for den utsatte ved den typen vold som forekommer i, og er begrenset til, ungdomstiden (Moffitt, 1993; Moffitt og Caspi, 2001; Moffitt m.fl., 2002).

Det er også mulig å skille mellom voldsdebut i barndommen og i ungdomstiden. Denne kategoriseringen minner om det «klassiske» perspektivet som skiller mellom kronisk/livslangt og ungdomstiden. I kategorien «debut i barndommen» er det en undergruppe barn med dyssosiale trekk, som er viktig å merke seg. Dette er barn som i liten grad viser empati, samvittighet eller skyldfølelse og som i liten grad reagerer på ros. Disse barna vil vise enda mer stabil og alvorlig aggressiv atferd, og ha høyere risiko for mer alvorlige voldelige kriminelle handlinger og dyssosiale personlighetsforstyrrelser senere i livet, enn barna som har voldsdebut i barndommen, men som er uten de dyssosiale kjennetegnene.

Oppsummert er det flest voldelige handlinger og overgrep som begås av ellers normale unge eller ungdom, som etter hvert som de blir eldre, kommer inn i mer akseptert atferd og utviklingsløp. Et mindretall unge som begår gjentagende og alvorlig kriminalitet, vold og overgrep, fortsetter med dette inn i voksen alder. Denne siste gruppen har også mange og sammensatte helseplager og høy dødelighet (Moffitt, 1993; Moffitt og Caspi, 2001; Moffitt m.fl., 2002).

Dette prosjektet er avgrenset til tematikken barn og unge som skader andre, som i sin tur inngår i en langt større tematikk om barne- og ungdomskriminalitet. Her finnes det omfattende forskningslitteratur som det fører for langt her å gå inn i.

2.1.4 Hvorfor begår noen voldelige handlinger og overgrep?

Det finnes få kausale studier av vold og overgrep. De fleste studier sier noe om hvem som er *sårbare* for å begå vold og overgrep, altså om korrelasjon mellom for eksempel kjønn og aggressiv atferd. Rent statistisk er tidligere voldsatferd den sikreste prediktoren for å utøve vold i fremtiden. Ellers er de som begår voldelige handlinger og overgrep en heterogen gruppe, samtidig som det finnes noen fellestrekk.

En stor andel vokser for eksempel opp i familier preget av omsorgssvikt, seksuelle overgrep og vold. Sårbarhetsfaktorene gjelder både for hvem som står i fare for å begå *fysisk* voldelige handlinger og *overgrep/seksuell* vold (Vorland m.fl., 2018). Noen faktorer har større forklaringspotensiale. For eksempel er det slik at barn og unge som selv har opplevd vold og overgrep, i langt høyere grad er i fare for selv å begå voldelige handlinger og overgrep. Det er også slik at de som *tidlig i livet* utsettes for ulike risikofaktorer, er i langt større fare for å utvikle atferdsproblemer, inkludert vold og overgrep.

I studier av voldsutøvelse er det som nevnt, stor usikkerhet knyttet til årsakssammenhenger (studier kan si noe om korrelasjon, men ikke kausalitet). Samtidig er det bred enighet om at flere ulike faktorer virker sammen i et komplekst samspill som påvirker utfall. Det argumenteres for eksempel for at biologiske, psykologiske og sosiale faktorer er forbundet med hverandre, og at det derfor gir mening å se på alle tre, spesielt for utviklingen av den mest alvorlige og/eller kroniske aggressive atferden.

Biologi er viktig fordi et av de mest markante funnene er at gutter utviser mer direkte aggressivitet enn jenter. Jenter viser mer indirekte og relasjonell aggressivitet som eksklusjon, utfrysning og ryktespredning (Björkqvist, 2018; men se også Solberg m. fl., 2025). Samtidig er det viktig å påpeke at kunnskapen i stor grad er basert på

populasjonsstudier. Enkeltindivider kan altså likne hverandre i temperament, uavhengig av kjønn.

Genetikk spiller også inn i samspill med miljøet, for eksempel ved at impulsive barn med lite engstelig temperament oppsøker miljøer der bruk av vold er akseptert. Prenatale (før fødsel) risikofaktorer som røyking, alkohol samt stress og depresjon hos mor er også godt dokumenterte risikofaktorer (Nærde m.fl., 2024; Ragan m. fl., 2023).

Psykologiske faktorer er også viktige for å forstå hvem som har risiko for å begå voldelige handlinger. Stadig mer forskning viser at barn og unge med hyperaktivitet, impulsivitet eller konsentrasjonsvansker kan streve med å orientere seg i hverdagen og lettere kan komme i konflikt med voksne og andre unge, noe som igjen kan eskalere aggressiv atferd. ADHD er den komorbide (kommer sammen med noe annet) lidelsen som oftest er til stede ved atferdsvansker og aggresjon. Hyperaktivitet, impulsivitet og konsentrasjonsvansker er en hyppig forekommende risikofaktor for voldsutøvelse. Sosial kognisjon – vår forståelse av våre egne og andre menneskers intensjoner, motiver, følelser, tanker og sosiale relasjoner – påvirker også aggressiv atferd, for eksempel ved at unge som mangler sosial kognisjon har vansker med å ta andres perspektiv og vise empati. Traumer, rasisme og mobbing korrelerer også med vold og aggresjon (Cave m.fl., 2020; Lin m.fl.,2023; Saylor og Amann, 2016).

Sosiale faktorer som lav sosioøkonomisk status (SØS) er også en risikofaktor. Det samme er foreldres dårlige psykiske helse og familiestress (skilsmisse, konflikt). En foreldrestil preget av negativ kontroll, roping, banning og avstraffelser, høyt konfliktnivå og avvisning er også en risikofaktor for aggressiv og voldelig atferd hos barn. Ungdom som omgås personer med dyssosiale trekk og som utøver voldelig atferd, står i større fare for selv å begå voldelige handlinger (Hestevik m. fl., 2026; Nærde m.fl., 2024; Ragan m. fl., 2023).

2.1.5 Forebygging

En lang rekke faktorer beskytter mot at barn og unge utvikler aggressiv og voldelig atferd. For eksempel viser studier at positivt skoleengasjement, spesielt det å ha ambisjoner for egne skoleferdigheter, men også det å ha en positiv tilknytning til skole, lærere og medelever, har vist seg å være en av de mest beskyttende faktorene mot å utvikle voldelig og aggressiv atferd. Foreldre som støtter barna og viser interesse for deres skolegang, virker også forebyggende. God foreldrekontroll, det vil si foreldre som vet hvordan ungdommen har det og har oversikt over hva ungdommen gjør, som sørger for struktur og rutiner i hverdagen, som involverer seg positivt i ungdommens hverdag, som inkluderer ungdommen i familieaktiviteter, som oppmuntrer og belønner ungdommen for å delta i voksenledet og regelbundet fritidsaktivitet og som er tydelig i sin negative holdning til rus og normbrytende atferd, har vist å ha en betydelig beskyttende effekt mot aggressiv og voldelig atferd (Gubbels m.fl., 2024; Helsedirektoratet, 2024; Hestevik m.fl., 2026).

Studier viser at barn som har medfødte nevropsykologiske sårbarheter og som vokser opp med uheldige miljøfaktorer, har størst behov for tidlig intervensjon. Dette er fordi barn er bedre på endring når de er unge, og tidlig intervensjon vil derfor ha større effekt. Motsatt vil fravær av intervensjon, spesielt for de mest sårbare barna, kunne ha svært uheldige konsekvenser og få dem inn på et mer kronisk og livslangt løp av skadelig aggressiv atferd. Studier peker på at det er viktig å ha gode rutiner, for eksempel på helsestasjoner og i barnehager, for å fange opp familier med barn som har nevropsykologiske sårbarheter. Slike familier vil kunne ha nytte av målrettet veiledning. Det gjelder ikke minst for familier med barn med dyssosiale trekk.

Det er også en tett sammenheng mellom overstadig alkoholberuselse, annen rusmiddelbruk og vold. Rusforebygging er derfor også viktig for å forebygge vold. Rusforebygging er dessuten viktig for å forebygge seksuelle overgrep. Overgrep blant unge skjer i

all hovedsak i forbindelse med rus, og miljøer med mye festning og «ortodoks», «heteronormativ» eller «tradisjonell maskulinitet» er spesielt utsatt. Nyere studier viser at det er en norm i slike miljøer at gutter og unge menn skal søke mange seksuelle partnere, ofte i forbindelse med festing og rus (Tokle og Pedersen, 2025). Forebygging rettet mot denne og andre grupper unge som begår overgrep i eget nærmiljø, vil nok kreve mer generelle forebyggende tiltak, som økt bevisstgjøring rundt betydningen av samtykke, personlige seksuelle grenser og endring av ungdommers seksualkultur.

Det er etter hvert godt dokumentert at vold i barndommen kan sette dype og varige spor og ha negative konsekvenser for helse både på kort og lang sikt. Forskningen viser at det er spesielt viktig å være tidlig ute for å fange opp barn som blir utsatt for vold og overgrep, slik at den skadelige atferden bremses før det utvikles alvorlige konsekvenser for utøver og utsatte (Hafstad og Augusti, 2019).

2.2 Tre modeller for tjenestetilbud

I litteratur om organisering av helsetjenester og sosiale tjenester er det vanlig å oppstille tre grunnleggende modeller for organiseringen: verksted, verdikjede og nettverk (Fjeldstad m.fl., 2020; Stabell og Fjeldstad, 1998).

Verkstedsmodellen beskriver både den høyspesialiserte sykehusavdelingen og fastlegekontoret, ved at det ytes tjenester med høy grad av individuelle tilpasninger til den enkelte pasient og at store deler av arbeidsprosessen er lagt til enheten: inntak, undersøkelse, diagnostikk, behandling og oppfølging. Verkstedsmodellen preges som regel av at tjenestene som den beskriver, har begrensninger i kompetanse langs minst én dimensjon; sykehusavdelingen har spesialisert dybdekompetanse, men mangler breddekompetansen, mens for fastlegen er det omvendt (Fjeldstad m.fl., 2020).

For tilstander som krever både bredde- og dybdekompetanse, er det vanlig å etablere verdikjedemodellen, for eksempel i form av pakkeforløp. Stikkordet her er *standardisering*, altså at pasientene som skal omfattes, antas å være relativt homogene med hensyn til behandlingsbehov og at et kjedet tjenestetilbud i form av flere samarbeidende enheter kan forutsettes å kunne håndtere disse pasientene. Dette kan skje ved at hver enhet bidrar med tiltak og intervensjoner som er relativt like på tvers av pasientene, gjerne i en på forhånd fastsatt (og standardisert) sekvens.

I Norge har det blitt utarbeidet rundt 30 nasjonale pasientforløp (tidligere kalt *pakkeforløp*), hvorav de aller fleste på kreftområdet. Men det finnes også ett for hjerneslag, ett for psykisk helse og rus[6] og ett for barnevernstjenestens samarbeid med helsetjenestene.[7]

En verdikjedemodell kan gi høy grad av effektivitet, men effektiviteten beror på graden av standardisering. Med andre ord, modellen er lite egnet til å håndtere *differensiering* – eller persontilpasning (Fjeldstad m.fl., 2020). Trolig er det også lite rom for *autonomi* blant aktørene, da dette vil redusere graden av standardisering.

Den tredje modellen er nettverket, som beskrives som en konfigurasjon som muliggjør fleksibel samhandling mellom enheter, individuelle behandlere, pasienter og de samhandlingsarenaene og -verktøyene som benyttes. Koordineringen i nettverksorganisasjoner er mindre avhengige av hierarkier og/eller matrisestrukturer som særpreger de

[6] *Kodeveileder – nasjonale pasientforløp for psykisk helse og rus.* Nasjonalt pasientforløp. Helsedirektoratet. Hentet 5. september 2025 fra https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/kodeveileder-nasjonale-pasientforlop-for-psykisk-helse-og-rus

[7] *Barnevern – kartlegging og utredning av psykisk, somatisk og seksuell helse, tannhelse og rus.* Nasjonalt forløp. Helsedirektoratet. Hentet 5. september 2025 fra https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/barnevern.

andre to modellene. I stedet er koordineringen et resultat av selv-organisering mellom aktørene. Nettverksstrukturen kan sies å bestå av a) aktører med evne til selv-organisering, b) samarbeidsarenaer og c) prosedyrer og infrastruktur som muliggjør slik samhandling (Fjeldstad m.fl., 2020).

Det er en svakhet ved artikkelen til Fjeldstad m.fl. (2020) at den ikke drøfter utfordringer eller kritiske suksessfaktorer som knytter seg til nettverksmodellen. Men implisitt framkommer det at aktørenes verdisett og vilje og evne til samhandling er av stor viktighet. Det følger også av de tre elementene (a–c) at eksistens av samhandlingsarenaer og infrastruktur også er forutsetninger for modellen. (Det er for øvrig ikke opplagt hva som er forskjellen mellom de to siste elementene.)

Gremyr m.fl. (2025) er en systematisk oversikt over artikler som undersøker nettverksorganisering i helsetjenester. De finner at såkalte nettverkskonfigurasjoner av tjenestetilbudet er mest vanlig på terapiområder preget av multimorbiditet og langvarige kroniske tilstander, særlig innenfor psykiatri og eldreomsorg, og hvor medisinsk behandling som regel må suppleres med sosiale tjenester. Her anbefales blant annet å differensiere mellom ulike grader av integrering eller sentralisering i nettverkene. I en av de omtalte artiklene, Provan og Kenis (2007), skilles det for eksempel mellom nettverk som styres av deltakerne selv, av én av deltakeraktørene eller av en separat enhet som har som hovedoppgave å styre nettverket.

Colldén m.fl. (2021) gjennomførte en casestudie i en klinikk for pasienter med kroniske psykoselidelser ved Sahlgrenska universitetssjukhuset, og fant at mønstrene for pasientbehandling og -forløp samsvarte med både nettverks-, kjede- og verkstedmodellen – ofte var elementer fra to av modellene samtidig til stede i samme forløp. Et annet interessant funn var at begrepet standardisering ble oppfattet og anvendt på to høyst ulike måter – på den ene siden som en kostnadsdrivende «standard» for minimumstilbudet og på den andre siden som et middel for effektivisering ved å betrakte et visst omfang av behandling som et «standard» maksimumsnivå. Denne dualiteten var i noen grad knyttet til motsetningen mellom standardisering og persontilpasning. «Standard» forstått som «tak» begrenser behandlerens mulighet til ressurskrevende persontilpasning, samtidig som «standard» forstått som «gulv» i andre tilfeller kan tilsi økte ressurser til persontilpasning til en enkeltpasient.

Provan og Kenis (2007) postulerer at et nettverks effektivitet beror på særlig fire forutsetninger, som i sin tur påvirker valg av nettverkstype. De fire er tillit, antall deltakere eller aktører, grad av målkonsensus samt krav til kompetanse på nettverksnivå. *Tillit* defineres her som:

> «the willingness to accept vulnerability based on positive expectations about another's intentions or behaviors.» (Provan og Kenis, 2007)

Tillit kan være ensidig eller gjensidig. Man kan også spørre om tilliten er distribuert, det vil si hvor mange av relasjonene i nettverket som er preget av gjensidig tillit.

Et høyt antall aktører gjør selv-organisering mer krevende.

Mål-konsensus kan i dette prosjektet handle om hvorvidt det er enighet om hva som skal være de kliniske utfallsmålene for målgruppa. Hva er det man ønsker å oppnå med målgruppa? Hva er tegnene på bedring eller framgang eller positiv utvikling? Men graden av konsensus kan også knytte seg til bruk av diagnoser, terminologi, tilnærminger, behandlingsmåter og så videre.

Nettverksnivå-kompetanse er aktørenes kunnskap om og kjennskap til hverandre. Altså, i hvilken grad vet aktørene hva som er de andre aktørenes roller, ansvar, oppgaver, tilnærminger, forutsetninger, og så videre?

Bruk av modellapparatet i rapporten

Vi drøfter kort hvilke av de tre organiseringsformene som dominerer i hvert tjenesteområde slutten av i hver av kapitlene som omhandler disse (kapittel 4–7). Videre gir vi en kort drøfting i avslutningskapitlet i punkt 10.3.

3 Kort om undersøkelseskommunene

Som nevnt innledningsvis har vi i denne rapporten gjennomført casestudier av de fire tjenestesektorene basert på datainnsamling i ni undersøkelseskommuner – som da ikke har blitt behandlet som «case-kommuner». For å ivareta informantenes anonymitet opplyser vi ikke hvilke kommuner det er snakk om. Det følger av dette at vi da heller ikke kan presentere detaljerte beskrivelser av kommunene, da re-identifisering da ville kunne bli mulig.

Nedenfor gir vi noen overordnede opplysninger om de ni kommunene i form av folketall og noen utvalgte indikatorer fra oppvekstprofilene – oppgitt i noen svært brede intervaller i stedet for nøyaktige tall. Vi antyder også forekomsten av målgruppa i kommunene.

3.1 Folketall og oppvekstprofildata

Tabell 3-1 gir en oversikt over folketall og fem utvalgte indikatorer fra Helsedirektoratets oppvekstprofiler for de åtte kommunene og den ene bydelen hvor vi har gjennomført intervjuer.

For å skjule for leseren hvilke kommuner og hvilken bydel det er snakk om, bruker vi pseudonyme kommune- og bydelsnavn og omtrentlig geografisk beliggenhet. Videre angir vi omtrentlige folketall og kategoriene «høyere enn landsgjennomsnittet», «nær landsgjennomsnittet» og «lavere enn landsgjennomsnittet» for oppvekstindikatorene.

Kommunene og bydelen er fordelt på alle landsdelene, men med en overvekt på østlandsområdet. Bydelen er i en av våre storbyer med bydelsorganisering. Fire av kommunene regner vi som bykommuner. By–Midt er en av byene som ligger langs Norges langstrakte vestkyst. To kommuner regner vi som forsteder til nabo-bykommuner. Til sist er to små utkantkommuner inkludert i utvalget. To av undersøkelses-kommunene ligger i forvaltningsområdet for samiske språk.

Oppvekstindikatorene er utvalgte levekårsvariabler som man ofte regner som risikofaktorer og belastninger for barn og unge. De utvalgte indikatorene er:

- Andelen barn i husholdninger med vedvarende lav inntekt
- Andelen unge (15–29 år) som står utenfor arbeid, utdanning og opplæring
- Unge (0–17 år) som bor trangt
- Innvandrere og norsk-fødte med innvandrerforeldre
- Ungdomsskoleelever med regelbrudd[8]

I tabellen er kommunene ordnet med flest «høyere» skår øverst, og slik at familieinntektsindikatoren gis størst vekt og med fallende vekting til indikatorene i kolonnene videre mot høyre i tabellen.

[8] Andel ungdomsskoleelever som i ungdataundersøkelsen har oppgitt minst ett tilfelle av tre eller flere av de følgende seks spørsmålene om regelbrudd: "Hvor mange ganger har du gjort noe av dette det siste året (de siste 12 månedene)": 1) Tatt med deg varer fra butikk uten å betale. 2) Vært i slåsskamp. 3) Med vilje ødelagt eller knust vindusruter, busseter, postkasser eller lignende (gjort hærverk). 4) Sprayet eller tagget ulovlig på vegger, bygninger, tog, buss eller lignende. 5) Vært borte en hel natt uten at dine foreldre/foresatte visste hvor du var.6) Skulket skolen. Hentet 1. desember 2025 fra https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/forebygging-og-levevaner/folkehelsestatistikk-og-profiler/last-ned-folkehelseprofil-eller-oppvekstprofil.

Vi ser at det er relativt stor variasjonsbredde i utvalget ut fra disse indikatorene. Men til tross for denne bredden, ligger alle nær landsgjennomsnittet på regelbrudds-indikatoren – der skår på dette foreligger.

Det finnes mange måter å organisere tjenestene i kommunene på, både når det gjelder inndeling av enheter, lederansvar og samarbeidsstrukturer. Vi har ikke systematisk kartlagt organiseringen i undersøkelseskommunene, verken i forbindelse med utvelgelsen av kommunene eller gjennom datainnsamlingen, men finner eksempler på mange ulike organiseringsmåter i vårt empiriske materiale.

Tabell 3-1. Oversikt over undersøkelseskommunene: Folketall (2025) og utvalgte indikatorer fra Oppvekstprofiler (2025).

Kommuner	Folketall	Barn i husholdninger med vedvarende lav inntekt	Unge (15–29 år) som står utenfor arbeid, utdanning og opplæring	Unge (0–17 år) som bor trangt	Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre	Ungdomsskoleelever med regelbrudd
				Andel i forhold til landsgjennomsnittet		
By–Øst	> 50 000	Høyere	Høyere	Høyere	Høyere	–
Småby–Øst	> 50 000	Høyere	Høyere	Lavere	Høyere	Nær
Bydel	> 30 000	Høyere	Lavere	Høyere	Høyere	Nær
Liten–Nord	< 3 000	Høyere	Nær	Høyere	Lavere	Nær
Forstad1–Øst	> 50 000	Nær	Høyere	Høyere	Høyere	Nær
By–Vestkyst	> 50 000	Nær	Lavere	Høyere	Lavere	Nær
Liten–Midt	< 3 000	Lavere	Nær	Nær	Nær	–
Småby–Vest	> 50 000	Lavere	Nær	Lavere	Høyere	Nær
Forstad2–Øst	> 50 000	Lavere	Lavere	Lavere	Nær	Nær

Kilde: https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/forebygging-og-levevaner/folkehelsestatistikk-og-profiler/last-ned-folkehelseprofil-eller-oppvekstprofil.

3.2 Omfang av siktelser

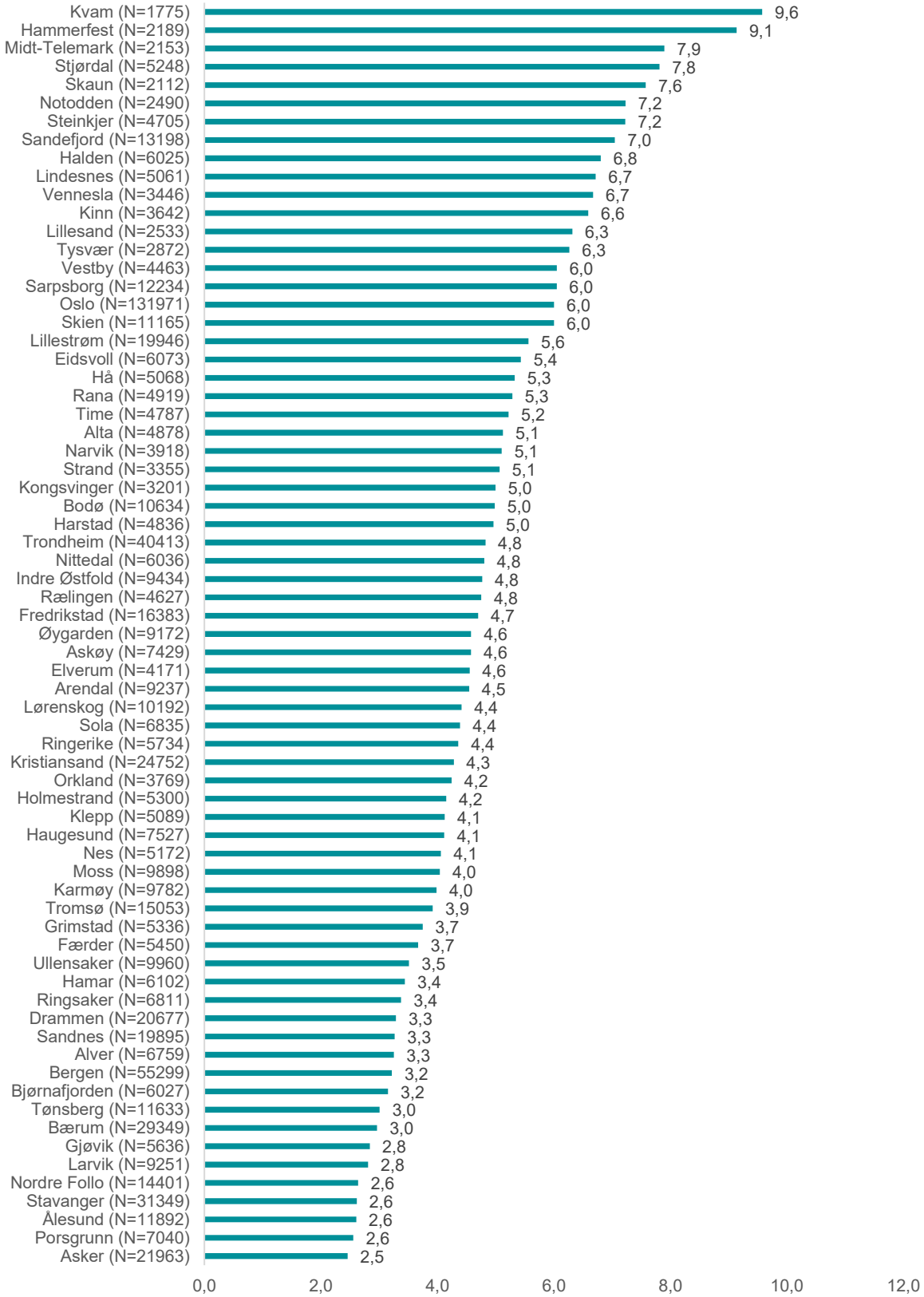
Barn og unge med voldelig og skadelig seksuell atferd er ujevnt fordelt i landets kommuner. Noen kommuner har mange bosatte barn og unge med problematisk atferd, andre har få. Andelen sett opp mot befolkningstallet varierer også mye. Det framgår blant annet av kriminalstatistikken.

SSB tilgjengeliggjør detaljerte registerdata blant annet om kriminalitet via sin tjeneste microdata.no. Denne tjenesten gjør det mulig å hente ut data om siktelser og koble dette til opplysninger om blant annet bostedskommune, kjønn og alder for den siktede.

For å få innblikk i variasjoner over kommuner har vi ved hjelp av SSBs tjeneste tatt utgangspunkt i alle bosatte per 1. januar 2024 som var 18 år eller yngre på dette tidspunktet. Vi har videre koblet på registrerte siktelser etter hovedlovbrudd i 2021, 2022 og 2023. Ved flere registrerte lovbrudd gjelder det som etter loven kan medføre strengest straff.

Basert på denne sammenstillingen av SSBs registeropplysninger finner vi totalt 4531 personer under 18 år som er siktet for enten vold eller seksuallovbrudd i årene 2021–2023. Til sist har vi koblet på bostedskommune, og funnet antall personer med slike siktelser per kommune, og hvor stor andel de utgjør av alle bosatte under 18 år i den respektive kommunen.

Figur 3-1. Antall under 18 år siktet for ett eller flere tilfeller av vold eller seksuallovbrudd i periodene 2021-2023, per tusen bosatte under 18 år. Beregnet per kommune basert på antall bosatte 1. januar 2024 (angitt som N). Kun kommuner med mer enn 10 siktede og mer enn 1000 bosatte i aldersgruppa.



I Figur 3-1 viser vi antall personer med en slik siktelse per 1000 blant bosatte under 18 år. Microdata inneholder faktiske registeropplysninger om befolkningen, men for å ivareta personvern, legger SSB på et filter på alle resultater man henter ut. Filteret støylegger frekvenser og gir en usikkerhet på +/- fem observasjoner. Det vil si at SSB på tilfeldig basis enten legger til eller trekker fra inntil fem observasjoner på alle faktiske tall. Det har lite å si for store grupper eller kategorier, men kan gi store feilmarginer for små grupper med få observasjoner. I figuren fremstiller vi derfor kun kommuner med minst 10 siktede i absolutte tall (inkludert SSBs støyfilter, slik at tallet vi har hentet fra microdata over antall siktede må være minst 15) og minst 1000 bosatte som var 18 år eller yngre per 1. januar 2024.

I Kvam, Hammerfest og Midt-Telemark er det altså et relativt høyt antall barn og unge med registrerte siktelser sett opp mot antallet bosatte, mens i Ålesund, Porsgrunn og Asker er dette relativt lavt.

I absolutte tall er det likevel flest barn og unge som er siktet for vold i seksuallovbrudd i store og folkerike kommuner som Oslo, Trondheim, Bergen, Lillestrøm og Kristiansand. Blant kommuner med flere enn 10 000 bosatte under 18 år, er andelen siktede høyest i Sandefjord, Sarpsborg, Oslo, Skien og Lillestrøm.

Åtte av de ni undersøkelseskommunene er oppført i Figur 3-1. For å unngå re-identifisering, oppgir vi ikke tall for hver av dem i Tabell 3-1 ovenfor.

Tall basert på SSBs registeropplysninger gir ingen fullstendig eller nøyaktig oversikt over antall barn og unge som skader andre. Kriminalstatistikk omfatter kun saker som blir anmeldt. De siktede er personer som er anmeldt og har fått en rettskraftig avgjørelse mot seg som indikerer at de beviselig er gjerningspersoner. For gjerningspersoner under 15 år er det imidlertid ikke de samme kravene til bevis og skyld for å komme med i statistikken. Tilnærmet alle anmeldelser der anmeldte er under 15 år, avgjøres som henlagt med koden «Henlagt fordi mistenkte var under 15 år på handlingstidspunktet» uten nærmere begrunnelse i saksbehandlingskapasitet, etterforskning, bevis eller skyld. Disse kommer med SSBs kriminalstatistikk, både som oppklarte lovbrudd, siktelser og siktede personer. Av alle anmeldte forhold med mistenkte i alderen 15 år og over endte 55 prosent opp som en siktelse i statistikken i 2023. Den tilsvarende andelen for anmeldte under 15 år var da 96 prosent. Dette innebærer at en ikke kan sammenligne tall og rater for aldersgruppen 5-14 år direkte med antall og rater for andre aldersgrupper. Det betyr også at personer under 15 år vil være overrepresentert i figuren over (SSB 2025).

Statistikken viser de lovbruddene som politiet og påtalemyndighetene har gjort seg ferdig med i statistikkåret, altså der sakene har fått en rettskraftig avgjørelse. Det innebærer at politi og påtalemyndighetene eller domstolene anser et lovbrudd som ferdig etterforsket og at videre etterforskning derfor ikke er aktuelt. Det kan ta lang tid før saker som avgjøres med tiltale kommer med i statistikken.[9]

Mange saker blir aldri anmeldt og fanges ikke opp av kriminalstatistikken. Mørketallene for vold- og seksuallovbrudd er store (Løvgren m.fl., 2020). I saker som gjelder barn og unge under 18 år prøver politiet også å løse saken på lavest mulig nivå og helst utenom straffesakssporet. Kriminalstatistikken gir derfor bare begrenset innsikt i forekomsten av slike saker og hvordan dette varierer mellom kommuner.

[9] For nærmere beskrivelser av datagrunnlag, definisjoner og feilkilder se SSBs nettside om kriminalstatistikk: https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/kriminalitet-og-rettsvesen/statistikk/etterforskede-lovbrudd#om-statistikken.

Del 2: Sektorene og tjenestene

I denne delen av rapporten beskriver vi de ulike sektorenes arbeid med barn og unge som skader andre. Vi har viet ett kapittel til henholdsvis helse- og omsorgstjenestene, opplæringssektoren, barnevernet og justissektoren. Vi innleder hvert av disse kapitlene med en overordnet beskrivelse av lovverket og andre normerende dokumenter som regulerer de ulike sektorenes arbeid. Videre beskriver vi hvordan de jobber med barn og unge som skader andre i praksis, hvilke tilbud de har, utfordringer de møter, hvordan de vurderer egen kompetanse på feltet og hvordan de samarbeider med andre tjenester innen samme sektor.

Vi bruker betegnelsen «opplæringssektoren» gjennomgående i denne rapporten, og da sikter vi til grunnskolene og videregående opplæring. Vi er oppmerksomme på at barnehagene i noen sammenhenger anses å tilhøre opplæringssektoren, men de behandles ikke i denne rapporten. Videre er vi oppmerksomme på at «oppvekstsektoren» er en alternativ betegnelse, men vi bruker ikke denne, da mange kommuner har lagt blant annet barnevern, helsestasjoner og andre tjenester inn under oppvekstsjefens sektoransvar.

Vi beskriver til en viss grad også rutiner og praksis for samarbeid med tjenester i andre sektorer og hvilke utfordringer som oppstår i samordningen av tjenestetilbudet. Her beskriver vi særlig forholdet mellom barnevernet og helsetjenesten og utfordringene som oppstår når en skal fordele ansvar og samordne tilbudet til barn som skader andre og som både er utsatt for omsorgssvikt og har psykiske helseutfordringer.

Overordnede spørsmål og utfordringer knyttet til sektorovergripende samarbeid diskuterer vi mer inngående i del 3.

4 Helse- og omsorgstjenestene

4.1 Lovverk og normerende dokumenter

Helse- og omsorgstjenestene i Norge reguleres av en rekke lover. De viktigste bestemmelsene for tematikken i dette prosjektet omtales kort i det følgende.

Spesialisthelsetjenesteloven gir de fire regionale helseforetakene ansvaret for å sørge for at befolkningen mottar spesialisthelsetjenester i og utenfor institusjon (§ 2-1a), mens staten har det overordnede ansvaret (§ 2-1). Dette såkalte sørge-for-ansvaret er vidtrekkende og samtidig relativt løst definert, og omfatter blant annet sykehustjenester, medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester, akuttmedisinsk beredskap, medisinsk nødmeldetjeneste, ambulansetjenester, tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet, samt transport av pasienter og behandlingspersonell.

Helse- og omsorgstjenesteloven gir kommunene ansvaret for å sørge for at befolkningen i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester (§ 3-1). Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne. Paragraf 3-2 oppstiller en rekke tjenester som skal tilbys, blant annet helsestasjoner, skolehelsetjenester, legevakt, psykososial beredskap og oppfølging, fastlegeordning, habilitering og rehabilitering, personlig assistanse samt helsetjenester i hjemmet og i sykehjem. Kommunenes sørge-for-ansvar innebærer at tjenestetilbudet kan måtte være mer omfattende enn dette for å tilfredsstille lovkravet i § 3-1.

Helsepersonelloven kapittel 5 regulerer helsepersonellets taushetsplikt og angir vilkår for å fravike denne. Kapittel 6 angir forhold som utløser helsepersonellets plikt til dele opplysninger, herunder ellers taushetspliktbelagte helseopplysninger. Kapittel 8 regulerer helsepersonellets dokumentasjonsplikt og journalføring.

Mens spesialisthelsetjenesteloven, helse- og omsorgstjenesteloven og helsepersonelloven angir statens, kommunenes og helsepersonellets plikter, fastsetter pasient- og brukerrettighetsloven de rettighetene som pasienter og brukere har overfor tjenestene. Kapittel 2 omhandler retten til ulike typer helse- og omsorgstjenester, herunder rett til individuell plan (§ 2-5), barnekoordinator (§ 2-5c) og tiltak ved særlig tyngende omsorgsoppgaver (§ 2-8). For øvrig omhandler loven blant annet retten til medvirkning og informasjon (kapittel 3), rett til journalinnsyn (kapittel 5) samt barns særlige rettigheter (kapittel 6). I tillegg reguleres barns og unges rett til helsehjelp i tannhelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven.

Viktige formuleringer og standarder som går igjen i dette lovverket er at tjenestetilbudet skal være likeverdig og av god kvalitet. Videre skal helsetjenestene tilbudt etter spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven være forsvarlige.

Både de regionale helseforetakene og kommunene skal legge til rette for at tjenestene blir i stand til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep (jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 f; helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 a). Videre skal tjenestene samarbeide med andre tjenesteytere dersom samarbeid er nødvendig for å gi pasienten eller brukeren et helhetlig og samordnet tjenestetilbud (jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e; helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4).

Hensynet til barnets beste er ikke eksplisitt innskrevet i noen av disse fire lovene. Men helse- og omsorgstjenesteloven gir rett til barnekoordinator blant annet til barn med sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester (§ 7-2 a).

Tjenestetilbudet skal innrettes i tråd med de tre prioriteringskriteriene a) nytten av tiltak i pasientbehandling, b) ressursbruk som tiltak legger beslag på, og c) alvorlighetsgraden av de tilstander som skal behandles.[10,11] Dette betyr at tiltak som har god effekt (stor nytte), er billige og/eller retter seg mot alvorlige tilstander, skal gis prioritet. Og motsatt, tiltak som har liten effekt, er kostbare og/eller retter seg mot mindre alvorlige tilstander skal gis lavere prioritet.

4.2 Statlige tjenester

Av tjenester og tilbud i spesialisthelsetjenesten av betydning for målgruppa for dette prosjektet vil vi ta for oss Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) og Regionale ressurssentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS).

4.2.1 Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP)

Det finnes til sammen 34 BUP-er i Norge.[12] Hver BUP er administrativt underlagt, eller har avtale med, et helseforetak. BUP-ene i storbyer som Oslo, Bergen og Trondheim består av flere klinikker på ulike lokaliteter. Eiere eller avtaleparter er Oslo universitetssykehus HF, Helse Bergen HF og St. Olavs hospital, henholdsvis. Helt i nord har Finnmarkssykehuset HF etablert BUP-er i Alta, Hammerfest, Kirkenes og Karasjok.

BUP-enes tilbud er bredspektret og består blant annet av tverrfaglig utredning og behandling av barn og unge og deres familier ved psykiske lidelser. Pasienter kan henvises fra leder for barnevernet, fastleger eller kommunale psykologer (Vorland m.fl., 2018).

Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder for prioriteringer innenfor det psykiske helsevernet for barn og unge[13] samt en veileder for prioritering innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling, som også omfatter barn og unge.[14] En viktig funksjon ved prioriteringsveilederne er å angi tidsfrister for oppstart av helsehjelp.

I tillegg foreligger pasientforløp for psykiske lidelser for barn og unge, som angir hvordan ulike tilstander skal utredes og behandles.[15]

Henvisning og inntak

Klinikkene kommer i kontakt med målgruppa gjennom henvisninger – de langt fleste fra fastlege, og så i mindre omfang fra kommunepsykolog, barnevernstjeneste, Statens barnehus eller fra andre helseforetak. Barnevernet skal vurdere barnets behov for helsehjelp ved åpning av undersøkelsessaker.[16]

---

[10] Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 andre ledd.

[11] Innst. S. (2021–2022). Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Nytte, ressurs og alvorlighet – Prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Oslo: Stortinget.

[12] Hvor er BUP i Norge. Hentet 28. oktober 2025 fra https://nbup.no/psykisk-helsevern-for-barn-og-unge-i-norge/hvor-er-bup-i-norge/.

[13] Prioriteringsveileder – psykisk helsevern for barn og unge. Prioriteringsveileder. Helsedirektoratet. URL: https://www.helsebiblioteket.no/innhold/nasjonale-veiledere/prioriteringsveileder-psykisk-helse-barn-unge.

[14] Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Prioriteringsveileder. Helsedirektoratet. URL: https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-tsb.

[15] Psykiske lidelser – barn og unge. Nasjonalt pasientforløp. Helsedirektoratet. URL: https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/psykiske-lidelser-barn-og-unge

[16] Barnevern – kartlegging og utredning av psykisk, somatisk og seksuell helse, tannhelse og rus. Nasjonalt forløp. Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. URL: https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/barnevern: «Når barnevernstjenesten åpner en

Vi vet fra tidligere innsiktsarbeid at noen kommuner savner samarbeid med BUP om henvisning av barn og unge med psykiske vansker, mens andre kommuner har faste drøftings- eller inntaksmøter med BUP, der det gjøres felles vurderinger av hvilke saker som skal henvises til BUP.[17]

Informantene forteller at voldelig eller seksuell skadelig atferd ikke er selvstendig henvisningsgrunn i prioriteringsveilederen for barn og unge. Veilederen nevner «voldsutøvelse» som et forhold som kan endre fristfastsettelse på individuelt grunnlag, men i utgangspunktet er fristen for igangsettelse av helsehjelp på tolv uker for «Atferdsforstyrrelse/trasslidelse». Videre kan «selvskading eller alvorlig utagerende atferd» påvirke fristfastsettelse for «Utviklingsforstyrrelse/autismespekter tilstander» (også tolv uker). Seksuell skadelig atferd nevnes ikke overhode, men må fortolkes inn i forhold som for eksempel «utsetter seg selv og andre for fare» (under «Atferdsforstyrrelse/trasslidelse»).

En informant fra en av BUP-ene påpeker at tre måneder – som er tidsfristen for igangsettelse ifølge prioriteringsveilederen – er lenge å vente for et barn som kan være underlagt strenge restriksjoner på skolen og i nærmiljøet som følge av seksuelt skadelig atferd. For barne- og ungdomspsykiatrien i Norge sett under ett er gjennomsnittlig ventetid for påbegynt helsehjelp for perioden januar–oktober 2025 44 dager, med en fristbruddsandel på 1,3 prosent.[18]

Ifølge retningslinjene kan barn og unge med symptomer og funksjonsfall av moderat til alvorlig grad henvises til barne- og ungdomspsykiatrien, mens tilfeller der tilstanden vurderes til å være av mild til moderat grad, skal behandles i kommunen.

Dette innebærer i praksis at BUP som regel tar imot barn og unge i vår målgruppe kun når det foreligger mistanke om psykiatriske tilstander av en viss alvorlighetsgrad. Barn og unge som utviser voldelig eller seksuell skadelig *atferd* alene – altså uten at det foreligger mistanke om psykisk uhelse – regnes ikke som BUPs ansvar. I sin tur betyr det at BUP i all hovedsak utreder og behandler voldelig og seksuell skadelig atferd i samband med behandlingen av den psykiatriske tilstanden som er diagnostisert. Dette er som regel ADHD og andre nevroutviklingsforstyrrelser samt autismespekterforstyrrelser. En informant forteller om at de har høy terskel for å sette diagnosen atferdsforstyrrelse for barn i barneskolealder, siden det er en alvorlig diagnose som vil få følger for dem. Ved en av BUP-ene forteller informanten at alle som henvises, får en vurderingssamtale.

Verktøy – AIM og Trafikklysmodellen

To verktøy for kartlegging, utredning og behandling av seksuelt skadelig atferd later til å være mye brukt; Trafikklysmodellen[19] og AIM (Assessment–Intervention–Moving on).[20] Trafikklysmodellen er en guide utgitt av Helsedirektoratet som voksne kan bruke

undersøkelsessak etter barnevernsloven § 2-2 (lovdata.no), skal tjenesten være oppmerksom på at barnet eller ungdommen også kan ha behov for hjelp fra andre velferdstjenester.»

[17] Helsedirektoratet (2021). Psykisk helsearbeid for barn og unge – innsiktsrapport. Kapittel 5: Samarbeid mellom kommune og BUP. Hentet fra 13.11.2025: Samarbeid mellom kommune og BUP - Helsedirektoratet

[18] *Ventetider og pasientrettigheter.* Hentet 11. desember 2025 fra https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiYzU3OTA0MjUtMzA5Ny00NTAwLTg2MzItNDY5Mjk4ZWI3YWJjIiwidCI6IjU0NDc1ZjgwLTFiYWEtNGVhOS05MTg1LWMwZGU1Y2M2MDNmZSIsImMiOjl9.

[19] Se for eksempel artikkelen *Om kritisk bruk av Trafikklyset*, hentet 3. november 2025 fra https://www.seksuellatferd.no/trafikklyset/. Dette nettstedet driftes av RVTS.

[20] Se for eksempel AIM-prosjektets hjemmeside på https://aimproject.org.uk/.

til å identifisere, vurdere og gi respons på seksualitet som vekker bekymring.[21] Mange fagpersoner primært i førstelinjetjenester, bruker den som et verktøy og som utgangspunkt for samtaler og vurderinger av om en seksuell atferd et barn eller ungdom har er sunn og ønsket (grønn), mer problematisk (gul) eller skadelig (rød) sett opp mot barnets alder.

I BUP er det AIM2 som vanligvis anvendes. Dette er et program for utredning, sikkerhetsvurdering og oppfølging over tid av barn og ungdom med problematisk eller skadelig seksuell atferd, med både omsorgsgivere, skole, barnevernstjeneste og helsetjeneste som målgruppe. Det omfatter verktøy for å kunne utvikle en felles tverrfaglig forståelse og håndtering av de aktuelle barna og ungdommene og deres pårørende, herunder håndbøker for utredning og sikkerhetsvurdering og for behandling, samt veiledere for barnehage- og skolepersonell, fosterforeldre og personell i miljøtiltak (Holt m.fl., 2016).

