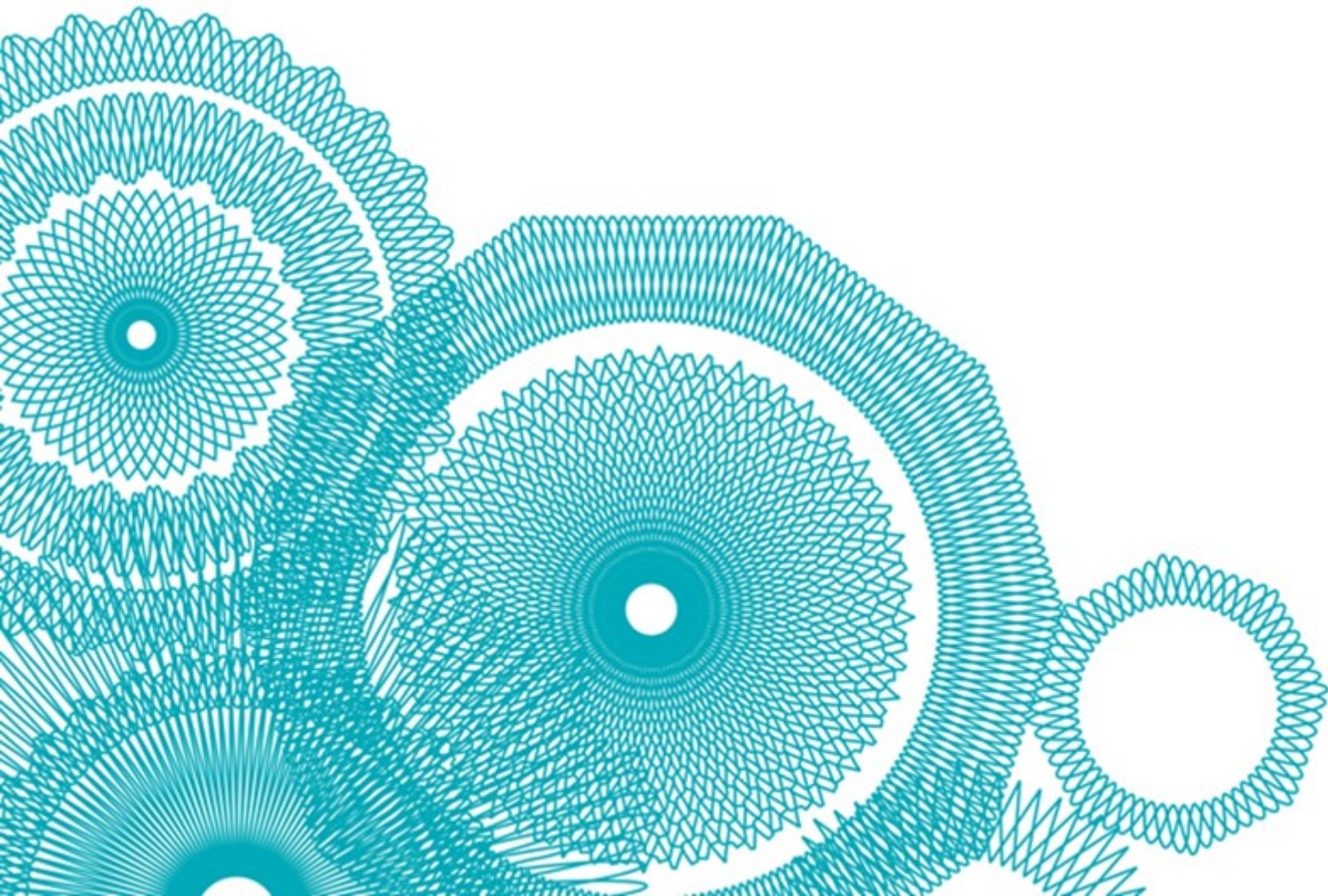


Høringsnotat om tverrfaglig helsekartlegging av barn i barnevernet

Sendt på høring: 22. desember 2020

Høringsfrist: 22. mars 2021



Innhold

1	Forslagene i høringsnotatet	5
2	Bakgrunnen for lovforslaget.....	6
2.1	Omfanget av helseproblemer blant barn i barnevernet.....	6
2.2	Helsesatsingen	7
2.3	Prop 73 L (2016-2017) Endringer i barnevernloven – barnevernsreform.....	8
2.4	Forslag til ny barnevernslov	8
2.5	NOU 2018:18 Trygge rammer for fosterhjem.....	10
2.6	NOU 2020:1 Tjenester til personer med autismespekterforstyrrelser og til personer med Tourettes syndrom	11
2.7	Helsetilsynets gjennomgang av barnevernets oppfølging av de to jentene som var plassert på Vestlundveien ungdomssenter og som senere døde	11
2.8	Barneombudets rapport om barn som bor på barnevernsinstitusjon – "De tror vi er shitkids"	12
2.9	Riksrevisjonens undersøkelse av om statlige barnevernsmyndigheter sikrer det beste for barn i barnevernsinstitusjoner	13
2.10	Representantforslag – lovfesting av helseundersøkelse i forbindelse med alle omsorgsovertakelser	13
2.11	Utredning av helsekartlegging av barn i barnevernet	14
2.11.1	Felles oppdrag til Helsedirektoratet og Bufdir.....	14
2.11.2	Anbefalingen fra Helsedirektoratet og Bufdir	14
2.12	Tilleggsutredning – innretting av kartlegging i Bufetat.....	15
2.12.1	Oppdrag til Bufdir.....	15
2.12.2	Bufdirs anbefaling.....	15
3	CARE-prosjektet (Children at risk evaluation).....	16
3.1	Om forskningsprosjektet.....	16
3.2	Om kartleggingen	17
3.3	Foreløpige erfaringer og resultater	18
3.3.1	Hvilke barn kartlegges	18
3.3.2	Hva viser kartleggingen	18
3.3.3	De ulike aktørenes erfaringer.....	20

3.3.4	Vurderinger og tilrådninger fra CARE-prosjektet	21
4	Erfaringer fra andre land	22
5	Gjeldende rett	24
5.1	Kommunens ansvar for undersøkelser	24
5.2	Bruk av sakkyndige i barnevernssaker	25
5.3	Barnevernets adgang til å innhente opplysninger om barnet.....	25
5.4	Det spesialiserte utredningstilbudet til sped- og småbarn	27