Videre oppfølging og behandling

Et vanlig forløp etter utredningen er å lage en individuelt tilpasset behandlingsplan. Dernest følger foreldresamtaler, systemarbeid, samarbeid med skole og andre tjenester. Etter en tid evaluerer man, fortsetter eller avslutter behandling. Som nevnt over, er de fleste pasientene som tilbys behandling og/eller oppfølging ved BUP barn og unge med ADHD og andre nevroutviklingsforstyrrelser samt autismespekterforstyrrelser, og vold og/eller skadelig seksuell atferd kan være til stede hos noen av disse som del av et større problemkompleks. Vi har ikke noe grunnlag for å vurdere om denne beskrivelsen av pasientene i realiteten er et resultat av inntakspraksisen – et inntakskriterium er at vold eller skadelig seksuell atferd ikke opptrer alene – eller om dette er et generelt trekk ved målgruppa.

En informant ved en BUP forteller:

> «Det kan bli litt feil med adferds-merkelapper, slik som SSA. Det er vel så viktig at man tilrettelegger for autismen eller det lave evnenivået, eller for skoledeltakelse, som at man blir veldig opptatt av den seksuelle adferden. Det er viktig å ikke lage normeringer som gjør at man legger opp et løp som ikke passer barnet. Det er viktig å se bredden i tilstanden.» (informant, BUP)

Informantene forteller om ulike utfordringer i sitt arbeid med målgruppa. Flere informanter har fortalt at mange ungdommer med voldelig atferd unnlater å samtykke til behandling. Men de som kommer inn i et behandlingsforløp, møter et tilbud som ikke alltid er tilpasset denne målgruppas behov og forutsetninger. Én informant innrømmer:

> «Vi er best når vi behandler de som er opp mot voksne i alder med psykoser. Vi er i den andre enden av den skalaen når det gjelder de som har atferdsproblemer. Er de syke eller kriminelle eller hva? Vi er best når vi behandler noen som er «ekte» psykisk syke. På autisme kommer vi litt til kort, for de blir jo ikke friske, og kommunene mangler litt på habilitering. Og så sliter vi med å gi et godt tilbud til de traumatiserte barna i barnevernet.» (Lege, BUP)

Den samme legen uttrykker også en viss tvil om det er BUP som besitter de rette virkemidlene:

> «De kan ha diagnoser, men det er likevel ikke gitt at vår behandling av ADHD vil hjelpe dem ut av det dårlige miljøet deres, som kanskje er det som skal til.» (Lege, BUP)

Det er en utfordring å oppnå kontinuitet i behandlingen. En informant beskriver en viss grad av gjennomtrekk i form av vikarer, LIS3-leger[22] og psykologer i spesialisering eller

[21] *Trafikklyset – seksualitet hos barn og ungdom*. Hentet 3. desember 2025 fra https://www.seksuellatferd.no/trafikklyset/

[22] LIS3: Leger i spesialisering; i dette tilfelle spesialisering i psykiatri.

i et autorisasjonsløp. For store pasientporteføljer kan også gjøre det vanskelig å sette opp behandlingstimer med tilstrekkelig hyppighet. Én informant ved en BUP som betjener flere utkantkommuner nevnte dessuten reiseavstandene som en utfordring med poliklinisk behandling.

En informant beskriver spriket mellom målgruppas behov og de strukturelle rammene som BUP arbeider innenfor.

> «Vi har en finansieringsmodell som dreier seg om å innfri så og så mange konsultasjoner og aktiviteter for å nå budsjett. Vi skal sette opp korte avtaler i serier, og fylle opp avtaler med pasienter. Men [denne målgruppa] krever et helt annet format for å motta helsehjelp. De kan ikke møte hver fredag for å 'få sin dose med behandling'. Barn på institusjon må besøkes der, eller kjøres et sted. De trenger et helt annet tilbud. Men vi får betalt for hver konsultasjon uansett for lenge den varer. 'Ta ti telefoner en dag; ikke ta en lang gåtur med én ungdom!'». (Lege, BUP)

En annen informant fortalte at det gis refusjon for kun ett samarbeidsmøte per måned, mens de i noen tilfeller gjennomfører åtte til ti slike møter:

> «Jo sykere pasienten er, jo mer ubetalt arbeid gjør vi. Slik som indirekte systemarbeid, samarbeidsmøter, veiledning av andre tjenester og koordinering av tilbudet.» (Lege, BUP)

Hjemmesykehus-modellen

I en av undersøkelseskommunene beskriver informantene en hjemmesykehus-modell som brukes av BUP. I stedet for døgninnleggelse kan barnet/ungdommen og familien få et intensivt behandlingstilbud fra spesialisthelsetjenesten i hjemmet. Samtidig samarbeider BUP tett med tjenester i bydeler og kommunale tjenester, som barneverntjenesten, PPT, skoler, barnehager og avlastningstjenester. Tilbudet gis til pasienter som er for syke til å motta poliklinisk behandling, og som har et kraftig symptomtrykk, der alvorlig utagering eller voldelig adferd kan være en del av bildet.

Informantene ved denne BUP-en beskriver dette behandlingstilbudet som et tilbud til pasienter som har en risikoprofil eller en alvorlighetsgrad som er for høy til at de er egnet for et tilbud fra FACT-Ung. De mener blant annet at den doble lederlinjen i FACT-Ung ikke utgjør en tilstrekkelig robust ramme for disse pasientene. Ved denne BUP-en blir alle pasienter risikovurdert før de eventuelt henvises til FACT-Ung.

Kompetanse

Det er flere faggrupper på BUP-ene – pedagoger, sosionomer, barnevernspedagoger, sykepleiere, psykologer og leger. BUP-intervjuene etterlater et inntrykk av at kompetansen som de besitter, i adskillig grad samsvarer med inntakskriteriene – det vil si at kjernekompetansen er på psykiatriske diagnoser, mens atferdsproblematikk regnes som mer perifert. Likevel fortalte noen av dem om en målsetning om at minst én eller to behandlere skal ha kompetanse på for eksempel seksuelt skadelig atferd, for eksempel gjennom opplæring i bruk av AIM, slik at de kan koples inn når det viser seg at en pasient har slike utfordringer som del av et bredere problemkompleks.

Nasjonale kompetanseressurser innenfor BUP-systemet

Én av BUP-ene skiller seg markant ut fra de øvrige i sin tilnærming til barn og unge med SSA, og det er Ressursenhet V27[23] ved BUP Betanien sykehus i Bergen. Betanien sykehus er et privat ideelt sykehus som driver helse- og omsorgstjenester i driftsavtale med Helse Vest RHF. V27 er en klinisk ressursenhet med en regional spisskompetanse-funksjon for barn og ungdom som utøver problematisk eller skadelig seksuell atferd mot andre (PSA/SSA). Med andre ord; de driver klinisk praksis i kombinasjon

[23] Navnet V27 er en forkortelse for enhetens tidligere gateadresse.

med å tilby rådgivning til andre BUP-er. Spisskompetansefunksjonen omfatter drift av kompetansenettverket SSA-Forum i Helse Vest, som består av klinikere som jobber på de ulike BUPene i Helseregion Vest.[24] I tillegg er V27 pålagt å drifte to nasjonale nettverk som består av representanter fra henholdsvis BUP (PHBU) og habiliteringstjenesten (HABU for barn og unge og HAVO for voksne) fra avdelinger rundt om i landet. Drift av nettverkene har kommet i etterkant av at det har vært gjennomført nasjonale kompetansehevingsprosjekter for disse tjenestene.

Våre informanter ved V27 forteller om et behandlingsforløp for barn og unge med SSA som er mer tilpasset målgruppa enn det som later til å være vanlig praksis ved de andre BUP-ene. Her beskrives et fire-trinns opplegg med følgende steg: 1) Planlegging og motivering; det siste særlig vesentlig for barn og unge som benekter atferden sin; 2) utvikle gode generelle sosiale og emosjonelle ferdigheter; 3) Seksualundervisning og seksuell atferd; med fokus på hvordan egen atferd påvirker andre; 4) Veien videre; gjenopprette relasjoner og utvikle strategier for å kunne legge de vanskelige tingene bak seg. Familieinvolvering og foreldreveiledning framheves som sentralt, særlig for de yngre barna, men det anlegges også en multi-systemisk tilnærming, og med et mer langvarig behandlingsforløp enn det som vi får inntrykk av er vanlig ved de øvrige BUP-ene. Vi får også inntrykk av at man her vurderer henvisningene på en måte som er mindre bundet av prioriteringsveilederen.

Informantene forteller videre at de på forespørsel veileder kommuner fra hele landet om SSA i enkeltsaker i et omfang som går utover det som egentlig er deres oppdrag og mandat.

I denne sammenhengen vil vi også nevne at Samisk nasjonalt kompetansetjeneste for psykisk helsevern og rus (SANKS) ved BUP Finnmarkssykehuset har i sitt mandat å være en landsomfattende kompetansetjeneste for samiske pasienter.[25] SANKS skal formidle kompetanse når det gjelder samiske pasienters særskilte behov for kultursensitiv diagnostikk og kulturelt tilrettelagte behandlingstilbud. SANKS har en omfattende innsats mot vold og overgrep i samiske samfunn der målet er å forebygge, avdekke og behandle vold i nære relasjoner. SANKS har blant annet både et eget tilbud for utøvere av vold og tilbud til utsatte.

4.2.2 FACT-Ung

FACT-Ung er et tverrfaglig, oppsøkende behandlingstilbud til unge mellom 12 og 25 år med psykiske helseutfordringer og/eller rusmiddelrelaterte problemer med behov for tjenester fra flere aktører (Høiseth m.fl. 2024). Målgruppen for teamene er personer som har, eller der det er mistanke om, alvorlige psykiske lidelser og/eller rusproblemer. Et kriterium er også at man har alvorlig funksjonssvikt på mange områder og over tid ikke har fått nok hjelp fra andre tjenester. Teamet er basert på et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen for å møte ungdommens behov på deres arenaer og på deres premisser. Det er spesialisthelsetjenesten som avgjør inntak til FACT-Ung.

Det er ikke alle kommuner som har FACT-Ung. Våre informanter oppfatter FACT-Ung som et godt tilbud for unge i riktig målgruppe. Ungdommene som mottar tjenester fra FACT-Ung er syke, de kan ha utfordringer knyttet til sosial tilbaketrekning, manglende evne til hygiene, spise, kommunisere med familie eller omverden. Det kan være pasi-

[24] *Om Ressursenhet V27.* Hentet 6. november 2925 fra https://www.betaniensykehus.no/avdelinger/betanien-sykehus/enhet-for-psykisk-helse/barne-og-ungdomspsykiatrisk-poliklinikk/ressursenhet-v27/om-oss/.

[25] *SANKS. Samisk nasjonal kompetansetjeneste – psykisk helsevern og rus. Vi er her for deg.* Hentet 5. november 2025 fra https://www.finnmarkssykehuset.no/fag-og-forskning/sanks/.

enter som enten har vært innlagt, eller venter på innleggelse. Majoriteten går ikke på skole. Noen av disse kan ha skadelig voldelig atferd.

FACT-Ung-teamet må i stor grad involvere og arbeide med familie og foresatte for å forbedre vilkårene for den unges bedringsprosess. Ofte kommer ungdommer fra familier med foresatte som har utfordringer selv. Noen familier vil ha ulike tiltak gjennom barnevernet (Hatling, 2021). Enkelte av barneverntjenestene vi har intervjuet oppfatter det som uklart hva et slikt samarbeid skal omfatte. De er usikre på hva som skal være barnevernets rolle dersom FACT er inne.

4.2.3 RVTS – Regionale ressurssentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging

Det er fem Regionale ressurssentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) i Norge – RVTS Nord, RVTS Midt, RVTS Vest, RVTS Sør og RVTS Øst. Sentrene har det til felles at de er en «tjeneste for tjenestene» innenfor tematikken som navnet angir, at de er administrativt tilknyttet spesialisthelsetjenesten gjennom helseforetak, og at de er fullfinansiert fra eller har mesteparten av sin finansiering fra Helsedirektoratet. Et hovedformål er å bygge kompetanse innen fagfeltene i kommunene i sine respektive regioner, og viktige aktiviteter i så måte er veiledning, konsultasjon, undervisning, kurs og konferanser.

Utover dette er de litt ulikt organisert og finansiert, og har litt ulike oppgaver og mandater. Vi nevner her kort de spesialfunksjonene som er av betydning for vår målgruppe.

RVTS Vest dekker Rogaland og Vestland og er en enhet innenfor Haukeland universitetssykehus i Helse Bergen HF. Her driftes websiden seksuellatferd.no,[26] som skal være en ressursside for fagpersoner om sunn seksuell utvikling og håndtering av bekymringsfull og skadelig seksuell atferd.

RVTS Midt er tilknyttet St. Olavs hospital HF i Trondheim, og dekker Trøndelag og Møre og Romsdal. Enheten leder og koordinerer Rebessa, som er et regionalt ressursteam om barn og unge med bekymringsfull eller skadelig seksuell atferd. Her deltar barne-, og ungdomspsykiatrien (BUP), barne-, og familietjenesten og habiliteringstjenesten i Trondheim kommune, Bufetat, og Statens barnehus Trondheim. Rebessa driver kompetanseheving og utviklingsarbeid, og har et konsultasjonsteam for alle kommunene i nedslagsfeltet. Konsultasjonsteamet fungerer slik at tjenestene i kommunene kan melde inn anonymiserte SSA-saker for drøfting og rådgivning i teamet.

RVTS Nord er tilknyttet Universitetssykehuset i Nord-Norge HF i Tromsø og dekker de tre nordligste fylkene samt Svalbard. Her ligger et hovedansvar for å inneha kompetanse på vold og overgrep i samiske samfunn. Som ledd i dette drifter RVTS Nord et nasjonalt Samarbeidsforum vold og overgrep i samiske samfunn, som springer ut av Regjeringens handlingsplan for å forebygge og bekjempe vold i nære relasjoner 2021–2024. Videre driftes Komtessa – kompetanseteamet om barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd, som er er et regionalt flerfaglig, tverretatlig og tverrsektorielt team, som skal gi konsultasjon i saker som omhandler barn og unge med bekymringsfull eller skadelig seksuell atferd. Teamet består av representanter fra BUP, RVTS Nord, Statens Barnehus i Tromsø, Konfliktrådet i Troms, SANKS, Habiliteringstjenesten og Bufetat-Nord.[27]

Vi har intervjuet representanter for tre av RVTS-ene. I intervjuene framkom det lite informasjon både om hvilke utfordringer som tjenestene opplever i møte med mål-

[26] URL: https://www.seksuellatferd.no/.

[27] Komtessa. Hentet 23. januar 2026 fra https://rvtsnord.no/fagomrader/vold-og-seksuelle-overgrep/komtessa/.

gruppa, og om hvilke kompetansebehov som er mest presserende. Noen nevnte at mange som jobber med barn og unge kan ha grader av berøringsangst for skadelig seksuell atferd, noe som kan føre til både over- og underreaksjoner overfor det enkelte barn. Kompetanseheving – særlig i bruk av trafikklysmodellen – vil trolig bidra til at man iverksetter mer adekvate tiltak. Flere informanter opplever tilgang til konsultasjonsteam og kurs i RVTS-regi som nyttig.

4.3 Kommunale helse- og omsorgstjenester

Innledningsvis i dette kapitlet nevnte vi de kommunale helse- og omsorgstjenestene som er eksplisitt nevnt som obligatoriske i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, og som er aktuelle for barn og unge som skader andre. Leder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten i kommunen har i de fleste tilfeller fått ansvaret delegert, og er ansvarlig for at tjenestene oppfyller kravene til styringssystemet. Selv om ansvaret er delegert, er kommunens øverste ledelse ansvarlig for at helsestasjons- og skolehelsetjenesten oppfyller kravene til styringssystemet.[28]

I undersøkelseskommunene finner vi flere kommunale helse- og omsorgstjenester som ikke er nevnt eksplisitt i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, men som enten inngår i sørge-for-ansvaret etter § 3-1 eller andre helse- og omsorgstjenester og habilitering og rehabilitering (jf. § 3-2 femte og sjette ledd).

Kommunale helsetjenester omfatter både behandlende tjenester og forebyggende tjenester som skal forhindre sykdom, skader og sosiale problemer. Noen av disse tjenestene er relevante for barn og unge som skader andre. Dette er tjenester som ofte kommer tidlig i kontakt med familier som sliter, og det er særlig veiledning til foreldrene som er relevant tiltak overfor barn som har skadelig atferd, eller som vokser opp i risikofylte omgivelser for å få skadelig atferd.

Alle kommuner har direkte lovpålagte tilbud om helsestasjoner, skolehelsetjenester og helsestasjon for ungdom. Hva som inngår i helsefremmende tjenester til barn, unge og familier utover dette, varierer mye mellom kommunene. Tilbudene er avhengige av kommunens størrelse, ressurser, prioriteringer og lokale behov. Det er også ulikt hvordan disse tilbudene er organisert. Mange kommuner har for eksempel familieteam som blant annet tilbyr familieveiledning, de kan ha ungdomsteam som skal forebygge rus og kriminalitet, og psykisk helseteam for barn og unge. I Oslo finnes Oslohjelpa, for eksempel. Noen kommuner har eget vold- og overgrepsteam eller psykososialt helseteam. Den kommunale delen av FACT ung er ofte samorganisert med disse tilbudene. Mange er også samlokalisert med migrasjonshelse.

Både helsestasjoner og andre tjenester tilbyr blant annet foreldreveiledning, kursing, individuelle samtaler og familiesamtaler. Noen har dropp-inn-tilbud. Mange av tiltakene er lavterskeltiltak som foreldre eller ungdom kan ta direkte kontakt med. De tilbyr tidlig hjelp, og er rettet mot familier og barn og unge. Skoler, barnehager og andre kan også ta kontakt på vegne av foreldre og barn dersom det er et ønske og det foreligger samtykke. De ansatte jobber etter helse- og omsorgstjenesteloven, og tjenestene er ofte vokst ut i forlengelsen av helsestasjonstilbudet. Noen tjenester som for eksempel de som er knyttet til psykiske helseteam krever vedtak og har inntakskriterier.

Kommunene/bydelene jobber ofte etter oppvekstrekanten (tjenestetrekanten). Der grønt er universelt forebyggende, gult forebyggende individuelt, intensivt på rødt. Saker på rødt blir ofte henvist videre til barnevern eller spesialisthelsetjeneste. Universalfore-

[28] Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Nasjonal faglig retningslinje. Helsedirektoratet. URL: https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten.

byggende tjenester som helsestasjoner jobber mest på grønt nivå, mens andre tjenester som familieteam hovedsakelig jobber på gult.

Informantene fra disse tjenestene legger vekt på betydningen av tidlig innsats.

> «For vi har jo lang erfaring gjennom åra at vi kommer for seint inn. Så det å være gode på å avdekke vold (som barn blir utsatt for), det å våge å stille de vanskelige spørsmåla, det å gjøre det med alle, ikke bare når vi mistenker det, det er vi veldig opptatt av.» (Virksomhetsleder, helse)

Denne informanten snakker om å avdekke vold som barn blir utsatt for. Å avdekke denne utsattheten gir mulighet for å følge opp foreldre og dermed forebygge voldelig atferd hos barna.

Ettersom disse tilbudene er forskjellige fra kommune til kommune, er det vanskelig å få en god oversikt over hva som finnes og hvordan de kan brukes eller blir brukt overfor barn og unge med skadelig atferd og deres familier. En av informantene fra den kommunale helsetjenesten sa dette:

> «Det kan nesten bli et uoversiktlig kart på inngangen inn til våre tjenester. For folk som skal forstå dette. Vi strever jo litt sjøl med å forstå alle de linjene internt i kommunen. Og så skal innbyggere òg forholde seg til hvordan skal jeg gjøre det i de ulike delene.» (Seksjonsleder, helse)

I det følgende vil vi først beskrive tjenestetilbudet til helsestasjonstjenestene. Deretter vil vi beskrive noen eksempler på tilbud som gis av forebyggende helsetjenester som kan være relevante for barn og unge som har skadelig atferd og deres familier.

4.3.1 Helsestasjon 0–5 år

Helsestasjon er en universalforebyggende kommunal helse- og omsorgstjeneste for gravide og familier med barn i alderen 0–5 år. Tilbudet er tilgjengelig i alle kommuner og er en lovpålagt oppgave, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2. Alle foreldre er pliktig å medvirke til at barnet får helseoppfølging på helsestasjon, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 6-1. Helsesykepleiere, sammen med jordmor og lege, utgjør grunnbemanningen (Lassemo og Melby, 2020, s. 8). I tillegg bør helsestasjon ha fysioterapeut og kan ha psykolog.

Helsestasjonens forebyggende arbeidet utføres hovedsakelig gjennom å informere foreldre og tilby kurs og oppfølging, og ved å observere barn og deres foreldre. Arbeidet er organisert gjennom en rekke med 14 konsultasjoner på helsestasjon med helsesykepleiere og/eller lege, psykolog, og fysioterapeut. Helsestasjon foretar også et hjemmebesøk 7–10 dager etter fødsel.[29] Foreldre og barn som har behov for tettere oppfølging, kan få et utvidet tilbud for å få mer støtte. Årsaker til utvidet helsestasjonstilbud og oppfølging kan være lite nettverk, psykisk uhelse, og dårlig sosioøkonomisk livssituasjon eller rusmisbruk.

Målet med helsestasjonsprogrammet er å fremme psykisk, fysisk, og sosial utvikling hos spedbarn og småbarn. I tillegg er det et mål at foreldre opplever mestring i foreldrerollen, å bidra til godt samspill mellom foreldre og barn, å avdekke fysiske og psykiske utviklingsavvik tidlig, og å bidra til at barn får oppfølging og henvises videre ved behov. I tillegg er det et hovedmål for helsestasjon å bidra til å avdekke og avverge vold, overgrep og omsorgssvikt.[30] Helsestasjonens virksomhet er forebyggende og ikke

[29] Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Nasjonal faglig retningslinje. Helsedirektoratet. URL: https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten.

[30] Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Nasjonal faglig retningslinje. Helsedirektoratet. URL: https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten.

spesifikt rettet mot indikativ forebygging av skadelig seksuell atferd eller skadelig aggressiv atferd.

Helsestasjoner er et lavterskeltiltak der foreldre kan «ta kontakt selv» utenom helsestasjonsprogrammet hvis de trenger bistand eller informasjon. De trenger ingen henvisning. Samtidig kan fastlege henvise, og ansatte i tjenestene har også mulighet til å henvise gjennom ulike helseprogrammer med samhandlende tjenester. I tillegg til dagens mulighet for henvisning er en nasjonal prøveordning på vei der helsesykepleiere vil få mulighet til å henvise direkte til spesialhelsetjenestene, for eksempel BUP. Dette framkommer i intervjuene med ansatte i tjenestene. Prøveordningen er lagt frem i stortingsmeldingen «Tro på framtida – uansett bakgrunn» (Meld. St. 28., 2024–2025).

Helsestasjonene legger vekt på å ha god kontakt og dialog med foreldre i konsultasjonstimer og på hjemmebesøk. Informantene nevner også viktigheten av eksempelvis gode «foreldrenettverk fra barseltreff og oppover» som en del av det forebyggende arbeidet.

Kontakt med målgruppa

Første kontakt med det kommunale helsevesenet skjer ofte gjennom helsestasjonsprogrammet. I tråd med nasjonale føringer beskriver ansatte i intervjuene at de «observerer barn på helsestasjonen» (Seksjonssjef helse) som et universalforebyggende tiltak.

Helsestasjonene kommer i kontakt med alle familier. Det innebærer at de tidlig kommer i kontakt med risikoutsatte familier, slik en av informantene nevnte:

> «Vi kan mye om utenforskap – vi vet allerede når gravide kommer hvem som er i risikosonen.» (Virksomhetsleder, helse)

Helsestasjonene har mulighet til å se utfordrende atferd hos små barn. Men innsatsen deres handler mest om å jobbe med foreldrene. De kan komme i kontakt med barn som de er bekymret for om utsettes for vold, overgrep, og omsorgssvikt i familien. I intervjuene legger informantene vekt på at barn som har utagerende atferd ofte har foreldre som selv sliter. De kan ha psykiske vansker og utfordringer med foreldreskapet.

Informantenes perspektiv er at de som har blitt skadet selv, har en større tendens til å skade egne barn. Dette er forhold som går eller kan gå i arv. Det er derfor viktig å jobbe forebyggende, og viktig å starte så tidlig som mulig.

> «Hovedproblemet er de foreldre som ikke ønsker hjelp, og vi er bekymret for omsorgssituasjonen til barnet.» (Virksomhetsleder, helse)

Denne informanten sier videre:

> «Barn som driver med knivstikking og granatkasting. Hvorfor og hvordan havner vi her? Vi må huske på at det er et langt løp forut for det.» (Virksomhetsleder, helse)

Informanten er videre opptatt av at det er viktig at de ulike instansene jobber godt sammen om oppvekstreformen, slik at barnevernet får de sakene de skal ha.

Tidligere forskning avslører at de aller fleste barn viser noe aggressiv atferd med en topp i aggressivitet i 3–4 års alderen uten at det nødvendigvis er et tegn på avvikende atferd og dermed kan kategoriseres som SAA (Tremblay et al., 2018). Det kan derfor være vanskelig for helsestasjonen å bekrefte om et barns atferd kan kategoriseres som skadelig aggressiv atferd. Hva som regnes som normalt seksuell lek og hva som kan være skadelig seksuell atferd kan også være uklart.

> «Det er utfordrende med seksualitet. Det med seksuell lek kan være normalt, men kan også være unormalt». (Virksomhetsleder, helse)

Flere av informantene påpeker at det er en utfordring at barnehagene kan se en type skadelig atferd over lang tid uten at de kobler på andre. De burde undersøkt det avvikende atferd nærmere for å finne ut hva det er som gjør at dette barnet gjør dette mot

en annen. Informantene mener videre at samarbeidet mellom helsestasjon og barnehage kunne vært bedre enn det ofte er i dag.

Helsestasjonene tilbyr ulike former for foreldreveiledning og har blant annet veiledningsprogrammene ICDP og Circle of Security – Trygghetssirkelen (COS P). Vi omtaler disse programmene i punkt 4.3.7.

4.3.2 Skolehelsetjenesten

Skolehelsetjenesten er et gratis tilbud til alle barn og unge i alle kommuner og er en lovpålagt oppgave, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2. Skolehelsetjenesten skal i samarbeid med skolens personell, elever og foreldre skape en helsefremmende skole gjennom å fremme godt lærings- og arbeidsmiljø med hensyn til helse, trivsel og sikkerhet. Tiltakene gjelder hele skolemiljøet, både fysisk og psykososialt, innendørs og utendørs.[31]

Helsesykepleierne har åpen dør for elever som trenger helsehjelp eller noen å snakke med; de bidrar i undervisningsopplegg, og samarbeider med skolen og andre instanser rundt elever med særskilte behov (Lassemo og Melby, 2020, s. 8).

Kapittel 5.3 i retningslinjene for tjenesten gir anbefalinger tilknyttet vold, overgrep og omsorgssvikt. Overordnet er anbefalingene i kapittelet at vold, overgrep og omsorgssvikt bør være tema i skolestartundersøkelse, og at temaene bør tas opp i helsesamtalen på 8. trinn.[32] Helsesamtalen skal gi ungdommene informasjon om hva vold, overgrep og omsorgssvikt er.

Organisering og tilbud

Helsesykepleierne jobber universalforebyggende og har en rekke oppgaver de skal gjennomføre for barn og unge med forskjellige utfordringer. Helsesykepleierne kan få informasjon om voldelig eller seksuelt skadelig atferd gjennom samtaler med lærer, foreldre og elever selv. Helsesykepleiere har ofte «dropp-inn» på kontoret sitt på skolene, og har jevnlig tilstedeværelse på skole. De forteller om mange og svært ulike henvendelser fra elevene, alt fra vondt i maven eller hodet til alvorlige voldshendelser.

En av helsesykepleierne vi intervjuet forteller om hvordan de kan komme i kontakt med målgruppa:

> «Det kan være at skolen tar kontakt for å følge opp en hendelse. Nylig var det to medelever i tredjeklasse som hadde skamslått den tredje på vei hjem.
>
> Det kan være foreldre som har fått nyss i ting og tar kontakt fordi de er blitt veldig bekymret for sitt eget barn. De vil gjerne at vi snakker med barnet om hva det har opplevd.
>
> Det kan også være medelever som har observert eller har erfart at det er andre elever som driver en grenseoverskridende atferd eller har hatt en slåsskamp som tar kontakt.» (Helsesykepleier)

Flere av informantene forteller at de spør alle elever på 8. trinn om de har vært eller har utsatt andre for vold eller overgrep, slik som retningslinjene anbefaler. Dette kan i noen tilfeller resultere i at enkelte elever erkjenner at de har gjort grenseoverskridende handlinger mot andre.

Flere informanter forteller at de bruker Trafikklysmodellen dersom de er usikre på om barn har en seksuell avvikende atferd. Men inntrykket fra intervjuene er at SSA-saker

[31] Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Nasjonal faglig retningslinje. Helsedirektoratet. URL: https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten.

[32] Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Nasjonal faglig retningslinje. Helsedirektoratet. URL: https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten.

ikke utgjør noen stor del av helsesykepleiernes totale arbeidsmengde. Det er likevel flere informanter som har god kjennskap til tematikken. Elever som har en psykisk utviklingshemming, kan i noen tilfeller være spesielt utfordrende å følge opp. Dette knyttes blant annet til at de kan ha kommunikasjonsvansker. De kan ha store vansker med å uttrykke behov, følelser og forstå omgivelsene. Noe som igjen kan føre til frustrasjon og sinne. De kan også ha nevrologiske utfordringer som kan senke terskelen for aggresjon.

Rutiner for oppfølging

Det er variasjon i systematikk og rutiner. Noen av informantene nevner spesifikke modeller og retningslinjer som det jobbes etter, mens andre sier at arbeidet varierer fra sak til sak, og at det ikke er lagt rutiner eller retningslinjer til grunn.

> «Vi har en generell forbyggende plan, det handler om alt mulig egentlig. Men akkurat når det gjelder barn som skader andre, (har vi) ikke spesielle retningslinjer eller rutiner.» (Helsesykepleier).

Mange av skolene har en tiltakstrapp for hvordan lærer skal gå frem ved utfordringer eller bekymringer knyttet til enkeltelever.

Tiltak rettet mot foresatte kan være foreldreveiledning, samtaler og annen oppfølging. I noen tilfeller henviser man til spesialisthelsetjenesten. Noen av informantene nevner at de har gode erfaringer med foreldreveiledningsprogrammet PMTO (Parent Management Traning Oregon).

Det er et ønske blant informantene i skolehelsetjenestene om mer ressurser og tid til å jobbe forebyggende. Flere nevner at man ikke er tidlig nok ute i dette arbeidet, og at man gjerne burde begynne allerede i barnehagen. Lassemo og Melby (2020) finner at mange helsesykepleiere opplever stort arbeidspress og må prioritere hardt mellom arbeidsoppgaver, og at det er en underdekning i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Samarbeid mellom skolehelsetjenesten og skolen

Informantene forteller at det er et stort spenn i hvordan samarbeidet med skolene fungerer. Enkelte skoler har gode rutiner og samarbeidsmøter mens andre ikke har det. Noen informanter påpeker at samarbeidet kan være personavhengig, og særlig rektors rolle kan være avgjørende.

De opplever at det er ulikt hvordan skolene ønsker å bruke helsesykepleierne, og at de ofte er sprengt på kapasitet. Det er lite kompetanse på for eksempel seksualitet i skolen, og skolen kan ønske at helsesykepleier skal «fikse opp i det».

> «Det er bekymring for et barn, og der tenker jeg nok at lærerne skulle fått mer kompetanseheving og mer ansvar.» (Helsesykepleier).

Flere informanter nevner at utøvere av vold ofte kommer fra familier med begrensede ressurser, sårbare familier.

Kompetanse, erfaring og behov for opplæring

Helsesykepleiere er generalister som jobber med mange forskjellige typer barn med forskjellige utfordringer. Det kan derfor være utfordrende for helsesykepleiere å møte målgruppen hvis de ikke har tilegnet seg spisset kompetanse på vold og skadelig seksuell atferd.

> «Jeg kan jo mye om barn med en vanskelig type atferd, men hva gjør man med barn som skader andre? Eller som har skadelig seksuell atferd mot andre? Det er ikke der jeg kjenner at jeg liksom har styrken min. Og det gjenspeiler seg litt når jeg spør de andre jeg jobber sammen med.» (Helsesykepleier)

En leder anser likevel at helsesykepleierne har god kunnskap om tematikken, men at de burde brukes mer enn de gjør i dag.

En informant forteller at de har hatt fagdager i regi av Alternativ til vold for å øke kompetansen til ansatte. En annen informant trekker frem fagdager som et verdifullt tiltak for å fylle på kunnskap om skadelig seksuell atferd. En informant trekker frem webinar med RVTS som ga nyttig informasjon om Trafikklysmodellen.

Informantene forteller også om kollegaveiledning som nyttig.

> «Når vi har hatt sånne typer hendelser med vold, at ansatte føler seg truet eller ungdom har utøvd alvorlig vold som påvirker oss. Så jobber jo vi i et team, så vi jobber oss gjennom disse tingene sammen.» (Helsesykepleier)

I et par intervjuer trekkes kognitiv atferdsterapi frem som en viktig videreutdanning for å jobbe med målgruppen.

> «Svært få helsesykepleiere i barneskolen [...] har videreutdanning i kognitiv atferdsterapi for barn. Så det blir litt sånn vilkårlig hva man kan bidra med inn mot disse barna. Vi har oftere tilgang på ofre. Vi kan masse om traumer og behandling av traumer og hvordan jobbe med det sårbare i det. De som faktisk utøver, får vi lite tilgang på. Og har jo kanskje derfor også mindre kunnskap.» (Helsesykepleier)

4.3.3 Helsestasjon for ungdom

Alle kommuner skal ha helsestasjon tilbud for ungdom opp til 20 år. Helsestasjon for ungdom jobber med et universalforebyggende utgangspunkt. Helsestasjon for ungdom skal være et supplement til og ikke komme istedenfor skolehelsetjenesten. Tilbudet skal ha særlig fokus på å fremme trivsel og mestring, forebygge uønskede svangerskap, forebygge og behandle seksuelt overførbare infeksjoner og forebygge og avdekke psykiske plager og lidelser. Helsestasjon for ungdom har også fokus på å avdekke og forebygge vold og overgrep. Det er for eksempel en sterk anbefaling fra Helsedirektoratet om å gi oppfølgende samtaler til ungdom når henvendelser og tidligere konsultasjoner gir grunnlag for det.

Tradisjonelt har det særlig vært jenter som oppsøker helsestasjoner for ungdom; flere steder har de derfor opprettet egne tilbud for gutter for å komme i kontakt med flere.

Helsestasjonene jobber helsefremmende og primærforebyggende, men i intervjuer kommer det frem at de i noen grad kan komme i kontakt med ungdom som utøver vold. Det skjer særlig ved at jenter som er utsatt for seksuelle overgrep tar kontakt. Ansatte forteller i den forbindelse at «vi må snakke med gutter for å forebygge [seksuelle overgrep].» Ved bekymring for seksuell vold sender ansatte bekymringsmelding til barnevernet og gjennomfører bekymringssamtale med foreldrene.

4.3.4 Familieteam og andre lavterskeltiltak

Som nevnt innledningsvis, har flere av kommunene ulike lavterskeltilbud som jobber med barn og familier. Tjenestene samarbeider med barnevernstjenesten, spesialisthelsetjenesten, skole og PP-tjenesten. De vurderer omsorgsevne og sender bekymringsmelding til barneverntjenesten dersom avvergeplikten er oppfylt.

Barn, unge og familier kan ta direkte kontakt:

> «De kan ta kontakt selv. De trenger ingen henvisning. Det gjelder alle disse tilbudene, egentlig. Vi er førstelinje.» (Leder, helse)

I disse tjenestene handler mye om å tilby veiledning til foreldrene.

> «I mine tjenester handler det om å jobbe med foreldrene. Det er en del av ansvaret som ligger hos de forebyggende tjenestene.» (Leder, helse)

Disse tjenestene jobber som regel med familier som «er på gult», det vil si at de har behov for hjelp og er veilederbare. Tjenestene kommer oftere i kontakt med barn og unge som blir utsatt for vold enn de som utsetter andre for vold. De vurderer hvor mye hjelp foreldrene trenger i møte med barn, og hvor mye hjelp barnet trenger.

> «Vi har samtaler med barn, foreldre og drøfter og evaluerer saken.» (Seksjonsleder, helse)

Informantene forteller at der hvor de har barn som har en atferd der foreldre ønsker hjelp og tar imot veiledning, lykkes de best. Hvis det er slik at tjenesten er bekymret for omsorgssituasjonen og foreldre ikke ønsker å ta imot hjelp, så kan det bli en sak på rødt nivå og eventuelt en barnevernssak.

Ettersom dette i stor grad er frivillige tilbud som man må kjenne til, er det også litt tilfeldig hvilke henvendelser de får. Noen av informantene fra et familieteam i en kommune forteller for eksempel at de får relativt få henvendelser fra familier med minoritetsbakgrunn:

> «Vi er jo et frivillig tilbud, så vi har mindre av den målgruppa enn det de har i barnevernet. Ofte så hopper de over vårt tjenestetilbud, tenker jeg. Fordi de tar ikke kontakt sjøl.» (Leder, helse)

Tilbudene som gis er i utgangspunktet tidsavgrenset. En ansatt i en av tjenestene forteller dette:

> «Vi tenker sånn i utgangspunktet tre til seks samtaler, og så at det da blir tatt en vurdering på om det skjer det noe bedring, så kan det godt være vi skal fortsette. Men da må vi på en måte spesifisere hva det er vi faktisk skal gjøre.» (Leder, familieteam)

Vi forstår det likevel slik at noen av disse tjenestene har langvarig kontakt med noen familier. I enkelte kommuner forteller dessuten tjenestene at de har brukt en del ressurser på å bygge opp tilbudet til barn og unge, blant annet ved å ansette flere psykologer, fordi spesialisthelsetjenesten ikke har tilstrekkelig kapasitet.

Tjenestenes tilbud til barn med skadelig voldelig atferd

Informanter fra familieteam forteller at de møter en del sinte barn og får henvendelser som dreier seg om behov for atferdsregulering. I tjenestene forteller de at hvis de har barn med skadelig atferd, jobber de først med å kartlegge og snakke med foreldrene. De vil gi foreldreveiledning og det er viktig å finne ut hvordan foreldrene håndterer sinne, både sitt eget sinne og barnets sinne.

> «Jeg tror nok det vi syns er mest utfordrende, det er når foreldrene har mønsteret sjøl. Når de har lite å spille på hjemme, eller de har lite å spille på i nettverket sitt, og de på en måte har kommet skeivt ut, så er det vanskelig å gi dem god hjelp.» (Leder, familieteam)

Noen bruker kartleggingsverktøy for å kartlegge traumeopplevelser og traumeerfaringer som de mener kan avdekke hendelser der barn har utøvd eller blitt utsatt for vold. Noen nevner tiltaket Økt livsmestring som et svært viktig tiltak. Tiltaket skal bidra til å mestre livet både som foreldre og barn.

> «Vi fra min tjeneste ser på hva som er bak atferden, barn vil ikke vær slemme, hvordan kan vi forstå dette barnet, koble på andre instanser, dette barnet trenger mer hjelp, kanskje fra BUP.» (Leder, familieteam)

Informantene gir uttrykk for at det er svært viktig å bygge opp en tillit mellom foreldre og de som jobber tett på.

> «I møte med foreldrene forteller vi at vi er der for å hjelpe dem. Vi må akseptere at motstand og forsvar er en normal reaksjon. Vi tilbyr hjelp med rutiner og så videre – spør hva kan vi gjøre?

> Det tar ofte lang tid før foreldre skjønner at de må ha hjelp. Vi trenger at vi får bruke mer tid på disse familiene. Foreldrene har ikke tillit, eller det er noen andres skyld at mitt barn er voldelig. De barna er mest sårbare og kan bli kriminelle.» (Seksjonsleder, helse)

Mistillit og samarbeid

Medarbeiderne i disse tjenestene blir bekymret når de ser at psykisk uhelse hos barn kanskje handler om foreldrenes uhelse. Saker der det er foreldre som har dårlig psykisk helse og ikke ønsker å ta imot hjelp, meldes ofte videre til barnevernet. Informantene opplever at foreldre kan bli sinte når de sender bekymringsmelding til barnevernet. Foreldre har ofte mistillit til barnevernet, og de erfarer at foreldrene da kan bli enda mer krevende å jobbe med. I en av tjenestene forteller de om et samarbeid med barnevernet:

> «Vi skal ikke være et tiltak for barnevern, men vi kan hjelpe. Et eksempel er en sak hvor mor står i fare for å miste foreldreretten. Gjennom ni år har vi sett at mor har psykisk uhelse og trenger spesialisthelsetjenestehjelp. Det er fint at vi hjelper barnevernet med å få en relasjon» (Seksjonsleder helse).

Informanten forteller at i denne saken mors tillit til barnevernet er lav, men at hun har høy tillit til de forebyggende tjenestene:

> «Det rette tilbudet må iverksettes. Alle er enige om at mor har behov for hjelp. Mor forstår ikke at hun trenger behandling så vi må hjelpe mor med å ta imot hjelp. Det er en risiko for at vi står med ansvar og er bekymret for at vi må hjelpe mor, og blir sittende alene med det. Mor har tillit til forebyggende tjenester – men ikke til spesialisthelsetjeneste og barnevern. Når mor ikke vil, så må vi fortsette å jobbe med den tillitsbaserte hjelpen» (seksjonsleder Helse).

Informanten mener det er viktig at barnevernet og helse jobber tettere sammen i slike saker. Vedkommende forteller at barnevernet i noen tilfeller kjøper et akutt tiltak der en familie kan flytte inn og få oppfølging og veiledning i tre måneder[33]. Deres erfaring er at slike tiltak er kostbare og ikke alltid hjelper. I denne kommunen har de også en egen familieleilighet der familier kan bo og foreldrene får hjelp av offentlige aktører en periode, til å trene på å få til foreldrerollen. Barnevernet eier tiltaket i dag. Det forebyggende helsetiltaket ønsker å kunne bruke den leiligheten direkte fra helsetjenesten, og mener det bør vurderes om dette kan være et lavterskeltiltak som de kan bruke uten å koble på barnevern der de ser at vi har behov for å følge tettere opp.

> «Vi vil vurdere hvordan veiledningen vi gir kan fungere bedre og samordne tiltak. Det kan forhindre dyre kjøp og behandling som ikke hjelper» (virksomhetsleder helse).

Det kommunale helsetilbudet skal være for barn og unge med lette til moderate symptomer. Dersom symptomene er moderate til alvorlige er det spesialisthelsetjenestens ansvar. En av tjenestene forteller om et tilfelle med et barn med skadelig voldelig atferd, og hvordan de i samarbeid vurderte hvilken instans som skulle hjelpe:

> «Ei jente på åtte år utagerte med trusler og vold hjemme. Etter å ha blitt syk i sommer hadde jenta utviklet en aggressiv atferd spesielt mot mor. Bekymring lå hos barnet og ikke hos foreldre. Vi ville prøve å få rett hjelp til barnet. Vi hadde hjemmebesøk. Helsesykepleier ga familieveiledning og hadde kollegaveiledning med en psykolog angående bekymring. De bestemte å ta kontakt med BUP. Saken ble drøftet på inntaksmøte mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. I denne saken ble ansvaret overført til BUP. Vurderingsteamet vurderte behov for støtte hjemme.» (Oppvekstsjef, bydel)

Informanten forteller at de har felles inntaksmøte med BUP dersom de får inn saker med helsebekymring der de drøfter hvilken instans som er den rette.

[33] Viser til opphold ved Senter for familie og barn

Lavterskeltilbud til barn med seksuell skadelig atferd

De fleste familieteamene som vi har intervjuet, har noe kompetanse på seksuell skadelig atferd, men har ikke et spisset tilbud på dette området. Flere er også usikre på hvor de som er utøvere, får hjelp. Flere av informantene nevner at de får få henvendelser som dreier seg om utøvelse av skadelig seksuell atferd hos barn. Noen syns det er overraskende få.

> «Jeg tenker vi kunne ha vært brukt mer. For jeg tror vi har kompetanse til å ha håndtert mye av det.» (Leder, helse)

En informant fra en av tjenestene forteller at de har hatt enkelte saker hvor det har vært en eldre bror som har gjort noe mot sin lillesøster; det har ført til familiær krise, og da har foreldrene tatt kontakt med lavterskeltilbudet. En annen vei inn til tjenesten kan være at det er ansatte i barnehage eller skole som er bekymret for atferden til et barn:

> «Vi har saker hvor det har vært barn som har drevet det man først tror er lek eller seksuell utforsking eller sånn normal utforskning. En type doktor lek og så ser man at det er kanskje da etter hvert at det er litt makt, ujevn makt. Det er for eksempel er et barn som skal bestemme over de andre eller sier at 'hvis ikke du kler av deg, så skjer ...'. Også komme med trusler eller den type atferd.» (Leder, helse)

Det kan være en barnehageansatt eller en skoleansatt som kommer med en slik bekymring fordi et barn forteller at de har blitt utsatt for noe av et annet barn.

> «Vi anbefaler barnehageansatte å passe veldig på barn som har begynt med den type adferd, dersom de har begynt å true. Det er viktig å kartlegge hvordan det barnet har det, og det er aktuelt å koble på barnevern eller at man kobler på foreldrene til det barnet og sørger for å komme til bunns i hvorfor det barnet driver med den adferden, det er øverste prioritet. Vi kartlegger først.» (Leder, helse)

Informanten forteller videre at kommunen har et overordnet konsultasjonsteam som kan gi veiledning til andre tjenester i kommunen når det handler om overgrep. Dette teamet har de tatt kontakt med et par ganger.

4.3.5 Team – psykisk helse barn og unge

Mange kommuner har tilbudet Psykisk helse barn og unge (PHBU) som ofte har et barneteam fra 0–12 år, og et ungdomsteam fra 13–18 år. Ansatte som vi intervjuet, forteller at for eksempel fastlege, foreldre, helsesykepleiere, skole og lærere henviser til PHBU. Men at ungdommene også noen ganger kommer på eget initiativ. Psykisk helse barn og unge har ofte fokus på tidlig psykisk helsehjelp og begynnende rusproblemer og reaksjoner på belastende livshendelser. Vi oppfatter det slik at et vanlig kriterium for å få hjelp fra psykisk helseteam er at det foreligger en diagnose. Teamene jobber ofte primært med å gi foreldreveiledning, og de jobber tett på hjemmet.

PHBU samarbeider med en rekke andre tjenester, eksempelvis helsesykepleiere, fastlege, barnehage, skole, barnevernstjenesten, familievernkontoret, pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) samt frivillige organisasjoner. Vurderes det at barnet eller ungdommen har behov for mer omfattende utredning eller mer langvarig behandling henvises de videre, eksempelvis til barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling.

Enkelte kommuner har egne voldsteam. En informant fra et slikt team forteller at noen av de vanligste sakene handler om barn som utsetter andre barn for seksuelt skadelig atferd. Informanten mener videre at en typisk utøver kan være en som har problemer med å lese sosiale koder. En som strever litt sosialt, strever litt med egne impulser og grenser og med å ta andres perspektiv.

> «Det kan være noe medfødt disposisjon med ADHD og autisme, men ofte så er det kanskje en kombo. En som strever med sosiale koder og har kanskje blitt utsatt for noe selv. Så har vi noen ganger sett at det har vært barn som har levd i oppvekstsvilkår som har vært rett og slett omsorgssvikt. Noen som strever med litt sånn iboende vansker som

kanskje kommer i puberteten med masse hormoner og greier ikke stoppe.» (Ansatt, voldsteam)

4.3.6 Ungdomsteam

Flere av undersøkelseskommunene har opprettet egne ungdomsteam for å forebygge rus og kriminalitet. De møter ofte unge med mer sammensatte psykososiale utfordringer. Teamene har en tverrfaglig sammensetning, og det er ofte ansatt en psykolog. Flere av teamene jobber oppsøkende. Informantene forteller at ungdomsteam har mye direkte kontakt med ungdommene, men noen jobber også via foreldre og politiet. Det gjelder for eksempel i forhold til ungdom som har utøvd vold eller annen kriminalitet. En informant fra et ungdomsteam beskriver hvordan teamet jobber:

> «Vi snakker med ungdom; de kan komme på kontoret; det kan være fisketur. Litt sånn tilpasset hva ungdommen ønsker. I ungdomsteam er det jo en deling på oppsøkende ungdomsarbeid og helsehjelp. Og en gir jo òg terapeutisk hjelp som en del av det tilbudet. I tillegg til oppsøkende ungdomsarbeid, som jo er en helt annen arbeidsform.» (Leder, ungdomsteam)

Informanten forteller videre at de er fast ute på ungdomsskolene for å være synlige, og også noe oppsøkende på kvelden. De går på et sted i kommunen der de vet at både rusmisbrukere og mange ungdommer oppholder seg:

> «Hvis du ser dem, henger mye ute og kanskje henger med litt feil folk. Og så får du en relasjon til den ungdommen som da gjør at du kan etter hvert snakke med dem om den bekymringen du eventuelt måtte ha.» (Leder, ungdomsteam).

En informant fra et annet ungdomsteam forteller om det forebyggende arbeidet:

> «Vi er til stede der ute, rett og slett, en halv til én dag i uka. Og så er vi ute på ettermiddagen. Vi er ute på kjøpesentrene, ute på samlingspunkter hvor vi vet ungdommene er. Vi har også åpent dropp-inn-tilbud.» (Ansatt, ungdomsteam)

Informantene forteller om samarbeid med politiet, med SLT, med skolene – at det handler om å få ungdommene tilbake i de arenaene de har gått ut av.

> «Vi har veldig tett samarbeid med mange. Så det er lite vi gjør direkte alene. Kriminalitetsforebyggende foreldreveiledning er noe vi starter med da der vi har samtaler med ungdommen og foreldrene.» (Ansatt, ungdomsteam)

I en av undersøkelseskommunene blir vi fortalt at de har gått sammen med tre andre kommuner og med statlige aktører fra politiet, kriminalomsorg og Bufetat om et interkommunalt-regionalt prosjekt for å bli bedre i stand til å fange opp og forebygge ungdomskriminalitet. Prosjektet er en reaksjon på at det har vært en eskalering i alvorlig ungdomskriminalitet.

Team for særskilt utsatt ungdom

En av kommunene har opprettet et oppfølgingsteam som skal gi bistand til ungdom som det er stor bekymring knyttet til, og det er et kriterium for oppfølging at de må ha problemer på minst to arenaer samtidig:

> «Det kan være kriminalitet, at de lever i randsonen, familier med opphopning av problemer, all mulig type rus, all kriminalitet knyttet til rus, salg, bruk, salg på nett, seksuelle tjenester, så ja det må være to av disse til stede for at vi skal jobbe med dem. Skole, er et annet aspekt, så hvis noen sliter veldig mye på skolen.» (Medarbeider, ungdomsteam)

Teamet forteller at de jobber med tett, individuell, målrettet, og systematisk oppfølging, og at de kan følge ungdommene i mange år. De jobber på en fleksibel måte og kan godt jobbe fredag kveld hvis det er behov for det

> «Vi har ikke noen svingdøreffekt; vi er der til det går bra. Vi jobber på mange måter med de som detter mellom alle sprekker og stoler. I motsetning til andre tjenester jobber vi

> med ungdommen selv om de ikke er motiverte. Alle er jo motiverte på et eller annet nivå.» (Medarbeider, ungdomsteam).

Teamet forteller om samarbeid med blant annet barnevernet, politiet, BUP, FACT-ung og PPT, og målet er da å sørge for at alle drar i samme retning. De presiserer viktigheten av å ha en felles forståelse av hva ungdommen trenger og at det må være en tydelig rolleavklaring blant dem som følger opp. Dette teamet opplever skolesamarbeidet som krevende, spesielt at det er veldig rigid på videregående skole. Ungdommene trenger ekstra tilrettelegging, men de opplever at de ikke møter så mye forståelse fra skolene, og at det er en utfordring at ungdommene må søke på nytt dersom de faller ut av skolen.

> «De har jo masse utfordringer. De har tilknytningsproblemer. Angst og så videre. Det er ikke bra når de må inn og ut av skolen.» (Medarbeider, ungdomsteam).

Videre mener det at barnevernet mangler tiltak som passer og at tiltakene de har ikke matcher målgruppen så bra. De mener at noen av ungdommene trenger å komme seg bort fra hjemmemiljøet:

> «Ungdommen må komme seg bort geografisk, uten at at de må omplasseres, kanskje besøkshjem. De må ut av konteksten. Det blir for vanskelig når de er i nærheten av alle vennene sine» (medarbeider, ungdomsteam).

De påpeker også at det er mangel på behandlingsrettede tilbud som sinnemestring til ungdom.

4.3.7 Ulike former for veiledningsmodeller som tilbys i kommunale helsetjenester

Både helsestasjonene og andre lavterskeltilbud tilbyr ulike veiledningsprogram til foreldre. Noen av disse tilbys også av andre aktører, blant annet barnevernet. Nedenfor beskriver vi kort de programmene som er nevnt i intervjuer. I tillegg til disse finnes det program for følelsesregulering som er under utvikling i enkelte av undersøkelseskommunene.

Parent Management Training Oregon (PMTO)

Mange av tjenestene viser til at de bruker foreldreveiledningsprogrammet PMTO (Parent Management Training Oregon) overfor foreldre med barn i alderen 3–12 år. Programmet er vist å skape bedre samspill mellom barn og foreldre og reduksjon i atferdsproblemer (se for eksempel Bjørnebekk m.fl., 2015; Hagen m.fl., 2011) og gir foreldre konkrete verktøy for hvordan de skal jobbe med barnet sitt. Målet er å styrke foreldrekompetansen, slik at de kan skape et mer positivt og samarbeidsorientert samspill med barnet, noe som kan bidra til å redusere konflikter og atferdsproblemer. Eksempelvis kan foreldrene i veiledningstimene øve på hvordan de skal møte barnet i situasjoner der de slår eller skader andre.

International Child Development Program (ICDP)

International Child Development Program (ICDP) er et systematisk foreldreveiledningsprogram som tilbys i grupper og/eller individuelt til foreldre. Programmet tilbys per i dag til nærmere 200 kommuner. ICDP-programmet gjennomføres i form av strukturerte gruppemøter gjennom åtte uker. Målet er å styrke foreldrerollen og samspillet med barnet ved å øke bevisstheten om hva som er bra for barnet, uten å gi ferdige oppskrifter.

Programmet fokuserer på områder som følelsesmessig kommunikasjon, berikelse og regulering. [34]

Tidligere evalueringer av ICDP viser positive endringer i foreldrestil for deltagerne, og foreldre opplever færre utfordringer knyttet til barnets vanskeligheter, nedgang i opplevelse av ensomhet, og en positiv endring i holdninger til barneoppdragelse (Barne- og likestillingsdepartementet, 2018). Tidligere studier viser at de fleste foreldre som benytter seg av ICDP programmet, gjør det fordi de er bekymret for atferden til barnet (Høy-Petersen m.fl., 2023).

Standardversjonen av ICDP er et universelt tiltak rettet mot alle foreldre uavhengig av behov. Men ICDP kan også benyttes selektivt, enten rettet mot spesielt sårbare og utsatte grupper som minoriteter, eller indikativ og rettet mot personer med identifiserte utfordringer. I intervjuene ble ICDP særlig nevnt i forbindelse med selektiv bruk der ansatte hadde identifisert sårbare grupper.

SIBS – Søskenprosjektet

SIBS – Søskenprosjektet er et forebyggende tiltak for søsken (6–16 år) og én forelder som søker å redusere søskens risiko for psykologiske vansker og øke deres tilpasning når et barn i familien har en diagnose. Programmet skal styrke kommunikasjon mellom foreldre og søsken.[35]

Tuning into Kids (TIK)

Programmet retter seg mot barn mellom tre og tolv år der foreldrene skal lære å forstå og møte barnas følelser med nærhet og forståelse for å støtte egen og barnets evne til selvregulering.[36]

Circle of Security (COS)

Circle of Security (COS) er et program som minner om TIK. COS er et foreldreveiledningskurs som gir foreldrene verktøy til å forstå bedre hvilke behov barn har, hjelpe barna til å være bedre rustet til å møte utfordringer i livet, og til å skape godt samspill mellom barn og deres foreldre.[37]

Tidlig innsats for barn i risiko (TIBIR)

Ett annet eksempel er Tidlig innsats for barn i risiko (TIBIR). Dette et kommunalt program for å hjelpe familier med barn (3–12 år) som har begynnende atferdsvansker eller utfordringer med samspillet i hverdagen, ved å tilby gratis, forskningsbasert foreldrerådgivning og veiledning for å styrke positive relasjoner og forebygge større problemer. Det er et lavterskeltilbud som fokuserer på å lære foreldre nye strategier for samarbeid, kommunikasjon, ros, grensesetting og problemløsning.[38]

---

[34] Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Nasjonal faglig retningslinje. Helsedirektoratet. URL: https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten.

[35] SIBS – Søskenprosjektet. Hentet 11. desember 2025 fra https://sibs.no/.

[36] Tuning into Kids (TIK). Hentet 11. desember 2025 fra https://www.bufdir.no/fagstotte/barnevern-oppvekst/foreldrestotte/foreldrestottende-tiltak/tik/.

[37] Circle of Security – foreldreveiledningskurs. Hentet 11. desember 2025 fra https://www.bufdir.no/familie/tilbud/cos/.

[38] TIBIR (Tidlig innsats for barn i risiko) – foreldrerådgivning. Hentet 11. desember 2025 fra https://www.bufdir.no/fagstotte/barnevern-oppvekst/foreldrestotte/foreldrestottende-tiltak/tibir/.

Sammen på vei

Sammen på vei er den norske utgaven av det lisensbaserte programmet Nurse-Family Partnership. Det er et program rettet mot sårbare førstegangsmødre med sammensatte utfordringer, som gir tett støtte via en familiesykepleier med hjemmebesøk fra tidlig graviditet til barnet er to år, for å forbedre helse, utvikling og livssituasjon for mor og barn.[39]

4.3.8 Utilsiktede konsekvenser

På spørsmål om de har erfart at man overdriver betydningen av bekymringsfull atferd blant barn og unge, er det noen informanter som har forteller om tilfeller der man har sett symptomer på det som er forstått som avvikende seksuell atferd der det er blitt overreagert og satt inn tiltak som har vært for inngripende.

> «At det er voksne som mister litt hodet. Og blir litt kokte. Og det kan resultere i feil behandling av saken videre.» (Virksomhetsleder, helse)

Det kan også være enkelthendelser der det er gitt for mye informasjon om hendelsen til andre foreldre, noe som i sin tur har ført til at barnet med problematferden har blitt stigmatisert. Det er imidlertid ingen som forteller om overreaksjoner på tilfeller med skadelig voldelig atferd. Informantene uttrykker snarere at en burde ha grepet inn mot unge som utøver vold på et tidligere tidspunkt.

4.4 Samarbeid med barnevernet

Nasjonalt forløp innebærer at alle barn i barnevernet som kan ha behov for helsehjelp skal få helsekartlegging. Deretter skal det avklares hvilken instans som skal ha ansvaret for helsehjelpen. I kommunene som vi har besøkt, er det noen som har innført dette, mens andre planlegger innføringen.

I en av kommunene vurderer de hvordan denne samarbeidsstrukturen skal inkludere BUP. I denne kommunen har de bygget opp mye kompetanse fordi BUP har hatt liten kapasitet og kompetanse.

> «Og andre kommuner har jo valgt en mer sånn – vi trår ikke inn på deres ansvarsområde og holder oss vekke fra det av ulike grunner. Og det kan være gode grunner òg. For det er jo noe med ansvarsfordelingen mellom kommune og BUP som er litt interessant.» (leder helse).

Vedkommende mener det er behov for ansvarsavklaringer mellom stat og kommune. Det er behov for bedre oversikt og avklaring av hvem som gjør hva.

Det gis også uttrykk for at det mangler en slags fellesforståelse for når det er behov for helsehjelp, og hvilken type helsehjelp det er behov for. Dette handler både om ansvarsfordeling mellom ulike nivåer i helsetjenestene og det handler om ansvarsfordeling mellom helsetjenester og barnevern.

> «Men jeg tenker jo den største barrieren og den største utfordringen er at vi har blitt mye bedre på å avdekke vold, men vi sitter og skyver på ansvaret for å fylle det opp. Og jeg tenker òg at det må bli så sykt alvorlig. Og det må være bekymringsmeldinger eller anmeldelser flere ganger før vi går inn. Vi vet jo ofte i disse sakene hva som virker. Men vi må se det så mange ganger før vi bruker de ressursene.» (Leder, helse)

Informantene gir uttrykk for at det er behov for et tettere samarbeid med barnevernet når det avdekkes vold i en familie.

[39] Oppfølging i svangerskap og småbarnstid. Hentet 11. desember 2025 fra https://sammenpavei.no/.

«Vi kunne gått inn og drevet med behandling og oppfølging i en hel familie. Og jeg tenker at en burde hatt et mye tettere samarbeid med barnevern når det avdekkes vold. Det er jo ikke noe som en kommer og identifiserer det, også forsvinner det fordi en har vært inne og veiledet i et halvt år, det er mye som sitter igjen.» (Leder, helse)

Informanter i helsevesenet forteller samtidig at det er krevende å samordne innsatsen og gi god oppfølging, særlig til barn med sammensatte problemer.

«Vi har en gutt med voldelig atferd på skolen som blir fulgt opp av FACT-teamet her. [Han har en alvorlig diagnose] og det har vært en barnevernssak lenge. Det har vært mest samtaler med mor. Men utfordringen ligger hos far. Han er blitt slått hjemme av far, og far er ikke interessert i samarbeid. Hvordan kommer vi i posisjon med far? Hos oss er helsesykepleier inne, og vi har samarbeid med spesialisthelsetjeneste, og barnevern er inne. Det er ikke mangel på ressurser – i lang tid har vi prøvd å hjelpe. Spørsmålet er hva kunne vi ha gjort tidligere? Samhandler vi godt nok og er vi tidlig nok inne?

Det er et spørsmål om vi kan hjelpe foreldre godt nok tidlig. Ikke lett å være barnevern når det er bekymringer for vold mot andre barn fra skolen – har også prøvd barnevernsinstitusjon [i saken over]. Hvis far ikke er villig til å endre seg, skulle kanskje de vært inne før.» (Virksomhetsleder, helse)

Informanten er opptatt av at helsetjenestene og barnevern må samarbeide mer og bedre. De er bekymret for omsorgen og ønsker å hjelpe foreldrene til å ta imot veiledning. Men de opplever at de ikke alltid kommer gjennom, de møter motstand og konflikt hos de foreldrene. Informanten mener at barnevernet i større grad kunne presset foreldre til å delta i tiltak.

Noen mener også at det er en tendens til at forebyggende tjenester blir røde tjenester. Det vil si at de blir en spesialisthelsetjeneste. En annen informant erfarer at det er en manglende felles forståelse mellom helse og barnevern, og at det kanskje er sånn i begge leirer:

«Og der vi blir for opptatt av: 'hører saken til her eller der?' Og så tenker jeg at fakta er at en del av dem, spesielt de alvorligste sakene, hører til begge deler. Barnevernet må være inne i en del av de sakene, men det betyr ikke at de ikke skal ha helsehjelp.» (Leder, familieteam)

Flere påpeker at de følger Nasjonalt forløp, det innebærer at de setter i verk forebyggende tiltak til barn og unge som kommer inn i barnevernet. Så skal helsetiltak kobles på. I tillegg til å samarbeide med barnevernet samarbeider de med skolen. Enkelte informanter har erfart at det i alvorlige saker er uheldig at skolen er organisert i en annen enhet

Det påpekes også som en utfordring at man ser på utfordrende atferd i barnehagen i altfor lang tid. Barnehagen kobler ikke på helsetiltak før det har gått altfor lang tid.

Informanter fra både BUP og barnevernet forteller at det er krevende å samarbeide om å gi et godt tilbud til barn og ungdom som befinner seg i skjæringspunktet mellom psykiatri og omsorgssvikt. Våre informanter i BUP er imidlertid mindre opptatt av samarbeidsrelasjonene med barnevernet enn hva som er tilfelle blant informantene i sistnevnte tjeneste. Vi beskriver barnevernets syn på samarbeidet med BUP, og helsetjenestene for øvrig, nærmere i kapittel 6.5.1.

Fra BUPs side beskrives samarbeidsutfordringene med barnevernet slik:

«Men det er utfordringer i saker der alle som deltar, kommer til kort. Og det verste er når barnevernet forteller oss at dette er et helseproblem, og vi mener at det er et omsorgsproblem. Trolig kommer også de til kort. Da er vi på et lavmål. Særlig ille er det i de sakene hvor det er en ungdom som truer mor og far hjemme. […] Disse barna er i skolen og med foreldrene, som håndterer dem en stund. Problemet er at de blir større. Barnevernet kommer inn når det begynner å smelle. Da er det typisk at barnevernet da sier at dette er helse, og vi kan da være lite konstruktive og si at her er det institusjonsplassering som er nødvendig» (Lege, BUP)

Én informant fra BUP opplever også – i motsetning til hva informanter fra barneverntjenestene opplever – at BUP strekker seg langt og ivaretar oppfølging som BUP egentlig mener hører til barnevernet. Informanten sier:

> «Vi strekker oss inn i mellomrommet mellom BUP og barnevernet. […] I større grad klarer vi å ansvarliggjøre barnevernet mer, fordi vi strekker oss inn. Vi stiller opp med ekstra ressurser, men forventer at de andre tjenestene ikke trekker seg ut. For å forhindre den klassiske BUP-og-barnevern-dytte-problematikken. […] Når vi lener oss inn, får vi også mye mer ut av samarbeidet.» (informant, BUP)

Ved en av BUP-ene ble vi fortalt at det er inngått standardiserte samarbeidsavtaler med alle barnevernsinstitusjonene i opptaksområdet for å regulere spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene.[40]

I undersøkelseskommunene later det til at nasjonalt forløp og rundskrivet om samarbeid i varierende grad er implementert – to av dem har implementert, og en annen er i ferd med å implementere. Vi undersøkte ikke dette systematisk og har ikke opplysninger om status fra de øvrige. Vår lesning av disse dokumentene tyder ikke på at disse dokumentene er tilstrekkelig konkrete i sine anvisninger til at de kan bidra til å avklare samarbeidsutfordringene som beskrives ovenfor.

4.5 Oppsummering

Gjennomgangen i dette kapitlet viser at de statlige og kommunale helse- og omsorgstjenestene sammen utgjør et ganske mangfoldig tjenestetilbud til vår målgruppe.

BUP-ene utgjør et spesialisert tilbud, hvor inntak besluttes etter vurdering av alvorlighetsgraden av definerte psykiske diagnoser slik de er fastsatt i prioriteringsveilederen. Voldsatferd og skadelig seksuell atferd er ikke selvstendige inntaksgrunnlag, og blant pasientene ved BUP opptrer vold og/eller skadelig seksuell atferd som del av et større problemkompleks. Noen av BUP-ene er nasjonale høyspesialiserte sentre, slik som V27 i Bergen (på skadelig seksuell atferd) og Samisk nasjonal kompetansetjeneste for psykisk helsevern og rus (SANKS) ved Finnmarkssykehuset. Det er kun V27 som har et spesialisert tilbud til vår målgruppe.

I og med at alvorlighetsgrad er et avgjørende inntakskriterium ved BUP, skal pasienter med psykiske problemer av lav til moderat grad følges opp og behandles i de kommunale tjenestene.

De kommunale tjenestene omfatter ulike lavterskeltiltak som kan være relevante for barn som skader andre og deres familier. Tjenestetilbudet inkluderer helsestasjons-tjenester som finnes i alle kommuner og ulike tilbud av forebyggende og behandlingsrettet karakter hvor organisering, innhold og betegnelser varierer fra kommune til kommune.

Felles for disse tjenestene er at de jobber med mange ulike problemstillinger der barn og unge som skader andre, bare utgjør en liten del av de henvendelsene de får. Mange av tilbudene er lavterskeltiltak som foreldre og unge kan ta direkte kontakt med. Disse tjenestenes tiltak i forhold til barn og unge som skader andre, handler ofte om å gi veiledning til foreldre gjennom tilbud om ulike veiledningsprogram. Tiltakene er frivillige, og dermed avhengige av at foreldrene ønsker å delta.

Dersom disse tjenestene oppfatter at kravene til meldeplikten er oppfylt, melder de saken videre til barnevernet. Informantene oppfatter det som en utfordring at de da får vite lite om hva som skjer videre. De erfarer at det skal mye til før barnevernet går inn med tvangstiltak, slik at hvis foreldrene ikke ønsker tiltak, blir det ofte ikke noen videre

[40] Jf. spesialisthelsetjenesteloven § 6-3.

oppfølging fra barnevernets side. I praksis vil dette si at familier som har utfordringer, men ikke ønsker hjelp fra barnevern eller fra et lavterskeltiltak, kan bli værende i samme situasjon over lang tid. Medarbeidere fra de kommunale helsetiltakene erfarer at foreldre har svært liten tillit til barnevernet, og at de kan ha mer tillit til den kommunale instansen.

Det er ulike erfaringer med samarbeid med andre tjenester. Men det er en gjennomgående erfaring at det kan være utfordringer knyttet til å få samtykke til å dele informasjon. Noen mener at det ikke legges nok vekt på å få foreldre med på å forstå viktigheten av et slikt samtykke med tanke på å etablere et godt og sammenhengende tilbud til barnet deres. I tjenestene opplever de det som særlig krevende å jobbe med foreldre som selv har et bistandsbehov, og som ikke innser dette.

I disse tjenestene legger mange vekt på behovet for tidlig innsats overfor foreldre som sliter med foreldrerollen, men de erfarer samtidig at dette er svært krevende å lykkes med. Til dels fordi det krever samarbeid mellom flere instanser, til dels fordi det krever ressurser, men særlig fordi det er frivillig om foreldrene ønsker å ta imot hjelp, og de som trenger det mest, ikke henvender seg til tjenestene eller takker nei til tiltak. I forhold til foreldre med store utfordringer knyttet til omsorgsrollen er det også mangel på tiltak som er tilstrekkelig omfattende.

Vi har inntrykk av at flere av lavterskeltilbudene har relevant kompetanse, men at de i større grad kunne benyttet denne på vår målgruppe. Ansatte i kommunale helsetjenester er generalister som har et stort ansvarsområde og jobber i de fleste tilfeller lite spisset. Det er derfor begrenset hvor spisset kompetanse det er realistisk at de skal ha i forhold til skadelig voldelig og seksuell atferd, særlig i de mindre kommunene. Mange informanter opplever tilgang til konsultasjonsteam som en nyttig ressurs.

Ved BUP har man primært kompetanse på psykiatriske diagnoser, og ikke på skadelig atferd som sådan. Ved noen BUP ble vi fortalt om målsetninger om at minst én eller to behandlere skal ha kompetanse på for eksempel skadelig seksuell atferd og andre spesialtema.

Slik vi oppfatter og tolker organiseringen av disse tjenestene, så er det først og fremst den såkalte verkstedmodellen som gjør seg gjeldende i helsesektoren. Ved BUP har man spesialisert kompetanse på psykiatri, mens i noen av de kommunale tjenestene er det breddekompetanse i form av tverrfaglige team. Skolehelsetjenesten kan ses på som et tilfelle av formalisert nettverksorganisering mellom skole og helse, med høy grad av fleksibilitet i oppgaveløsningen.

Prioriteringsveilederne og pasientforløp for psykiske lidelser for barn og unge som styrer mye av BUPs oppgaveløsning overfor barn og unge som skader andre er etter vår vurdering ikke uttrykk for noen verdikjedeorganisering, nettopp fordi de styrer den interne oppgaveløsningen i verkstedmodellen, og mindre grad ekstern samhandling.

5 Opplæringssektoren

5.1 Lovverk for skolene og PP-tjenesten

Kommunen og fylkeskommunen er skoleeier for henholdsvis barne- og ungdomsskoler og videregående skoler. Grunnskoleopplæring og videregående opplæring er regulert i opplæringsloven.

En rekke bestemmelser i loven berører barn og unge som skader andre, og skolenes ansvar og plikter ovenfor denne gruppen. Her er særlig bestemmelsene i kapittel 12 om skolemiljøet til elevene, kapittel 13 om ordenstiltak og skadeforebygging med mer, og kapittel 14 om organiseringen av opplæringa, sentrale.

Opplæringsloven er en rettighetslov, med utstrakte rettigheter for elevene med tilsvarende plikter for skolen og skoleeier. Ifølge § 12-2 i opplæringsloven har alle elever rett til et trygt og godt skolemiljø som fremmer helse, inkludering, trivsel og læring. Videre skal skolen ikke godta krenkende oppførsel, som for eksempel mobbing, vold, diskriminering og trakassering, og skal jobbe kontinuerlig for et trygt og godt skolemiljø (§ 12-3). Skolene har aktivitetsplikt og dokumentasjonsplikt, noe som blant annet innebærer at alle ansatte ved skolen skal følge med, melde fra til rektor ved mistanke om eller kjennskap til at elev ikke har det trygt og godt, og om mulig gripe inn dersom en elev blir krenket (§ 12-4). Skolen skal undersøke saken og sette inn tiltak, og i alvorlige tilfeller har rektor plikt til å varsle kommunen eller fylkeskommunen. Videre skal skolen dokumentere hva som blir gjort for å oppfylle aktivitetsplikten (§ 12-4).

Bestemmelsene i kapittel 13 om ordenstiltak og skadeforebygging er knyttet til elevenes rett til et trygt og godt skolemiljø, og kan være aktuelle å benytte i tilfeller der elever utøver vold eller skadelig seksuell adferd mot andre. Kommunen og fylkeskommunen kan forskriftsfeste at en elev kan bortvises fra opplæringen etter flere eller grove brudd på skolens regler, dersom mindre inngripende tiltak ikke er tilstrekkelige (§ 13-1), og vedta at en elev skal bytte skole (§ 13-2). Skolebytte kan vedtas hvis elevens oppførsel har en alvorlig påvirkning på andre elevers trygghet og læring på skolen, og hvis ikke mindre inngripende tiltak kan hjelpe. Ansatte kan også gripe inn fysisk mot en elev for å avverge at eleven skader andre fysisk eller psykisk (§ 13-4),[41] men kommunen og fylkeskommunen skal sørge for at skolen jobber kontinuerlig og systematisk for å unngå situasjoner der ansatte fysisk må gripe inn (§ 13-4). Samtidig skal alle elever være en del av et klassefellesskap (opplæringsloven § 14-2).

Skolen har plikt til å samarbeide med andre tjenester, dersom det er nødvendig for å gi et helhetlig og samordnet tjenestetilbud til eleven og meldeplikt til barnevernet ved bekymring for barn (opplæringsloven § 24-1, § 24-3).

Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) er en kommunal tjeneste som skal bistå skoler med å tilrettelegge opplæringen for elever med behov for dette, og med å drive forebyggende arbeid. Sistnevnte innebærer å støtte skoler i deres arbeid med å vurdere tilretteleggingsbehov og sette inn nødvendige tiltak tidlig (opplæringsloven § 11-13). PPT skal også utarbeide sakkyndige vurderinger av elevers særlige behov. I likhet med skolen har PPT som nevnt både plikt til å samarbeide med andre tjenester og meldeplikt til barnevernet (opplæringsloven §§ 24-1 og 24-3).

Vi nevner her også noen bestemmelser som er nye eller endret i den nye opplæringsloven, som trådte i kraft i august 2024. Den nye lovens bestemmelser om organisering

[41] Fysisk inngripen kan bare gjøres når andre tiltak ikke er tilstrekkelige, inngripen kan ikke gå lenger enn nødvendig og skal stå i et rimelig forhold til interessene som skal ivaretas (opplæringsloven, § 12-4).

av elever i grupper åpner for en viss form for segregering av ulike grupper elever, dersom det ikke skjer til vanlig. Elever kan replasseres, og de kan deles inn grupper etter kjønn der dette er formålstjenlig eller nødvendig. Den nye loven har også gitt en åpning for fysisk inngripen mot elever.

Det som i den gamle loven ble omtalt som spesialundervisning, blir i ny opplæringslov oppdelt i tre ulike rettigheter; personlig assistanse (§ 11-4), fysisk tilrettelegging og tekniske hjelpemidler (§ 11-5) og individuelt tilrettelagt opplæring (§ 11-6). Det kreves en sakkyndig vurdering fra PPT når kommunen eller fylkeskommunen skal fattes vedtak om individuelt tilrettelagt opplæring.

5.2 Skolene

5.2.1 Rutiner og organisering

Et viktig premiss for skolenes forhold til målgruppa for dette prosjektet er at opplæringsplikten gjør at skolen er en hverdagsarena for svært mange barn og unge. Dette betyr for det første at skolene ofte er den første instansen som blir stilt overfor situasjoner hvor det må vurderes om barns og unges atferd er bekymringsfull, og hvilke tiltak som i så fall bør iverksettes. For det andre er det slik at for de fleste barn og unge som utviser skadelig atferd, så fortsetter skolen å være deres hverdagsarena mens det iverksettes tiltak fra andre tjenesters side – uansett om den skadelige atferden vedvarer eller ikke, og uansett om de andre tjenestenes tiltak fortsatt er aktive.

Noen av skolene som vi har gjort intervjuer ved, beskriver rutiner for håndtering av saker der elever skader andre. Disse rutinene har flere fellestrekk. Inntrykket er at det først settes inn tiltak på skolenivå, som ekstra personalressurser rundt eleven og samtaler med foreldre eller foresatte. Deretter løftes saken til et tverrfaglig eller tverretatlig team for drøfting, hvis bekymringen vedvarer eller saken er alvorlig.

Forskjellene virker å ligge i hvor formalisert rutinene og samarbeidet med andre tjenester er. Én skole har en trinnvis rutine hvor en vedvarende bekymring følges opp i spesialpedagogisk team og deretter i samarbeidsmøter med foreldre. I en annen kommune benyttes BTI-modellen ved samtlige skoler, med dokumentasjon i en stafettlogg som «eies» av foreldrene,[42] og fordelingsteam på høyere nivå som vurderer henvisning til eksterne tjenester. En tredje skole beskriver en akutt håndtering av en spesifikk voldshendelse, der skoleeier, politi og kommuneoverlege ble involvert og der det ble lagt vekt på å følge opp både utøver, utsatt og berørte lærere.

I alvorlige tilfeller der man anser at elever ikke har et trygt og godt skolemiljø, har rektor plikt til å varsle skoleeier – det vil si kommunen eller fylkeskommunen (§ 12-4). En skolesjef i en av undersøkelseskommunene forklarer hvordan denne lovbestemmelsen tolkes i denne kommunen. Skoleeier varsles ved alvorlige voldshendelser, hendelser der våpen har vært involvert, seksuelle krenkelser og forhold som har pågått over tid:

> «I opplæringsloven så er det jo en meldeplikt til skoleeier i saker som den definerer som alvorlige. Da er jeg den personen hos skoleeieren som skolene tar kontakt med. Det kan være engangssaker som har et alvorlig omfang. Da kan det være noe med vold, selvfølgelig. Det kan være seksuelle krenkelser. Ellers er det saker som gjerne har vart en tid, som skolen ikke helt får has på. (…) Det skal være noe som skolen vurderer som noe utover det vanlige» (Skolesjef, kommune)

[42] Se punkt 8.3 for en beskrivelse av BTI-modellen og bruk av stafettlogg.

5.2.2 Tiltak og utfordringer

Relasjonsbygging og voksenstøtte

Eksempler på forebyggende tiltak er å ha synlige voksenpersoner som kan observere og gripe inn i friminutter, og miljøarbeidere på alle klassetrinn. Å bygge trygge voksenrelasjoner for elevene på skolen virker å være viktig i arbeidet med målgruppen. Rektor ved en ungdomsskole forteller for eksempel at ledelsen ved skolen har et sterkt fokus på å utvikle relasjonskompetanse blant de ansatte, og rutiner for at elever som utøver skadelig adferd, kun blir håndtert av voksne de kjenner. Dette for å de-eskalere den skadelige adferden. Denne skolen har også en omforent praksis for hvordan ansatte snakker med elevene – praksisen er å i størst mulig grad fortelle barna hva de skal gjøre, ikke hva de ikke skal gjøre, og å øve på ønsket adferd og sosiale ferdigheter. En annen kommune har fokus på hva som ligger bak ulike typer adferd, både i skolen og i andre tjenester, og vektlegger at tjenesteytere må forstå hvem barna er og hva de har med seg i bagasjen for å kunne sette inn gode tiltak. En skolesjef sier at de prøver å spørre seg selv:

> «Egentlig handler det om hvordan du skal forstå atferd. Hvem er de som utsetter andre for vold?» (Skolesjef, kommune)

Omtrent halvparten av skolene der vi har gjennomført intervjuer, trekker frem forsterket voksenstøtte som et viktig tiltak i arbeidet med å håndtere enkeltelever som skader andre. Dette oppfattes som et tiltak for å skjerme både utøveren og de andre elevene, men også for å bygge en relasjon til barnet som utøver vold.

Teamorganisering

Gjennom intervjuene har vi identifisert noen gode grep som skolene tar i arbeidet med barn og unge som skader andre. De skoleinformantene som forteller om praksis som fungerer, vektlegger organisering av lærerne i team. Teamene er viktige for å unngå at lærere opplever å stå alene i oppfølgingen av elever som skader andre, og for å sikre at elevene håndteres av lærere som de har en relasjon til. Rektor ved en ungdomsskole forteller at team-organiseringen gjør at det er lett å frigi læreren med tettest relasjon til eleven det gjelder, slik at vedkommende for eksempel kan følge eleven ut. Rektoren vektlegger at en tett relasjon til eleven er viktig for å hindre eskalering av utagerende adferd.

Bruk av skolebytte som tiltak (opplæringsloven § 13-2)

I intervjumaterialet forekommer et eksempel på en skole som benyttet § 13-2 i opplæringsloven, altså vedtak om at en elev skal bytte skole, som del av håndteringen av en SSA-sak. I den aktuelle saken byttet utøveren skole, etter foreldrenes ønske.

En skolesjef i en av undersøkelseskommunene begrunner benyttelsen av dette tiltaket slik:

> «Så er det jo sånn at hvis det på skolen er utrygt for den som har blitt utsatt for noe, så blir det jo fort aktuelt med sånne synlige tiltak, som klassebytte, eller i ytterste konsekvens, skolebytte. Det er noe som opplæringsloven egentlig nevner som eksempel, dersom skolebytte skal være aktuelt som et tiltak. Skolebytte skal være siste utvei på mange måter, egentlig alltid. Men i særskilte tilfeller, alvorlige tilfeller. Da blir seksuelle krenkelser nevnt som et eksempel på et særskilt, alvorlig tilfelle.» (Skolesjef, kommune)

I eksempelet over skjedde skolebytte med foreldrenes samtykke. Informanter fra PP-tjenesten i en stor undersøkelseskommune opplever at tvungent skolebytte aldri skjer i denne kommunen, men at det derimot er de utsatte som bytter skole, enten dette er andre elever eller lærere som har blitt utsatt for krenkelser.

Etter vår vurdering kan bruk av skolebytte etter § 13-2 sette skolen i et krysspress mellom ulike parters rettigheter. På den ene siden kan tiltaket brukes av hensyn til de andre elevene, dersom det har skjedd alvorlige krenkelser som er vedvarende, og andre tiltak har ikke avhjulpet situasjonen. På den andre siden kan eleven som har utøvd vold eller skadelig adferd, flyttes til en annen skole fordi adferden i høy grad er et resultat av det miljøet han eller hun er i. I begge tilfeller vil det imidlertid være en risiko for at utøveren krenker andre elever på den nye skolen, og kan derfor i realiteten være å «flytte et problem». I begge tilfellene havner skolen i et krysspress mellom ulike elevers rettigheter til et trygt og godt skolemiljø. Dette illustreres ved et utsagn fra et intervju med en PP-tjeneste:

> «Det kan være det beste for de andre elevene at [elev som har utført vold] tas ut. […] Men ved et skolebytte så blir ofte nissen med på lasset.» (Leder, PP-tjeneste)

Mangel på personalressurser, tilbud og tid

Flere informanter opplever at skolene har for få personalressurser til å håndtere elever med voldelig adferd. Det trekkes blant annet fram at barn med atferdsproblemer trenger å være i små grupper – noen må også følges opp én til én – og at det derfor ikke er «nok hender». Flere uttrykker et behov for «flere hender», for eksempel i form av flere assistenter. En rådgiver i en PP-tjeneste, som gir veiledning til skolene i kommunen om håndtering av elever med skadelig adferd, observerer det samme. Informanten sier:

> «[Lærerne] syns også det er provoserende at det er så mye veiledning på hva de skal gjøre, men at det de trenger er flere hender. Ikke mer veiledning.» (Informant, PPT).

En informant med tilsvarende rolle overfor barnehagene fortalte om liknende behov og ønsker i den sektoren.

Noen informanter fra skolene opplever også å mangle egnede tiltak og tilbud til målgruppen og deres familier, blant annet i form av alternative opplæringsarenaer. Enkelte opplever at tilbud og arenaer som finnes, legges ned som følge av dårlig kommuneøkonomi.

Vi hører imidlertid om alternative opplæringsarenaer som finnes. Én av undersøkelseskommunene har et miljø- og systemrettet læringsmiljøsenter. I tillegg til et veilednings- og kompetansehevingstilbud rettet mot skoler og barnehager, tilbyr senteret en alternativ opplæringsarena for ungdomstrinnet primært, som gir et moderert faglig tilbud til 10–15 elever.

Noen skoleinformanter påpeker at kombinasjonen av mangel på personalressurser og manglende alternative opplæringsarenaer er særlig uheldig, fordi hver enkelt lærer da både må håndtere barn som skader andre, og sikre et trygt og godt skolemiljø og gi opplæring av tilstrekkelig kvalitet for de andre elevene. Her kommer lærere og skoleledelse i et krysspress: Alle elever skal være en del av klassefellesskapet (opplæringsloven § 14-2), samtidig som alle elever skal ha et trygt og godt skolemiljø (§ 12-2) og få utbytte av opplæringen (§ 11-1). En rektor på en ungdomsskole sier følgende om elever ved skolen som har utfordrende adferd:

> «De barna er løftet ut av ordinær undervisning store deler av dagen, fordi de skaper utfordringer for et godt læringsmiljø for andre elever. Her er det barns rettigheter som ofte står i motstrid til hverandre.» (Rektor, ungdomsskole)

Enkelte informanter fra skolene trekker også fram mangel på tid som en utfordring i arbeidet. Det er her både snakk om tid til å igangsette tiltak, til kompetanseheving av lærere og til å snakke med elevene og bli kjent med dem. Sistnevnte synes å være viktig for å komme i posisjon til å gi hjelp.

PPT er en relevant hjelpetjeneste i skolens arbeid med barn og unge som skader andre. Samarbeidet med og involveringen av PPT i slike saker beskrives nærmere i punkt 5.3 under.