5.5	Barnevernstjenestens omsorgs- og oppfølgingsansvar.....	27
5.6	Behandling av personopplysninger	28
5.7	Taushetsplikt og adgang til å dele opplysninger	29
5.7.1	Barnevernstjenestens taushetsplikt og adgang til å formidle opplysninger	29
5.7.2	Helsepersonells taushetsplikt og adgang til å formidle opplysninger.....	31
6	Departementets vurdering og forslag	32
6.1	Behovet for helsekartlegging av barn i barnevernet.....	32
6.2	Formålet med helsekartlegging	32
6.3	Målgruppen for helsekartlegging.....	34
6.4	Statens ansvar for å tilby helsekartlegging	35
6.5	Bufetat avgjør om helsekartlegging skal tilbys	37
6.6	Oslo kommunes ansvar.....	38
6.7	Barnevernstjenestens anmodning om helsekartlegging.....	39
6.7.1	Barnevernstjenestens plikt til å vurdere behovet for helsekartlegging	39
6.7.2	Når kan barnevernstjenesten be Bufetat om helsekartlegging?	40
6.7.3	Hjemmel til å be om kartlegging	42
6.8	Adgangen til å dele opplysninger	43
6.9	Behandling av personopplysninger	44
7	Anvendelse på Svalbard	44
8	Økonomiske og administrative konsekvenser.....	45
8.1.1	Innledning	45
8.1.2	Organisering, målgruppe og kostnader	45
8.1.3	Konsekvenser for kommunene	45
8.1.4	Konsekvenser for Bufetat og spesialisthelsetjenesten	46
8.1.5	Gevinster for barna og familiene	46

8.1.6	Gvinster for kommunene.....	47
8.1.7	Gvinster for Bufetat og spesialisthelsetjenestene.....	47
9	Forslag til endringer i barnevernloven	48

1 Forslagene i høringsnotatet

Forskning viser at det er stor forekomst av både somatiske og psykiske helseutfordringer hos barn i barnevernet og i langt større grad enn hos barn som ikke mottar hjelp fra barnevernet. Det foreligger ikke alltid tilstrekkelige opplysninger om barnets helse når vedtak om å flytte barnet ut av hjemmet fattes. Dette kan medføre at barnet ikke får rett tiltak med rett innhold og til utilsiktede flyttinger. Flere flyttinger, særlig utilsiktede flyttinger, utgjør en risiko for barnets videre utvikling og psykiske helse.¹