Utfordringer knyttet til kapittel 12 i opplæringsloven

Som nevnt over, fastslår opplæringsloven § 12-2 at alle elever har rett til et trygt og godt skolemiljø som fremmer helse, inkludering, trivsel og læring. Det er ulike syn på og erfaringer med hvorvidt «mobbeparagrafen», med de tilhørende aktivitets- og dokumentasjonspliktene, er hensiktsmessig i håndtering av saker der barn og unge har utøvd vold eller skadelig seksuell atferd mot andre. I noen undersøkelseskommuner opplever man at voldssakene skiller seg fra mobbesakene, blant annet fordi de erfarer at voldssakene krever en annen og mer spesialisert kompetanse. En rektor sier:

> «Og så går det under paragraf 12. Vanlig mobbesak. Men jeg tenker jo at hvis det skjer vold, kanskje det hadde vært bra med en hjelpeinstans til akkurat vold. […] Vold skulle vært en annen kategori enn mobbing. Vi kan ikke ha det sammen med mobbesaker. Vold og trusler skulle vært et annet sted» (Rektor, skole)

En kommunalsjef i en annen undersøkelseskommune opplever imidlertid at kapittel 12 i opplæringsloven er godt egnet for å håndtere saker der elever skader andre, og at aktivitetsplikten som ligger i lovbestemmelsene har virket positivt på skolenes arbeid med denne gruppa, særlig for å ta grep tidlig nok. Informanten sier:

> «Nå er jo det med å gripe inn blitt veldig skjerpa inn i lovverket. Det ligger en plikt på skolene til å gripe inn i opplæringsloven, som gjør at skolene har blitt veldig mye flinkere til å ta tak tidligere, til å være aktive. […] Før var det nok en mer avventende holdning. Da var regelverket også litt rigga på en annen måte. […] Forståelsen for lovverket er endra på den måten at en vet nå mye bedre enn vi gjorde før, at vi skal gripe inn. Det er det aktivitetsplikt handler om» (Skolesjef, kommune)

Imidlertid opplever noen av våre skoleinformanter at bestemmelsene i kapittel 12, særlig bestemmelsen knyttet til dokumentasjon av tiltak, stjeler verdifull tid som kunne vært brukt til å jobbe godt med barn og unge som skader andre, og miljøet rundt. Denne erfaringen vet vi at deles av skoler i arbeidet med mobbesaker også (Proba, 2023).

Undergrupper som er særlig utfordrende å følge opp

Én skoleinformant trekker fram barn med flyktningbakgrunn som en undergruppe som det er særlig utfordrende å følge opp. Dette skyldes blant annet at det er vanskelig for foreldre å manøvrere i hjelpeapparatet uten å kunne språket og ha kunnskap om og forståelse for systemet.

Belastninger på lærere og andre ansatte i skolen

Intervjuene med informanter i opplæringssektoren tyder på at lærere og andre ansatte i skolen opplever emosjonelle belastninger, redsel og utrygghet i møte med elever som har voldelig adferd eller som utagerer. Mange av informantene forteller om dette. En skolesjef i en undersøkelseskommune forteller om de emosjonelle belastningene som ansatte i skolen kan oppleve i møte med målgruppen:

> «Disse problematikkene her, de vet vi at det gnager, det sliter veldig på ansatte. De syns det er vondt å bli utsatt for ting, og samtidig det er vondt å vite om at det er elever som har det vondt. Så du får en sånn dobbel forsterkning. Vi vet samtidig at det er STAMI som har gjort undersøkelser på yrkesbelastninger. For lærerbransjen, eller skolebransjen, er emosjonelle belastninger høyt oppe på risiko. Vi vet jo at ansatte syns det er belastende». (Skolesjef, kommune)

Informanter ved én skole trekker også frem at lærerne kan kjenne på en motløshet i arbeidet med barn og unge. En informant sier:

> «Vi jobber og jobber, men ungene trenger så mye mer enn det vi greier å gi» (Ansatt, skole)

Arbeidet med elever som skader andre, krever også mye ekstra tid og ressurser. Informanter ved en annen skole forklarer at oppfølgingen av elevene er svært energikrevende, og at det medfører mye ekstra arbeid og møtevirksomhet for lærerne, noe som kan være belastende.

De ulike formene for krysspress som vi beskriver ovenfor – kryssende hensyn mellom utagerende elever og de andre elevene i skolebyttesaker, så vel som i den daglige undervisningen – kan medføre belastninger og gå ut over lærernes helse og trivsel. På en skole i én av undersøkelseskommunene førte dette til økt sykefravær og at en lærer sluttet.

Å gi støtte til ansatte, både støtte fra kollegaer og ledelse, samt mulighet for debrief etter krevende situasjoner, trekkes frem av skoleinformanter som viktig i skolenes arbeid med målgruppen. Enkelte uttrykker et behov for rutiner for briefing i team etter vanskelige hendelser på skolen.

5.2.3 Skolenes samarbeid med andre tjenester

Skolehelsetjenesten og PP-rådgiver

Informanter ved flere av skolene som vi har gjennomført intervjuer ved, forteller at helsesykepleier involveres i saker der elever skader andre eller seg selv. Dette kan gjøres ved å tilby utøver eller utsatte samtaler med helsesykepleier, eller at ledelse og ansatte ved skolen søker råd og drøfter problemstillinger med helsesykepleier. Én skole oppgir å rutinemessig søke bistand fra helsesykepleier ved informasjon om at elever er utsatt for seksuelle overgrep eller selger seksuelle tjenester.

Et annet grep som vektlegges, er tilstedeværelsen av helsesykepleier og PP-rådgiver ved skolen, for eksempel ved fast kontortid én eller to dager i uka. Det at disse tjenestene er fast ved skolen gjør dem mer tilgjengelige og foreldre og barn blir kjent med personene. Dette gjør at terskelen for å ta kontakt senkes, og at eventuell skepsis fra foreldre reduseres. Én skole har også barnevernspedagoger ansatt i miljøarbeiderstillinger, og informantene fra denne skolen ser at dette er nyttig.

Andre kommunale helse-, omsorgs og familietjenester

En informant ved en annen skole trekker frem at helse- og omsorgstjenester som familietjeneste eller liknende, som gir hjelp i barnets miljø og i hjemmet, fungerer som en tredjepart og får familiens tillit. Dette kan igjen dempe konflikter mellom skole og hjem.

Én skole forteller også at de involverer habiliteringstjenesten, ergoterapeut og psykisk helsetjeneste i kommunen i arbeid med elever som skader andre eller som har andre atferdsutfordringer.

En annen skole vi gjennomførte intervjuer ved har en ungdomskontakt fra kommunens ungdoms- og familietjeneste som er på skolen én gang i uka. Dette er en ressurs som kan kobles på ved voldshendelser på skolen, og som for eksempel kan gjennomføre samtaler med utøver og utsatte. Vi hører også om at kommunens ungdomsteam involveres i saker ved skolene. En oppvekstsjef forteller for eksempel at kommunen har et oppsøkende ungdomsteam bestående av ulike fagpersoner, som oppsøker ungdom der de er, blant annet på skolen.

BUP

BUP er en instans som kommunene kan samarbeide med i tilfeller der elever utøver skadelig adferd. I vårt intervjumateriale fremkommer det ingen eksempler på skoler har faste drøftings- eller inntaksmøter med BUP. Den vanligste fremgangsmåten synes å

være at foreldre – etter dialog med skolen – får henvisning til BUP for sitt barn av fastlegen. I én undersøkelses-kommune kan skolene melde inn saker til tverrfaglig fordelingsteam, som vurderer om saken skal sendes videre til BUP eller PPT. Skolen er én av instansene som BUP kan ta kontakt med i utredningsfasen etter henvisning, for å få informasjon om barnet. Vi ble også fortalt om at dialog med skolen kan inngå som del av kartlegging av skadelig seksuell atferd ved bruk av AIM-verktøyet i BUP.

En leder i en kommunal helse- og omsorgstjeneste forteller at skolene kan melde bekymring om elever til helsetjenesten, som deretter kan ha et inntaksmøte med BUP. Det er imidlertid slik at skolene ofte har et møte med helsesykepleier og foreldre, der foreldrene får beskjed om å kontakte fastlegen, som igjen kan henvise barnet til spesialisthelsetjenesten. Den kommunale helsetjenesten kan henvise, men ønsker helst at henvisningen skal gå via fastlegen.

Noen informanter er også opptatt av at måten psykisk helsehjelp gis til barn og unge, særlig timeavtaler for samtaler ved BUPs behandlingssteder, ikke egner seg for barn som sliter. Én informant mener at psykiske helsetjenester ikke ser helheten rundt barnet og ikke får undersøkt konteksten der barnet er, fordi de ikke er til stede i skolen. Informanten sier:

> «Tjenestene er ikke på arenaene til barn og foresatte, der de føler seg trygge, som er skolebygget» (Informant, ungdomsskole)

Informanten mener at tilbudet hadde vært bedre dersom behandlerne hadde vært til stede i skolen, og gitt hjelpen der.

Politiet

Skolene kan også involvere politiet ved vold mellom elever – det kan opprettes dialog mellom skole og forebyggende politi om aktuelle tiltak for å forebygge nye hendelser, eller om en eventuell anmeldelse. Politiet kan gjennomføre bekymringssamtale med elev og foreldre. En skolesjef i en av undersøkelseskommunene råder ofte skolelederne til å kontakte kommunens politikontakt for råd og drøfting i saker der barn og unge skader andre:

> «Ofte så er jo politi en aktør som skolene har spørsmål rundt. Skal vi anmelde eller ikke? Skal vi ta kontakt? Skal vi ikke? Da pleier jeg å gi hovedrådet mitt, at en tar kontakt med politikontakten vår. At rektor kan sparre med politikontakten, eller at jeg gjør det.» (Skolesjef, kommune)

Involvering av barnevernet

Som nevnt har ansatte i skolen PP-tjenesten og andre som omfattes av opplæringsloven meldeplikt til barnevernet. Meldeplikten gjelder blant annet når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet eller utsettes for alvorlig omsorgssvikt, eller når et barn viser alvorlige adferdsvansker i form av for eksempel alvorlig eller gjentatt kriminalitet (opplæringsloven § 24-3).

Vårt inntrykk fra intervjuene er imidlertid at skolenes praktisering av meldeplikten varierer, og noen melder i mindre grad enn andre i tilfeller der barn og unge har utøvd skadelig adferd. Intervjuene viser også at skoler i flere undersøkelseskommuner opplever samarbeidet med barnevernet som særlig utfordrende.

En utfordring for noen skoler er at skolens involvering av barnevernet virker ødeleggende for skole-hjem-samarbeidet. Flere informanter mener mange foreldre har lav tillit til barnevernet, og at skolens involvering av barnevernet for å hjelpe en elev kan skape skepsis, redsel og mistillit til skolen hos foreldrene. Skoler opplever at forholdet mellom skole og hjem kan svekkes ved involvering av barnevernet, både i saker der elevene kommer fra ressurssterke og mindre ressurssterke familier.

En annen utfordring er manglende eller varierende informasjonsformidling fra barnevernet til skolene om enkeltelever; dette beskrives nærmere under.

Noen skoleinformanter opplever at involvering av barnevernet ikke fører til hjelp for barnet eller ungdommen. En informant sier:

> «På generelt grunnlag er det sånn at det hjelper lite å melde. Alt blir henlagt. Det er veldig sjeldent at de går inn i familier.» (Informant, skole)

En liknende problemstilling beskrives av en PPT-rådgiver som bistår skoler i kommunen ved alvorlige hendelser. Informanten opplever at mange saker – spesielt SSA-saker – kan falle mellom stoler når barnevernet ikke ser grunnlag for tiltak. Skolen kan mene at det er hjemmeforhold som ligger bak den skadelige adferden, men når barnevernet ikke avdekker slike forhold, kan det skape frustrasjon for skolen.

Vi hører imidlertid også om eksempler på velfungerende tiltak i samarbeid med barnevernet, som del av oppfølgingen av elever som utøver skadelig adferd. I ett eksempel deltok eleven og familien i ukentlige samtaler med familieterapeut gjennom barnevernet, der familieterapeuten også koordinerte øvrige tjenester rundt eleven. En av undersøkelseskommunene har barnevernsfaglige ressursteam på enkelte skoler.

5.2.4 Generelle samarbeidsutfordringer

Lite eller manglende bistand fra andre tjenester

De fleste informantene som leder eller jobber ved skoler, opplever at skolene «blir stående alene» med å håndtere elever med voldelig adferd eller skadelig seksuell atferd, og at de får for lite bistand fra andre tjenester. En informant ved en ungdomsskole sier:

> «Når andre aktører har gjort sine utredninger og undersøkelser, så kan de trekke seg ut om de står fast, og så blir vi sittende igjen med problemet. Og det som vi som skole ikke får til, det blir det ikke noe av.» (Informant, ungdomsskole)

Skolene har behov for spesialkompetanse som andre tjenester har, men opplever at det forventes at skolen skal løse problemer som ligger til andre tjenesteområder. Dette gjelder særlig helseområdet. En del informanter opplever at de andre tjenestene som skal hjelpe eleven er lite handlingsorienterte, og at skolen blir sittende med ansvaret for oppfølging og koordinering av tjenestene rundt eleven. En annen informant har en liknende opplevelse:

> «Når det kommer til utagerende uttrykk vil jeg påstå at det ikke er noe støtte å hente. Det er mange møter, men det kommer lite ut av dem. Når vi går derfra er det ingen som tar ansvar for noen ting, og så er det vi som sitter igjen med alt ansvaret.» (Informant, skole)

En tredje informant – en leder i en kommunal helsetjeneste – opplever imidlertid at skolen også tar mye av ansvaret selv, for lenge, trolig fordi andre tjenester oppleves lite tilgjengelige:

> «Når vold skjer i skolen, så tror jeg skolene kjenner mye på at, hvor er hjelpen? [...] Der vi opplever vold, er på skolen. Det er viktig at helsesykepleier og [helsetjenesten] jobber tettere sammen med skolen for å lykkes. Det er opp til skolen å samarbeide med skolehelseteam. Vi må utfordre taushetsplikten med samarbeidsplikt […] Skolene håndterer mye selv helt til sakene blir så alvorlig at elevene ikke kan være på skolen. Vi bør samhandle mer tidligere. Hjelpe hverandre.» (Leder, kommunal helsetjeneste)

En annen utfordring i skolenes arbeid som kommer opp i intervjuene, er at det mangler kompetanse hos andre tjenester, sett fra skolens perspektiv. For eksempel nevnes mangel på mangfoldskompetanse i hjelpetjenestene.

Det kan også være ulike oppfatninger mellom skolen og andre tjenester om hva barnet eller familien trenger av hjelp, noe som kan utfordre samarbeidet.

Noen skoleinformanter opplever også at samarbeid med, bidrag fra og kompetanse hos andre tjenester – blant annet PPT, barnevern, politiet og andre hjelpetjenester – er personavhengig.

Ressursmangel, nedskjæringer og utskiftinger hos andre tjenester

Noen skoleinformanter opplever at nedskjæringer og utskiftinger hos andre tjenester medfører utfordringer for samarbeid og hjelpetilbud til barn og unge som skader andre. Én informant opplever at nedskjæringer i PP-tjenesten gir mindre tid til å observere elever på skolen, og at det hyppig er skifter av behandlere hos PPT og BUP, noe som kan ha en negativ innvirkning på oppfølgingen av barnet. En skoleinformant sier:

> «En annen sak som vi kan reagere på er at vi kan ønske at teamet som gjelder rundt elevene skulle være permanent. Det er også tilbakemeldingen fra foreldre (…) Hvis det er PPT, sier foreldrene at de bytter og bytter. Jeg ser at de er lei av å begynne på nytt og kan gi opp.» (Informant, skole)

Et annet eksempel er at nedskjæringer og omorganiseringer har påvirket samarbeidet mellom skole og politiet. En skoleinformant opplever manglende kontinuitet i kontaktpersoner i politiet, og at samarbeidet er personavhengig. En informant fra en annen skole har en liknende opplevelse, og forteller at skolen i tidligere perioder har hatt et systematisk samarbeid med politiet. Hyppige skifter av struktur og organisering av det forebyggende arbeidet i politiet har imidlertid gjort at det per nå ikke er samarbeid. Informanten sier:

> «I det ene øyeblikket har de forebyggende tjeneste, i det andre ikke, jeg har nesten gitt opp. Hvis det skjer noe, ville vi selvfølgelig ha ringt dem. Men det er ikke sikkert det hadde kommet noen.» (Rektor, ungdomsskole)

5.2.5 Skolenes kompetansebehov

Skoleansatte trenger kompetanseheving

Informantene i opplæringssektoren nevner ulike typer kompetanse som ansatte i skolen har behov for i arbeidet med målgruppen. En skoleinformant etterlyser mer spesialkompetanse på voldsproblematikk og mener lærere må skoleres i dette. Andre mener lærere og andre ansatte i skolen trenger mer kompetanse på hvordan de kan håndtere konkrete situasjoner og gripe for å hindre at elever skader seg selv eller andre.

PP-tjenesten i en av undersøkelseskommunene har et internt beredskapsteam, som blant annet tilbyr veiledning og kompetanseheving om skadelig seksuell adferd til skolene i kommunen. Teamet opplever at det er for lite kompetanse på skadelig seksuell adferd i skolene.

RVTS-ene blir trukket frem som en relevant aktør som kan bidra her. RVTS har blant annet kommunikasjonsverktøy om hvordan man kan snakke med barn, som skolene kan bruke direkte. Beredskapsteamet opplever imidlertid at kompetanseheving ikke står høyest på agendaen til skolelederne i kommunen. Det er ofte de samme skolene som deltar på kurs i regi av RVTS, og gjerne skoler som har hatt SSA-saker.

Det er behov for andre profesjoner med spesialkompetanse inn i skolen

Flere andre informanter mener det trengs mer spesialkompetanse inn i skolen, men understreker at dette ikke kan legges på lærerne. Én skoleinformant mener for eksempel at man for å håndtere elever som skader andre må ha spisskompetanse på psykisk helse og diagnoser inn i skolen, ikke i form av kompetanseheving hos ansatte i skolen, men gjennom at helsepersonell i større grad kan jobbe i skolemiljøet. Informanten mener lærerne har mer enn nok med å opprettholde og tilegne seg pedagogisk kompe-

tanse, og ivareta kvalitet i opplæringen, som i seg selv har en verdi. Også andre informanter vektlegger dette – at lærerne må få tid til å utføre sine kjerneoppgaver.

Flere skoleinformanter ser behovet for å få andre profesjoner i hjelpeapparatet inn i skolen, med den spisskompetansen som disse har, både helsepersonell, sosionomer, miljøterapeuter og barnevernspedagoger. Det trekkes frem at barnevernets tilstedeværelse i skolen også kan bidra til å styrke tilliten til barnevernet, og at sosialfaglige ansatte ved skolene kan fungere som bindeledd mellom skole og hjem. Større tilstedeværelse fra andre tjenester i skolen trekkes også frem som viktig for å bedre hjelpetilbudet til barn og unge som sliter. En informant sier:

> «Jeg kjenner at jeg blir så lei av å sitte i møter og så skjer det ingenting. Skolen, her skjer det. Andre kan trekke seg veldig unna, avtale ting om hva vi gjør, sånn og sånn, men så skjer det ikke. Vi sitter i møter, og jeg tenker: dere må flytte dere dit ungene er.» (Informant, skole)

Informantene som har barnevernspedagoger, helsesykepleiere og andre tjenester til stede på skolen mener som nevnt at dette er et godt grep i arbeidet med barn og unge som skader andre, og ønsker mer av dette.

5.3 PP-tjenesten og andre rådgivningstjenester

5.3.1 Ulike måter å organisere PP-tjenesten på

PPT kan organiseres som en egen tjeneste i den enkelte kommune eller som et interkommunalt samarbeid,[43] og undersøkelseskommunene løser denne oppgaven på ulike måter. Noen undersøkelseskommuner har inngått samarbeid med andre kommuner om PPT, som vertskommunesamarbeid. I noen av kommunene jobber de ansatte i PPT helt eller delvis på samme lokasjon som skolen, og vi finner flere eksempler på at PP-rådgivere er kontaktpersoner eller er knyttet til faste skoler og barnehager, for eksempel inndelt etter geografiske områder. PP-rådgivere kan også inngå i tverrfaglige team ved skolene. I større kommuner kan det også finnes mer spesialiserte team innenfor PP-tjenesten, for eksempel beredskapsteam som kan bistå skolene ved alvorlige hendelser.

5.3.2 Tilbud og utfordringer

PP-tjenesten arbeider både på system- og individnivå

PP-tjenestene som vi har intervjuet, har flere fellestrekk i måten de jobber med barn som skader andre på. De kombinerer kartlegginger, vurderinger og oppfølging på individnivå med systemrettede tiltak, og de gir både direkte oppfølging til enkeltbarn og veiledning til ansatte i skoler og barnehager. Veiledning og observasjon brukes for å støtte personalet i å håndtere utfordrende atferd, blant annet voldelig eller utagerende adferd. Datamaterialet vi har tyder ikke på at noen organiseringsformer eller rutiner for å involvere PPT er vanligere enn andre, men vi hører om eksempler på at PPT får befatning med enkeltsaker gjennom faste møter med skolene og barnehagene eller ved at PP-rådgivere jevnlig er til stede ved faste skoler og barnehager. Observasjon og samtaler med barna, deres foreldre og andre legger grunnlag for vurderinger i enkeltsaker, og PP-tjenesten lager sakkyndige vurderinger der det er behov.

[43] *PP-tjenesten (PPT)*. Hentet 13. november 2025 fra https://www.udir.no/laring-og-trivsel/spesialpedagogikk/pp-tjenesten/.

PP-tjenestens rolle i saker med skadelig adferd

Inntrykket er at tjenestene jobber bredere enn kun med faglige utfordringer, når de kartlegger og vurderer hjelpebehov hos enkeltbarn eller enkeltelever. Én PP-tjeneste trekker for eksempel frem at tjenestens arbeid tradisjonelt har handlet om elvenes faglige utbytte av opplæringen, men at det også handler om elevens sosiale utbytte. En annen PP-tjeneste har fokus på å gjennomføre en bred kartlegging av barnet som skal utredes, og å stille konkrete spørsmål til både barn og foreldre for å avdekke hva som ligger bak barnets utfordringer. Likevel er inntrykket at voldelig adferd ikke er hovedfokus i brorparten av enkeltsakene som PPT jobber med – skolefravær, angst og konsentrasjonsvansker virker å i større grad være grunnlag for henvisninger, og at bistand fra PPT ved voldelig adferd gjerne gis i form av veiledning til skolen eller barnehagen. Én tjeneste forteller at slik veiledning kan være rettet mot en hel skole, et trinn, en klasse eller en gruppe lærere.

PPT kan likevel være relevant i alvorlige saker der elever har utøvd skadelig adferd. Én PP-tjeneste forteller at tjenesten kobles på sammen med en rekke andre tjenester ved alvorlige hendelser. Selv om PPT i slike situasjoner først og fremst har rolle som en rådgivende instans og en støttetjeneste for skolen eller barnehagen, og ikke har en like viktig rolle som for eksempel barnevernet, kan PPT bistå. Tilbudet påvirkes av hendelsen, særlig hvis både utøver og utsatt går i samme klasse. Hvis både utøver og utsatt går i samme klasse må det kanskje gjøres vurderinger av hvorvidt én av partene skal bytte klasse, og der kan PPT bistå.

Enkelte steder brukes PP-tjenesten aktivt i skolens håndtering av alvorlige hendelser. PP-tjenesten i en av undersøkelseskommunene har et internt beredskapsteam, med et særskilt ansvar for akutthendelser. Teamet bistår ved alvorlige episoder ved skoler, for eksempel dødsfall, voldssaker og SSA-saker, med både planlegging og gjennomføring av tiltak, veiledning og informasjon. De jobber primært mot skoleledelsen, men veileder også lærere i hvordan de skal snakke med elevene. Teamet kan for eksempel veilede rundt håndteringen av saken ovenfor foreldregruppen, og hva slags informasjon skolen bør gi for å roe ned en usikker situasjon der foreldre er redde. De hjelper også skolen med å få informasjon fra politiet som ikke er taushetsbelagt. Teamet har fått midler til å kunne følge opp saker over lengre tid, særlig i SSA-saker.

PP-tjenestens arbeid med forebygging

Flere av PP-tjenestene har fokus på forebygging. Én av tjenestene, som er rettet mot barnehager, er opptatt av tidlig forebygging av utfordrende adferd gjennom å styrke det ordinære barnehagetilbudet. Ett av flere universelle tiltak som brukes for å forebygge utagering er bruk av bildestøtte i kommunikasjon med barna, da utagering ofte kan handle om å ikke bli forstått. Enkelte PPT-informanter forteller likevel at skolene noen ganger kobler på PPT for sent, og at de først får henvendelser når problemene har blitt store, gjerne i tilfeller der ungdommer utøver skadelig adferd.

Én av undersøkelseskommunene har en egen tjeneste som jobber miljø- og systemrettet, som er adskilt fra den ordinære PP-tjenesten. Dette læringsmiljøsenteret, som også finnes i enkelte andre kommuner, har et veilednings- og kompetansehevingstilbud rettet mot skoler og barnehager. Læringsmiljøsenteret og PPT samarbeider tett og utfyller hverandre. PPT har ansvar for sakkyndige vurderinger av enkeltelever, mens læringsmiljøsenteret jobber mest med system- og miljøarbeid. De ansatte observerer skolemiljøet, veileder skolens og barnehagens personale og holder kurs, med særlig fokus på å bygge relasjonskompetanse og å forebygge skadelig adferd. Det er skolen eller barnehagens ledelse som kobler på læringsmiljøsenteret. Senteret er opptatt av å bygge inkluderende fellesskap og mener at endring må skje i skolemiljøet som helhet, og ikke bare hos det enkelte barnet eller ungdommen. Senteret tilbyr også en alternativ opplæringsarena, primært på ungdomstrinnet, som gir et moderert faglig tilbud til 10–15 elever. Kun et fåtall av elevene har aggressiv adferd.

PP-tjenesten om alternative opplæringsarenaer

Dersom den skadelige adferden har utviklet seg så langt at skolemiljøet er utrygt og andre elever er redde, kan utøveren få tilbud om en alternativ opplæringsarena. Det er da PP-tjenesten som gjør den sakkyndige vurderingen som ligger til grunn for dette. Enkelte PPT-informanter trekker imidlertid frem som en utfordring at eleven ikke kan pålegges dette, dersom eleven er over 15 år og ikke samtykker til at den sakkyndige vurderingen gjøres og/eller til vedtaket om alternativ opplæringsarena.

PPT om stigmatisering og ivaretakelse av utøver

Noen av PP-tjenestene som vi har snakket med, er opptatt av å unngå å stemple eller merke barn og unge som «voldsutøvere». Én informant vektlegger at det å bli omtalt som voldsutøver kan etablere en identitet eller selvbilde hos barnet som kan være skadelig, og som kan føre til mer kriminalitet og negative konsekvenser senere. Det er viktig å jobbe med at utøver skal beholde et godt selvbilde, selv om de har utøvd skadelig adferd, og denne PP-tjenesten jobber med å veilede lærere rundt dette. En annen informant vektlegger at barnets atferd har bakenforliggende årsaker, og at innsatsen bør rettes mot å skape gode rammer rundt barnet. Andre understreker særlig risikoen for overreaksjon og stigmatisering i saker som gjelder seksualisert atferd.

5.3.3 PP-tjenestenes samarbeid med andre tjenester

Inntrykket fra intervjuene med PP-tjenestene er at tjenestene på generell basis samarbeider med et bredt spekter av aktører, i tillegg til skoler og barnehager. Eksempler på tjenester som nevnes, er BUP, kommunal helsetjeneste og familietjeneste, læringsmiljøsenter og flerspråklig senter, statens barnehus, barnevern, politi og FACT-ung. Materialet tyder imidlertid på at strukturer og rutiner for samarbeid, og hvordan aktørene samarbeider med PPT, varierer mye fra kommune til kommune. PPT kan samarbeide med noen aktører på individ- eller enkeltsaksnivå, og med noen på systemnivå, eller begge deler.

Spesielt om PP-tjenestens samarbeid med BUP

Datamaterialet tyder på at BUP er en viktig samarbeidspartner for PP-tjenestene, men det varierer mellom undersøkelseskommunene hvordan samarbeidet er organisert og hvor strukturert det er. PP-tjenesten i én undersøkelseskommune samarbeider med BUP om dialogbasert inntak. Dette er en tverrfaglig møteplass som BUP har initiert. Den delen av PP-tjenesten i denne kommunen som jobber med barnehager, samarbeider imidlertid tettere med den kommunale habiliteringstjenesten, enn med BUP. PPT sender henvisning til BUP dersom det er behov for utredning for en diagnose, men forsøker først å løse utfordringene internt i det kommunale tjenesteapparatet.

I en annen undersøkelseskommune har PPT tett samarbeid med BUP på ulike nivåer og arenaer, men deler av samarbeidet er ikke formalisert. PPT og BUP inngår i felles tverretatlige samarbeidsorganer og prøver å ha et par samarbeidsmøter i halvåret. BUP har også orientert om sitt mandat og rolle hos PP-tjenesten, og omvendt. De samarbeider også ofte om enkeltsaker. BUP kan for eksempel ha spørsmål om utredningen PPT har gjort rundt et barn de har tatt inn som pasient, og motsatt. Det er ikke automatikk i denne praksisen, men BUP og PPT har nå fått på plass et mer systematisk samarbeid rundt barn med bekymringsfullt skolefravær.

Hvordan fungerer samarbeidet?

Det varierer hvor godt PP-tjenestene opplever at samarbeidet med andre tjenester fungerer. Utfordringer som går igjen, er at samarbeidet kan være personavhengig, og ikke har tydelige nok strukturer og avklarte roller og forventninger. Ulik organisering, rammer og problemforståelser mellom tjenestene kan noen ganger føre til at tiltak drar i

ulike retninger. Enkelte trekker frem at involvering av mange instanser også kan føre til for mye handling og at familier opplever «overload».

Noen PPT-informanter opplever at koordinering og planlegging av samarbeid mellom tjenestene ikke alltid er hensiktsmessig, og at det kan stjele tid fra det faktiske arbeidet med barn og unge. Av denne grunnen mener enkelte at samarbeidet bør skje i konkrete saker fremfor på et «abstrakt» nivå. En informant sier:

> «Vi kan snakke oss i hjel. Vi har nok arenaer nå, tror jeg. For hvor mye skal vi snakke og diskutere og veilede.» (Avdelingsleder, PP-tjeneste)

5.3.4 Kompetansebehov i PP-tjenestene

I noen av intervjuene med PP-tjenester kommer det frem behov for ytterligere kompetanse blant de ansatte i tjenesten. Én tjeneste uttrykker behov for mer kompetanse på hvorfor barn har en voldelig eller utfordrende adferd og på seksuell adferd. Sistnevnte omtales som et vanskelig felt, fordi tjenesten har mindre erfaring med slike saker. En leder sier:

> «Jeg tenker det burde jo vært en opplæringspakke for hele oppvekstsektoren. Sånn at alle kunne forstå det ut ifra samme faglige fundament. At hvis alle som jobber med barn og unge, hadde hatt en bedre kompetanse på disse barna, så tror jeg kanskje litt flere kunne ha fått et bedre liv.» (Leder, PP-tjeneste)

Også det nevnte beredskapsteamet i en av de andre undersøkelseskommunene har behov for mer kompetanse, særlig på relevant lovverk og potensielle verktøy knyttet til SSA-problematikk.

5.4 Oppsummering

Skolen er en svært viktig hverdagsarena for nær alle norske barn og unge. Skolen er dermed samtidig en førstelinjelinjetjeneste og en tjeneste der barn og unge som skader andre fortsetter å oppholde seg etter at andre tjenester har blitt koplet på – og eventuelt trukket seg ut igjen.

Vår undersøkelse viser at skoler og PP-tjenestene hjelper barn og unge som utøver vold eller skadelig seksuell atferd gjennom en kombinasjon av universalforebyggende, systemrettede og individrettede tiltak.

Vårt materiale tyder på at skolens arbeid ofte starter med å sette inn tiltak på skolenivå, som ekstra personalressurser rundt eleven og samtaler med foreldre eller foresatte, før saken eventuelt løftes til et tverrfaglig eller tverretatlig team. Det varierer imidlertid hvor formaliserte rutinene for håndtering av skadelig adferd er, både mellom skoler og mellom kommuner. Rutinene varierer også med adferdens alvorlighetsgrad.

En del informanter i skolesektoren legger vekt på relasjonsbygging mellom voksne og elever, og avdekking av bakenforliggende årsaker til adferden, som viktige verktøy i arbeidet med barn og unge som skader andre.

PP-tjenesten gir veiledning til skoler og barnehager, kartlegger barns utfordringer og behov og utarbeider sakkyndige vurderinger. Inntrykket er at PPT jobber bredere enn kun med faglige utfordringer når de kartlegger og vurderer hjelpebehov. Voldelig adferd virker ikke å være hovedproblematikken i enkeltsakene som PPT jobber med, og bistand fra PPT ved voldelig adferd gis gjerne i form av veiledning til skolen eller barnehagen. PPT kan likevel være relevant i alvorlige saker der elever har utøvd skadelig adferd.

Ansatte i skoler, PP-tjenester og andre rådgivningstjenester peker på flere utfordringer i sitt arbeid. Ressursmangel, både i form av personell og egnede tiltak for å hjelpe mål-

gruppa, trekkes fram. Lærere og ledere i opplæringssektoren opplever også krysspress mellom ulike elevers rettigheter.

Emosjonelle belastninger og risiko for omsorgstretthet er utbredt blant ansatte i skolen. Støtte fra kolleger og ledelse, blant annet gjennom teamorganisering og rutiner for debrief, trekkes frem som viktige tiltak for å ivareta ansatte.

Strukturer og rutiner for samarbeid mellom skoler, PP-tjenestene og øvrige tjenester varierer mye mellom kommuner. I mange undersøkelseskommuner er det etablert ulike former for tverrfaglige team, både på skole- og kommunenivå. Noen steder møtes flere tjenester jevnlig for å drøfte enkeltsaker. PPT kan samarbeide med noen aktører på individ- eller enkeltsaksnivå, og med noen på systemnivå, eller begge deler. Samarbeidet mellom tjenestene preges imidlertid ofte av uklar ansvarsfordeling, ulike problemforståelser og mandater og varierende struktur, både fra skolens og PP-tjenestenes perspektiv. Taushetsplikt og manglende informasjonsflyt mellom tjenester kan hemme tidlig innsats og helhetlig oppfølging, og personavhengighet og hyppige utskiftinger i de ulike tjenestene gjør samarbeidet sårbart.

Et viktig funn er at skolene ofte opplever å stå alene med ansvaret for å følge opp barn og unge i målgruppen, og savner at andre tjenester er mer til stede i skolen. En del informanter opplever at andre tjenester er lite handlingsorienterte og at skolen blir sittende med ansvaret for oppfølging og koordinering av tjenestene rundt eleven.

Undersøkelsen viser også at ansatte i skolen har behov for mer spisskompetanse på vold og skadelig seksuell atferd. Mange mener imidlertid at det ikke kan forventes at lærerne innehar alle typer kompetanse som trengs, og at flere profesjoner må inn i skolen for å dekke kompetansebehovet i oppfølgingen av barn og unge som skader andre. Dette gjelder særlig helseprofesjoner, men også andre, som barnevernspedagoger.

I likhet med helsetjenesten preges opplæringssektoren av verkstedmodellen. Her finnes en pedagogisk breddekompetanse i skolen og en spesialpedagogisk spisskompetanse i PPT, som gir atskillig grad av persontilpasning – i alle fall er det det som er ambisjonene som ligger nedfelt i lovverket.

6 Barnevernet

6.1 Lovverk og ansvar

Barnevernlovens overordnede formål er å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid (§ 1). Alle tiltak rettet mot barn og familier skal baseres på hva som er barnets beste (§ 4-1).

Når barnevernet mottar en bekymringsmelding, skal de innen en uke vurdere alvoret i meldingen. Uro over barnets livssituasjon kan gi grunnlag for å iverksette en undersøkelse som har en tidsramme på tre måneder (jf. § 6-9). Barnevernet har plikt til å samarbeide med barnet selv, foreldre og andre kommunale og statlige tjenester for barnets beste.

Barneverntjenesten kan sette inn frivillige hjelpetiltak (som råd, veiledning, støttekontakt, avlastning, med mer), eller hvis det vurderes som nødvendig, fremme sak for barneverns- og helsenemnda om tvangstiltak (for eksempel omsorgsovertakelse). All virksomhet etter barnevernsloven skal bygge på barnets beste som et grunnleggende hensyn. Offentlige instanser som blant annet skole, barnehage og helsetjenester har meldeplikt til barnevernet ved bekymring for barn innskrevet i sine sektorlover.

I 2023 etablerte man det nasjonale forløpet «Barnevern – kartlegging og utredning av psykisk, somatisk og seksuell helse, tannhelse og rus»,[44] som angir hvordan barneverntjenesten skal bidra til at barna i tjenesten blir kartlagt og utredet for psykiske og somatiske helseplager, tann og munnhelseproblemer, samt seksuelle helseproblemer og rusproblemer.

Oppvekstreformen, også kalt barnevernreformen, trådte i kraft 1. januar 2022[45] og ga kommunene økt faglig og økonomisk ansvar for barnevernet. Hovedmålet var å styrke det forebyggende arbeidet og tidlig innsats, slik at flere barn og familier får rett hjelp til rett tid, og at tjenestetilbudet i større grad kan tilpasses lokale behov. Hovedpunktene i reformen er:

- *Forebygging og tidlig innsats:* Reformen flytter fokuset mot å forebygge at problemer vokser seg store, med mål om å bygge et sterkere «lag rundt barnet» lokalt.
- *Styrket samarbeid:* Det er et krav om bedre samhandling mellom barnevernet, skole, helse, PPT, Nav og andre sektorer for å skape et helhetlig tjenestetilbud.
- *Tydelig ledelsesansvar*: Reformen understreker at det er kommuneledelsen, både politisk og administrativt, som har det overordnede ansvaret for at kommunen oppfyller sine plikter i barnevernet.
- *Fosterhjem:* Kommunene fikk et helhetlig ansvar for oppfølging av fosterhjem, inkludert krav om grunnleggende opplæring for fosterforeldre før et barn flytter inn.
- *Brukermedvirkning:* Sterkere vektlegging på at barnets og familiens stemme skal veie tyngre i alle prosesser.

[44] *Barnevern – kartlegging og utredning av psykisk, somatisk og seksuell helse, tannhelse og rus.* Hentet 11. november 2025 fra https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/barnevern.

[45] *Barnevernsreformen - en oppvekstreform.* Hentet 11.november 2025 fra https://www.bufdir.no/fagstotte/barnevern-oppvekst/barnevernsreformen/.

Statlige Bufetat har ansvar for spesialiserte tiltak og den kommunale barneverntjenesten har ansvar for de daglige tjenestene som å gi råd og veiledning, gjøre undersøkelser og fatte vedtak om hjelpetiltak. Oslo har en egen organisering der kommunen har ansvaret for hele barnevernet, inkludert institusjonene.

6.2 Bufetat

Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat) er organisert i fem regioner som tilbyr det kommunale barnevernet differensierte og spesialiserte barneverninstitusjoner, fosterhjem og hjelpetiltak i hjemmet. Bufetat har ansvar for godkjenning av private og kommunale barneverninstitusjoner.

Med barnevernsreformen ble det lovfestet at Bufetat kan tilby spesialiserte hjelpetiltak.[46] Lovfestingen innebærer at tiltak kan tilbys når barnet eller ungdommen har en problembelastning som kan gi grunnlag for plassering i fosterhjem eller institusjon. I dag består tilbudet av hjelpetiltak som Multisystemisk terapi (MST), spesialvarianter av MST, Familien i Fokus og Relasjonsfokusert familieterapi (RFT) (tidligere FFT). Det fulgte av barnevernsreformen at oppgaven med å tilby PMTO ble overført til kommunene, eller avviklet i takt med at kommunene bygger opp nødvendig kompetanse.

Barnevernets institusjonstilbud er boliger for barn og unge som ikke kan bo hjemme eller i fosterhjem, og som trenger systematiske støtte og behandling. Tilbudet kan være frivillig eller tvangsmessig, og institusjonene skal gi omsorg, utviklingsstøtte og beskyttelse til barn med ulike bakgrunner og utfordringer. Det er barnevernstjenesten i kommunen som vurderer om en institusjonsplass er nødvendig.

Barnevernet har tre typer institusjoner. Omsorgsinstitusjoner for ungdom som trenger omsorg og utviklingsstøtte fordi hjemmesituasjonen ikke er tilstrekkelig; akuttinstitusjoner for barn i en alvorlig krisesituasjon der det er fare for liv og helse; og behandlingsinstitusjon som tilbys ungdom med alvorlige utfordringer som rus, kriminalitet eller annen skadelig atferd. Målet er å redusere negative handlingsmønstre og bidra til en bedre fremtid for ungdommen.

Vi gjennomførte ett intervju med en avdelingsleder på en akuttinstitusjon, som tar inn barn og unge etter tvangsvedtak hjemlet i barnevernloven § 4-4, det vil si at de har alvorlige atferdsvansker ved alvorlige eller gjentatte lovbrudd, vedvarende problematisk bruk av rusmidler eller annen form for utpreget normløs atferd. Avdelingen har tre plasser, og er bemannet med rundt 20 ansatte, fordelt på rundt 16 årsverk, som jobber direkte med ungdommene.

6.3 Kommunale barneverntjenester

I barneverntjenestene opplever de at de har barn og unge med en sammensatt problematikk, enkelte har en utagerende atferd og skader andre. Men dette er ikke definert som en egen målgruppe. En informant uttrykker det slik:

> «Du sier 'denne gruppa', og da har man definert at dette er en gruppe. Ungdom eller barn med store vansker kunne likeså godt kanskje begynt å ruse seg som å slå. Det er ikke 'den gruppa ungdommer som utøver akkurat dette'. Av en eller annen årsak så får de en atferd som er et uttrykk for noe som de strever med». (leder, barneverntjeneste)

[46] Spesialiserte hjelpetiltak og endringer i Bufetats tilbud. Hentet 15. desember 2025 fra https://www.bufdir.no/fagstotte/barnevern-oppvekst/barnevernsreformen/spesialiserte-hjelpetiltak-og-endringer-i-bufetats-tilbud/.

6.3.1 Bekymringsmeldinger om barn som skader andre

Barneverntjenestene får saker gjennom bekymringsmeldinger. Tjenestene opplever at det er relativt sjelden at de får meldinger som først og fremst handler om at barn og unge skader andre. Disse sakene er i større grad del en av mer omfattende problematikk, og dreier seg ofte om barn og unge fra familier som har utfordringer på flere områder.

Noen barn er for eksempel stadig i konflikter med jevnaldrende på skolen, utagerer eller utsetter andre for vold. Når meldingen kommer fra skolen, har ofte skolen forsøkt med en rekke tiltak som ikke har hjulpet. I mange tilfeller er dette barn fra familier som barneverntjenesten har vært i kontakt med tidligere. Tjenestene beskriver sammenhenger som at foreldrene selv kan ha utfordringer med psykisk helse, selv har vært utsatt for omsorgssvikt eller foreldre med brudd og høyt konfliktnivå. Det kan være barn med en diagnose som i tillegg har levd under svake omsorgsbetingelser. Det handler ofte familier som har store utfordringer på mange nivå, og sakene kan forbli lenge i systemet.

En informant fra av tjenestene beskrev det slik:

> «Men du kan jo kanskje da se, når du får den bekymringsmeldingen, hvis du ser tilbake på historikken, at ja, da denne 15-åringen var 13, så var det en melding som gikk på noe skolefravær. Så var det noen som var bekymra for mors rus da denne ungen var seks. Og da var det foreldrekonflikt. Det kan vi jo se innimellom». (leder, barneverntjeneste)

I andre tilfeller skjer ting veldig fort uten at barnevernet kjenner familien fra før:

> «Noe har skjedd veldig fort. Det har eskalert veldig fort og blitt veldig galt på kort tid. Selv om vi ikke har vært i kontakt med dem før, om noen har gjort noe alvorlig eller blitt utsatt for noe så vil vi jo kanskje se at det var foreldre med problemer eller det var sosioøkonomiske faktorer der, eller en diagnose som er godt håndtert fram til et visst punkt». (Leder, barneverntjeneste)

Alle fra barneverntjenestene som vi har besøkt, uttrykker at barn og unge som skader andre ikke er det de jobber mest med, men at de har slike saker jevnlig. De har også en del saker med ungdom som utviser såkalt normløs atferd, det vil si at de ruser seg, gjør kriminelle handlinger og i tillegg har en voldelig eller krenkende atferd. De ansatte erfarer det er relativt sjelden at de har saker med barn som utsetter andre barn for seksuelt skadelig atferd.