Tverrfaglig helsekartlegging har som formål å bidra til at kommunal barnevernstjeneste, fosterhjem og institusjon settes i bedre stand til å gi barn som plasseres utenfor hjemmet forsvarlig omsorg og oppfølging. Departementet foreslår at tverrfaglig helsekartlegging av barn i barnevernet legges organisatorisk til Bufetat. Kartleggingen forutsetter faglige bidrag fra helsepersonell og at spesialisthelsetjenesten forpliktes, gjennom helseforetakenes styringslinje, til å bidra med nødvendige ressurser inn i kartleggingsteamene.

Videre foreslår departementet at kommunal barnevernstjeneste kan anmode Bufetat om slik helsekartlegging når barnevernstjenesten har besluttet å fremme sak for fylkesnemnda etter barnevernloven § 4-12, § 4-24, § 4-25 og ved plassering utenfor hjemmet etter § 4-4 sjette ledd. Dette omfatter omsorgsovertakelser, atferdsplasseringer og frivillige plasseringer utenfor hjemmet.

Tverrfaglig helsekartlegging kan bare anmodes dersom det foreligger samtykke. I utgangspunktet er det barnets foreldre eller andre med foreldreansvar som skal samtykke til helsekartlegging når barnet er under 15 år. Barn over 15 år, eller som av andre grunner er part i saken, kan selv samtykke til helsekartlegging. Ved midlertidig plassering av barn under 15 år etter § 4-6 andre ledd og ved omsorgsovertakelse etter §§ 4-8 og 4-12, overtar barnevernstjenesten foreldrenes kompetanse til å samtykke til helsekartlegging på barnets vegne. Selv om kartlegging forutsetter samtykke, kan helsekartlegging likevel oppleves som inngripende og belastende for barn og foreldre, og departementet foreslår derfor at barnevernstjenesten gis en klar hjemmel til å be slik kartlegging når det foreligger samtykke.

Bufetat avgjør om tverrfaglig helsekartlegging skal tilbys i det enkelte tilfelle. I tillegg foreslår departementet at barnevernstjenesten gis en plikt til å vurdere om det er behov for helsekartlegging av barn i målgruppen og at vurderingen skal dokumenteres.

Av språklige hensyn benyttes begrepene tverrfaglig helsekartlegging, helsekartlegging og kartleggingen i høringsnotatet om det samme tilbudet.

¹ Christiansen, Ø., Havik, T. & Anderssen, N. (2010): Arranging stability for children in long-term out of home care. *Children and Youth Services Review*, 32, 913–921.

Egelund, T. (2006): *Sammenbrud i anbringelser: en forskningsmæssig belysning*. København: Socialforskningsinstituttet

Sinclair, I. & Wilson, K. (2003): Matches and mismatches: the contribution of carers and children to the success of foster placements. *British Journal of Social Work*, 33 (7), 871–884

2 Bakgrunnen for lovforslaget

2.1 Omfanget av helseproblemer blant barn i barnevernet

Både internasjonale og nasjonale studier viser at barn og unge i barnevernet har forhøyet risiko for å utvikle psykiske helseproblemer. Dette gjelder både barn som mottar hjelpetiltak i hjemmet og barn som bor i fosterhjem og institusjon. Studier på registerdata viser at barnevernsbarn har en klart forhøyet risiko for dårlig fysisk og mental helse, rusmisbruk og kriminalitet i voksen alder.² Problemenes grad og art blir sett i sammenheng med omsorgssituasjonen før de eventuelt ble plassert utenfor hjemmet, samt i hvilken grad plasseringen har vært preget av stabilitet og hva slags hjelp de har fått i ettertid.³

Forekomsten av psykiske lidelser hos barn som bor i fosterhjem og i barnevernsinstitusjon er langt høyere enn i barnebefolkningen for øvrig, hvor man antar at omtrent åtte prosent av barn og unge har så alvorlige problemer at det tilfredsstillende kriteriene til en psykisk lidelse.⁴

I Norge er den psykiske helsen hos barn i barnevernsinstitusjoner og barn i fosterhjem godt dokumentert. En undersøkelse fra 2013 viste at rundt halvparten av fosterbarna som deltok i undersøkelsen oppfylte kriteriene for én eller flere psykiske lidelser. Barna som ble kartlagt var mellom seks og tolv år. Av disse hadde 19 prosent av barna ADHD, 2,1 prosent tics og 4,3 prosent en gjennomgripende utviklingsforstyrrelse.⁵