Når det gjelder yngre barn, er det flere som erfarer at de kanskje er mer voldelige mot skoleansatte og egne foreldre enn mot andre barn.

Flere av tjenestene opplever at de får relativt få bekymringsmeldinger fra barnehager og skoler, spesielt barnehager. Det gjør at når disse meldingene kommer, har barnehagene ofte sett situasjonen an for lenge og forsøkt å jobbe med problemstillingene selv. Barnehager har mye kontakt med foreldre, og kan ha fokus på å bevare en god relasjon til foreldrene. I noen grad kan dette gjelde også for skoler.

6.3.2 Undersøkelser og kartlegging

I noen tilfeller kjenner barneverntjenestene sakene fra drøfting i forkant ved at andre instanser har ringt og drøftet saken med barneverntjenesten før den er meldt som bekymring. Flere barneverntjenester forteller at dette er en ønsket utvikling. De uttrykker også at de opplever at de er ønsket inn i dialog om bekymringer både fra skole og barnehage.

Barneverntjenestene har ikke egne fremgangsmåter eller kartlegginger knyttet til barn som har voldelig eller seksuelt skadelig atferd. Undersøkelsens omfang er avhengig av sakens karakter og alvorlighet.

> «Når vi får en bekymringsmelding, vurderer vi innholdet i denne. Hvis det beskrives alvorlige atferdsvansker så er det det vi undersøker. Vi kartlegger eller har undersøkelser, har samtaler med foreldre og barn og innhenter opplysninger fra instanser rundt og foretar hjemmebesøk» (barnevernsleder).

Barneverntjenestene ønsker å finne ut mer om bakgrunnen for atferden og hva den er et uttrykk for. Generelt er det en erfaring at barn som utøver vold ofte selv er utsatte.

> «En veldig ung jente, tolv år, påfører seg selv skader, selger seksuelle tjenester, og er samtidig voldelig mot andre. Hva er bakgrunnen or dette? At hun selv blir utsatt for vold og seksuelle overgrep.» (barnevernsleder)

Barneverntjenesten vil ofte starte med å ta opp informasjonen med barnet og foreldrene, og spørre hvordan de kan hjelpe dem. Parallelt tar tjenesten kontakt med de instansene som er relevante for å få mer informasjon. Dette kan være en rekke ulike aktører som skole, lege, helsestasjoner, helsestasjon for ungdom, familievernkontor. Det kan også være relevant å ta kontakt med foreldrenes kontakter i for eksempel Nav eller psykiatrien som del av en kartlegging av barnets helhetlige omsorgssituasjon.

> «Disse ungene er jo som regel litt kjent. Noen av dem, ikke så mye SSA-sakene, men voldssakene har mange fått med seg. Vi kobler på helsesykepleier, miljøarbeider, skolen, lærer. Hvem kjenner denne familien? Hvem gjør hva? Hvem kan hjelpe med hva? Hvor skal vi hjelpe dem? Bruker standardiserte spørsmål som tilpasses med det som er den spesielle bekymringen». (leder barneverntjeneste)

Dersom barneverntjenesten ikke har samtykke fra foreldre, må de vurdere hva de skal innhente uten samtykke. I alvorlige saker vil barneverntjenesten hente informasjon uansett. I saker hvor barn skader andre, er det ofte ikke vanskelig å få samtykke fra foreldrene til å få informasjon fra andre instanser. Ettersom det er barnet som er definert som problemet. Det kan være vanskeligere å få samtykke til å få informasjon fra foreldrenes fastlege eller psykolog.

I kartleggingen gjør barnevernet en vurdering opp mot avvergeplikten, herunder om det er skadelig voldelig atferd mot søsken som barnet bor sammen med og hvilken beskyttelse det er rundt dette barnet.

> «Dersom vi for eksempel får en bekymringsmelding fra barnehage som er bekymra for en gutt fem år som utøver vold eller skader seksuelle overfor et søsken, det er gjerne inngående, alvorlig, pågående, hyppig. Da vil vi nok kontakte foreldrene umiddelbart når vi får denne informasjonen. For å stoppe at det skjer. Mens i utgangspunktet, hvis en tenker at det ikke er så graverende eller alvorlig, så kan saken vente på sin tur» (avdelingsleder, barnevernet).

Det er ikke vanlig å kartlegge risikoen for voldelig atferd i barneverntjenestene. I enkelte tilfeller kan det utarbeides sikkerhetsplaner sammen med politiet. Noen mener at det behov for å ha større fokus på sikkerhetsplaner, og å lage dette sammen med foreldre og skole slik at de kan identifisere årsaker til triggere og hva som kan påvirke atferden.

Noen mener det er behov for en differensiering i voldssaker tilsvarende trafikklysmodellen som brukes i saker med seksuelt skadelig atferd. De viser til at i noen tilfeller kan voldshandlingen forstås ut fra sammenhengen den skjer i.

I saker med barn og unge som utøver skadelig atferd, vurderer barnevernet fra sak til sak om det er «politisporet» eller «behandlingssporet» som skal følges. Politisporet kan for eksempel følges i en situasjon med en gutt som er blitt involvert i et kriminelt miljø og utsettes for trusler og press til å utføre skadelig atferd mot andre.

Etter undersøkelsesfasen er det fire mulige utfall, enten henleggelse, eller tilbud om tiltak til foreldre som takker nei og deretter henleggelse, eller tiltak som tas imot, eller vedtak om tvang.

Barnevernet kan konkludere med at det er behov for tiltak, som i første omgang er frivillige hjelpetiltak. Det innebærer at dersom foreldrene ikke ønsker dem, blir det ikke gjort mer i saken fra barnevernets side.

At foreldre kan si nei til tiltak medfører at det kan være vanskelig å lykkes med tidlig innsats.

6.3.3 Iverksettelse av tiltak

Aktuelle tiltak handler om atferdsendring, kompensering og kontroll eller beskyttelse. Tilfeller med voldelig atferd overfor andre vil i første omgang ofte føre til at barneverntjenesten iverksetter frivillige hjelpetiltak. Det kan være for eksempel avlastningstiltak, familieråd eller ulike former for veiledning- og miljøterapitiltak.

Veiledning- og miljøterapitiltak

Hvilke former for veiledning som iverksettes er avhengig av hvilke tiltak den enkelte barneverntjenesten har tilgjengelig. Dette igjen varierer mye fra barneverntjeneste til barneverntjeneste, blant annet er ulike former for veiledning avhengig av at medarbeiderne i tjenesten har denne kompetansen. Barneverntjenestene kjøper også tiltak som leveres av Bufetat. I forhold til denne målgruppa er Multisystemisk terapi (MST) et særlig relevant tiltak. I noen grad henviser barneverntjenesten til ulike eksterne sinnemestringstiltak for ungdom.

Mange tjenester har medarbeidere med kompetanse på PMTO, som er et mye brukt veiledningstiltak til foreldre med barn i alderen 3–12 år med atferdsproblemer.

I varierende grad kjøper barneverntjenestene miljøterapitjenester av private leverandører. Disse kan være rettet både mot foreldre og mot ungdommer, og kan ha medarbeidere som kan være på jobb 24/7.

Noen kommuner har ulike kommunale prosjekter som kan være relevante for eksempel prosjekter som skal bidra til å få unge ut av kriminalitet.

Minoriteter

I en av tjenestene påpeker informantene at barnevernet driver tradisjonelt samtalebasert endringsarbeid. Det innebærer ofte refleksjon, øving hjemme og deretter mer refleksjonsarbeid. Denne barneverntjenesten har mange klienter med minoritetsbakgrunn, og denne tilnærmingen opplever de at er uvant og utfordrende for mange av disse familiene. Særlig gjelder dette for førstegenerasjonsinnvandrere som også trenger tolk.

MST (multisystemisk terapi)

MST er et behandlingstilbud til familier med ungdom fra 12 til 18 år med atferdsvansker. MST kan brukes ved vold og annen skadelig atferd som trusler, hærverk og mangel på atferdsregulering. Målet er at foreldrene og systemet rundt barnet skal få veiledning slik at de kan møte ungdommene på en annen måte, og at voldelig og skadelig atferd kan unngås. Studier har vist effekter på mål som kriminell atferd, atferdsvansker, følelsesmessige vansker, rusbruk og familiefungering (Bjørknes m.fl., 2024).

Ungdommene som mottar MST, skal ha så alvorlige vansker at de innfrir kravene til institusjonsplassering i henhold til barnevernloven. Behandlingen har til hensikt å unngå institusjonsplassering, og tar utgangspunkt i at ungdommenes omsorgspersoner anses som de viktigste aktørene for å oppnå endring. Familien støttes av et eget MST-team som er tilgjengelige døgnet rundt i behandlingsperioden. Foreldrene får hjelp av terapeuten til å utforme og iverksette innsatser for å redusere negativ atferd og å

fremme positiv fungering. Målet er å skape et miljø rundt ungdommen som støtter opp om positiv atferd (Bjørknes m.fl., 2024).

Flere av tjenestene som vi har besøkt, har positive erfaringer med MST i komplekse saker. Men det er en erfaring at selv om måloppnåelsen er god underveis i tiltaket og en god stund etterpå, er det nødvendig å følge opp over tid for at effekten skal vare. Foreldre kan trenge mye støtte etterpå for å videreføre atferdsendringene. Enkelte av tjenestene bruker sjelden MST og sier at det blant annet skyldes lange avstander til MST-teamet. Det er også en oppfatning om at MST-teamene er mindre fleksible og tett på enn de var tidligere.

Det påpekes videre at MST er et tiltak som krever mye av foreldrene. Foreldre kan være utslitte eller av andre grunner ikke ha kapasitet til å stå i et intensivt tiltak som MST. Dersom de voksne i familien er utslitte av at problemene har vart over tid og de har vært gjennom mange tiltak som har vært mislykket, har de ikke kapasitet til å være med på det.

> «Det er viktig å komme inn tidlig nok før foreldre mister motivasjon og håp.» (Ansatt i Bufetat)

Det er et mål å stabilisere foreldrene slik at de kan være en stødig støtte for sine barn. Både foreldre og barn over 12 år må samtykke til MST. I tjenestene er det litt ulike erfaringer med hvor lett det er å få samtykke fra ungdom. Noen erfarer at de som regel får det til, men enkelte oppfatter at det er utfordrende og at det bidrar til at de ikke bruker MST i særlig grad.

Ansatte forteller også at MST kan være spesielt krevende å bruke overfor foreldre med svake norskkunnskaper. Teamet kan bruke tolk på telefon, men dette kan være vanskelig.

For at en familie skal få MST-tiltaket må henvisningen gå via barneverntjenesten. Dersom BUP eller skolen ønsker MST, må de først henvende seg til barneverntjenesten. Bufetat får mange henvendelser fra andre instanser som ønsker MST. Enkelte informanter mener andre aktører enn barneverntjenesten bør kunne henvise til Bufetat, slik som politiet, konfliktrådet, KOG eller andre. Barneverntjenestens pressede økonomi bidrar til å begrense hvem som får tiltaket.

Sentre for foreldre og barn

Sentre for foreldre og barn er et barnevernstiltak for familier med barn i alderen 0–6 år der det foreligger alvorlig bekymring for omsorgssituasjonen. Enkelte sentre har utvidet målgruppen til også å omfatte barn opp til 12 år. Sentrene bistår barnevernstjenestene gjennom utredning av foreldrenes omsorgsevne og omsorgsendrende hjelpetiltak. Formålet er å sikre at barn får trygge og stabile omsorgsforhold, enten i egen familie eller gjennom nødvendige barnevernstiltak. Utredning kan gjennomføres som døgnbasert opphold, dagtilbud (poliklinisk) eller hjemme hos familien.

Behandlingsfosterhjem TFCO

Enkelte av barneverntjenestene har gode erfaringer med behandlingsfosterhjem, ofte kalt «Treatment Foster Care Oregon» (TFCO). Disse er rettet mot ungdommer med store adferdsvansker, og er et alternativ til institusjonsplassering.

TFCO er et strukturert og intensivt behandlingsopplegg hvor ungdommen midlertidig bor i et spesialopplært fosterhjem.[47] Samtidig jobbes det tett med ungdommens familie for å styrke foreldrenes foreldreferdigheter. Målet er å redusere problemadferd og å legge til rette for en varig positiv utvikling også etter ungdommen har flyttet hjem igjen til familien sin. Behandlingsfosterhjem kan slik bidra til å bryte opp uheldige samspill

[47] https://tiltakshandboka.no/tiltak/barnevern-og-omsorgsovertakelse/behandlingsfosterhjem

mellom foreldre og barn ved å jobbe med både barnet og foreldrene. Etter en periode med behandling og oppfølging i fosterhjemmet, skjer det en gradvis tilbakeføring til hjemmet. TFCO er en multisystemisk og koordinert tilnærming som vektlegger samarbeid mellom ulike instanser.

Barneverntjenestene ønsker primært at ungdom ikke skal på institusjon. Ved bruk av TFCO unngår de at ungdommene møter andre i samme situasjon som kan ha skadelig påvirkning på hverandre.

Skadelig seksuell atferd (SSA)

I SSA-saker vil barneverntjenestene ofte rådføre seg med andre som har kompetanse på feltet, for eksempel barnehusene eller andre institusjoner. Tjenestene trenger råd både for å håndtere saken videre og for å avgjøre hvilken hjelp som skal gis.

Trafikklysmodellen er mye brukt for å vurdere hva som er normal eller avvikende seksuell atferd. Informantene fra barneverntjenestene gir uttrykk for at saker med skadelig seksuell atferd er vanskelige og krevende saker. Noen opplever at det er en viss berøringsangst knyttet til slike saker hos barnehager, skoler og helsestasjoner.

> «Vi drøfter alltid disse sakene veldig mye. Er dette normal seksuell utprøving? Opp mot alder. Av og til er det veldig forsiktig lek, men så er de gjerne litt for gamle. Eller så er det litt for detaljert, og så er de for små. Kjempevanskelig å differensiere».

En av tjenestene forteller om en slik sak:

> «I en sak med seksuell avvikende atferd har vi gått i kontakt med barnehabilitering og tatt kontakt med [behandlingsinstitusjon] og fått veiledning. Dette var en gutt som potensielt kunne blitt utnyttet og fort kunne blitt en overgriper. Han gjorde ting og uttalte ting som skulle skje som er langt utenfor vanlige normer – det hadde sammenheng med en seksuell opplevelse. Vi fikk både anonyme meldinger, og foreldrene ba om bistand. Skolen meldte også bekymring. Bekymringsmeldingene førte til at barnevernet tok initiativ til behandling på [behandlingsinstitusjon]. I utgangspunktet hadde han også andre typer problematikk. Så dette med seksuelle avvik, det ville far ville fikse selv. Det fikk han ikke til og da ville barneverntjenesten sikre behandling.» [avdelingsleder, barnevern]

I SSA-saker forstår vi det slik at det er vanlig at barneverntjenesten kobler på BUP og gir veiledning til foreldre. Det framheves som viktig at foreldre og skole får veiledning i hvordan de skal forholde seg for å unngå nye hendelser. Det kan være vanskelig for foreldre å ta inn over seg at det faktisk er skadelig seksuell atferd som de står overfor. De har ikke lyst til å tenke at det er sånn. Det beskrives som en erkjennelsesprosess for foreldrene, og at denne prosessen er mer krevende enn i sakene med voldelig atferd.

I tilfeller med skadelig seksuell atferd blir ikke barneverntjenesten nødvendigvis involvert. Hvis det er sak som går politisporet og foreldre klarer å håndtere situasjonen sammen med bistand fra spesialisthelsetjenesten, er det ikke nødvendig at barnevernet involveres.

Barneverntjenestene forteller om store variasjoner i sakene med skadelig seksuell atferd. Noen barn kan ha seksuelle leker som går litt for langt. I slike tilfeller kan det handle om justeringer av atferd. Saker med grov, skadelig seksuell gjentagende atferd er relativt sjeldne, og i noen av disse sakene har barna diagnoser, for eksempel på autismespekteret. Barn som har en omfattende skadelig seksuell atferd, kan være traumatiserte, voldsutsatte barn som kanskje selv har vært utsatt for overgrep. Kompleksiteten kan være stor, og barnevernet vet ikke alltid hvem som kan hjelpe dem. Barnehuset tilbyr av og til noe oppfølging. Men informantene fra barneverntjenesten opplever at det kan være uklart hva som er kriteriene for at de tar en slik oppfølging.

I tilfellene der det er barn som har en diagnose, for eksempel på autismespekteret, er det en erfaring at helse- og omsorgstjenestene tar et større ansvar.

6.4 Samarbeid med foreldre

Generelt er det en stor utfordring at det eksisterer mye mistillit til barneverntjenesten (jf Bufdir, 2016). Det gjør at mange foreldre er svært skeptiske og ikke tør eller ønsker å ta imot hjelp fra barnevernet. Dette gjelder i særlig grad foreldre med minoritetsbakgrunn. Dette opplever andre instanser som skole, politi og helsetjenester også. Foreldre reagerer i mange tilfeller svært negativt på at saken er blitt meldt til barnevernet.

Foreldres skepsis til barnevernet kan som nevnt over medføre at de ikke ønsker hjelpetiltak. Det gjør at det er vanskeligere for barnevernet å bidra i en tidlig fase der det ofte er frivillige hjelpetiltak som er aktuelle.

For barneverntjenesten er det ofte krevende å komme «i posisjon» til å lykkes med et godt samarbeid med foreldre, men de erfarer imidlertid at det kan være lettere å få foreldre med på et samarbeid når foreldrene opplever at problemet ligger hos barnet.

> «Men når barnet blir større – 12–13 år – så kan foreldrene si at nå trenger vi hjelp og nå må vi ha hjelp til å fikse barnet. Da kan de være klare å ta imot hjelp. De kan legge feilen på barnet og trenger hjelp til å håndtere dette» (assisterende barnevernleder).

6.5 Samarbeid med andre tjenester

I svært mange tilfeller er det relevant å samarbeide med andre aktører som for eksempel helsetjenester, skole og barnehage. Noen saker har havnet hos politiet eller i konfliktrådet og krever samarbeid med disse aktørene.

Barneverntjenestene opplever stort sett samarbeidet med politiet som bra, og at de har gode dialoger. De påpeker at politiet er avhengig av samarbeid med barneverntjenesten når det gjelder ungdom under 15 år. Enkelte barneverntjenester syns imidlertid at politiets nye organisering har gjort det uklart hvem de skal kontakte.

I barneverntjenestene understrekes behovet for samarbeid med helsetjenestene når det er barn og unge med problematikk knyttet til psykisk helse. I flere av tjenestene fremheves det at oppvekstreformen har bidratt positivt til at tiltak fra ulike kommunale instanser settes i verk samtidig. Reformen har bidratt til at det er bedre samarbeid, terskelen er lavere for å ta kontakt og at det er mindre silotenkning enn tidligere. Det er flere anonyme drøftinger før en eventuell melding. Dersom det er kjent for kommunale helsetjenester (helsestasjon) at barnevernet er involvert, kan de bidra med samtaler med foreldre.

Det er likevel fortsatt mange utfordringer knyttet til oppfølging av barn som har helseutfordringer. Mange informanter fra barnevernet opplever at de blir sittende med et ansvar som helsetjenestene burde ta, og at det fortsatt er vanskelig å gi et tilbud til de barna og ungdommene som befinner seg i skjæringspunktet mellom psykiatri og barnevern.

6.5.1 Forholdet mellom barnevernet og helsetjenestene

Nasjonalt forløp – kartlegging av helse i barnevernet

Det nasjonale forløpet «Barnevern – kartlegging og utredning av psykisk, somatisk og seksuell helse, tannhelse og rus» angir hvordan barneverntjenesten skal:

> «[…] bidra til at barn i barnevernet blir kartlagt og utredet for psykiske og somatiske helseplager, tann og munnhelseproblemer, samt seksuelle helseproblemer og rusproblemer, slik at de sikres nødvendig helsehjelp når de har behov for det, i kombinasjon med riktig

tiltak fra barnevernet. Forløpet skal bidra til en helhetlig ivaretakelse av barnet helsebehov.» [48]

Dette nasjonale forløpet ble etablert i 2023 og beskrives som grunnmuren for å gi barn i barnevernet bedre helsehjelp.[49] Dette er et standardisert rammeverk som beskriver hvordan barnevernstjenesten og helse- og omsorgstjenesten i kommunen, tannhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten kan samarbeide for å gi barn og unge i barnevernet et godt og helhetlig tjenestetilbud. Målet er å sikre at barn og unge som trenger det får helhetlig og likeverdig helsehjelp, samt at samarbeidet mellom for eksempel barneverntjenesten og helsevesenet er koordinert. Barn og unge i barnevernet skal bli kartlagt og utredet for helse- og rusproblemer, slik at de får nødvendig helsehjelp i kombinasjon med riktige tiltak fra barnevernet.

I forløpsdokumentet henvises det også til et rundskriv som gir nærmere anvisning om hvordan helsetjenestens og barneverntjenesten skal samarbeide. Her heter det at rundskrivet skal bidra til et godt og fleksibelt samarbeid mellom involverte tjenesteutøvere fra barnevern og helse- og omsorgstjenester, slik at barn, unge og deres familier får de tjenestene de har behov for. I tillegg til å avklare tjenestenes respektive ansvar, beskriver rundskrivet oppgaver og plikt til å samarbeide både generelt og i enkeltsaker innenfor rammen av reglene om taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt. [50]

Tjenester og tiltak barnet får fra andre velferdstjenester enn barneverntjenesten, kan være viktige for å redusere familiens behov for flere eller mer omfattende tiltak fra barnevernet. I Prop. 133 L (2020-2021) om ny barnevernslov tydeliggjør departementet at barneverntjenesten har ansvar for å iverksette hjelpetiltak kun når barnets eller familiens behov for hjelp har en sammenheng med barnets omsorgssituasjon eller atferd. Det presiseres at barneverntjenesten ikke skal kompensere for mangelfull innsats fra andre sektorer. Eksempelvis skal barneverntjenesten ikke tilby helsehjelp eller iverksette tiltak for å avhjelpe utfordringer primært knyttet til funksjonsnedsettelser. Barneverntjenestens ansvar er heller ikke å kompensere for levekårsutfordringer eller å sette inn tiltak for å løse utfordringer som ligger innenfor skolens ansvarsområde.

Barnevernet om barn med diagnoser og helseutfordringer

Informanter i barnevernet beskriver gjennomgående utfordringer knyttet til oppfølging av barn som har rettigheter etter flere lovverk. Dette kan for eksempel være barn som har en autisme eller ADHD-diagnose. De understreker at barnevernet kan gi foreldreveiledning og miljøterapi, men ikke veilede med tanke på autisme.

> «Vi kan ikke autismediagnoser. Vi kan omsorgssvikt. Vi kan dårlig atferd og dårlige kamerater. Vi kan bistå med å få ungene inn i gode relasjoner. Men vi kan ikke det å veilede foreldre til barn med autisme.» (fungerende leder, barneverntjeneste)

Informanter i barneverntjenesten opplever at når helsetjenestene sier at det er barn som de ikke kan hjelpe, så sitter barnevernet med ansvaret og kan ikke si at disse ikke er vår målgruppe. De kan derfor oppleve å sitte med ansvar for å følge opp barn som andre ikke vil eller klarer å hjelpe.

---

[48] *Barnevern – kartlegging og utredning av psykisk, somatisk og seksuell helse, tannhelse og rus.* Hentet 11. november 2025 fra https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/barnevern.

[49] *Nasjonalt forløp for barnevern - Kartlegging og utredning av psykisk, somatisk og seksuell helse, tannhelse og rus. Standardpresentasjon*. Hentet 11. november 2025 fra https://cms.bufdir.no/contentassets/b715b0cdb49f42bcb69b6f4af41498be/standardpresentasjon-nasjonalt-forlop.pdf.

[50] *Barnevern og helse- og omsorgstjenester – samarbeid til barnets beste*. Hentet 20. november 2025 fra https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/barnevern-og-helse-og-omsorgstjenester--samarbeid-til-barnets-beste.

> «Se på nyhetsbildet – det blir alltid barnevernets ansvar når ungdommer på institusjon tar livet sitt eller kaster granater. Så mener vi at disse barna trenger helsehjelp. Og der har vi et langt stykke å gå.» (leder, barneverntjeneste)

Dette kan i noen tilfeller handle om barn og unge som det ikke er gitt at kan bo hjemme fordi det innebærer en for stor trussel mot foreldre og søsken. Helsetjenestene kan være uenig i at disse skal ha opphold på helseinstitusjon i barne- og ungdomspsykiatrien; i så fall blir det barnevernsinstitusjon på atferdsgrunnlag. Flere av informantene påpeker at dette er å frata disse ungdommene retten til helsehjelp. De mener også at det finnes altfor få helseinstitusjoner for denne gruppen.

> «For litt tid tilbake hadde vi ungdom på institusjon som har hatt drapstrusler, utagering mot ansatte på institusjon. Vi stod ansvarlig. Leide inn juridisk vurdering: Er du straffe-rettslig tilregnelig, hvor farlig er du? Det mener jeg i utgangspunktet ikke burde vært barnevernets ansvar å betale for de vurderingene. For noen av disse er farlige. I hovedsak retter adferden seg mot foreldre eller personalet. Noen andre burde hatt ansvar for disse vurderingene.» (Barnevernleder, kommune)

I noen barneverntjenester kjøper de tiltak av private leverandører som de egentlig mener helsetjenestene skulle hatt eller kjøpt. Dette er tiltak som skal ivareta psykisk syke barn.

> «I disse alvorlige voldssakene så kjøper vi tiltak hvor vi da bestiller. Vi er usikre på omsorgssituasjonen til barnet. Vi sier at vi trenger at dere er inne fem ganger i uka. Og i helgene trenger vi at dere er inne to ganger om dagen. Det kan vi bestille. Dere trenger å veilede foreldrene konkret knyttet til sånn og sånn. Vi trenger at dere tar med dere barna ut. Det må være fine aktiviteter, men det må være oppsyn hele tida. Vi ønsker at dere skal jobbe med barns relasjoner, være sammen med klassekamerater. At dere må være til stede, observere.» (Assisterende barnevernleder, kommune)

Barneverntjenesten understreker at dette handler om barn som er syke. Det kan ha sitt utspring i en marginal omsorgssituasjon og traumer, men det er likevel syke barn som trenger behandling og hjelp.

> «Vi har ikke forutsetningene, vi har ikke rammene, og vi har ikke lovverket. Vi har ikke kompetansen. Det er ikke dette vi kan.» (fungerende leder, barnevern)

Informantene påpeker at det fortsatt er vanskelig å gi et tilbud til de barna og ungdommene som befinner seg i skjæringspunktet mellom psykiatri og barnevern. Barne- og ungdomspsykiatrien har lite tilbud om døgnbehandling, og de mener at det ender med at barna ofte blir barnevernets ansvar. I noen av barneverntjenestene kjøper de for eksempel tiltak som spesifikt er opprettet for et barn med svært voldelig og truende atferd som ikke kan bo sammen med andre barn.

> «Barnevernstjenesten er jo siste skanse. Hvis ingen andre gjør det, så må vi gjøre det. Så vi kjøper ganske mye tiltak som er helt soleklare helse- og omsorgstjenestetiltak. Vi bestiller tiltak som ikke handler om barnevern. Det er noe annet. Vi har masse unger med alvorlige diagnoser som vi har kjøpt enetiltak til. Vi har bolig, tre voksne på seg 24/7. Så alvorlig psykisk syke er noen.» (leder, barneverntjeneste)

Informantene tror at med et forpliktende samarbeid ville de kunne fått til gode tiltak.

> «Vi har jo hatt noen sånne gullhistorier, hvor vi har lykkes, litt sånn tilfeldig. Vi har fått til å samarbeide. Bare se konsekvensene av det at du faktisk kan snu et liv. Vi ser jo at vi kan få det til. Men stort sett får vi ikke så godt til å samarbeide, dessverre.» (fungerende barnevernsleder)

Samarbeid mellom barnevernstjenesten og BUP

Det er likevel flere informanter som erfarer at samarbeidet med BUP er bedret, ved at BUP i større grad enn tidligere kan bidra selv om hjemmesituasjonen ikke er avklart.

> «Tidligere sa BUP at i en uavklart omsorgssituasjon så kan ikke vi hjelpe, men nå er det bedre samarbeid.» (avdelingsleder, barnevern)

Det påpekes imidlertid at tilbudet ved BUP har sine begrensninger fordi barna må ville motta hjelp. Hvis de ikke vil, får de ikke veiledning eller behandling hos BUP.

Selv om noen av barnevernstjenestene opplever at samarbeidet med BUP er blitt bedre, er det andre som ikke erfarer dette. De opplever at BUP kan sende bekymringsmeldinger hvor de beskriver noen diagnoser og bekymringer de har til et barn. Men at BUP sier barnets omsorgssituasjon er så uavklart at BUP avslutter behandlingen. Barnet må henvises på ny hvis det skal ha hjelp.

> «Mens jeg ville sagt at når jeg får meldinger av dem, så kan jeg for eksempel skrive til dem eller konkludere med at dette barnet har så store og omfattende uklarheter knyttet til psykisk helse at jeg kan ikke avklare hjemmesituasjonen. Dere må utrede barnet først. Hva er psykiatri? Hva er omsorg? De sier at dette handler om omsorgssituasjonen. Vi sier at dette er jo diagnoser. Så det holder vi på med. Og så får vi ikke det til. Og så tenker nok jeg at avklar først dere, så skal jeg ta omsorgen etterpå. Og så sier de at nei, dere må se om barnet har det godt nok. Symptomene på grov omsorgssvikt er kjempelike symptomer på psykisk sykdom.» (Assisterende barnevernleder, kommune).

Flere informanter fra barnevernet mener at BUP skyver ansvaret tilbake til kommunen. Noen mener at BUP kartlegger og setter diagnose eller anbefaler innleggelse, men så fort det er gjort, så skyver de saken tilbake til kommunen og oppfordrer foreldre til å ta kontakt med barnevernet.

Barnevernet etterlyser at BUP i større grad skal ta det veiledningsansvaret som de mener ligger hos BUP.

> «Det kan være foreldre som syns det er vanskelig å stå i det. De må ta kontakt med barnevernet for å få hjelp. Når foreldre søker om hjelp så må vi ta de inn. Vi må samarbeide med BUP og finne ut hva som er tenkt. De kan ha tenkt for eksempel – at foreldre må gjøre sånn og sånn. Foreldrene sier det er vanskelig, og så sier BUP at dere må gjøre sånn og sånn likevel. Også kan BUP si at foreldrene trenger noen som står i situasjonen sammen med dem. Og det må være barnevernet. Jeg mener BUP kunne strukket seg lenger for å stå i situasjonen. For når de starter en behandling, så har de ansvar for å følge opp det.» [leder, barneverntjeneste)

6.6 Utfordringer og kompetansebehov

6.6.1 Kompetansebehov

Barneverntjenestene som vi har besøkt, er svært ulikt bemannet – den minste hadde tre ansatte, mens den største hadde over 80. Det innebærer at hvilken kompetanse som eksisterer i den enkelte tjeneste, er svært ulikt. De ansatte har ofte en grunnutdanning som sosionom eller barnevernspedagog. I noen barneverntjenester har mange av medarbeiderne ulike videreutdanninger i tillegg til grunnutdanningen. Det varierer mye fra barneverntjeneste til barneverntjeneste hvilke veiledningsprogrammer de har kompetanse på.

Blant våre informanter er det flere som påpeker at de har behov for mer kompetanse på problematikk knyttet til skadelig seksuell atferd hos barn, herunder hvordan dette kan avdekkes. Andre fremhever behov for mer kompetanse på hvordan avdekke og forhindre videreutvikling av atferdsproblematikk hos de minste barna. Mens noen sier at de har behov for generell kompetanseheving på dette feltet, altså barn og unge som har skadelig atferd overfor andre.

6.6.2 Personlige utfordringer

Arbeidsdagen beskrives som tøff, og at den påvirker alle som jobber i feltet. Det kan føre til avstumpethet og omsorgstrøtthet. De ansatte kan få en følelse av håpløshet

over ikke å komme i posisjon til å hjelpe. Det er krevende å oppleve at man ikke lykkes med å hjelpe barna.

Flere sier at den største belastningen i barnevernet er følelse av avmakt. At de ikke får gitt god hjelp.

> «Noen ganger får vi det til. Men i hovedsak av disse sakene skulle vi hatt noe bedre. Det gjelder både disse SSA og aggressive atferd sakene, vi skulle vært bedre på dem.» (assisterende barnevernsleder)

I barneverntjenestene som vi har besøkt, er det en erfaring at andre instanser kan ha berøringsangst når det gjelder seksuell skadelig atferd, men de kjenner seg lite igjen i det på egne vegne. Dette begrunnes med at de ser så mye grov vold at skadelig seksuell atferd hos barn ikke gjør et spesielt inntrykk.

6.6.3 Undergrupper i målgruppen

Mange av informantene forteller at det er særlig vanskelig å følge opp i de sakene der foreldrene har svake omsorgsevner, og de ikke lykkes med å få en relasjon til dem.

Noen syns det er særlig vanskelig med kombinasjonen barn som er på autismespekteret eller har andre kognitive utfordringer og foreldre som har minoritetsbakgrunn og begrensede norskkunnskaper og kjennskap til systemer.

Noen sier at det er mest utfordrende å følge opp de som har seksuelt skadelig atferd. Ikke nødvendigvis fordi fagfeltet er vanskelig, men fordi det er krevende å få foreldre ombord og få dem til å forstå alvorligheten. Det er tabubelagt å stå i.

6.6.4 Bufetats institusjon

Barna og ungdommene som kommer til Bufetats institusjon etter tvangsvedtak, har nærmest per definisjon komplekse problemer som har vedvart over tid, og det typiske er at de i har gjennomgått et lengre forløp med en rekke relasjonsbrudd med tjenesteapparatet med derav følgende ødelagt tillit og tro på at noen vil dem vel.

Et akuttopphold kan vare i opptil seks uker. Gjennomsnittlig oppholdstid ved akuttinstitusjonen til vår informant er tre måneder, og de færreste er der mer enn fire måneder. Formålet med oppholdet er å berede grunnen for videre behandling:

> «De ungdommene som kommer hit, kommer etter at de har vært uten voksenkontroll over en viss tid. De kan være i veldig dårlig forfatning. For eksempel kan de være veldig rusa. Vi bruker derfor en del tid på å komme i posisjon til disse ungene. Vi har jevnlige møter med barnevern, BUP – det tar den tiden det tar. Ungdommene skal også komme med en mening om hva de ser for seg videre. Vi må også få tak på hvor motivert de er for endring, for hva som vi kan få til på veien videre for dem, avhenger også en del av det – eksempelvis at de må samtykke hvis de skal ha helsehjelp. Vi bruker derfor tid på den stabiliseringen. For at de skal kunne hvile litt i sånn 'nå er jeg her og her skal jeg være en stund'. […] Det vi jobber mye med, er å trygge dem, få dem til å føle seg trygge på oss og seg selv.» (Avdelingsleder, institusjon, Bufetat)

Det settes ikke i gang noe behandlingsforløp ved akuttinstitusjonen, og i noen grad prøver man å oppfylle retten til skolegang og opplæring:

> «Ellers er vi opptatt av dette med skole. Er man i skolepliktig alder, skal de egentlig på skolen fra dag én. […] Men jeg må si at det er for store forventninger til dem på dette punktet. Jeg mener vel egentlig at det både er urealistiske og uhensiktsmessige forventninger til ungdommene når det kommer til skole. […] De har store huller i kunnskapene og problematisk stort fravær, og har opplevd at skolen er nok en arena som de ikke har mestret. (Avdelingsleder, institusjon, Bufetat)

Vår informant opplyser at for mange av ungdommene man det å snu døgnrytmen være et tilstrekkelig krevende mål i første omgang. For de som gjennomgår opplæringstiltak,

gjennomføres undervisningen som regel ved besøk av lærer fra en nærliggende ungdomsskole. De færreste deltar i undervisningen på skolen, blant annet på grunn av stigmaet som det å bo på institusjonen medfører.

På spørsmål om hva som kunne gjøres for disse ungdommene på et tidligere stadium, får vi følgende svar:

> «Jeg syns at det er ille at disse ungdommene må gruses så innmari for å få hjelp, de må så langt ned. […] Det er så mye som skal være prøvd. Hjelpetiltak hjemme. Miljøterapeut. Avlastning. Omsorgsinstitusjon. Så blir det brudd på brudd på brudd. Da kunne vi like gjerne ha startet hos oss.» (Avdelingsleder, institusjon, Bufetat)

Denne avdelingslederen, som opplyser at hen har noen tiårs arbeidserfaring ved institusjonen, tar til orde for å senke terskelen for å bruke tvang – for eksempel i form av pålegg om psykisk behandling, eller ved å nekte eller sperre for bruk av krypterte apptjenester på mobiltelefonen.

> «Når de kommer til oss, blir de stoppa ordentlig. Vi sier: 'Dette er ikke bra for deg!' Vi burde vært tidligere inne og kartlagt. Ok, du får ikke til skole, du ruser deg, du kommer ikke hjem? Da kan du komme til oss.» (Avdelingsleder, institusjon, Bufetat)

Informanten forteller om et godt, uformelt og løpende samarbeid med både politiet og BUP.

6.7 Oppsummering

Etter oppvekstreformen i 2022 har kommunene fått et utvidet faglig og økonomisk ansvar for barneverntjenestene. Den statlige Bufetat har ansvar for spesialiserte tiltak som multisystemisk terapi (MST) og institusjoner.

De kommunale barnevernstjenestene kommer i kontakt med barn og unge og deres familier gjennom bekymringsmeldinger som kan komme fra både offentlige aktører og privatpersoner. Flere offentlige tjenester har meldeplikt. Privatpersoner har ikke meldeplikt, men alle har avvergeplikt. Flere av barneverntjenestene opplever at skoler og barnehager venter for lenge med å melde en bekymring.

Barnevernloven fastsetter at barnevernstjenesten må vurdere alle innkomne bekymringsmeldinger, for å avgjøre om de skal følge opp med en undersøkelse. I undersøkelsesfasen skal det samarbeides med barnet, familien og andre tjenester. Basert på undersøkelsen skal barnevernet vurdere om det er grunnlag for å iverksette tiltak. Tiltakene kan være frivillige eller tvangsmessige. Foreldre kan takke nei til frivillige tiltak, og saken blir da henlagt.

Mange av klientene er enkeltpersoner og familier med komplekse problemer og utfordringer, noen er barn og unge som skader andre. Som regel er ikke slike atferdsproblemer hovedårsaken til bekymringsmeldingen, og skadelig seksuell atferd forekommer relativt sjelden blant barn og unge som barnevernstjenesten er i kontakt med.

Barneverntjenestene har ikke egne fremgangsmåter eller kartlegginger knyttet til barn som har voldelig atferd. Når det gjelder barn og unge med avvikende seksuell atferd brukes ofte trafikklysmodellen. En generell erfaring at barn som utøver skadelig atferd ofte selv er utsatt for overgrep eller omsorgssvikt.

Hjelpetiltak omfatter blant annet avlastningstiltak, familieråd eller ulike former for veiledning- og miljøterapitiltak. Blant sistnevnte er multisystemisk terapi mye brukt, og med god effekt der de rette forutsetningene er til stede. Enkelte av barneverntjenestene har gode erfaringer med behandlingsfosterhjem, ofte kalt «Treatment Foster Care Oregon» (TFCO). Barneverntjenestene erfarer at det er vanskelig å gi et godt nok tilbud til barn og unge med store atferdsproblemer. De opplever at helsetjenestene burde bidratt mer.

I flere av tjenestene fremheves det at oppvekstreformen har bidratt positivt til at tiltak fra ulike kommunale instanser settes i verk samtidig og at det er mindre silotenkning enn tidligere.

I saker med barn og unge som utøver skadelig seksuell atferd, vurderer barnevernet fra sak til sak om det er «politisporet» eller «behandlingssporet» som skal følges. I SSA-saker forstår vi det slik at det er vanlig at barneverntjenesten kobler på BUP og gir veiledning til foreldre.

Våre informanter i barneverntjenesten forteller at omsorgstrøtthet som følge av avmaktsfølelse er en vanlig psykososial belastning i yrket. Spesielt utfordrende er det å følge opp familier der foreldrene har svake omsorgsevner, men også familier med minoritetsbakgrunn som har barn med psykiske eller kognitive utfordringer, kan være krevende å følge opp.

Kommunale barneverntjenester har svært stort spenn i antall ansatte, med dertil hørende varierende grad av spesialisering. Vi registrerte at flere uttrykker behov for mer kompetanse på problematikk knyttet til skadelig seksuell atferd hos barn.

Informanten ved akuttinstitusjonen som tar imot ungdommer etter tvangsvedtak, forteller at de er i svært dårlig forfatning, og at fokuset for oppholdet er å reetablere tillit til hjelpeapparatet, og voksne i sin alminnelighet, og berede grunnen for det videre behandlingsforløpet.

Vi mener at også barneverntjenesten er organisert etter verkstedmodellen, men her kan en viss grad av verdikjedemodell seg gjeldende i noen tilfeller, ved at de ulike tiltakene i noen saker kan sies å representere et forløp fra bekymringsmelding og undersøkelse og de tidlige, relativt enkle, frivillige hjelpetiltakene, via mer omfattende frivillige intervensjoner som MST til institusjonsplassering og tvangstiltak som for eksempel omsorgsovertakelse. Dette selv om det ikke er noen automatikk i noen av disse «stegene».

7 Justissektoren

7.1 Lovverk

Det er flere lovverk i justissektoren som regulerer tjenestetilbudet til barn og unge som skader andre og også samordning med andre aktører. De omfatter i hovedsak barn med denne typen atferd som har begått straffbare handlinger. Vi omtaler de viktigste kort under.

Politiet skal gjennom forebyggende, håndhevende og hjelpende virksomhet bidra til borgernes rettssikkerhet, trygghet og alminnelige velferd (politiloven § 1). Tradisjonelt har politiet i hovedsak forsøkt å bekjempe kriminalitet ved å etterforske lovbrudd og straffe de lovbryterne som blir tatt. I senere år har forebyggende arbeid fått mer fokus, og forebygging skal nå være politiets hovedstrategi og ligge til grunn for all oppgaveløsning (Politidirektoratet 2020). I oppgaveløsningen inngår samarbeid med andre myndigheter og organisasjoner (§ 2 nr. 6).

Politiets sikkerhetstjeneste (PST) skal forebygge og etterforske politisk motivert vold eller tvang og terrorhandlinger (jf. politiloven § 17 b) – i praksis omfatter dette radikalisering av voldelig ekstremisme.

Dersom politiet har grunn til å tro at et barn under 18 år har begått en straffbar handling, kan barnet og vergene pålegges å møte for politiet til bekymringssamtale for å forebygge ytterligere lovbrudd (politiloven § 13).

Dersom politiet setter i gang etterforskning mot barn under 18 år og saken ikke er av bagatellmessig art, skal politiet underrette barnevernstjenesten (straffeprosessloven § 232). Den som på handlingstidspunktet er under 15 år, er ikke strafferettslig ansvarlig (straffeloven § 20).

Med straffeprosessloven følger en egen forskrift om avhør av barn og særlig sårbare fornærmede og vitner i saker om alvorlig vold og seksuallovbrudd og mishandling i nære relasjoner. Slike tilrettelagte avhør skal tas på barnehus. Denne bestemmelsen kan bare fravikes dersom avhørsleder og barnehuset er enige om at det er klart til vitnes beste å gjennomføre avhøret et annet sted (straffeprosessloven § 239). Forskriften regulerer barnehusenes rolle ved tilrettelagte avhør. De ansatte ved barnehusene skal ha barnefaglig kompetanse. De skal møte og ivareta dem som kommer for avhør, delta i samrådsmøter, formøter og ettermøter, kunne følge avhøret og bidra til å gi god oppfølging og behandling i etterkant.

Konfliktrådet gjennomfører de strafferettslige reaksjonene ungdomsstraff, ungdomsoppfølging, mekling i konfliktråd og oppfølging i konfliktråd i tråd med hjemmel i konfliktrådsloven. Ungdomsstraff er idømt av domstolen, mens ungdomsoppfølging er en reaksjon overført fra påtalemyndigheten.

Ungdom mellom 15 og 18 år på gjerningstidspunktet kan idømmes ungdomsstraff i stedet for fengselsstraff dersom lovbryteren har bosted i Norge og ungdomsstraff ansees som en egnet reaksjon. I dom på ungdomsstraff skal retten fastsette en gjennomføringstid på mellom 120 dager og to år (inntil tre år i særlige tilfeller). Retten skal samtidig fastsette en subsidiær fengselsstraff, som skal svare til den fengselsstraff som ville ha blitt idømt uten ungdomsstraff (straffeloven kap. 8a). Påtalemyndigheten kan ilegge ungdomsoppfølging, dersom ungdommen samtykker til dette.

7.2 Politiet

7.2.1 Politiets forebyggende arbeid

Politikontakter

Politiet møter og jobber med barn og ungdom som skader andre, i hovedsakelig to spor; i forebyggingsarbeid og i etterforskning av anmeldte saker. I det forebyggende sporet har politikontaktene en viktig rolle. Dette er en rolle som ble opprettet i kjølvannet av politireformen i 2017 der antall politidistrikter ble redusert fra 27 til 12 og en rekke tjenestesteder ble lagt ned. I 2018 fikk alle kommuner tildelt en politikontakt for å styrke det forebyggende arbeidet i lokalsamfunnene og være det daglige kontaktleddet med kommunene og andre aktører i det kriminalitetsforebyggende arbeidet, særlig blant barn og unge. Politikontaktene, som er ansatt i politiet, skal i tillegg være pådriver for at politiråd og eventuelt SLT-samarbeid fungerer i kommunene de har ansvar for.

Politikontaktene tar unna forespørsler og spørsmål fra de ulike tjenestene om hendelser der barn og unge skader andre. Det kan være fra utekontakter i kommunene, fra foreldre, barnevern eller ulike lavterskeltilbud. Politikontaktene har gjerne tett kontakt med skolene, som også ringer og ber om hjelp som dersom de trenger det. De kan også ha bekymringssamtaler med skoler, foreldre og ungdommene selv. De deltar i tverrfaglige samarbeidsmøter på tvers av tjenester, kan ha innlegg på foreldremøter dersom det er problematiske forhold på skolen og kan også delta i ungdomsstraff eller ungdomsoppfølging i regi av konfliktrådet. I noen kommuner har politiet operative forebyggere som gjør noen av de samme oppgavene som politikontaktene.

Når noe skjer og politiet blir tilkalt, prøver de som regel å løse saken på lavest mulig nivå, utenom straffesakssporet. En informant i politiet beskriver et forløp der skolen tar kontakt om en voldelig hendelse eller konflikt som har oppstått slik:

> «Men ja, vi drar opp på skolen. Da er det gjerne rektor som har invitert, og da dukker gjerne begge parter opp med foreldre. Så tar vi enten samtale med hver enkelt i utgangspunktet, eller vi kommer rett inn i et møte med begge parter der skolen eller rektor er regissør, også tar vi det derfra. Vi ønsker jo ikke at det skal bli en straffesak, særlig når de er så unge. De skal jo gå på den skolen sammen fremover også. Det er på laveste nivå.
>
> Eller det kan være en utfordring på trinnet; da er vi inne i foreldremøte. Vi prøver å holde oss unna å ha møte med klasser. Vi prøver heller foreldremøte fordi foreldrene er de viktigste samarbeidspartene vi har.» (Informant, politiet)

Selv om forebyggende arbeid skal være politiets primærstrategi og politikontaktene har en viktig rolle her, forteller informanter i politiet at de også blir bedt om å gjøre oppgaver som de mener ikke hører hjemme hos dem, som hjelp til å holde foredrag og regulere språkbruk og atferd blant elever i småskolen.

Bekymringssamtaler

Politiet har bekymringssamtaler med barn, ungdom og deres foreldre. Politidirektoratet har utarbeidet en veileder for slike samtaler,[51] men den er svært omfattende, og flere av informantene forteller at det tar altfor lang tid å gjennomføre en bekymringssamtale der alle punktene i veilederen er med. I praksis bruker de veilederen som et utgangspunkt, men ser an situasjonen og tilpasser formen på samtalen deretter. Det viktigste

[51] Veileder for politiets bekymringssamtale. Dialog for ansvar og positiv endring. Hentet 23. januar 2026 fra https://www.politiet.no/globalassets/dokumenter-strategier-og-horinger/veileder-for-politiets-bekymringssamtale.pdf

er å kunne følge opp hendelsen raskt, og justere innholdet og lengden på samtalen etter hva ungdommene er mottakelig for.

> «Bekymringssamtaler er veldig lavterskel, det gjør vi hele tiden. Spørsmålet er om du skal gjennomføre en fullstendig bekymringssamtale. Det tar flere timer. Ungdommen er ikke mottagelig for å sitte stille i flere timer. Du må plukke ut det som funker. Om ungdommen klarer å sitte der en halvtime eller et kvarter, så må du treffe når du er i gang. Og så må du ta vurderinga underveis, og så må du treffe tidlig eller så mister du de» (Informant, politiet)

Noen beskriver formen på deler av dette arbeidet som samtaler, og ikke som bekymringssamtaler, for å kunne omgå de formaliserte føringene de opplever at veilederen og lovverket gir.

> «Men vi har veldig mange samtaler som ikke er bekymringssamtaler. Ja, for når det er en bekymringssamtale, så er det jo en veileder på det. Og så skal du føre det inn i et politisystem som er lukka for å verne de her mindreårige.» (Politibetjent, forebyggende enhet)

Det kan gjerne være foreldrene selv som uttrykker bekymring og behov for en slik samtale. En annen inngang kan være at en ungdom blir anmeldt for et forhold. Innholdet i samtalen blir til med utgangspunkt i en hendelse, for eksempel slåssing, skadeverk, bruk av narkotika, overgrep eller butikktyveri.

7.2.2 Straffesakssporet

Politiet ønsker gjerne å løse såkalte u18-saker utenfor straffesakssporet, men dersom saken blir anmeldt, må politiet vurdere om det er grunn til å starte etterforskning eller ikke. Saken blir vurdert av en jurist, som avgjør om en skal ta avhør og starte etterforskning. I så fall går saken over i straffesakssporet, men for å ilegges en straffereaksjon må den mistenkte være over 15 år ved gjerningstidspunktet.

Politiet skal ifølge straffeprosessloven § 224 etterforske saker når det er rimelig grunn til å undersøke om det foreligger straffbart forhold også i tilfeller der mistenkte er mellom 12 og 15 år, men slike saker blir ofte henlagt med koden «Henlagt fordi mistenkte var under 15 år». Disse sakene regnes som oppklarte selv om den strafferettslige forfølgningen avsluttes uten konstatering av skyld og ileggelse av straffereaksjon (POD 2025: s 32). I en del tilfeller kan avhør virke avskrekkende og forebyggende også for de yngste, men informantene forteller at det som regel skal alvorlige hendelser til for at politiet setter i gang etterforskning i u15-saker, for eksempel ved trusler om skoleskyting eller bekymring for radikalisering. I slike tilfeller kan også PST trekkes inn.

Informanter fra politiet forteller om økende forekomst av saker der barn som skader andre er veldig unge, ofte langt under 15 år, og at det er vanskelig å finne gode tiltak for denne gruppa. For politiet er 15 år et viktig skille. De forteller om et godt apparat for straffeforfølgning for ungdom over 15 år, der straffesporet gir flere muligheter. Der har politiet et godt samarbeid med konfliktråd og kriminalomsorg, og er ofte en del av oppfølgingsteamet ved ungdomsoppfølging eller ungdomsstraff. For barn og unge under 15 år som utøver vold, har politiet mer begrenset med virkemidler, men kan overføre saker til megling i konfliktrådet. De kan også henvise henlagte straffesaker til konfliktrådet som en sivil sak.

Mange steder har politiet egne u18-etterforskere, som får ansvaret for saken. Hvor etterforskningsansvaret ellers er plassert, kan variere noe mellom distriktene, men spesialenheten SEVO har til vanlig etterforskningsansvar for alle saker om seksuelle overgrep. Saker om bildedeling og nettovergrep blant ungdom kan likevel havne hos forebyggende seksjon eller andre enheter.

7.2.3 Kompetanse og opplæringsbehov i politiet

Informantene i politiet forteller at de som jobber med etterforskning eller vakt og beredskap har obligatorisk årlig opplæring med faglige oppdateringer og øvelser. Foreløpig er det ikke gjennomgående slik for de som jobber forebyggende. De har fagdager og kriminalitetsforebyggende forum, men savner noe mer systematisk kompetanseheving.

I noen distrikter har arbeidet med kompetanseheving blant forebyggere kommet lengre enn i andre. En av informantene nevner at i deres politidistrikt har de nylig startet opp med en årlig konferanse for alle forebyggere, der årets tema er rekruttering av barn og unge inn i kriminelle nettverk. Dette skal tilsvare den årlige oppæringen som etterforskerne får.

Den samme informanten forteller også at kriminalitet blant barn og unge er et av de fagfeltene der det er flest studier på Politihøgskolen, at etter- og videreutdanningstilbudet der er godt, men at det ikke er noen systematikk i hvem som benytter seg av det. Avhengig av egeninteresser og fagfelt melder de som vil, ønsker om slike studier, og så vurderer nærmeste leder om det er ledig tid og midler til det.

Det finnes i tillegg gode muligheter for spesialisering der for eksempel avhørere og etterforskere kan spesialisere seg på barn og unge. Det er avhørere med denne spesialisering som gjennomfører avhør på barnehusene.

7.3 Statens barnehus

Statens barnehus bistår politiet i tilfeller der politiet starter etterforskning i saker om volds- eller seksuallovbrudd og trenger å gjennomføre avhør av personer til og med 16 år eller sårbare voksne. Det er ett barnehus i hvert politidistrikt, altså tolv barnehus totalt der noen har underavdelinger.

For at barn og unge skal komme til barnehusene, må det som regel foreligge en anmeldelse, og de fleste som er inne til avhør, er der enten som fornærmede eller vitne i saken. I 2024 ble mistenkte barn i seksuelle overgrepssaker også en del av barnehusets mandat. Mistenkte barn i voldssaker er i utgangspunktet ikke det, men mindreårige som er mistenkt for alvorlige lovbrudd kan etter vurdering avhøres ved barnehusene i politiavhør[52] Det pågår arbeid for å utvide målgruppen til barnehusene slik at den også omfatter barn og unge med status som mistenkt (Justis- og beredskapsdepartementet 2023).

Barnehusene bistår også politiet med å håndtere såkalte NCMEC-saker om digitale overgrep. Kripos får rapporter fra National Center for Missing and Exploited Children (NCMEC) i USA om norske ip-adresser med mistenkelig aktivitet. De mest alvorlige sakene tar Kripos selv, mens resten blir sendt til distriktene, som vurderer hvordan tipsene skal følges opp videre. I de fleste tilfeller står voksne bak de digitale overgrepene, men noen ganger også ungdom eller barn under 18 år. Kripos mottar årlig rundt 8000 slike tips. I 2024 ble over 400 av dem oversendt til Sør-Øst politidistrikt der blant annet barnehuset deltar i oppfølgingsarbeidet (Sør-Øst politidistrikt 2025 s:11)

Informanter ved et av barnehusene forteller at de også får inn saker der nettbaserte høyreekstreme grupper rekrutterer barn eller ungdommer og oppfordrer dem til å skade andre, for eksempel den misantropiske organisasjonen «No Life Matters».[53] Dette er grupper som har fått fotfeste i USA, og som er i ferd med å spre seg til andre land. Ofte

[52] *Statens Barnehus. Hvem er vi?* Hentet 23. januar 2026 fra https://www.statensbarnehus.no/media/1437/hvem-er-vi_bokma-l.pdf.

[53] Se for eksempel https://web.archive.org/web/20250312165707/https://www.wired.com/story/no-lives-matter-764-violence/, hentet 13. november 2025.

er andre ungdommer pådrivere. De sporer opp sårbare barn, for eksempel fra Snapchat-grupper som handler om selvskading. Målet er å få barnet til å skade seg selv eller andre, men det kan også være å drepe eller ta sitt eget liv. Slike grupper har hierarkiske systemer, der en stiger i gradene ved å følge ordrer, og blir utsatt for trusler dersom en ikke gjør det. Informantene forteller at det er veldig vanskelig å komme seg ut av slike grupper hvis en først har blitt rekruttert inn.

De forteller videre at i saker med digitale overgrep eller nettbaserte voldelige grupperinger, kan barnehusene kalle inn til en samtale uten at det foreligger en anmeldelse. Hovedoppgaven til barnehusene er likevel å gjennomføre avhør av barn i anmeldte saker, og sørge for at barna får tilbud om videre oppfølging etterpå, enten på barnehuset eller i samarbeid med andre aktører.

7.3.1 Tilrettelagte avhør

På barnehusene bistår barnefaglig ansatte politiet med å tilrettelegge for avhøret i tilfeller der politiet tar kontakt fordi de ønsker barnefaglig bistand. Informantene forteller at avhørene på barnehusene innebærer langt mer planlegging og forarbeid enn avhør på politistasjonen. De kaller først inn alle parter til et forberedende møte, der etterforsker, avhører, påtalejurist og forsvarer deltar, men ikke ungdommen selv og dennes foresatte.

Spesialutdannede avhørere gjennomfører selve avhøret. Forsvarer er med i avhørsrommet mens etterforsker, iblant påtalejurist, og ansatte fra barnehuset sitter på bisitterrommet og observerer. Barnehusets ansatte kan bidra med råd og veiledning underveis og er også med på å skape en mykere ramme rundt selve avhøret. På barnehuset serverer de mat og har tilrettelagte pauserom med leker, bøker, spill og tv. Det hender også at ansatte fra barnehusene bistår ved avhør på politistasjonen, men i utgangspunktet kommer barna til barnehuset.

Barn og ungdom under 15 år er ikke strafferettslig tilregnelige og blir ofte ikke regnet som mistenkte, men vitner. Som mistenkt kan en nekte å uttale seg, men det kan en ikke som vitne.

Informanter fra barnehusene forteller at det er utfordrende å håndtere barn under 15 år som har vært gjerningspersoner i voldssaker. For mange kan det være det første møte de har med politiet. De kan være mistenkt i alvorlige voldssaker, men dersom de lyver eller nekter å uttale seg får det ingen konsekvenser fordi de er under straffbar alder.

7.3.2 Oppfølgingsarbeid og samarbeid med andre aktører

Etter avhøret legger barnehuset en plan for videre oppfølging. Barnehusene kartlegger da gjerne hvilke andre tjenester som er koblet på allerede, om disse har god kunnskap om problematikken, enten det er skadelig seksuell atferd eller skadelig aggressiv atferd, om det er behov for samarbeidsmøter, og om det er behov for å utarbeide trygghetsplaner. De samarbeider både med politiet, konfliktrådet, barnevern, BUP, skole og andre kommunale tjenester i tillegg til forsvarsadvokat, påtalejurist og foreldre i dette oppfølgingsarbeidet.

Informanter fra barnehusene uttrykker at arbeid med koordinering og videre oppfølging primært bør ligge lokalt. Der kjenner de involverte hverandre og familiene. Barnehuset er gjerne med i en initialfase der en tenker på hva som må til, men så må samarbeidet overføres, ellers blir avstandene for store. Barn som bor langt unna kan ikke ha et regelmessig oppfølgingstilbud på barnehuset. Barnevernstjenesten er ofte inne i saken fra før, eller får en bekymringsmelding og er gjerne de som tar hovedansvaret for videre oppfølging.

7.3.3 Barnehusene som aktør i både helse- og justissektoren

Barnehusene omtaler seg selv som en aktør i skjæringsfeltet mellom helse- og justisfeltet, som dermed utfordrer sektorprinsippet om at helsehjelp skjer i helsesektoren. En informant fremhever at de har to roller. De er rådgivere i politiets arbeid og skal bistå med barnefaglig kompetanse. I tillegg har de muligheten til å følge opp etterpå. I oppfølgingsarbeidet samarbeider de ikke med politiet på samme måte og yter mer vanlig helsehjelp. Vedkommende beskriver det slik:

> «Etter en avhørsdag skiller våre veier seg. Politiet jobber videre med politisaken. Vi har ikke noe med den å gjøre. Vi kan tilby hjelp for det man strever med.» (Informant, Statens barnehus)

Informantene fra barnehusene uttrykker imidlertid at helsehjelpen som barnehusene yter, ikke er så godt definert. En egen forskrift regulerer barnehusenes arbeid med tilrettelagte avhør, men det finnes ingen tilsvarende forskrift for oppfølgingsarbeidet. En utfordring i denne posisjonen er at de kan bli utydelige og uforutsigbare overfor samarbeidspartnere. Når er barnehuset en del av politiets arbeid, og når er de over i oppfølging og en del av helsetjenestene? Tidligere var dette enda mer uklart og diffust. Var for eksempel ansatte ved barnehusene forpliktet til å videreformidle informasjon til politiet og deres etterforskningsarbeid dersom relevante opplysninger framkom i oppfølgingsarbeidet? Ifølge informanten har dette skillet blitt tydeligere nå.

7.3.4 Å komme i posisjon til å hjelpe

I sakene som barnehusene håndterer, er mistenkte som regel over 15 år. De er mer eller mindre part i sin egen sak, men kan også ha vanskelig for å ta imot hjelp. Det kan enten handle om skyld, skam eller fornektelse. I tilfeller der saken blir henlagt fordi politiet ikke kan bevise noe og ungdommen ikke erkjenner skyld, ser de liten grunn til å komme tilbake. I andre tilfeller kan det være så mye skam forbundet med det de har gjort, at de ikke vil komme tilbake og snakke om det.

Informantene forteller også om tilfeller der den mistenkte tar saken veldig tungt, for eksempel unge gutter som får stempel som voldtektsmenn etter noe de selv oppfatter som en misforståelse, gjerne i sammenhenger der alkohol var med i bildet. De kan bli deprimerte og psykisk ustabile. I slike tilfeller er det andre spesialister som tar videre oppfølging.

I mange tilfeller kan det være enklere å hjelpe barn som er fornærmet eller vitne i en sak. De har gjerne en egen motivasjon for å ta imot hjelp, for eksempel en egen smerte fra hendelsen som de trenger å bearbeide. Barn med aggressiv atferd har ikke det på samme måte. Motivasjon til behandling ligger da helt andre steder. Den kan være knyttet til å endre på egen livssituasjon eller å bearbeide tidligere traumer.

7.3.5 Kompetanse ved barnehusene og i andre tjenester

Informantene ved barnehusene forteller om god og systematisk kompetanseheving internt særlig vedrørende skadelig seksuell atferd. De får delta på kurs og får også opplæring i kartleggings- og behandlingsverktøy. I tillegg deltar de i nettverk for kunnskapsutveksling med alle de som jobber med skadelig seksuell atferd på alle nivåer, blant annet RVTS, spesialisthelsetjenesten, BUP og SLT. De beskriver seg selv som et kompetansesenter på feltet. Særlig for små kommuner som sjelden får de vanskeligste sakene, er dette en viktig funksjon. Da er det ikke lett for kommunen å opparbeide seg kompetanse selv, og barnehusene blir viktige for å kunne gi et likeverdig tilbud til alle. Barnehusene må kunne hjelpe kommunene med å utarbeide tiltak, ikke bare overlate ansvaret for dem.

Informantene uttrykker samtidig at de oppfatter at andre aktører er usikre på hvordan de skal håndtere særlig skadelig seksuell atferd. Mange blir redd for å gjøre noe normalt om til noe skamfullt, for hva er skadelig og hva er normal utforskning? Definisjonen på skadelig seksuell atferd er uklar for mange, særlig i skolen. Informantene har inntrykk av at dette er lettere med vold.

Det ligger mange fine veiledere ute, men lærere blir usikre likevel og mangler kompetanse og iblant gode rutiner. En informant mener at det handler om at de ikke har mengdetrening. Det kan gå langt mellom SSA-episoder på skolene. Det er likevel viktig at de vet hva de skal gjøre. Hun beskriver et vanlig forløp der en lærer ringer slik:

> «De ringer, jeg spør hva det står i rutinene, så har de ikke det. Eller det står bare noe veldig overordna, som 'meld til nærmeste leder'. De vet ikke helt hva de skal gjøre med barnet. Og de vet ikke om de skal fortelle om det til foreldrene til det andre barnet. Ja, det må dere, sier vi, og da kan det komme en anmeldelse.» (Informant, Statens barnehus)

7.4 Konfliktrådet

Konfliktrådet koordinerer gjennomføringen av ungdomsstraff og ungdomsoppfølging. Dette er straffereaksjoner spesielt tilpasset ungdom med et oppfølgingsbehov og er for ungdom som er mellom 15 og 18 år (ved gjerningstidspunktet). Påtalemyndigheten i politiet kan ilegge ungdomsoppfølging hvis påtalejuristen i saken finner grunnlag for det, og det er gitt et samtykke til straffereaksjonen. Mer alvorlige saker går til retten, der domstolene kan idømme ungdomsstraff forutsatt at ungdommen egner seg til å gjennomføre en reaksjon i frihet under tett oppfølging.

Innholdsmessig trenger det ikke å være så stor forskjell i ungdomsplanene for ungdomsstraff og ungdomsoppfølging, men ungdomsstraff er likevel en mer alvorlig reaksjonsform med lenger varighet, og ungdomsplanen er ofte mer inngripende. Ved ungdomsoppfølging må ungdommene og vergene samtykke til reaksjonen. Ungdomsstraff er ikke samtykkebasert. I tillegg ligger fengsel som et alternativ ved ungdomsstraff hvis den dømte ikke klarer å følge planen.

De fleste saker drøftes først i en koordineringsgruppe (KOG) som konfliktrådet leder. KOG består av faste deltakere fra politiet, påtalemyndigheten, kriminalomsorgen og konfliktrådet. Ofte er også deltakere fra helsevesen, barnevern og kommunen gjennom SLT-samarbeidet eller andre også med. KOG sitt mandat er å drøfte om ungdommen er egnet til ungdomsstraff eller ungdomsoppfølging, og KOG gir en skriftlig anbefaling til påtalemyndigheten. Dersom KOG mener en sak er egnet til ungdomsstraff eller ungdomsoppfølging, skal ungdomskoordinator utarbeide en skisse til ungdomsplan. Den aktuelle ungdommen har rett til å medvirke til denne. Under straffegjennomføring kan også ungdomskoordinator melde inn en konkret problemstilling til KOG dersom det er behov for å drøfte denne.

Ungdomsstraff og ungdomsoppfølging er for ungdommer som har behov for tverrfaglig oppfølging og hjelp fra flere instanser. I straffeloven § 52 a er et av vilkårene for å idømme ungdomsstraff at ungdomsstraff anses som en egnet reaksjon. Prop. 139 L (2022–2023) pkt. 8.1.4 presiserer imidlertid at kravet om at ungdommen må ha et oppfølgingsbehov ikke må tolkes for strengt. En ønsker ikke å frata en større gruppe mindreårige lovbrytere muligheten til å få en ungdomsreaksjon.

Det er mange grunner som kan ligge bak et slikt oppfølgingsbehov. Det kan være gjengangere som har vært innblandet i mange straffesaker tidligere, eller ungdom som sliter på skolen, har helseproblemer eller står i andre store utfordringer. Mange kommer fra lavinntektsfamilier med lite ressurser. En ungdomskoordinator i konfliktrådet er tydelig på at ungdomsstraff og ungdomsoppfølging er ikke for ungdommer med enkeltstående feiltrinn, men som ellers klarer seg bra og har god støtte i sitt nærmiljø.

7.4.1 Gjennomføring av ungdomsstraff og ungdomsoppfølging

Når konfliktrådet får saken, kaller de inn til kartleggingssamtale(r) med ungdom og verge. Deretter utarbeider de en ungdomsplan bestående av ulike tiltak. Planen skal være tilpasset hver enkelt ungdom ut ifra hva slags oppfølgingsbehov og forutsetninger de har. Den inneholder alltid en form for dagaktivitet som jobb, skole, praksis eller annet. Dersom ungdommen ikke har en slik aktivitet, skal konfliktrådet bistå med å få det på plass. Da kan det være aktuelt å trekke inn oppfølgingstjenesten eller Nav.

I tillegg skal det straffbare forholdet møtes med tiltak. Det kan være tilbud i regi av Alternativ til vold eller andre sinnemestrings tiltak, behandling i regi av BUP eller spesialisthelsetjenesten, eller at de må møte til faste samtaler hos enten kriminalomsorgen, politiet eller konfliktrådet. Planen kan også bestå av andre tiltak via kriminalomsorgen, som sinnemestringsprogrammer eller gatemeklingsprogrammer eller tiltak som handler om å håndtere rusproblemer. Ved behov kan konfliktrådet også sette inn oppholdsforbud eller kontaktforbud, men det brukes mest ved ungdomsstraff. Et viktig mål med planen som helhet er å hjelpe ungdommen med å unngå ny kriminalitet.

En ungdomskoordinator ansatt i konfliktrådet setter sammen et oppfølgingsteam som skal passe på at ungdommen følger planen. Som regel har hvert tiltak i planen en ansvarlig person. Teamet består gjerne av noen fra barneverntjenesten, utekontakt, BUP/psykisk helse, en representant fra skolen (rektor, kontaktlærer eller miljøarbeider) i tillegg til foreldre og ungdommen selv. Ved ungdomsstraff deltar alltid representanter fra politiet og kriminalomsorgen. Ungdomskoordinatorene forteller at de prøver å bygge oppfølgingsteam der ungdommen får ha med tillitspersoner og selv kan komme med ønsker om hvem som skal være med. Ungdomsplanmøtet markerer starten på straffegjennomføringen. Da møtes ungdom, evt. verge, og oppfølgingsteamet og går gjennom ungdomsplanen.

Oppfølgingsteamet følger ungdommen gjennom hele straffegjennomføringen, og skal både kontrollere og motivere ungdommen til å følge opp tiltakene i ungdomsplanen. Ungdommen møter teamet jevnlig, gjerne omtrent en gang i måneden, men teamet kan tilpasse frekvensen i hver enkelt sak. Ungdomskoordinatoren kaller inn teamet, leder møtene, gjennomgår status i saken og får oppdateringer. De andre må gi tilbakemelding hvis noe ikke fungerer.

Konfliktrådet skal også legge til rette for gjennomføring av et gjenopprettende møte med fornærmede eller andre berørte, eller adressere lovbruddet på annet vis. I tillegg vurderes gjenopprettende prosess i andre relasjoner, for eksempel til foreldre, andre familierelasjoner eller relasjoner i institusjoner som for eksempel skole eller barnevern. Relasjonsbygging og reparering vektlegges gjennom straffereaksjonen da det er viktig at ungdommen også har et støtteapparat som står der når ungdomsstraffen er ferdig.

Hvis ungdommen ikke følger planen som er lagt, har konfliktrådet ulike reaksjonsformer. Det kan være at ungdommen får en muntlig advarsel, at de innkalles til en bruddsamtale der de ser nærmere på det som ikke fungerer, og kanskje kan sette inn andre tiltak. Noen kan ha behov for innskjerpinger i vilkårene, som for eksempel rustesting med meldeplikt, samtaler med politiet eller oppholdsforbud i visse områder.

I ungdomsstraffen ligger subsidiær fengselsstraff ved gjentatte brudd. Etter lovendringer som trådte i kraft 1. januar 2024 behandler Kriminalomsorgen Øst alle bruddsaker for hele landet.

7.4.2 Mekling og gjenopprettende prosess

I tillegg til arbeidet med ungdomsstraff og ungdomsoppfølging har konfliktrådet rene meklingssaker, som kan komme inn som straffereaksjonen mekling i konfliktråd eller

som sivile saker, herunder henlagte saker fra politiet og saker som meldes inn av publikum selv eller andre offentlige myndigheter enn påtalemyndigheten.

I tilfeller der gjerningspersonen er under 15 år, blir saken henlagt på grunn av gjerningspersonens alder, men de kan likevel få tilbud om mekling som en sivil sak.

Konfliktrådet bruker metoden gjenopprettende prosess i alle saker uansett inngang. Denne metoden gjennomsyrer alt i konfliktrådets virke, ifølge en av informantene. Den handler om å rette opp mest mulig av den skaden som har skjedd. Konfliktrådet legger til rette for det ved å invitere partene i saken til et møte der alle forteller om hva som har skjedd, hvordan handlingen har påvirket dem, og hva som kan bli gjort for å reparere og få en bedre fremtid. En mekler har ansvaret for å gjennomføre møtet og legge til rette for god dialog.

Gjenopprettende møter brukes også i saker med ungdomsstraff og ungdomsoppfølging. Tidligere måtte ungdommen stille opp dersom den fornærmede parten ønsket et slikt gjenopprettende møte, men dette har nå blitt frivillig for begge parter. Konfliktrådet gir tilbud om gjenopprettende møter, men kan ikke pålegge noen å delta.

Informantene forteller at mange ungdommer er positive, mens andre er tydelige på at dette skal de ikke. Noen er med på prosessen frem til et møte, men så ønsker ikke den fornærmede å stille. Da undersøker konfliktrådet gjerne om det er noen andre de kan snakke med, for eksempel en person som jobber med tematikken som saken gjelder, slik at en får gjennomført et møte med fokus på det som har skjedd.

Mange av ungdommene som utøver voldsatferd eller skadelig seksuell atferd, kommer fra familier som strever, og de kan ha problematiske relasjoner til foreldrene sine. I de relasjonene er kanskje ungdommen selv den fornærmede parten. Samtidig kan foreldre oppleve at det er vanskelig at barna deres har begått en straffbar handling som har gått utover dem og andre på en veldig inngripende måte. Noen ganger arrangerer konfliktrådet gjenopprettende møter mellom foreldre og barn, eller andre relasjoner i ungdommens liv som de ønsker å forsøke å gjenopprette. Partene i et gjenopprettende møte er altså ikke alltid de samme som gjerningsperson og fornærmet i forholdet som ungdommen er anmeldt for.

7.4.3 Samarbeid med andre aktører

Konfliktrådet er helt avhengig av et godt samarbeid med lokale aktører for å få på plass tiltak i ungdomsplanen og et oppfølgingsteam som kan følge dem opp. Informantene forteller at det varierer hvor godt samarbeidet fungerer, både mellom ulike tjenester og ulike kommuner. Noen strekker seg langt for å bidra i å gjennomføre ungdomsstraff og ungdomsoppfølging. Andre prøver å unngå dette så langt de kan og bruker mye tid på å avklare om de kan delta, selv om de skal det i tråd med samarbeidsplikten. Både barnevernsloven, Nav-loven og sosialtjenesteloven har bestemmelser om plikt til å samarbeide (barnevernsloven § 15-8, Nav-loven § 15 a og sosialtjenesteloven § 13). Konfliktrådet kan imidlertid ikke pålegge andre å samarbeide. Dersom en tjeneste sier at de ikke har kapasitet, kan de ikke overprøve det.

Ifølge informantene i konfliktrådet går samarbeid med politiet og kriminalomsorgen stort sett bra. Samarbeidet med barneverntjenesten varierer mer, og de kan også være ulikt organisert i kommunene. Noen tar på seg masse ansvar og tilbyr mye, men så stopper det hos ungdom eller verge dersom de ikke ønsker tiltaket. Andre avslutter saker i tilfeller der ungdommene absolutt ikke er klare for det.

Når samarbeidet ikke fungerer så godt, skyldes det som regel ulike syn eller manglende forståelse for hvilken rolle og ansvar velferdstjenestene har i konfliktrådets straffereaksjoner ungdomsstraff og ungdomsoppfølging. Dette fremgår også i en nylig utredning om tverrsektorielt samarbeid og velferdstjenestenes deltagelse i gjennomføring av ungdomsstraff og ungdomsoppfølging (Sfk, Bufdir og Hdir 2023). Denne ut-

redningen viser at velferdstjenestene har manglende kjennskap til ungdomsreaksjonene og sin rolle i disse reaksjonene. Det kan knyttes til manglende presisering av ansvaret i lov og at det er få saker i året.

En informant forteller at skolene ofte er glade for at konfliktrådet kommer inn i en sak. De kan føle seg litt alene og setter pris på å være flere sammen i arbeidet med å hjelpe ungdommene på rett vei. I små kommuner kan imidlertid både skole og sambygdinger oppleve sterk slitasje og bli lei hvis en ungdom gjør veldig mye galt. I noen tilfeller vil ikke skolen lenger ha eleven hos seg, og ifølge opplæringsloven § 13-1 kan fylkeskommunen fastsette i lokal forskrift at rektor har mulighet til å bortvise elever i videregående opplæring for resten av skoleåret ved særlig alvorlige regelbrudd. Dersom vedkommende er under 18 år, kan det da være vanskelig å finne en dagaktivitet til dem.

7.4.4 Manglende og varierende tjenestetilbud i kommunene

Ungdomskoordinatorer i flere av konfliktrådene som vi har snakket med, påpeker at det er en stor utfordring for dem at tjenestetilbudet og tilgangen på tiltak varierer veldig fra kommune til kommune. I noen kommuner er det vanskelig å få på plass tiltak som bør være med i ungdomsplanen fordi tilbudet som konfliktrådet ønsker å gi, ikke er tilgjengelig i kommunen. Det eneste tiltaket som konfliktrådet har selv, er gjenopprettende møter; ellers er de avhengig av tilbudet i kommunen eller statlige spesialiserte tiltak. Dette kommer også frem i utredningen om tverrsektorielt samarbeid.

Direktoratsgruppen bak utredningen påpeker mangler og store geografiske ulikheter når det gjelder tilgang på tiltak for ungdom, særlig knyttet til vold, skadelig seksuell atferd, rus og psykisk helse. De knytter dette dels til manglende kunnskap og forståelse for roller og ansvar i relevante tjenester og dels manglende kapasitet og ressurser. I saker som gjelder ungdomsstraff for alvorlig volds- og/eller seksuallovbrudd, mener de dette også kan skyldes at ungdommens risiko- og beskyttelsesfaktorer ikke systematisk er kartlagt med standardiserte og anerkjente verktøy (Sfk, Bufdir og Hdir 2023).

Mange av ungdommene har begått voldslovbrudd. I noen kommuner har for eksempel Alternativ til vold (ATV) terapitilbud til ungdom som konfliktrådet kan ta inn i ungdomsplanen, men i de fleste kommuner er dette kun for voksne. I andre kommuner innebærer samarbeidet med ATV at det kun er barneverntjenesten som har tilgang til kompetansen deres. Da kan det hende at det finnes andre aktører som har noe tilsvarende. Kommunepsykologen eller familievernkontoret kan for eksempel ha et tilbud som passer, eller de kan skreddersy noe. BUP har gjerne noe, men har ofte lang ventetid. Iblant må en nedskalere tiltaket og for eksempel ty til helsesykepleier fordi kommunen ikke har noe annet.

SLT-koordinator vet stort sett hvilke tiltak som finnes i kommunen. Uten SLT-koordinatorer er det vanskeligere for konfliktrådet å få oversikt. De må sjekke og lete basert på tips fra andre de kommer i kontakt med eller kjenner til, men som ikke har like god oversikt over kommunens relevante tilbud. Da blir det mer tilfeldig hva slags oppfølging ungdommen får.

7.4.5 Kompetanse i konfliktrådene

Informantene i konfliktrådet forteller at de har hatt en del kompetanseheving knyttet til kartleggingsverktøy til bruk i alvorlig volds- og seksuallovbruddssaker. Siden høsten 2024 har alle ungdomskoordinatorer fått opplæring i kartleggingsverktøyene Savry og Profesor samt veiledning gjennom RVTS-Vest og Sifer-Øst. Disse kartleggingsverktøyene skal brukes for å kartlegge risiko- og beskyttelsesfaktorer for å finne frem til riktig tiltak og intensitetsnivå i ungdomsplanen, samt identifisere hvilke tjenester som bør levere tiltaket.

Ledelsen er flinke til å oppfordre de ansatte til å melde seg på konferanser, særlig hvis de ikke koster noe, men ofte kommer akutte ting i veien for slikt. Enkelte ansatte etterlyser mer systematisk kompetanseheving, særlig fordi sakene de håndterer har blitt mer alvorlige. Dette bekreftes av Sfk som forteller at arbeidet med implementering av de nye verktøyene som skal benyttes i ungdomsstraffesakene fortsetter i 2026 med fysiske kurs for nyansatte og veiledning fra kompetansemiljøene.

7.5 Kriminalomsorgen

Ungdom under 18 år kan også bli dømt til straff i samfunn eller fengsel. Samfunnsstraff er en straffereaksjon i Norge som lar domfelte gjøre opp for seg gjennom samfunnsnyttig arbeid i fritiden, i stedet for å sone i fengsel. Samfunnsstraff idømmes for lovbrudd som kan gi fengsel inntil ett år (eller opptil seks år i visse tilfeller), og innebærer 30–420 timer arbeid, behandling og deltakelse i kriminalitetsforebyggende programmer.

En saksbehandler lager en plan sammen med den dømte for hva samfunnsstraffen skal inneholde og som tar hensyn til ungdommens forutsetninger og interesser. Dersom ungdommen ikke møter opp eller ikke følger planen, kan samfunnsstraffen bli endret til fengselsstraff.

Det skal mye til for å dømme personer under 18 år til fengselsstraff. Fengsel skal bare brukes som siste utvei og for kortest mulig tid. Målet er å gi ungdommen støtte til å klare seg bedre og unngå nye lovbrudd. For ungdom under 18 år som blir dømt til fengselsstraff, har kriminalomsorgen egne ungdomsenheter. Det finnes tre ungdomsenheter i Norge med til sammen 21 plasser.

7.5.1 Samarbeid mellom fengsel og andre aktører

Ungdommer i fengsel får mulighet til å følge et skoleløp hvis de er villige til det selv. Fengselet samarbeider da med en videregående skole om et tilrettelagt og gjennomførbart løp med tilpasset undervisning. Et ordinært treårig løp blir for krevende. Lærere fra skolen gir undervisning inne på fengselet. Fengselet kan også legge til rette for arbeidspraksis. De er videre forpliktet til å ha et tverretatlig team som kan gi råd og veiledning til barnets beste. Her kan det være representanter fra spesialisthelsetjenesten, jurist, skolen, legen, kommunehelse og fagleder fra kriminalomsorgen.

Vi oppfatter at dette er i tråd med importmodellen, det vil si at ulike instanser leverer tjenester til de innsatte i fengslene, på samme måte som de også leverer disse tjenestene til personer i samfunnet utenfor fengslene. Dette gjelder blant annet helsetjenester, opplæring, NAV-tjenester, med flere.[54]

Etter endt soning kommuniserer skolen og Bufetat med hjemkommunen om skoleplass eller læringsplass og et trygt bosted der ungdommen skal løslates. Det tverrfaglige teamet i fengselet er viktige for at overgangen skal fungere best mulig. En informant beskriver det slik:

> «Alle samarbeidsaktørene er samlet på en plass inne i fengselet og gjør at vi har på en måte direkte kontakt via de ut til der ungdommen skal løslates til. […] Og vi opplever at systemet fungerer og at det er kjapt å finne ut av kontaktpunkt ut i kommunen, og at vi får tilbakemelding om at det som regel er etablert kontakt og det er et system, og vi opplever at mange av samarbeidsaktørene vil komme inn og besøker ungdommen når de er fengslet.» (Informant, ungdomsenhet fengsel)

[54] *Importmodellen*. Hentet 4. desember 2025 fra https://www.kriminalomsorgen.no/importmodellen-helsetjenester-nav-tjenester-utdanning-etc-i-fengsel.592416.ny.html.

7.5.2 Rask domfellelse er avgjørende for god oppfølging i fengsel

For mindreårige som skal sone straff i fengsel, er det viktig at det går så kort tid som mulig fra den straffbare handlingen er begått, til ungdommen får en dom og denne er rettskraftig. Det gir bedre og mer forutsigbare rammer for både fengselet og ungdommen. En leder ved en av ungdomsenhetene påpeker at det et viktig å få ungdommen inn i en ungdomsenhet før de fyller 18 år. Da overføres de til ordinært fengsel som ikke har de samme mulighetene til å følge opp.

> «Det er altfor mange syttenåringer som er domfelt for alvorlig kriminalitet, og så bruker vi i rettsapparatet for lang tid, så når dommen er klar, så har de passert 18 [og må sone i voksenfengsel] og mister det gode støtteapparatet. De mister muligheten som ligger i det å sone i en ungdomsenhet. For da er de per definisjon voksne på papiret, og skal i et ordinært fengsel, og der er det en helt annen bemanningsfaktoren, og mye mer krevende å få til en god oppfølging fordi at det er så mange om beinet.» (Informant, ungdomsenhet fengsel)

7.6 Oppsummering

Aktørene i justissektoren håndterer saker der barn og ungdom har begått straffbare handlinger, og der forholdet er anmeldt. Det er med andre ord de mest alvorlige tilfellene av vold og skadelig seksuell atferd som de kommer i befatning med. Alle aktørene jobber i straffesakssporet, men gjør også mye viktig forebyggende arbeid på indikativt nivå. Politiet prøver også å unngå at saken kommer i straffesakssporet, blant annet ved hjelp av bekymringssamtaler og andre samtaler med barna og ungdommene selv, foreldre, skolen, barnevern og andre berørte parter. Politikontaktene samarbeider også med kommunen og SLT-koordinator om annet kriminalitetsforebyggende arbeid på mer strategisk nivå.

For aktørene i justissektoren er 15 år et viktig skille. Det er først ved fylte 15 år at ungdommene blir strafferettslig ansvarlige og aktuelle for straffereaksjoner som ungdomsoppfølging, ungdomsstraff, samfunnsstraff eller fengsel. Mange uttrykker frustrasjon over mangel på virkemidler og tiltak for yngre lovbrytere. I slike tilfeller blir de aller fleste saker henlagt uten avhør eller videre etterforskning. Politiet opplever at et formelt avhør kan virke individualpreventivt for denne gruppen, men forteller at de likevel i liten utstrekning gjør det i praksis. Med knappe ressurser og krav til måltall for saksbehandlingstid blir raske henleggelser som regel utfallet i saker der det er mulig.

Det later imidlertid til å være relativt velfungerende systemer rundt gjennomføring av straffereaksjoner for ungdom over 15 år. En viktig del av dette arbeidet er å koordinere oppfølgingen ungdommene får fra andre aktører. Konfliktrådet har profesjonalisert denne koordinatorrollen gjennom ungdomskoordinatorene, og fengslene har et eget tverrfaglig team som skal sørge for god tilbakeføring etter soning. I barnehusene er også denne koordinatorrollen i stor grad profesjonalisert.

Likevel er tjenestetilbudet til målgruppa for dette prosjektet mangelfullt – med stor variasjon mellom kommuner. Det kan også være vanskelig å finne fram til de tilbudene som finnes – særlig i de kommunene som ikke har SLT-koordinator.

Aktørene på justisfeltet fungerer på mange måter som spesialister. De møter barn og unge som andre tjenester ikke har klart å fange opp eller hjelpe i tilstrekkelig grad. De blir stadig eksponerte for de alvorligste sakene og får mengdetrening i å håndtere dem. Aktørene i justissektoren blir derfor viktige kompetansemiljøer som har erfaring med å møte vanskelige saker i en helt annen skala enn for eksempel ansatte i skolen og lavterskeltilbud i kommunen. De blir dermed spesialiserte tjenester som kan gi viktig veiledning og bistand til andre aktører på feltet.