En rapport fra 2015 viste at tre av fire barn i barnevernsinstitusjon hadde eller hadde hatt én eller flere alvorlige psykiske lidelser i løpet av de siste tre månedene.⁶ Studien inkluderte 400 ungdommer mellom 12-20 år. Av disse hadde 87 prosent av barna fått hjelp fra psykiatrien i løpet av livet og 38 prosent hadde fått hjelp fra psykiatrien i løpet av de siste tre månedene.

Undersøkelsen viser også at barn og unge med utviklingsforstyrrelser er overrepresentert i barnevernet. 23 prosent av ungdommene som ble undersøkt fylte de diagnostiske kriteriene for Aspergers syndrom og 36 prosent hadde en atferdsforstyrrelse eller et

² Se blant annet Vinnerljung, B. (2006). Fosterbarn som unga vuxna – en översikt av resultat från några nationella registerstudier. *Socialmedicinsk tidsskrift*, 1/2006, vol. 83, 23–35, Egelund, T. og Lausten, M. (2009). Prevalence of mental health problems among children placed in out-of-home care in Denmark. *Child & Family Social Work*, 14(2), 156-165, Clausen, S. E. og Kristofersen, L. B. (2008). Barnevernsklinter i Norge 1990–2005 – En longitudinell studie. NOVA Rapport 3/2008, Backe-Hansen, E. m.fl. (2014). Barnevern i Norge 1990–2010 – En longitudinell studie. NOVA Rapport 9/2014

³ Backe-Hansen, E., Madsen, C., Kristofersen, L. B., & Hvinden, B. (2014). Barnevern i Norge 1990-2010. En longitudinell studie.

⁴ Folkehelseinstituttet (2015, 9. april) Folkehelse rapporten (nettutgaven) – Helsetilstanden i Norge

⁵ Lehman, Havik, Havik og Heiervang, 2013

⁶ Kayed, N. S., Jozefiak, T., Rimehaug, T., Tjelflaat, T., Brubakk, A. M., & Wichstrøm, L. (2015). *Resultater fra forskningsprosjektet Psykisk helse hos barn og unge i barnevernsinstitusjoner*. Trondheim: NTNU

rusproblem. Av disse hadde flertallet også en annen diagnose som kan tenkes å være den underliggende årsaken til utfordringene, eller som kan komplisere en behandlingsprosess. Dette er for eksempel depresjon, angst, ADHD eller en tilknytningsforstyrrelse. Flertallet av barn og unge med atferdsproblemer eller rusproblemer kan dermed bli feilbehandlet hvis de ikke også får hjelp for underliggende årsaker. I oppsummeringen av resultatene pekes det på viktigheten av gode rutiner for en bred kartlegging før ungdom plasseres i et institusjonstilbud. Dette for å ha bedre kunnskap om hvilke utfordringer det må jobbes med og om de har behov for behandling.

Undersøkelser fra Danmark viser at 20 prosent av barna som er plassert utenfor hjemmet har minst én psykiatrisk diagnose, mens dette kun gjelder for tre prosent av barn som ikke mottar noen form for hjelp fra barnevernet.⁷ Videre opplever nær halvparten av unge som er plassert utenfor hjemmet i Danmark et eller flere brudd i plasseringsforløpet, der flertallet opplever dette i løpet av det første året.⁸

2.2 Helsesatsingen

Barne- og familiedepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet har siden 2015 gitt flere felles oppdrag til Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) for å styrke tjenestetilbudet til barn i barnevernet og samarbeidet mellom helse- og barnevernssektoren. Bakgrunnen for satsingen er kunnskap om at barn i barnevernet ikke får kartlagt sine behov for helsehjelp godt nok og at mange heller ikke får hjelp som er godt nok tilpasset at de har behov for både omsorg og helsehjelp. Mange barn som er plassert på barnevernsinstitusjon eller i fosterhjem får ikke et godt nok tilbud om kartlegging av sine helseutfordringer og behandling for disse, eller de vurderes å ikke være tilstrekkelig motiverte for slik behandling. Som en del av helsesatsingen er det iverksatt en rekke tiltak som bidrar til å styrke samarbeidet mellom tjenestene for å sikre rask kartlegging og helsehjelp. Blant disse er:

- Etablering og oppstart av to nye omsorgs- og behandlingsinstitusjoner for barn med behov for langvarig omsorg utenfor hjemmet og samtidig stort behov for psykisk helsehjelp.
- Økt tilgang til ambulante BUP-team for barneverninstitusjoner.
- Nasjonale føringer for innhold i samarbeidsavtaler mellom barneverns- og helsetjenestene.
- Tilrettelegging for bruk av digitale verktøy for psykisk helsehjelp i barnevernsinstitusjoner.
- Nye funksjoner som barnevernsansvarlig i BUP og helseansvarlig i barnevernsinstitusjoner.

⁷ Egelund, T. & Lausten, M. (2009). Prevalence of mental-health problems among children placed in out-of-home care in Denmark. *Child and Family Social Work*, 14, s.156-165.

⁸ Egelund, T., Jakobsen, T.B., Hammen, I., Olsson, M. & Høst, A. (2010). Sammenbrud i anbringelser af unge. Erfaringer, forklaringer og årsagerne bag. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, rapport nr. 10:06.

- Utvikling av pakkeforløp for kartlegging og utredning av helse- og rusutfordringer hos barn i barnevernet.

2.3 Prop 73 L (2016-2017) Endringer i barnevernloven – barnevernsreform

I Prop. 73 L (2016-2017) *Endringer i barnevernloven (barnevernsreform)* ble det varslet en rekke tiltak for å styrke tjenestetilbudet innenfor psykisk helse til barn i barnevernet, blant annet bedre utredning, bedre tilgang til psykiske helsetjenester og mer forpliktende samarbeid mellom barnevernstjenesten og helsetjenestene. Departementet fremhevet at dagens rutiner og systemet ikke sikrer at barn i barnevernet utredes godt nok for psykiske helseplager. Videre ble det pekt på at behovet for utredning av psykiske helseplager kan være særlig viktig for barn som trenger fosterhjem eller institusjonsopphold. I proposisjonen ble det lagt til grunn at Helsedirektoratet, Bufdir og de regionale helseforetakene skal utvikle modeller og systemer som sikrer at barn i barnevernet tidlig blir utredet for psykiske helseplager.

2.4 Forslag til ny barnevernslov

Departementet har hatt forslag til ny barnevernslov på høring. Forslaget tar utgangspunkt i NOU 2016:16 Ny barnevernslov – sikring av barnets rett til omsorg og beskyttelse. I forbindelse med høringen påpekte flere høringsinstanser at det ikke alltid foreligger tilstrekkelige opplysninger om barnets helse når vedtak om å flytte barnet ut av hjemmet fattes.

Barneombudet viser i sitt høringssvar av 1. august 2019 til at kartlegging av barns helse ved plassering utenfor hjemmet ikke er berørt i forslaget til ny barnevernslov.

Barneombudet fremhevet at det er godt dokumentert at barn som opplever dårlige oppvekstvilkår ofte har utfordringer knyttet til psykisk helse, og at de oftere har fått dårligere oppfølging enn andre når det gjelder mat, hygiene, tannhelse og somatisk helse. Barneombudet viste videre til at barnevernstjenesten har en plikt til å oppfylle barnets rett til god omsorg når barnet flyttes ut av hjemmet. For å sikre at barnevernstjenesten har kunnskap om barnets helse, mente Barneombudet at barnets somatiske og psykiske helse må kartlegges langt bedre enn i dag. Videre argumenterte Barneombudet for at:

[...] det må fremgå av ny lov at helsesituasjonen til barn som tas under offentlig omsorg, for en kortere eller lengre periode, må klarlegges i forbindelse med omsorgsovertakelsen. Videre må det enkelte barn gis en tilsvarende rett til å få kartlagt egen helse når de flyttes ut av hjemmet. Etter Barneombudets syn er dette en så viktig del av saksbehandlingen ved en omsorgsovertakelse at det bør reguleres i lov. En slik plikt til kartlegging må gjelde uavhengig av hvilken hjemmel som begrunner at barnet for en tid må bo et annet sted enn hjemmet. Barneombudet foreslår derfor at det tas inn en egen bestemmelse i barnevernloven der barnevernstjenesten plikter å be om en kartlegging av barnets helse der barnet må plasseres utenfor hjemmet både etter kapittel 5 og 6 i ny barnevernlov. Denne plikten må korrespondere med en tilsvarende plikt for helsetjenesten til å tilby en

slik kartlegging av barnets helse. Barnet må sikres en rett både overfor barneverntjenesten og helsevesenet. Det må vurderes nærmere hvilken del av helsemyndighetene som bør få dette ansvaret.