Mengdetrening og et spesialisert fagmiljø gir også gode rutiner og trygghet i møte med målgruppa. Det er gjerne gode systemer og god støtte å hente i kollegaer, som gjør de emosjonelle belastningene som de ansatte står i, greiere å håndtere. Mange informanter forteller også om gode muligheter for faglig oppdatering gjennom fagdager, konferanser, samarbeidsmøter og tilleggsstudier. De uttrykker samtidig behov for mer systematisk kompetanseheving, særlig i en verden der sakene endrer karakter og nye digitale arenaer kommer til. En god del faglig oppdatering skjer på eget initiativ, og da er det ikke alltid så lett å prioritere det.

Justissektoren framviser trekk av både verdikjedemodellen og nettverksmodellen. Straffesakssporet standardiserer sakene ved anvendelse av straffebudene, og etterforskning og rettsprosess har likebehandling som uttalt målsetning. Vi ser imidlertid at straffegjennomføring av ungdomsstraff og fengselsstraff organiseres som nettverk med atskillig grad av fleksibel persontilpasning – ungdomsstraffen gjennom konfliktrådets samarbeid med kommunale aktører og fengselsstraffen gjennom Kriminalomsorgens importmodell. Også politiets forebyggingsarbeid skjer i utstrakt fleksibelt samarbeid med andre aktører.

Del 3: Generelle tema, diskusjon og konklusjoner

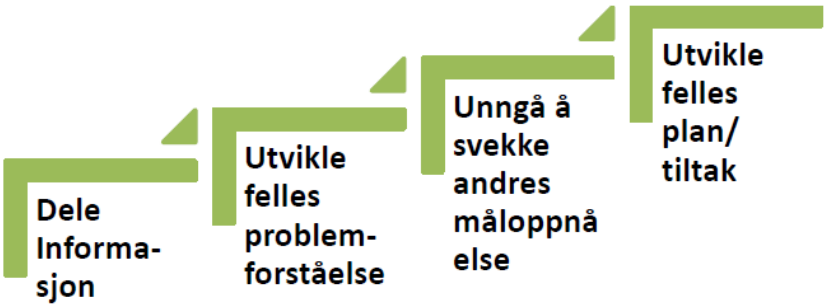
8 Samarbeid mellom tjenestene

Informanter i alle sektorer og tjenester som vi har snakket med, vektlegger at samarbeid og koordinering mellom tjenester på tvers av sektorene er avgjørende for å kunne gi barn og unge som skader andre, god oppfølging. I mange kommuner finnes formaliserte samarbeidsstrukturer og faste møtearenaer, men å få samarbeidet til å fungere i faktisk oppfølgingsarbeid kan likevel være krevende. I dette kapitlet beskriver vi eksisterende samarbeidsarenaer, hvordan samarbeidet foregår i praksis og hvilke utfordringer de ulike aktørene møter. Det finnes også mange eksempler på samarbeidsarenaer mellom ulike aktører i samme sektor, men disse har vi allerede omtalt i de foregående kapitlene om de respektive sektorene. I dette kapittelet belyser vi følgende hovedproblemstilling:

C: Hvordan samhandler tjenester innen helse, oppvekst, barnevern og justissektoren for å følge opp barn og unge som skader andre, og hvordan kan samhandlingen mellom tjenestene bli bedre?

Figur 8-1 viser samordningsstigen med fire suksessive trinn, som danner en analytisk ramme for dette kapitlet, ved at hvert trinn behandles i punktene 8.1–8.3.

Figur 8-1. Samordningsstigen. Kilde: Difi (2014).



Punkt 8.1 omhandler taushetsplikten og dennes betydning for deling – eller mangel på deling – av informasjon mellom tjenestene.

Punkt 8.2 tar for seg ulike måter å oppfatte, beskrive, forstå og definere målgruppa på. De ulike tjenestene kan ha ulike oppfatninger av hva som er målgruppa og hvilke tiltak som hjelper, som kan være til hinder for godt samarbeid. Den aller viktigste hindringen for god oppfølging er imidlertid at foreldre og etter hvert ungdommene selv ikke har samme problemforståelse som tjenestetilbyderne og ikke ønsker hjelp eller tiltak.

I punktene 8.3 behandler vi de to øverste trinnene om måloppnåelse og felles tiltak samlet, der vi blant annet beskriver eksisterende samarbeidsarenaer og -strukturer. I punkt 8.4 beskriver vi ansvarsforhold og glippsonene mellom tjenestene og sektorene.

Dette kapitlet inneholder ikke noe sammendrag. Vi oppsummerer hovedfunnene i diskusjons- og diskusjonskapitlets punkt 10.3.

8.1 Informasjonsdeling og taushetsplikt

Rettsreglene om taushetsplikt, opplysningsplikt og opplysningsrett finnes i forvaltningsloven §§ 13a–13g, helsepersonelloven §§ 21-34 og spesialisthelsetjenesteloven §§ 6-1 og 6-2. I tillegg kommer en rekke bestemmelser i særlovgivningene, som for eksempel helse- og omsorgstjenesteloven § 12-1, barnevernloven kapittel 13 og barnehageloven §§ 44–46. I skolene gjelder taushetsbestemmelsene i forvaltningsloven. Taushetsplik-

ten legger ingen begrensninger på å motta opplysninger; det er kun retten til å videreformidle informasjon av privat karakter som er begrenset av bestemmelsene i taushetsplikten (Vorland m.fl., 2018).

Informanter i alle sektorer forteller at de er avhengige av tilgang på informasjon for å kunne finne frem til gode tiltak i oppfølgingsarbeidet, men noen opplever større utfordringer knyttet til informasjonsdeling og taushetsplikt enn andre.

8.1.1 Opplæringssektoren om taushetsplikt

Særlig i opplæringssektoren opplever flere informanter at taushetsplikt og mangel på informasjonsutveksling hemmer arbeidet med elever som skader andre. Dette gjelder blant annet informasjonsutveksling ved overganger i skoleløpet, slik som mellom barnehage og barneskole og barneskole og ungdomsskole. Vi hører for eksempel om en hendelse med skadelig seksuell atferd på en ungdomsskole som skolen mener kunne vært unngått dersom den hadde fått mer informasjon om eleven fra barneskolen som eleven gikk på. Skolen kunne satt inn mer effektive tiltak tidligere for å hjelpe elever som skader andre, dersom de visste mer om elevenes atferd fra tidligere.

Også informasjon om elever fra andre tjenester begrenses av taushetsplikt, noe som oppleves som en hindring for både produktivt samarbeid og hjelp til eleven. Én informant opplever for eksempel at drøftelser på fellesmøter blir mer overfladiske og at skolen ikke får vite hvilke hjelpeinstanser som er inne i elevens sak.

Informantene nevner ulike tjenester de skulle hatt mer informasjon fra, blant annet BUP og helsesykepleier ved skolen. Det kan være vanskelig å få samtykke fra elev og foresatte til at helsesykepleier kan gi informasjon videre til skolen.

Videre etterlyser noen informanter mer informasjon fra barnevernet om elevers vansker og hjemmesituasjon. Informanter ved en av skolene mener slik informasjon kunne gjort skolen i stand til å gi elever bedre hjelp på et tidligere tidspunkt.

> «Særlig informasjon som barnevernet sitter på, ville vært veldig nyttig for oss. De sitter på informasjon om søsken, foreldre, rus i hjemmet; masse informasjon som vi ikke vet noen ting om. Det har hendt at vi har jobba i to år med en elev og forteller dem om noe vi har fanget opp. Ja, det har de visst lenge, sier de. […] Altså, vi driver med tiltak i mange år med ting som de egentlig har skjønt at blir helt feil, men sier ingenting. Da blir jeg frustrert.» (Rektor, ungdomsskole)

Det oppleves også som en utfordring at skoler ikke får informasjon, eller informeres i varierende grad, om hvordan bekymringsmeldinger skolen har sendt til barnevernet, følges opp.

8.1.2 Justissektoren om taushetsplikt

I sammenhenger der aktører i justissektoren samarbeider med aktører i andre sektorer, forteller de at informasjonsdelingen i hovedsak fungerer bra, at de stort sett løser spørsmål rundt taushetsplikt på en god måte og vet hva de kan dele og ikke. For å få til det, trekker de fram at det er viktig å kjenne hverandre godt og jobbe tett sammen. I én kommune har en ansatt fra barnevernet sin arbeidsplass på politistasjonen som en fast ordning. Det har begge parter nytte av. Når det kommer nye inn som ikke kjenner hverandre og stoler på hverandre, kan taushetsplikten bli et problem, særlig blant ansatte innen helsetjenestene.

8.1.3 Helsetjenestene om taushetsplikt

Flere av helsesykepleierne vi har intervjuet sier at de savner å vite mer om hva som skjer når en sak er meldt til barnevernet.

> «Når barnet først er inne i barneverntjenesten, så får vi svært lite opplysninger om hvordan det går, hvilke tiltak de setter inn. De droppes jo på en måte på vårt kontor, disse barna. Og etter at vi har sendt saken videre, så har vi jo fortsatt ungene. Og det kan godt være at barnevernet sier om du kan fortsette å prate med barnet. For nå har jo det barnet en relasjon til helsesykepleieren. Samtidig vet ikke helsesykepleieren hva barnevernet gjør i forhold til foreldrene.» (Helsesykepleier)

Utfordringene knyttet til informasjon kan også gjelde hva familieteam gjør av tiltak. Det påpekes at dette kan ha samme årsak. At foreldrene motsetter seg at de skal få innsyn i hva som foregår.

> «Men det er veldig uheldig. Og det er ikke til barns beste at man sitter på hver sin tue og jobber med samme barn. Jeg lurer på om vi av og til jobber for lite med å få foreldrene til å forstå nytten av at vi samarbeider.» (Helsesykepleier)

Denne informanten forteller videre at i noen tilfeller innhenter barnevernet opplysninger fra flere aktuelle tjenester ved å innkalle aktuelle samarbeidsparter til et møte, og ber om opplysninger når alle er samlet rundt bordet. Det gir en opplevelse av samarbeid, og hennes erfaring er at sakene åpnes lettere opp i disse tilfellene.

8.1.4 Samtykke til å dele opplysninger

I tilfeller der det er mulig å innhente samtykke fra foreldre eller ungdommene selv, kan aktører i ulike sektorer lettere dele opplysninger. Informasjonsutveksling og saker med ungdomsstraff og ungdomsoppfølging er særskilt regulert i konfliktrådsloven § 22 c, som gir anledning til å utveksle informasjon basert på samtykke fra ungdommen og vergene. Det betyr at ungdommen og eventuelt vergene må samtykke til at ungdomskoordinatoren kontakter aktuelle etater og personer når oppfølgingsteamet skal etableres.

Ungdomskoordinatorer i konfliktrådet innhenter samtykke fra ungdommen før de kontakter relevante aktører som kan være aktuelle for oppfølgingsteamet. Konfliktrådet har utviklet en egen samtykkemal for dette. Når ungdomsplanen utarbeides og deltakere i oppfølgingsteamet er bestemt, skal ungdomskoordinator avklare med ungdommen hva slags informasjon som kan deles med hele teamet.

Deltakere i oppfølgingsteamet har taushetsplikt etter konfliktrådsloven § 9, og må signere på en egen taushetserklæring. De legger innsats i å lage enkle maler rundt dette, som ungdommen forstår. Informanter i konfliktrådet forteller at det stort sett går greit å innhente samtykke, men at de kommer i en vanskelig situasjon dersom ungdommen ikke samtykker til noe. Det kan være ungdommer som ikke har tillit til at noen kan hjelpe dem, fordi ingen har kunnet hjelpe dem før. Noen vil at færrest mulig skal vite noe og er ikke interessert i mer oppfølging. Atter andre er ikke enig i siktelsen eller grunnlaget for saken og ønsker derfor ikke å samarbeide.

I slike tilfeller vet konfliktrådet bare det ungdommen selv velger å si og har ikke mulighet til å sjekke det opp mot annen informasjon. En informant fra konfliktrådet forteller at det i slike tilfeller ikke er sikkert at en får til å gjennomføre ungdomsstraff eller ungdomsoppfølging.

Samtykke fra brukeren eller foresatte til å dele informasjon på tvers av tjenester er også sentralt i BTI-modellen som vi beskriver nærmere i punkt 8.3. De ulike tjenestene kan dokumentere tiltak og dele informasjon gjennom en stafettlogg, som følger brukeren, uavhengig av hvilken instans som til enhver tid gir tjenester.[55]

Politiet forteller at foreldre stort sett samtykker til at tjenestene kan dele opplysninger, men når ungdommene fyller 16 år, blir de helserettslige myndige, og foreldre får ikke

[55] Hva er BTI? Forebygging.no. Hentet 7. november 2025 fra https://www.forebygging.no/BTI/hva-er-bti/hva-er-bti/.

lenger tilgang til helseopplysninger. I noen tilfeller skaper det utfordringer for politiet. Også informanter i helsesektoren erkjenner at retten til å eie egne opplysninger kan være til ulempe for ungdommene.

> «Det skjer jo noe når de blir 16, og er helserettslig myndige. Da bestemmer de mye mer over sine egne helseopplysninger. Jeg tror noen ganger det virker dårlig for dem. Da mister man noe selv om det er en rettighet de har.» (Informant, skolehelsetjenesten)

8.2 Å utvikle felles problemforståelse

8.2.1 Tidlig innsats og foreldrenes rolle

Informanter i samtlige tjenester vektlegger betydningen av tidlig innsats. De virker å ha en omforent forståelse av at det innebærer å gripe inn mens barna er små, stanse en uheldig utvikling og forebygge senere atferdsproblemer. På hvilket tidspunkt en skal gripe inn, hvem som skal gjøre det og hva en bør gjøre er imidlertid vanskelige spørsmål der informantene ikke har klare svar. Mange påpeker også at en forutsetning for tidlig innsats er at foreldrene deler oppfatningen av at barnet eller familien har utfordringer og trenger hjelp. Foreldre må ønske å ta imot hjelp, de må til dels selv oppsøke tjenester som kan hjelpe, og de må være mottagelige for tiltakene som tjenestene kan tilby.

At barnet har utfordringer, kan imidlertid være skambelagt for foreldrene. Informantene forteller at noen foreldre ikke vil innse at noe er galt med barnet deres, og at de derfor ikke oppsøker tjenestene. Noen kan også motsette seg kartlegging i tilfeller der problemene fanges opp i barnehagen, på skolen eller av andre aktører. Dersom foreldrene av ulike grunner ikke ønsker hjelp eller intervensjon, har hjelpeapparatet begrenset handlingsrom.

Kommunale lavterskeltilbud er tjenester som kan tilby hjelp og tilpassede tiltak på et tidlig stadium uten henvisning eller ventetid. Vi har beskrevet disse tjenestene nærmere i kapittel 4.3 og 4.3.4. De fungerer ofte som førstelinje der de kan få inn en sak og vurdere hvilke andre instanser som er hensiktsmessige å koble på. Dette er imidlertid eksempler på tjenester som ofte er basert på at foreldre eller ungdommene selv oppsøker dem.

Foreldrene trekkes frem som den viktigste samarbeidsparten av informanter i alle sektorer, men spesielt informanter i helsesektoren forteller at det er viktig å få med seg foreldrene i arbeidet med barn som har bekymringsfull atferd. Foreldre er blant annet med på å bestemme hvilke tjenester som skal få delta i tverrfaglige team og dermed ha tilgang på de deltakende tjenestenes informasjon om barnet og dem selv. Arbeidet med foreldre begynner likevel lenge før eventuelle undrende samtaler eller målrettet tiltak. Det handler om å ha god kontakt og dialog med foreldre i forbindelse med rutinemessige konsultasjonstimer og hjemmebesøk

Helsesykepleiere forteller at de samarbeider med PPT, barnevern, BUP og politiet. Flere av kommunene bruker samarbeidsmodellen BTI – Bedre tverrfaglig innsats. Noen kommuner bruker stafettlogg. Tverrsektorielt samarbeid anses som avgjørende for å gi et godt tilbud i mange saker. Her er man imidlertid avhengig av samtykke fra foresatte. En viktig oppgave er derfor å motivere foreldre til samarbeid og få dem til å ta imot hjelp. Andre utfordringer i samhandlingen bunner som regel i ulike mandater og lovverk. Noen informanter trekker fram taushetsplikten som et juridisk hinder for godt samarbeid.

Dersom det er grunnlag for bekymring, vil helsesykepleier melde til barnevernet, som deretter vil åpne sak og undersøke. Etter undersøkelsen kan det være at barnevernet tilbyr hjelp, men at foreldre takker nei.

> «Det er én ting at meldeplikten vår er utløst, men hva skjer etterpå? Du får vite om de har påbegynt en sak, eller har henlagt den, det får du vite. Men ikke så mye mer. Det skal være svært alvorlig før de setter i gang tvangstiltak i barnevernet.» (Helsesykepleier)

Å komme i posisjon til å hjelpe er også noe informanter i barnevernet og barnehusene trekker frem som en utfordring. Selv som andrelinje er det aller meste av det de kan tilby, frivillige tiltak, og familiene må både være villige til og mottakelige for hjelp. Når familien ikke er det, kan det handle om skam, det kan være snakk om foreldre som selv har opplevd vold, det kan være en krevende livssituasjon eller en kombinasjon av alt dette. Mange av familiene strever på mange fronter samtidig. En psykolog ved et av barnehusene beskriver dette slik:

> «Alle kommer jo fra en familie. Der vi blir mest bekymret, er det både rotter og mus i hjemmet, bokstavelig talt. Der er det psykisk uhelse og dårlig økonomi. Å komme hit til en samtale er som å skvette vann på gåsa.» (Psykolog, Statens barnehus).

Ansatte i politiet på sin side, uttrykker at andre tjenester burde ha fanget opp og håndtert barn og ungdom med skadelig atferd tidligere, særlig i tilfeller der den skadelige atferden er relatert til helseutfordringer eller diagnoser. De forteller blant annet om ungdommer under 18 år som har vært inn og ut av fengsel og institusjoner, er anmeldt for mange lovbrudd, allerede er gjengangere for politiet og krever mye ressurser fra både politiet og andre aktører. Det har vært tilfeller der politiet har tatt initiativ til og brukt midler på å kartlegge disse ungdommene mens de har vært i fengsel, og der denne kartleggingen viser at de har lettere psykiske utviklingsforstyrrelser, ADHD eller andre diagnoser. Dette burde ha blitt fanget opp før og av andre aktører enn politiet. Da kunne en gitt riktig behandling og helsehjelp tidlig og kanskje unngått mange av problemene som oppstår senere.

Flere informanter fra politiet mener at foreldrene har for mye makt i tilfeller der barna trenger hjelp. I tilfeller der barna virkelig trenger det, bør ikke foreldre kunne si nei. En politioverbetjent beskriver dette slik:

> «Foreldrene sier at det er ikke noe galt med sønnen min, han skal ikke gjennom noen kartlegging, for det er flaut. Det vi ser på de mest aktive vi har, når de blir kartlagt i for eksempel fengsel, så ser vi at hadde de blitt kartlagt før, så kunne de fått hjelp til å håndtere det som skjer i hodet. Det er klart når det blåser stiv kuling i hodet hele tiden, så er det utfordrende å sitte stille og få med deg det som skjer i et klasserom. De kunne fått diagnoser og medisiner. Når de ikke får det, selvmedisinerer de seg med rus. Det blir også galt. Der skulle nok noen ha vært mye tøffere. Da kunne vi ha fått fanga opp mange. Det betyr ikke nødvendigvis at de ikke kan fungere på skolen, men da ville det blitt mye lettere for dem å klare å få med seg ting.» (Informant, politiet).

8.2.2 Ulik problemforståelse mellom tjenestene

Ulik problemforståelse mellom tjenestene kan også være til hinder for godt samarbeid og god oppfølging av barn og unge som skader andre. I intervjuene med våre informanter har en utfordring vært å definere målgruppa. Informantene påpeker at skadelig atferd i seg selv ikke er tilstrekkelig for å definere en målgruppe, siden denne typen atferd som regel bare er en liten del av et mye større problemkompleks.

Utsatthet for vold og overgrep, voldelig atferd og eventuelt skadelig seksuell atferd er ikke diagnoser i seg selv, men kan opptre sammen med, være en følge av eller være årsak til psykiske plager og lidelser. Utsattheten og utøvelsen kan imidlertid være en del av et annet symptomkompleks og bli behandlet som det (Holt, 2016, s. 144).

Barn under 13 år som utøver skadelig seksuell atferd, har oftere generelle atferdsvansker og ADHD. Problematisk eller skadelig seksuell atferd hos barn under 13 år kan oppstå som direkte konsekvens av barnas erfaringer med å bli seksualisert gjennom overgrep de selv har vært utsatt for, eller kan representere en mer kompleks eller indirekte respons til traumer eller omsorgssvikt (Vorland m.fl., 2018, s. 25; Hackett, 2010).

> «Autisme, ADHD, lavt evnenivå, utagering ellers, er knyttet til SSA. SSA er begravd i større problemkompleks. For å ta tak i den tråden må man ha mye ressurser. Jeg tenker at når de oppdragene kommer fra oven, kommer spisset. Så og så mange penger til SSA innsats. Øremerkede personer og eget team. Men det er ikke den beste oppfølgingen for de med SSA. Oppfølgingen må komme integrert i bredere, samlet team. Vi opererer ikke med så smale siloer.» (Informant, spesialisthelsetjenesten)

Årsakene til at barn og unge utøver skadelig atferd er med andre ord sammensatte. Det kan handle om omsorgssvikt, psykiske lidelser eller andre diagnoser, rusrelaterte utfordringer, utenforskap og mangel på ressurser og andre faktorer som kan handle om både helse og sosiale forhold. Ofte står barna og familiene deres i et omfattende problemkompleks der utfordringer knyttet til sosiale forhold og helse er vanskelig å skille fra hverandre. Når aktørene i tillegg er bundet av taushetsplikt og ikke kan dele informasjon uten samtykke, er det krevende å utvikle en felles problemforståelse, fordele ansvar og koordinere innsatsen.

Noen informanter påpeker hvordan den felles problemforståelsen er en forutsetning for å etablere en helhetlig tiltakspakke:

> «Godt arbeid fordrer at alle jobber mot samme mål. At vi har en felles forståelse av hva ungdommen trenger. Et eksempel er at vi må ha rolleavklaring, hvem gjør hva. Det kan bli en del 'rollerot', utydelig hvem som gjør hva. Da må vi ha opprydningsmøter.» (Informant, ungdomsteam)

I flere av undersøkelseskommunene er det et påtakelig spenningsforhold mellom helsetjenestene på den ene siden, og barnevernet og eventuelt andre tjenester på den andre. Informantene fra barnevernet anser ofte voldsuttrykk og/eller skadelig seksuell for å være elementer i tilstander som autisme, ADHD og/eller psykisk utviklingshemming, og som derfor er helsetjenestenes ansvar å behandle.

Informantene i helsetjenestene på sin side mener at voldsuttrykk og skadelig seksuell atferd ofte er sosiale problemer, som må løses ved sosiale tiltak. De viser dels til prioriteringsveilederen, hvor voldsuttrykk og seksuell skadelig atferd kun forekommer som mulige faktorer som kan gi utvalgte tilstander høyere prioritet. Og dels viser de til at de ikke har kompetanse på sosiale utfordringer, men på psykiatri og/eller psykiske tilstander. Vi har beskrevet dette nærmere i kapittel 4.2.1 og kapittel 4.3.8.

Dels er det et spørsmål om hva voldsuttrykk og skadelig seksuell atferd *er*. Og dels er det et spørsmål om hvordan det skal forstås og håndteres og hva slags kunnskap som er relevant i dette.

De ulike aktørene treffer også barna i veldig forskjellige kontekster og ser til dels ulike deler av målgruppa. Det er med på å prege deres problemforståelse.

Så sant barna fortsatt er på skolen, treffer lærere og andre ansatte alle deler av målgruppa, der noen har små og andre store utfordringer. De møter barn med utviklingsforstyrrelser, ADHD eller andre diagnoser, barn som er utsatt for omsorgssvikt, vold i hjemmet og barn i problemkomplekser med flere slike utfordringer samtidig. Skolen er en del av barnas hverdagsliv. Ansatte i skolen treffer barna ofte og mye, og enkelt-elever med skadelig atferd kan få stor betydning for deres arbeidshverdag. Aktørene i skolen er derfor særlig opptatt av å beholde et godt og tillitsbasert forhold til barna og familiene. Mange opplever at å for eksempel sende bekymringsmeldinger til barnevernet ødelegger og kommer i veien for god kontakt med foreldrene.

Aktører i helsevesenets førstelinje treffer i hovedsak foreldre og barn som selv oppsøker dem og ønsker å samarbeide. Dette er som regel ikke de mest alvorlige sakene. Helsevesenets andrelinje og barnevernet treffer barna som har blitt henvist eller fanget opp av andre aktører, og aktørene i justissektoren ser gjerne de mest alvorlige sakene der barn med skadelig atferd ikke har blitt fanget opp eller fått riktig hjelp tidligere.

Både helsevesenet, barnevernet og politiet er i de aller fleste tilfeller ikke en del av barnas hverdag på samme måte som skolen. De blir kontaktet eller tilkalt og gjør utredninger, undersøkelser og tiltak først når andre melder fra. Særlig informanter i politiet påpeker at andre tjenester er tettere på barn og ungdom i denne målgruppa og har helt andre muligheter til å gripe inn på et tidlig tidspunkt. Skolen ser dem hver dag, mens politiet først blir tilkalt når noe alvorlig har skjedd. Likevel er politiet den største melderen til barnevernet. De har forståelse for at en barnevernsmelding kan ødelegge kontakten skolen eller andre tjenester har med familien, men mener at det må være mulig å gjøre begge deler.

8.3 Samarbeidsarenaer og samarbeidsmodeller

I alle kommunene samarbeider ulike aktører innen skole, helse, barnevern og på justisfeltet med hverandre om å følge opp barn og unge som skader andre, men det varierer hvor formalisert og systematisk samarbeidet er, hvilke tjenester som samarbeider med hverandre, og hvilke samarbeidsmodeller de bruker. Uavhengig av form og deltagende parter er hensikten med samarbeidet som regel å samordne innsatsen, ikke gå i veien for hverandre, og utvikle felles planer og tiltak – helt i tråd med samordningsstigen, med andre ord.

Skolehelsetjenesten er et lovpålagt lavterskeltilbud og et eksempel på et formalisert samarbeid mellom helse og opplæringssektoren. For barn og unge med tyngre utfordringer har noen kommuner et samarbeid med spesialisthelsetjenesten om FACT-Ung. Vi har beskrevet skolehelsetjenesten og FACT-Ung nærmere i henholdsvis kapittel 4.3.2 og kapittel 4.2.2

Kommunene har også formaliserte samarbeidsarenaer med politiet. Alle kommuner skal ha politiråd. Det er et offentlig samarbeidsorgan mellom en kommune og et politidistrikt på strategisk nivå der blant annet kommuneledelsen og politistasjonssjef deltar. Politirådenes mandat favner hele befolkningen, men bekjempelse av kriminalitet blant barn og unge har høy prioritet.

Rundt 200 kommuner har i tillegg et SLT-samarbeid[56] som primært har barn og unge som målgruppe. SLT-samarbeidet foregår både på strategisk, koordinerende og utførende nivå, men det varierer hvor godt samarbeidet fungerer på de ulike nivåene. En informant beskriver det slik:

> «Vi har SLT-koordinator i kommunen. Der er det en del systemer og strukturer lagt til grunn. Jeg følger en del av dem. Den modellen er på ulike nivåer. Når en går ned på operativt og koordinerende nivå, så er nok avdelingen og teamene mer involvert i det … vi har det på system. Men det er ikke veldig mye samarbeid nede i enkeltsakene. Du skal ikke bruke navn, alt skal være anonymt.»

Kommuner med et slikt samarbeid har gjerne en kommunalt ansatt SLT-koordinator som samordner og systematiserer arbeidet. SLT-koordinator skal være et bindeledd mellom disse tre nivåene i samarbeid med politikontakten. Sju av våre undersøkelseskommuner har etablert SLT-samarbeid – de to små-kommunene har ikke det.

I tillegg til disse eksemplene på innarbeidede, utbredte og til dels lovpålagte samarbeidsflater på tvers av tjenestene finnes også andre lokale former for samarbeidsstrukturer. Informanter fra en av kommunene forteller om et formalisert samarbeidet mellom ulike tjenester også på tvers av nivåene i forvaltningen av tilbudet til barn og unge. Det er fire nivåer i denne samarbeidsmodellen. På nivå 1 møtes kommunalsjefene og diskuterer overordnede føringer for samarbeidet rundt barn og unge. På nivå 2 møtes virksomhetslederne for alle kommunale tjenester som har tilbud til innbyggere under 18 år.

[56] SLT: **S**amordning av **l**okale rus- og kriminalitetsforebyggende **t**iltak.

De kommer fram til organiseringen av arbeidet og hvilke oppgaver og ansvar hver enkelt tjeneste skal ha. På nivå 3 er barnehager og skoler gruppert i geografiske soner, og nivå 4 er praksisen ved hver enkelt skole og barnehage. På skolene og i barnehagene er det tverrfaglige team, som jobber direkte med barn eller elever og deres foreldre, der flere tjenester er representert. Hensikten med denne nivåinndelte organiseringen er å bygge forståelse og bli kjent på tvers av nivåer.

En annen kommune har et nettverk for ledere på tvers av tjenestene, der blant annet kommunens læringsmiljøsenter, PP-tjeneste og helsetjeneste deltar. Nettverket drøfter caser eller anonymiserte saker, og jobber med å få en felles forståelse og innsikt i hvor i tjenesteapparatet ulik kompetanse ligger.

Mange kommuner bruker egne samhandlingsmodeller for å organisere samarbeidet mellom tjenester i ulike sektorer. BTI (Bedre tverrfaglig innsats) er en samhandlingsmodell som brukes eller er i ferd med å innføres i over 180 kommuner, og i åtte bydeler.[57] BTI er et handlingsforløp med fire nivåer, der hvert nivå beskriver forløpet i arbeidet med å avklare bekymring, og iverksette tiltak i og mellom tjenestene.[58] Det er to nivåer for samordning mellom tjenester, ett som beskriver enkelt tverrfaglig samarbeid mellom fortrinnsvis to tjenester, og ett som beskriver mer omfattende tverrfaglig samarbeid mellom flere tjenester. Samhandlingsmodellens fire nivåer beveger seg trinnvis fra undrende og innledende samtaler med kolleger og foreldre til mer sammensatt tverrfaglig samarbeid med flere tjenester.

Det er flere verktøy knyttet til modellen, som ansatte kan bruke i sine daglige oppgaver, blant annet et kartleggingsskjema, en mal for tverrfaglige møter og et samtykkeskjema. Gjennom en stafettlogg som følger brukeren, kan tjenester på tvers av sektorer dokumentere tiltak og dele informasjon. I tilknytning til denne skal det utpekes en «stafettholder», som har ansvar for å koordinere tjenestetilbudet. Blant oppgavene er å innkalle til tverrfaglige samarbeids- og koordineringsmøter, introdusere nye tjenester i samarbeidet og loggføre i stafettloggen.[59] Noen av kommunene vi har gjort intervjuer i, bruker BTI-modellen og stafettlogg.

BTI-modellen blir blant annet brukt på helsestasjonene for å sikre helhetlig og koordinert innsats mellom helsestasjon, helsestasjon for ungdom, skolehelsetjenesten, og barnevernet. Enkelte informanter nevner denne modellen, og legger til at «foreldre får styre hvem som er med i loggen», at modellen fungerer bra, men at det er noe skepsis knyttet til samhandling og kommunikasjon på den digitale løsningen.

8.4 Ansvarsforhold og glippsoner

Selv med etablerte samarbeidsstrukturer og gode intensjoner om å samordne planer og tiltak mellom i ulike sektorer i oppfølgingen av barn og unge som skader andre, forteller informantene at det er krevende å få dette til i praksis, særlig for barn og unge med sammensatte problemkomplekser.

Når det er vanskelig å skille utfordringer knyttet til sosiale forhold og helse fra hverandre blir det også mer krevende å utvikle en felles problemforståelse, avklare ansvarsforhold og fordele oppgaver. I disse tilfellene havner barn og unge i glippsoner

[57] *BTI-arbeid i Norge*. Forebygging.no. Hentet 7. november 2025 fra https://www.forebygging.no/BTI/BTI-arbeid-i-Norge/.

[58] Hva er BTI? Forebygging.no. Hentet 7. november 2025 fra https://www.forebygging.no/BTI/hva-er-bti/hva-er-bti/.

[59] Hva er BTI? Forebygging.no. Hentet 7. november 2025 fra https://www.forebygging.no/BTI/hva-er-bti/hva-er-bti/.

mellom tjenestene. Dette kommer særlig til uttrykk i samarbeidsflater mellom helsetjenestene og barnevernet.

I følge Prop. 133 L (2020-2021) har barneverntjenesten ansvar for å iverksette tiltak kun når barnets eller familiens behov for hjelp handler om barnets omsorgssituasjon eller atferd. Barneverntjenesten skal ikke være et psykisk helsetilbud. Mange barn som skader andre, befinner seg imidlertid i skjæringspunktet mellom psykiatri og barnevern og i en del tilfeller kan både omsorgssituasjonen og barnets helsetilstand være vanskelig å avklare. I slike tilfeller oppstår uklare ansvarsforhold som går utover tjenestetilbudet. Dette har vi omtalt nærmere i kapittel 4.3.8 og kapittel 6.5.1.

En virksomhetsleder i kommunal helsetjeneste bærer på en ønskedrøm om bedre samhandling:

> «Jeg skulle ønske det var et forvaltningsorgan som vi kunne sende de sakene til som vi ikke blir enige om, så noen kunne bestemt hvem av oss som skal gjøre det. Nå krangler vi og skyver mellom oss. Vi bruker så mye ressurser, så mye tid, på å skyve og dytte mellom helse og barnevern. Det gir jo ikke noe produktivitet. Og det går utover det barnet i den familien til slutt.» (Virksomhetsleder, helse)

Informantene forteller også at hvor godt samarbeidet fungerer i praksis, ofte er personavhengig, også i tilfeller der det foreligger formaliserte samarbeidsavtaler og klare samarbeidsmodeller.

Informanter i alle sektorer forteller at godt samarbeid om enkeltsaker i mange tilfeller er personavhengig der enkeltpersoner i nøkkelroller har stor betydning for hvor godt samarbeidet fungerer i praksis. Slike nøkkelpersoner kan ha stor betydning også i kommuner med formaliserte samarbeidsarenaer og samarbeidsavtaler på ulike nivåer. For eksempel spiller rektor en viktig rolle i å legge til rette for samarbeid på de laveste nivåene, det vil si blant ansatte i ulike tjenester som jobber tettest opp mot barna. En av informantene uttrykker det slik:

> «Du trenger bare å skifte ut én person i det samarbeidet, så forrykker du hele opplegget. Intensjonen med både nivå 3 og nivå 4 er veldig god, men rektorene har så individuell forståelse og ønske om å bruke tid på det. Og de har myndighet til å styre sine skoler sånn som de vil. Sånn at de kan si ja takk eller nei takk eller nei, jeg vil ikke gjøre det sånn som det står i det mandatet. Jeg vil gjøre det sånn. Sånn at forskjellene fra skole til skole, det er alt fra ikke-eksisterende møter til kjempegodt fungerende møter, og alt imellom.» (Informant, skolehelsetjenesten)

Ofte kan samarbeidet fungere godt på de øverste nivåene, men ikke blant dem som jobber tettest opp mot de barna og familiene som trenger hjelp. En informant i barnevernet beskriver dette slik.

> «Det er så mange samarbeidsavtaler – én ting er at vi som ledere har tid til kjenne til dem og sette oss inn i dem – men de er ikke forankret nedover. Hverdagen gir ikke rom for å finne dem. De er fine, men ikke godt nok innarbeidet.» (Barnevernsansatt, kommune).

8.5 Samarbeidsutfordringer og/eller mangel på tiltak

Vi har flere steder sett at informanter har etterspurt tiltak fra andre tjenester og ytret oppfatninger om at problematikk hos målgruppa er andre tjenesters ansvar. Dette kan tyde på at det er mangel på tilgjengelige gode og effektive tiltak til målgruppa. Vi har inntrykk av at det er store kommunale variasjoner i hvilke tiltak som er tilgjengelige og at hjelpeapparatet strever med å finne riktige tiltak.

Alle aktører er enige om at tidlig intervensjon er svært viktig. Dersom det oppdages atferdsforstyrrelser hos små barn, herunder skadelig atferd rettet mot andre, eller det avdekkes familieforhold som medfører risiko for at barn får atferdsforstyrrelser, bør det

settes inn tiltak på et tidlig tidspunkt. Disse tiltakene dreier seg først og fremst om veiledningstiltak til foreldre.

Det finnes som beskrevet i kapittel 4 og 5, flere ulike veiledningsprogram rettet mot foreldre til små barn. Det er flere aktører som tilbyr slike tiltak, men hva som tilbys, er avhengig av kompetansen til medarbeidere i den enkelte helse- eller barneverntjeneste. Det er som tidligere beskrevet, også en utfordring at deltakelse i disse veiledningsprogrammene i stor grad er frivillig.

Vi oppfatter også at det er en mangel på tilbud som gir mer omfattende oppfølging og veiledning til foreldre. I regi av barnevernet eksisterer det enkelte tiltak der foreldre med yngre barn kan få oppfølging og støtte 24/7. Et eksempel er Sentre for familier og barn, som er et barnevernstiltak for foreldre og barn der det foreligger alvorlige bekymringer for omsorgssituasjonen. Disse sentrene kan bistå med omsorgsendrende hjelpetiltak og oppfølging av barnet og familien etter utredningen. En evaluering (Menon, 2025) viser en jevn nedgang i bruken av sentre for foreldre og barn siden 2017, noe som blant annet forklares med endringer i lovverk og redusert kapasitet. Det er også store variasjoner i kommunenes bruk av slike tiltak. En annen undersøkelse av Sentre for familie og barn (Aamot m.fl., 2024) påpeker at sentrene er pålagt å prioritere utredning foran hjelpetiltak, og at dette sammen med redusert bruk, har ført til at sårbare familier ikke får den hjelpen de har bruk for.

Når det gjelder større barn og ungdom med voldelig atferd, viser hjelpeapparatet til tiltaket MST som har vist god effekt på voldsatferd. Samtidig er dette et tiltak som krever mye av foreldrene. Vi har inntrykk av at dersom foreldrene ikke har kapasitet til å gjøre seg nytte av dette tiltaket, så mangler det relevante alternativ. I tillegg er det barnevernet som må henvise til MST, og noen informanter oppfatter dette som uheldig, ettersom barneverntjenestens pressede økonomi bidrar til å begrense hvem som får tiltaket (jf. kapittel 6).

Noen ungdommer kan ha nytte av å delta i sinnemestringstiltak. Disse kan være i regi av Alternativ til vold eller andre aktører. Men vår erfaring er at det er store geografiske forskjeller i hvor tilgjengelig slike tiltak for ungdom er.

Noen ungdommer har behov for omfattende døgnbasert oppfølging, og mange av informantene mener det er mangel på slike tilbud. Dette fører blant annet til at barneverntjenester kjøper omfattende og kostbare tiltak som er i skjæringspunktet helse/barnevern fra private leverandører.

Enkelte informanter mener at det er viktig at ungdom som har en skadelig og/eller kriminell atferd kommer seg bort fra hjemmemiljøet, og at det bør være en mulighet for dette uten at ungdommene må plasseres på en institusjon.

Utviklingen av problematferd ses ofte på som multifaktoriell, det vil si at den er knyttet til flere miljøfaktorer. Tiltak som settes inn for å forebygge og redusere atferdsvansker hos barn og unge, kan være omfattende og kreve en koordinering av tiltak på flere forskjellige arenaer – i familien, barnehage/skole og andre instanser. En kunnskapsoppsummering om effekt av fra FHI (2020) viser at det fins best dokumentasjon for at tiltak som er familiebaserte, og da særlig innbefattet foreldreveiledning, gir vedvarende reduksjon i atferdsvansker hos både barn og unge. Forskerne påpeker at det ikke finnes en vidunderkur som alltid vil redusere og fjerne atferdsvansker hos barn og unge og anbefaler også mer forskning om hvilke spesifikke typer tiltak, format og dose som er mest effektiv ville være nyttig.

9 Kompetanse

I dette punktet samler vi trådene fra de foregående delene og kapitlene og belyser prosjektets hovedproblemstilling om kompetanse og kompetansehevingsbehov – spesielt med tanke på hva slags kompetanse som fremmer samarbeid og samhandling der man lykkes i å legge felles målsetninger, planer og tiltak til grunn.

Et generelt trekk er at tjenestene i høy grad er preget av profesjonskompetanse – man kan kanskje si at kompetansen er sektorisert. Vi ser i liten grad at personer med kompetanse fra én sektor jobber i en annen sektor enn der vedkommendes profesjon «hører hjemme». Et unntak fra dette er tverrfaglige team, slik som ungdomsteam og ulike lavterskeltilbud som finnes i mange kommuner.

9.1 Samhandlingskompetanse

I kapittel 8 gjennomgikk vi utfordringer og gode grep innenfor temaet tverrsektorielt samarbeid og samhandling. I det følgende beskriver vi kort en type kompetanse som kan bidra til – eller være en forutsetning for – god og effektiv samhandling.

Sluttrapporten for 0–24-samarbeidet beskriver samordningskompetanse – eller samhandlingskompetanse – som en særskilt fagkompetanse. Sentralt i denne fagkompetansen står kunnskapen om og forståelsen av hvorfor noen grupper barn og unge trenger et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud, og hvordan man arbeider og samarbeider om å utvikle og etablere slike tjenester. Mer konkret omfatter samhandlingskompetanse å kunne lede, administrere og følge opp prosesser som skal utføres simultant i flere parallelle styringslinjer i både egen organisasjon og samarbeidende virksomheter (0–24-samarbeidet, 2020).

Samhandlingskompetanse på ledernivå forutsetter da tilsvarende en lederrolle som er horisontalt orientert for å kunne tilrettelegge for samarbeid og resultater på tvers av hierarkier og forvaltningsnivåer – samt at man har de nødvendige fullmakter og handlingsrom for å gjennomføre dette. Samhandlings-lederkompetansen omfatter evnen til å inngå samarbeid med andre, etablere felles mål, dele kunnskap, bygge tillit på tvers og utforske nye muligheter, samtidig som man vet hvor ansvarsgrensene går (0–24-samarbeidet, 2020).

Flere av våre informanter understreker betydningen av å ha kjennskap til samarbeidende virksomheters lovverk, tjenestetilbud, kompetanse og faglige tilnærminger og perspektiver – som en forutsetning for samarbeid og samhandling.

Familier med barn under 18 år som vil ha behov for langvarige, sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester eller andre velferdstjenester kan ha rett til en barnekoordinator. Barnekoordinatoren skal blant annet koordinere velferdstjenestene til familien og barnet og passe på at kommunen ivaretar ansvaret sitt for oppfølging og tilrettelegging. God og effektiv utøvelse av koordinatoroppgaven kan stille store krav til samhandlingskompetanse.

Koordinatoroppgaven kan være en spesialisert og profesjonalisert rolle, der familien kan få tildelt en koordinator med høy samhandlingskompetanse. Noen påpeker at godt samarbeid er enklere å få til dersom den som har eller tar en koordinerende rolle i samarbeidet, har særlig kompetanse på og erfaring med samordningsarbeid.

I mange kommuner er personer med slik samhandlingskompetanse en knapp ressurs. Koordineringsansvaret kan da havne hos medarbeidere som ikke har riktige forutsetninger for å håndtere dette på en god måte.

Intervjuer: «I de sakene som dere har her, har dere en barnekoordinator?»
Informant: «Vi har tre barnekoordinatorer i [kommunenavn]. Som da er organisert under helse og forvaltning. Det er alt for få, så man oppnevner jo koordinatorer ute, da. Si en ansatt på [tjenestested] kan få beskjed om at du skal være koordinator for bruker det og det. Men det er tre formelle koordinatorer som er ansatt som koordinatorer.

Det hjelper på samordningen av tjenester, men jeg skulle bare ønske vi hadde mye mer av det. Virkelig. Jeg ser jo der vi har en koordinator som er inne og hjelper. Så det er jo noe med å få samla alle og huske på alle, og ha en tråd i alt, så er koordinatoren gull verdt. De har en egen kompetanse på å være koordinatorer. Jeg skulle ønske vi hadde mer fokus på koordinatorer.»

9.2 Mangfoldskompetanse

En del av oppdraget vårt er å undersøke tjenestetilbudet i det samiske språkområdet. Vi har samlet våre funn på dette temaet i denne seksjonen, som også omfatter en kort kommentar om kompetansebehov knyttet til andre minoriteter.

9.2.1 Kommuner med høy andel samisk befolkning

Data fra SAMINOR 2-undersøkelsen (2012 og 2014), viser at personer med samisk bakgrunn, spesielt samiske kvinner, rapporterer om en høyere forekomst av fysisk, psykisk og seksuell vold enn personer som ikke har samisk bakgrunn. Dette tyder på at å ha samisk bakgrunn kan øke risikoen for å bli utsatt for vold. På grunn av tidligere fornorskingspolitikk har mange samer svekket tillit til norske myndigheter og hjelpetjenestene (Prop. 36 S, 2023–2024). Vold og overgrep er ofte forbundet med skam blant de utsatte. I tillegg kan frykten for å skape stigma rundt den samiske befolkningen, spesielt samiske menn, føre til at voldsutsatte med samisk bakgrunn velger å tie om sine opplevelser.

En forskningsrapport om vold i nære relasjoner og seksuelle overgrep i samiske samfunn (Bergman og Ruud, 2025) viser at det eksisterer særlige og vedvarende utfordringer og barrierer i møte mellom voldsutsatte med samisk bakgrunn og hjelpeapparatet. Evalueringer tyder på at tjenester i begrenset grad har klart å tilrettelegge et tilbud tilpasset den samiske delen av befolkningen (Bergman og Ruud, 2025; Bliksvær m.fl., 2025; Jahnsen m.fl., 2022).

Undersøkelsen vår omfatter to kommuner som har en høy andel samisk befolkning. Vi erfarer at det er enkelte særegne forhold som kan gjøre seg gjeldende i disse kommunene. Dette er forhold som både kan ha sammenheng med samisk kultur å gjøre, og at dette er snakk om små kommuner der «alle vet hvem alle er».

I særlig den ene kommunen vi besøkte beskrives en taushetskultur og en sterk skepsis til myndighetene. Skepsisen forklares med tidligere fornorskingsprosess og myndighetenes overgrep mot den samiske befolkningen. De samiske samfunnene er videre ofte kjennetegnet av gjennomsiktighet, sterke familiebindinger i storfamilier, og at ting skal ordnes opp i internt i storfamilien. Å ikke kunne håndtere barna sine selv oppfattes som et tegn på svakhet, og det er viktig å ikke vise sårbarhet og svakhet.

I denne kommunen får barnevernet svært få bekymringsmeldinger fra skole, barnehage, skolehelsetjeneste og helsestasjon og nærmest ingen fra privatpersoner. Bekymringsmeldingene kommer fra politiet og helsetjenester. Barnevernet blir først og fremst koblet på i saker om omsorgssvikt. Når de blir koblet på, kan saken ha blitt svært alvorlig.

Barnevernet i kommunen mener skoler og barnehager underrapporterer. De har videre et inntrykk av at skolen har hatt mange elever med ulike problemer, men at skolene ønsker å løse ting selv, blant annet gjennom å bruke mye spesialundervisning.

Ved skolen som vi besøkte, blir vi fortalt at de har hatt svært få saker der barn har vært voldelige. De husker en sak der en elev truet med kniv. I denne saken ble politiet kontaktet, og skolen fulgte opp med samtaler og tiltak overfor eleven. Barnevernet ble ikke kontaktet.

Informantene fra skolen fremholder selv at de kanskje burde sendt bekymringsmeldinger oftere, men mener likevel de har holdt meldeplikten. De opplever at dersom de kontakter barnevernet, så er det slutt på alt skole–hjem-samarbeid med de foreldrene, og da velger de heller å ha det samarbeidet med foreldrene.

Informantene forteller om en alvorlig voldsepisode som involverte flere elever fra videregående skole. Episoden skjedde utenfor skoletid, men den ble filmet slik at «alle» visste hvem det gjaldt. Skolen satt i verk ulike tiltak, men heller ikke i dette tilfellet ble barnevernet kontaktet, selv om gjerningspersonene var under 18 år. I intervjuene kom det fram at dette var elever som det hadde vært utfordringer knyttet til gjennom skoleløpet, og at familieforholdene også var vanskelige. Det hadde likevel ikke vært noen kontakt med barneverntjenesten. Det var også slik i denne saken at ettersom episoden var filmet, ble den anmeldt av politiet. Den utsatte ønsket ikke å anmelde, og det var vanskelig å få vitner til å melde seg. Disse forholdene ble forklart med taushetskultur og ønsket om å ordne opp seg imellom uten innblanding.

Politiet beskriver også at denne taushetskulturen bidrar til at det er vanskelig å få kontakt med ungdom når de skal jobbe forebyggende i kommunen. Det er større skepsis til politiet enn andre steder. Samtidig er det stor utskifting i mannskapet hos politiet som skal jobbe forebyggende, noe som også bidrar til at det er utfordrende å bygge relasjoner til ungdom. Det er også vanskelig å få ungdom som har brutt loven, med på ungdomsoppfølging. De ønsker ikke å samtykke, og saken ender i stedet ofte med påtaleunnlatelse og forelegg. Ut fra et perspektiv om at ungdomsoppfølging bidrar til å forebygge gjentagelse er det uheldig.

For øvrig er det lite tilbud til ungdom i kommunen, og de møtes ofte på private fester. Mange tror at det skjer flere voldsepisoder enn det som er kjent.

9.2.2 Familier med minoritetsbakgrunn

Enkelte informanter uttrykte behov for mer kompetanse på veiledning av familier og/eller foresatte med minoritetsbakgrunn. Noen opplever at familier med flyktningbakgrunn er spesielt vanskelig å følge opp. Dette kan være knyttet både til traumebakgrunn og manglende språk og systemforståelse.

Generelt er manglende språk- og systemforståelse en utfordring, og veiledning via tolk kan være krevende, ikke minst i systemisk familieterapi som for eksempel MST. Noen nevnte også at den vanlige formen for samtalebaserte veiledning som handler om å snakke, prøve ut og deretter reflektere over hvordan det gikk, kan være svært fremmed for foresatte med en annen kulturell bakgrunn.

Lav tillit til barnevernet blant familier med minoritetsbakgrunn ble også trukket frem av informantene.

9.3 Relasjonskompetanse

Et tema som går igjen på tvers av tjenesteområder og case-kommuner er at relasjonskompetanse er viktig i arbeidet med barn og unge som skader andre. Informanter opplever at dette er sentralt både i forebygging og håndtering av hendelser fordi skadelig adferd ofte utøves som en reaksjon på noe, det være seg omsorgssvikt, overgrep, utenforskap, diagnoser, språkvansker eller andre vansker. En god relasjon til voksne trekkes frem som viktig for å trygge barnet eller ungdommen, og for å kunne gi bedre

hjelp. Både intervjuinformanter i opplæringssektoren, helsesektoren og barnevernet forteller om tilbud og tiltak i arbeidet med målgruppen der relasjonskompetanse er viktig, for eksempel styrket voksenstøtte i oppfølging av målgruppen i skolen, og miljøterapi som tiltak gjennom barnevernet.

Vi har ikke oppfattet at dette er en type kompetanse som informanter tilegner seg gjennom spesifikke kompetansehevingstiltak – snarere er det dels en tematikk som inngår i ulike utdanningsløp og kurs, og dels en ferdighet som opparbeides gjennom praktisk arbeid og kontakt med målgruppa.

9.4 Kompetanse på barn og unge som skader andre

Spesialisthelsetjenesten har generelt sin kompetanse på psykiatriske diagnoser og ikke på atferdsutfordringer som sådant. Ansatte i kommunale helsetjenester er generalister som har et stort ansvarsområde og jobber i de fleste tilfeller lite spisset. Det er derfor begrenset hvor spisset kompetanse det er realistisk at de skal ha i forhold til skadelig voldelig og seksuell atferd, særlig i de mindre kommunene. Generelt blir konsultasjonsteam – blant annet derfor – beskrevet som en nyttig «tjeneste for tjenestene».

I skolene er det behov for mer kompetanse på barn og unge som skader andre – men primært i form av tilstedeværelse eller ansettelse av andre profesjonsgrupper, slik at kompetansen er til stede eller tilgjengelig for det pedagogiske personalet. Kompetanseheving blant lærerne var med andre ord ikke det foretrukne tiltaket.

Vi registrerte at flere informanter i kommunal barneverntjeneste uttrykker behov for mer kompetanse på problematikk knyttet til skadelig seksuell atferd hos barn.

Blant ansatte i justissektoren er det ulike oppfatninger om behovet for kompetanse på barn og unge som skader andre. Særlig barnehusene får mengdetrening i å håndtere de mest alvorlige sakene, og utgjør et viktig kompetansemiljø som samarbeidende tjenester kan henvende seg til for veiledning og bistand. I mange tilfeller fungerer politiet også på denne måten. Ansatte i politiet har imidlertid ikke helsefaglig kompetanse og flere uttrykker at særlig saker med voldelige barn som har diagnoser er krevende å håndtere.

Generelt sett møter aktørene i justissektoren barn og unge som andre tjenester ikke har klart å fange opp eller hjelpe i tilstrekkelig grad og blir sånn sett spesialister på feltet. Mange uttrykker likevel behov for mer systematisk kompetanseheving særlig fordi sakene blir mer alvorlige og skjer på nye digitale arenaer.

10 Diskusjon og konklusjoner

Denne rapporten representerer et forsøk på å beskrive det samlede tjenestetilbudet til barn og unge som skader andre; basert på intervjuundersøkelser i ni kommuner og i ulike nasjonale tjenester – mange av dem med en eller flere av undersøkelseskommunene i sitt opptaks- eller ansvarsområde.

10.1 Kategorien «barn og unge som skader andre»?

Et viktig funn er at kategorien «barn og unge som skader andre» i liten grad benyttes i de tjenestene som vi har undersøkt. For eksempel, i spesialisthelsetjenesten kan atferdsutfordringer inngå som ett av flere symptomer på psykiatriske diagnoser. I barneverntjeneste og i kommunale helsetjenester inngår atferdsutfordringer som regel som kun én av flere forhold som gir opphav til bekymringer og tiltak.

Et viktig premiss for denne rapporten er Nasjonal strategi for helsesektorens arbeid med personer som utøver vold eller overgrep.[60] Vi mener rapporten vår kan tas til inntekt for det syn at selv om det kan være hensiktsmessig med en nasjonal og overordnet strategi innrettet mot denne målgruppen, så utgjør ikke nødvendigvis kategorien «barn og unge som skader andre» en optimal avgrensning eller et optimalt fokus for konkrete tiltak som skal implementeres i de aktuelle tjenestene.

Vi har sett at de fleste barna og ungdommene som på ulike vis skader andre, bærer med seg tung og vanskelig håndterbar psykisk og sosial bagasje, og at for mange av dem så er den skadelige atferden ikke nødvendigvis den mest alvorlige utfordringen i livene deres. Denne innsikten lå også til grunn for 0–24-samarbeidet, som brukte den langt bredere kategorien «utsatte barn og unge» som definisjon på målgruppa.

> «De kan ha utfordringer knyttet til fysisk eller psykisk helse, lærevansker eller språkutfordringer. De kan bli født inn i eller havne i vanskelige livssituasjoner på grunn av utfordringer hos familien som fattigdom, vanskelig bosituasjon, helseproblemer, rus eller vold.» (0–24-samarbeidet, 2017)

Med dette som utgangspunkt la man til grunn at fellesnevneren for nær alle utsatte barn og unge er at de trenger samordnede tjenester og helhetlig innsats:

> «Denne typen utfordringer kan ofte ikke løses hver for seg, eller én av gangen, men krever en tidlig, samtidig og samordnet innsats fra ulike sektorer, forvaltningsnivåer, tjenester og profesjoner.» (0–24-samarbeidet, 2017)

Vi mener at en av våre hovedfunn er at hele tjenesteapparatet – både enkelttjenestene hver for seg og samarbeidsstrukturene dem imellom – er mangfoldig i den forstand at det er innrettet med tanke på å håndtere barn og unge med mange forskjellige utfordringer og problemer. Men vi ser også at tjenesteapparatet sliter med å gi gode og sammenhengende tilbud til de barna og ungdommene som har flere, sammensatte problemer på én gang.

En anbefaling som da kan utledes, er at – i tråd med 0–24-samarbeidets hovedprinsipp – så bør samarbeids- og samhandlingsstrukturene være innrettet på også å kunne tilby samordnede tjenester og helhetlig innsats til alle barn og unge som har behov for dette. Tilbud som kan hjelpe dem til å slutte med voldelig og/eller skadelig seksuell atferd bør dermed inngå som bestanddeler i en langt bredere tilgjengelig tiltaksvifte.

---

[60] Nasjonal strategi for helsesektorens arbeid med personer som utøver vold eller overgrep. Helsedirektoratet. URL: https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/psykisk-helse-rus-og-avhengighet/vold-og-overgrep/nasjonal-strategi-for-helsesektorens-arbeid-med-personer-som-utover-vold-eller-overgrep/innledning.

10.2 Utfordringer og barrierer i arbeidet

Vår undersøkelse kan tyde på at mange norske kommuner har forsøkt å lage et tjenestetilbud som møter mange av de behovene og utfordringene som utsatte barn og unge – herunder barn og unge som skader andre – representerer. Vårt inntrykk er at det gjøres omfattende innsats for denne målgruppa – og ikke minst har vi møtt en lang rekke informanter på ulike nivåer som framviser et sterkt personlig engasjement og en sterk vilje til å gjøre en forskjell for utsatte barn og unge. De representerer høy kompetanse og svært mye erfaring, og det er ikke tvil om at det gjøres mye bra arbeid og god innsats overfor mange utsatte barn og unge.

Samlet sett tilbyr tjenestene i de fire sektorene en bred tiltaksvifte, fra det vi kan betrakte som det laveste nivået i skolen og i frivillige kommunale lavterskeltilbud, via «henvisningstjenester» som frivillige barnevernstiltak og spesialisthelsetjeneste, til de mest inngripende tiltakene i justissektoren og barnevernets tvangstiltak.

Skolene er som regel den første instansen som blir stilt overfor situasjoner hvor det må vurderes om barns og unges atferd er bekymringsverdig, og hvilke tiltak som i så fall bør iverksettes. Og skolen fortsetter å være deres hverdagsarena mens det iverksettes tiltak fra andre tjenesters side – uansett om den skadelige atferden vedvarer eller ikke, og uansett om de andre tjenestenes tiltak fortsatt er aktive. Skolen er avgjørende for tidlig oppdagelse, forebygging og koordinert oppfølging, og det er derfor viktig at ansatte i skolen har god nok kompetanse til å oppdage og avdekke skadelig adferd.

Samtidig er vårt inntrykk at flere andre tjenester vender blikket innover i egen tjeneste fremfor utover, og at skole- og oppvekstsektoren er et unntak i så måte. Flere informanter fra denne sektoren etterlyser større involvering fra andre tjenester i skolen, særlig helsetjenestene. Skolen er en svært viktig arena for å sette inn tiltak og tilpasninger, også tiltak og tilpasninger som støtter eventuell klinisk behandling barnet eller ungdommen mottar for sine utfordringer. Dette inntrykket forsterkes av at det hovedsakelig er skoleinformanter nevner PPT som en lovpålagt samarbeidspart, og at PPT sjeldent nevnes av informanter fra andre tjenester.

Justissektoren kommer i befatning med de mest alvorlige tilfellene av voldsatferd og skadelig seksuell atferd, og her knyttes atferden ofte til konkrete straffebud. Dernest følger man enten et straffesaksspor eller et forebyggingsspor – gjerne individualforebyggende, som foretrekkes framfor straffesporet.

Vi har identifisert noen viktige utfordringer i tjenestetilbudet til barn og unge som skader andre. Trolig er mange av disse i større eller mindre grad gjeldende også for andre utsatte barn og unge.

Kapasitetsproblemer og ressursmangel

Flere av tjenestene melder om for liten kapasitet, men vi har ikke undersøkt dette systematisk. Fra skolehold påpekes det at barn med atferdsproblemer trenger å være i små grupper, og at det er behov for «flere hender». Videre mangler det egnede tilbud til mange elever som har behov for alternative opplæringsarenaer. Fra politiet får vi høre om henleggelser av voldssaker på grunn av manglende kapasitet.

I spesialisthelsetjenesten kan man kanskje si at kapasitetsutfordringene «løses» ved bruk av prioriteringsveilederen og nasjonalt forløp. Veilederen regulerer inntaket, og nasjonalt forløp fastlegger relativt kortvarige, og i noen grad standardiserte, behandlingsforløp.

Tjenestetilbudet til målgruppa for dette prosjektet er stedvis mangelfullt – med stor variasjon mellom kommuner. Det kan også være vanskelig å finne fram til de tilbudene som finnes – særlig i de kommunene som ikke har SLT-koordinator.

Det er utfordrende å lykkes med tidlig innsats

Informanter i samtlige tjenester vektlegger betydningen av tidlig innsats. De virker å ha en omforent forståelse av at det innebærer å gripe inn mens barna er små, stanse en uheldig utvikling og forebygge senere atferdsproblemer. Foreldrene trekkes her fram som den viktigste samarbeidsparten av informanter i alle sektorer, spesielt siden de kan bestemme hvilke tjenester som skal få delta i tverrfaglige team og dermed ha tilgang på de deltakende tjenestenes informasjon om barnet og dem selv.

Mange foresatte har imidlertid lav tillit til barnevernet – og andre tjenester. Dette gjelder i enda større grad foresatte med minoritetsbakgrunn. Mange reagerer svært negativt på at barnevernet er koplet inn i en sak med deres barn. Dette medfører ofte at de ikke ønsker hjelpetiltak – og det er i en tidlig fase at aktuell innsats er i form av frivillige hjelpetiltak, for eksempel avlastningstiltak eller ulike former for veiledning- og miljøterapitiltak.

Vi ble fortalt om konkrete tilfeller der politiet iverksatte utredning av en nesten voksen ungdom, som da ble diagnostisert med en medfødt tilstand som trolig medvirket til utvikling av voldsatferd.

Utsatte foresatte

Noen foresatte har lav omsorgsevne, og andre kan være utslitte av barnas langvarige og alvorlige atferdsproblemer. Mange strever på flere fronter samtidig. Dette kan gjøre at tiltak som krever mye av de foresatte, slik som MST, ikke er egnet.

Hensynet til barnets beste

Flere av informantene våre har påpekt at foresatte har rett til takke nei til både behandling i helsevesenet og tiltak i barnevernet – på vegne av sine barn. Vi fortelles også at mange ungdommer som anses å ha behov for helsehjelp innen psykiatrien, enten takker nei eller unnlater å følge opp behandlingsopplegg. Vi mener det kan være grunn til å spørre om hensynet til barnets beste i tilstrekkelig grad blir ivaretatt i slike tilfeller. Kan hensynet til barnets beste tilsi at barnevernet gis mer utstrakt adgang til å iverksette tvangstiltak? Og kan hensynet til barnets beste tilsi at slik tvang også kan omfatte en form for tvungent psykisk helsevern?

Et beslektet problem oppstår i skolen, hvor ansatte melder om krysspresset som oppstår når hensynet til rettighetene til ulike elever står i konflikt med hverandre – barn har rett på et trygt og godt skolemiljø, men en elev som utøver vold har rett på å tilhøre et klassefellesskap.

Utilsiktede virkninger av tiltak

Vår undersøkelse avdekker ikke omfattende problemer med utilsiktede virkninger av tiltak. I PP-tjenesten er noen opptatt av at det å bli omtalt som «voldsutøver» kan bli identitetsskapende hos noen ungdommer, noe som kan bidra til sementering av voldsatferden. Innen helsetjenesten påpekes det at det noen ganger overreageres i saker med skadelig seksuell atferd – ofte på grunn av manglende kompetanse. Slike overreaksjoner kan omfatte overdrevent inngripende tiltak i form av isolasjon av utøveren, eller at det deles for mye informasjon om utøveren for eksempel med foresatte til barn som er berørt i saken.

Undergrupper som representerer spesielle utfordringer

Vi har identifisert noen undergrupper som det er utfordrende å gi et tilfredsstillende tjenestetilbud. For det første er det barn og unge som skader andre, og hvor dette inngår i eller opptrer i kombinasjon med diagnoser slik som utviklingsforstyrrelser, autisme eller

ADHD. Her oppstår ofte en «dytte-kamp» mellom helsetjeneste og barneverntjeneste, som beskrives litt mer utførlig nedenfor.

For det andre, på en måte gir det seg selv at de mest alvorlige tilfellene ofte representerer store utfordringer for tjenestene. Men det som gir opphav til mer frustrasjon blant våre informanter, er tjenestenes manglende evne til å tilby gode og effektfulle tiltak overfor barn og unge som skader andre, og som har problemer og utfordringer på flere arenaer samtidig – det kan være en vanskelig hjemmesituasjon med fattigdom, rus, vold, overgrep og annen omsorgssvikt; det kan være foresatte som ikke innser at barnet deres eller de selv trenger hjelp; det kan være mestringsproblemer i skolen, det kan være normløs atferd på fritiden; og det kan være medfødt eller ervervet psykisk uhelse. Dette krever samordning og samhandling tjenestene imellom, som vi behandler i den følgende seksjonen.

10.3 Samarbeid og samhandling

Taushetsplikt og samtykke til informasjonsdeling

Taushetsplikten er ofte kilde til frustrasjon og problemer i samarbeid og samhandling mellom tjenester, og det er barnevernets taushetsplikt som oftest trekkes fram som et hinder for å utforme og følge opp et sammensatt tjenestetilbud til barn og unge som har behov for dette.

Men noen aktører forteller at de i mange tilfeller klarer å innhente foresattes og ungdommers samtykke til å dele opplysninger. Konfliktrådet bruker systematisk samtykkeskjemaer basert på faste maler for å utarbeide ungdomsplaner og å følge opp disse. Samtykke fra brukeren eller foresatte til å dele informasjon på tvers av tjenester er også sentralt i BTI-modellen og i stafettlogg-verktøyet, som vi omtalte i punkt 8.3.

Glippsone mellom barnevern og helsetjenestene

Noen barn og unge som skader andre, og hvor dette inngår i eller opptrer i kombinasjon med diagnoser slik som utviklingsforstyrrelser, autisme eller ADHD, blir som nevnt over, gjenstand for en «dytte-kamp» mellom barnevernstjenesten og helsetjenesten. Helsetjenesten anser at deres oppdrag er avsluttet etter utredning, da dette er tilstander som ikke kan behandles i helsetjenesten, og man anser voldelig eller skadelig seksuell atferd som et sosialt problem som barneverntjenesten må ta seg av. Barneverntjenesten på sin side, opplever at atferdsproblemene er direkte utslag av psykiske tilstander som de ikke har kompetanse på å håndtere. Vår lesning av nasjonalt forløp og et rundskriv om samarbeid mellom tjenestene tyder ikke på at disse dokumentene er tilstrekkelig konkrete i sine anvisninger til at de kan bidra til å avklare denne samarbeidsutfordringen.

Hvem sitter med svarteper?

I alle tjenestene unntatt spesialisthelsetjenesten har vi hørt informanter som opplever at de blir sittende igjen med ansvar for barn og unge som skader andre fordi de andre tjenestene har trukket seg unna. I noen saker klarer ikke konfliktrådet å etablere samarbeid om ungdomsplan med kommunale aktører. I noen saker må kommunal helsetjeneste ta vare på ungdommer med høyt symptomtrykk. Barneverntjenesten kan streve nærmest forgjeves over lang tid med å styrke foresattes omsorgsevne, men uten at det foreligger grunnlag for tvangstiltak. Og skolen er en arena hvor barn og unge har rettigheter til å være – og i noen grad også plikt – nesten uansett funksjonsnivå eller atferdsutfordringer.

Samarbeidsarenaer og -strukturer

I alle kommunene samarbeider ulike aktører innen skole, helse, barnevern og på justisfeltet med hverandre om å følge opp barn og unge som skader andre, men det varierer hvor formalisert og systematisk samarbeidet er, hvilke tjenester som samarbeider med hverandre, og hvilke samarbeidsmodeller de bruker.

Alle kommuner har skolehelsetjeneste – som er et samarbeid mellom skole og helse – og politiråd. Over halvparten av landets kommuner har etablert SLT-samarbeid. Likeledes har nær halvparten implementert BTI-modellen.

I tillegg finnes det ulike lokale former for samarbeidsstrukturer. En av undersøkelseskommunene har formalisert samarbeid mellom ulike tjenester i forvaltningen av tilbudet til barn og unge. Her samarbeides det på fire nivåer i ledelseshierarkiet. En annen kommune har etablert et ledernettverk på tvers av tjenesteområdene. Noen kommuner bruker et digitalt verktøy kalt «stafettlogg» for å dokumentere de deltakende tjenestenes innsats og for å informere ungdommen og de foresatte.

Noen informanter understreker at felles problemforståelse som en forutsetning for god rolle- og oppgavefordeling mellom tjenestene.

Verksted, verdikjede og nettverk i de fire tjenesteområdene

Både organisasjonsformene verksted, verdikjede og nettverk er til stede i de fire tjenesteområdene. Helsetjenesten og opplæringssektoren preges av verkstedmodellen. Barnevernet er også en verkstedmodell, men med innslag av verdikjede på grunn av det relativt strengt regulerte forløpet. Justissektoren preges mer av straffesakssporets verdikjedepreg og straffegjennomføringens og forebyggingsarbeidets nettverkspreg.

I kapittel 8 så vi at forsøket på å etablere en verdikjedeorganisering for samhandlingen mellom barnevernet og helsetjenestene skaper glippsoner for en del utsatte ungdommers del.

Difis samordningsstige representerer ambisjoner i retning av fleksibel nettverksorganisering mellom tjenestene. Vår undersøkelse har også vist at mange kommuner og mange ledere og ansatte i tjenestene har ønsker om og forsøker aktivt å delta i mer eller mindre formaliserte nettverksstrukturer.

Innledningsvis postulerte vi at et nettverks effektivitet beror på særlig fire forutsetninger: Tillit, antall deltakere eller aktører, grad av målkonsensus samt krav til kompetanse på nettverksnivå.

Flere av informantene har snakket om betydningen av tillit og personlige relasjoner i samarbeidet, blant annet med hensyn på effektiv håndtering av informasjonsdeling innenfor taushetspliktens rammer. Informanter har også understreket betydningen av omforente problemforståelser og tiltaksmål. Vi har sett at samarbeidsutfordringer kan oppstå i konstellasjoner med kun to aktører. Og vi har vist betydningen av samhandlingskompetanse for hensiktsmessig nettverksorganisering.

Med andre ord – det er mye som gjenstår før man kan snakke om et sammenhengende og samordnet tjenestetilbud til utsatte barn og unge i Norge, herunder barn og unge som skader andre.

10.4 Kompetanse

Kompetansen i de fire tjenesteområdene er i høy grad sektorisert, men noen kommuner har etablert ulike former for tverrfaglige team. Kompetansen på barn og unge som skader andre er dermed også betinget av de ulike profesjonenes tilnærminger.

I skolene er det behov for mer kompetanse på barn og unge som skader andre – men primært i form av tilstedeværelse eller ansettelse av andre profesjonsgrupper. Flere informanter i kommunal barneverntjeneste uttrykker behov for mer kompetanse på problematikk knyttet til skadelig seksuell atferd hos barn.

Flere av våre informanter understreker betydningen av samhandlingskompetanse – det vil si å ha kjennskap til samarbeidende virksomheters lovverk, tjenestetilbud, kompetanse og faglige tilnærminger og perspektiver – som en forutsetning for samarbeid og samhandling. Samhandlingskompetanse er viktig for alle som skal jobbe tverrsektorielt, men det er ekstra viktig at personer som skal ha dedikerte koordinatorroller innehar slik kompetanse.

Et spørsmål i oppdraget vårt omhandler hvorvidt det finnes strukturer og kultur for erfaringsdeling mellom tjenester og sektorer som arbeider med barn og unge som skader andre. Vi har i liten grad fått omtalt arenaer som er etablert med dette spesifikke formålet for øye. De fåtallige eksemplene omfatter et politikammer som bruker et ukelangt program der de tar med hospiterende politistudenter på møter med samarbeidende aktører.

Likevel er det vårt inntrykk at det uunngåelig skjer utstrakt uformell erfaringsdeling i de ulike samarbeids- og samhandlingsforaene – både innenfor og mellom sektorene – i samband med behandling av enkeltsaker.

Litteratur

0–24-samarbeidet. (2017). Strategi 2017–2020. 0–24-samarbeidet; Arbeids- og velferdsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Helsedirektoratet, Integrerings- og mangfoldsdirektoratet og Utdanningsdirektoratet.

0–24-samarbeidet. (2020). Varige strukturer: Tverrsektoriell samordning på statlig nivå. Et forslag til hvordan et mer varig samordningsarbeid om utsatte barn og unge og deres familier kan innrettes, etter 0-24-programmet avslutning. Anbefalinger fra 0-24-programmet den 15. desember 2020. 0–24-samarbeidet.

Aamodt, H. A., Sommerfeldt, M. B, Stang, E. & Steen, T. (2024). *Å måtte «sitte på hendene» når foreldres omsorgskompetanse skal utredes.* Tidsskriftet Norges Barnevern (scup.com)

Askeland, I. R., Jensen, M., & Moen, L. H. (2017). Behandlingstilbudet til barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd. *Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress*.

Bergman, S.; Kiil M., Bjørnholt, M., og Ruud, N.S. (2025). Når tausheten brytes: Om vold i nære relasjoner og seksuelle overgrep i samiske samfunn. Rapport 1/2025. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Bergman, S. og Ruud, N.S. (2024). Krisesentre som arena for støtte, oppfølging og bevisstgjøring. Rapport nr 4/2024, NKVTS.

Barne- og likestillingsdepartementet. (2018). Trygge foreldre – trygge barn. Regjeringens strategi for foreldrestøtte (2018–2021). Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet.

Björkqvist, K. (2018). Gender differences in aggression. *Current opinion in psychology*, *19*, 39-42.

Bjørknes, R., Hukkelberg, S., Taraldsen, K., & Høstmælingen, A. T. (2024). Does multisystemic therapy change criminogenic risk factors? A 10-year study among Norwegian youths with and without offenses. Crime & Delinquency, 00111287241287134.

Bjørnebekk, G., Kjøbli, J., & Ogden, T. (2015). Children with conduct problems and co-occurring ADHD: Behavioral improvements following parent management training. Child & Family Behavior Therapy, 37(1), 1-19.

Bufdir: Handlingsplan for å bedre tilliten mellom etniske minoritetsmiljøer og barnevern 2016-2021.

Cave, L., Cooper, M. N., Zubrick, S. R., & Shepherd, C. C. (2020). Racial discrimination and child and adolescent health in longitudinal studies: A systematic review. *Social science & medicine*, *250*, 112864.

Colldén, C., Hellström, A. og Gremyr, I. (2021). Value configurations for balancing standardization and customization in chronic care: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, *21*(1), 845. https://doi.org/10.1186/s12913-021-06844-z.

Dale, M. T. G., Aakvaag, H. F., Strøm, I. F. (red.), Augusti, E.-M., & Skauge, A. D. (2023). Omfang av vold og overgrep i den norske befolkningen (Rapport nr. 1/2023, 2. opplag). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). https://www.nkvts.no/rapport/omfang-av-vold-og-overgrep-i-den-norske-befolkningen/

Departementene. (2021). Gode hver for oss. Best sammen. Overordnet strategi for departementsfellesskapet 2021–2025. Kommunal- og moderniseringsdepartementet.

Difi. (2014). Mot alle odds? Veier til samordning i norsk forvaltning (Difi-rapport 2014:07). Direktoratet for forvaltning og IKT.

Fandrem, H., Oppedal, B., & Idsoe, T. (2020). Reactive and proactive aggression among immigrant and non-immigrant early adolescents in Norway: The relations to emotional and conduct problems. Adolescent Psychiatry, 10(3), 219-230.

FHI Rapport (2020): *Tiltak for barn og unge med atferdsvansker eller som har begått kriminelle handlinger.* En oversikt over systematiske oversikter.

Fjeldstad, Ø. D., Johnson, J. K., Margolis, P. A., Seid, M., Höglund, P. og Batalden, P. B. (2020). *Networked health care: rethinking value creation in learning health care systems* (2379-6146). Wiley Online Library.

Frøyland, L. R., Lid, S., Schwencke, E. O., & Stefansen, K. (2023). Vold og overgrep mot barn og unge. Omfang og utviklingstrekk 2007-2023.

Frøyland, L. R., & Stefansen, K. (2023). Unges utsatthet for digitale seksuelle krenkelser. Nordisk tidsskrift for ungdomsforskning, (1), 1-18.

Gremyr, I., Colldén, C., Hjalmarsson, Y., Schirone, M. og Hellström, A. (2025). Networks for healthcare delivery: a systematic literature review. *Journal of Health Organization and Management*, *39*(9), 36-53.

Gubbels, J., Assink, M., & van der Put, C. E. (2024). Protective factors for antisocial behavior in youth: What is the meta-analytic evidence?. *Journal of youth and adolescence*, *53*(2), 233-257.

Hackett, S. (2010). Children and young people with harmful sexual behaviours. Children Behaving Badly? Peer Violence between Children and Young People, 121-135.

Hafstad G. S., og Augusti E. M. (2019). Ungdoms erfaringer med vold og overgrep oppveksten. En nasjonal undersøkelse av ungdom i alderen 12 til 16 år. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress A/S. Rapport nr. 4/2019

Hagen, K. A., Ogden, T., & Bjørnebekk, G. (2011). Treatment outcomes and mediators of parent management training: A one-year follow-up of children with conduct problems. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 40(2), 165-178.

Hansen, I. L. S., Jensen, R. S. og Fløtten, T. (2020). Trøbbel i grenseflatene. Samordnet innsats for utsatte barn og unge. Fafo.

Hatling, T. (2021). Utredning om FACT Ung i Norge. Hentet fra https://napha.no/kunnskapsbasen/25067/utredningen-om-fact-ung-er-levert-til-helsedirektoratet

Haugen, V. D. (2019). «Samarbeid om tiltak ved bekymring for elever i skolen». *Psykologi i kommunen*, nr. 1 2019. Hentet fra: Fagartikkel: Samarbeid om tiltak ved bekymring for elever i skolen / Psykologi i kommunen nr. 1 2019. URL: https://psykisk-kommune.no/samarbeid-om-tiltak-ved-bekymring-for-elever-i-skolen/19.79.

Head, B. W. og Alford, J. (2015). Wicked problems: Implications for public policy and management. Administration & society, 47(6), 711-739.

Helsetilsynet. (2023). Gjennomgang av saker der barn med tilknytning til barnevernsinstitusjon har mistet livet (Rapport 3/2023). Helsetilsynet.

Helsedirektoratet (2023). Lavterskeltilbud til barn og unge med nevroutviklingsforstyrrelser som er i fare for å utsette barn og unge for

problematisk og skadelig seksuell atferd - konseptutredning [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (siste faglige endring 20. september 2023, lest 11. november 2025). Tilgjengelig fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/lavterskeltilbud-til-barn-og-unge-med-nevroutviklingsforstyrrelser-som-er-i-fare-for-a-utsette-barn-og-unge-for-problematisk-og-skadelig-seksuell-atferd-konseptutredning

Helsedirektoratet (2024). Ekstern høring: Konseptutredning behandlingstilbud til barn og unge med høy risiko for å skade andre. Først publisert: 22. oktober 2024. Siste faglige endring: 22. oktober 2024. Tilgjengelig fra https://www.legeforeningen.no/contentassets/bef9ae2b2c5e49928ef45dadca9fbc7b/ekstern-hoering_-konseptutredning-behandlingstilbud-til-barn-og-unge-med-hoy-risiko-for-a-skade-andre-.pdf

Hestevik CH, Borge TC, Nøkleby H, Johansen TB (2026). Oppvekstsvilkår og kriminalitet blant barn og unge: En paraplyoversikt over risiko- og beskyttelsesfaktorer [Childhood conditions and youth crime: An umbrella review of risk and protective factors] −2026. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2026.

Holt, T., Nilsen, L. G., Moen, L., & Askeland, I. R. (2016). Behandlingstilbudet til barn som er utsatt for og som utøver vold og seksuelle overgrep. *En nasjonal kartleggingsundersøkelse*.

Høiseth, J. R., Hatling, T., Trane, K., Brennesvik, C., Børretzen, S., & Renskaug, I. T. (2024). FACT ung, brukermedvirkning på både system-, tjeneste-, og individnivå. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, *21*(4), 346-357.

Høy-Petersen N, Selstø A, Helleve A, Kaldager Hart R. «Følgeevaluering av ICDP veiledning for foreldre med ungdommer» [Evaluation of an ICDP parenting programme for parents with teenagers] Report 2023. Oslo: Norwegian Institute of Public Health, 2023.

Jahnsen, S.Ø., Kårtveit, B., Lundeberg, I. R., Sivertsen, K., Bergman, S., Sandmoe, A., Selvik, S., & Øverlien, C. (2022). Krisesenter: kommunenes arbeid og oppfølging i reetableringsfasen. (NORCE-rapport 20). NORCE & NKVTS.

Kunnskapsdepartementet. (2021). Forskrift om nasjonal retningslinje for helsesykepleierutdanning (FOR-2021-04-09-1146). Hentet fra https://lovdata.no/LTI/forskrift/2021-04-09-1146

Kvale, S. and S. Brinkmann (2009). Det kvalitative forskningsintervju. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Lassemo, E., & Melby, L. (2020). Helsesykepleiere i helsestasjons-og skolehelsetjenesten. *Status, utvikling og behov*.

Lin, Z., Zhou, Z., Zhu, L., & Wu, W. (2023). Parenting styles, empathy and aggressive behavior in preschool children: an examination of mediating mechanisms. *Frontiers in psychology*, *14*, 1243623.

Løvgren M, Høgestøl A, Kotsadam A (2022) Nasjonal trygghetsundersøkelse 2020. Hentet fra https://nva.sikt.no/registration/019a25feea13-5bbf0a41-d47c-4ea8-acf7-f295aa2fba62

Meld. St. 34. (2019–2020). Sammen mot barne-, ungdoms- og gjengkriminalitet. Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet.

Meld. St. 28. (2024-2025). Tro på framtida – uansett bakgrunn. Oslo: Barne- og familiedepartementet.

Menon (2025) Evaluering av sentre for foreldre og barn.

Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. Psychol Rev. 1993 Oct;100(4):674-701. PMID: 8255953.

Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2001). Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females. Development and psychopathology, 13(2), 355-375.

Moffitt, T. E., Caspi, A., Harrington, H., & Milne, B. J. (2002). Males on the life-course-persistent and adolescence-limited antisocial pathways: Follow-up at age 26 years. Development and psychopathology, 14(1), 179-207.

Myhre, M., Thoresen, S., & Hjemdal, O. K. (2015). Vold og voldtekt i oppveksten: En nasjonal intervjuundersøkelse av 16-og 17-åringer. *Rapport*, *1*/2015. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Nøkleby H, Borge TC, Lidal IB, Johansen TB, Langøien LJ. (2023) «Konsekvenser av covid-19-pandemien for barn og unges liv og psykiske helse: Andre oppdatering av en hurtigoversikt». [Consequences of the Covid-19 pandemic on children and youth's life and mental health: Second update of a rapid review]. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2023

Nærde, A., Janson, H., & Stoolmiller, M. (2024). Modeling trajectories of physical aggression from infancy to pre-school age, their early predictors, and school-age outcomes. PLoS one, 19(6), e0291704.

Politidirektoratet (2020) I forkant av kriminaliteten – Forebygging som politiets hovedstrategi (2021-2025). Hentet fra https://www.politiet.no/globalassets/dokumenter-strategier-og-horinger/pod/i-forkant-av-kriminaliteten.pdf

Politidirektoratet (2025) Straffesaksbehandlingen i politiet 2024. POD-Rapport 1/2025. Hentet fra: https://www.politiet.no/globalassets/tall-og-fakta/strasak/2024/politiets-straffesaksbehandling-2024.pdf

Proba (2023). Kunnskapsgrunnlag om etterlevelse av opplæringsloven. Utarbeidet for Utdanningsdirektoratet. Proba Rapport 2923-8.Hentet fra: http s://proba.no/wp-content/uploads/2025/02/Rapport-2023-8-Kunnskapsgrunnlag-om-etterlevelse-av-opplaeringsloven.pdf

Prop. 36 S (2023–2024). Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak). Opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner (2024–2028): *Trygghet for alle.*

Prop. 133 L. (2020-2021). Lov om barnevern (barnevernsloven) og lov om endringer i barnevernloven. Oslo: Barne- og familiedepartementet.

Provan, K. G. og Kenis, P. (2007). Modes of Network Governance: Structure, Management, and Effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory*, *18*(2), 229-252. https://doi.org/10.1093/jopart/mum015.

Ragan, D. T., Osgood, D. W., & Kreager, D. A. (2023). Impulsivity, peers, and delinquency: A dynamic social network approach. *Journal of Quantitative Criminology*, *39*(3), 735-768.

Ragin, C. (1994). Constructing social research. Thousand Oaks, Pine Forge Press.

Riksrevisjonen. (2025). Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes innsats mot barne- og ungdomskriminalitet. Riksrevisjonen.

Rittel, H. W. J. og Webber, M. M. (1973). Dilemmas in a general theory of planning. Policy Sciences, 4(2), 155-169.

Roland, E., & Galloway, D. (2002). Classroom influences on bullying. Educational research, 44(3), 299-312.

Sandvik B, Dybdahl R, Hauge S. Helsesøstre bruker program for foreldreveiledning aktivt i praksis. Sykepleien Forskning. 2018;13(71217):e-71217. DOI: 10.4220/Sykepleienf.2018.71217

Saylor, K. E., & Amann, B. H. (2016). Impulsive aggression as a comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, *26*(1), 19-25.

Sfk, Hdir & Bufdir (2023) Tverrsektorielt samarbeid og velferdstjenestenes deltakelse under gjennomføring av ungdomsstraff og ungdomsoppfølging. Hentet fra: Tverrsektorielt-samarbeid-om-velferdstjenestenes-deltakelse-under-gjennomforing-av-ungdomsstraff-og-ungdomsoppfolging-31.10.23-1.pdf

SSB (2025) Etterforskede lovbrudd: Hentet fra: https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/kriminalitet-og-rettsvesen/statistikk/etterforskede-lovbrudd#om-statistikken

Solberg, M. E., Alsaker, F. D., Opsahl, J., Eidsør, M., & Kvestad, I. (2025). Prevalence of aggressive acts among 1-to 5-year-olds in Norwegian early childhood education and care. *International Journal of Bullying Prevention*, 1-17.

Stabell, C. B. og Fjeldstad, Ø. D. (1998). Configuring value for competitive advantage: on chains, shops, and networks. *Strategic management journal*, *19*(5), 413-437.

Sør-Øst politidistrikt (2025) Kriminalitet og utviklingstrekk 2024. Hentet fra: https://www.politiet.no/globalassets/nyheter/sor-ost/kriminalitet-og-utviklingstrekk-i-sor-ost-2024.pdf

Tokle, R., & Pedersen, W. (2025). 'Cubs of Wall Street': Cocaine Use in Top-Boy Culture. *The British Journal of Sociology*, *76*(4), 757-766.

Vorland, N., Selvik, S., Hjorhol, T., Kanten, A. B., & Blix, I. (2018). Tverretatlig samarbeid om barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd. NKVTS. Hentet fra https://www.nkvts.no//content/uploads/2018/09/NKVTS_Rapport_3-18_SSA.pdf

Waldum-Grevbo, K. S. (2018). Helsesøster: Følger du de nye, nasjonale anbefalingene. *Sykepleien*, *106*(70773), 70773.