Bufdir uttalte i sitt høringssvar av 5. august 2019 at

En særlig utfordring med hensyn til ansvarsforholdene mellom tjenester, oppstår i forbindelse med behovet for å utrede barns helse. En grundig kartlegging av fysisk og psykisk helse bør alltid gjøres når barnevernstjenesten har overtatt omsorgen for et barn. At barnevernstjenestene bør gjøre dette etter omsorgsovertakelser, følger implisitt av at omsorgsansvaret er overført til barnevernstjenesten. I dette ligger et ansvar for at barnet får nødvendig helsehjelp, og herunder et ansvar for å kartlegge barnets helse. Undersøkelser fra både Norge og Sverige har vist at mange av barna som det offentlige overtar omsorgen for, har helseplager som ikke har vært oppdaget tidligere. Barnevernstjenesten kan ikke selv foreta helseundersøkelser, men har etter en omsorgsovertakelse en «sørge for-plikt». Dette kunne med fordel ha vært omtalt i forbindelse med ny § 5-4 om ansvaret for barnet etter en omsorgsovertakelse. I den sammenheng bør det vises til § 3-9 a i Lov om kommunale helse og omsorgstjenester, hvor det er tydeliggjort at kommunen der barnet bor, skal ha tilbud om nødvendige helse- og omsorgstjenester for barn som er plassert utenfor hjemmet etter barnevernloven.

Helsedirektoratet bemerket i sitt høringssvar av 1. juli 2019 at det er behov for å vurdere videre lovarbeid når det gjelder å sikre et helhetlig tilbud til barn i barnevernet med sammensatte behov, hvor flere sektorer i dag har et ansvar. Helsedirektoratet pekte på tilfeller hvor barn i barnevernet har behov for helse- og omsorgstjenester, og særlig psykiske helsetjenester. Videre viste Helsedirektoratet til at det foreligger høy forekomst av psykiske problemer både hos barn i fosterhjem og barneverninstitusjoner, og vurderte at forslag til ny barnevernslov ikke fullt ut løser de utfordringer som ligger i grenseområdet mellom barnevernsloven og helse- og omsorgslovgivningen.

Helsedirektoratet uttalte at

[...] kartlegging av barnets helse (fysisk og psykisk helse, inkludert rusmiddelproblemer) bør inngå som en del av en undersøkelse av barnets helhetlige omsorgssituasjon. Det er ikke behov for grundige undersøkelser på alle barn, men det bør regelmessig gjøres en vurdering av hvorvidt det er behov for å gjennomføre mer grundige undersøkelser med bistand fra helsevesenet. Helsedirektoratet mener det bør stå eksplisitt i lovbestemmelsen at barnets helsesituasjon må vurderes i undersøkelsesfasen. Dette vil etter Helsedirektoratets vurdering bidra til en bedre vurdering av barnets behov, og føre til at grunnlaget for å fatte beslutninger om barnets beste blir bedre, da det vil bidra til å få på plass eventuelle helsemessige tiltak tidlig. (...) Helsedirektoratet mener videre at det er viktig at det foretas en helsemessig utredning når barn plasseres utenfor hjemmet ved tiltak etter loven. Helsedirektoratet vil også presisere at det er viktig at barnevernet dokumenterer funnene fra kartleggingen av barnets helse, og hvorvidt barnet er blitt henvist for grundigere undersøkelser. Barnevernets plikt til å dokumentere bør derfor også

omfatte dokumentasjon av at barnets helse er kartlagt, og at det er vurdert om og i hvilken grad barnets helsesituasjon legges til grunn for videre tiltak.

I sitt høringsvar av 22. juli 2019 understreket Bufetat region øst behovet for kartlegging av barnets situasjon og behov i forkant av plassering i institusjon, og viste til at slik kartlegging er helt essensielt for å forhindre utilsiktede flyttinger og sikre at barn i barnevernsinstitusjoner gis et forsvarlig tilbud. Videre uttalte Bufetat region øst at:

Etter en intern gjennomgang av sakene til barn som har flyttet mellom flere tiltak, og er registrert med flere utilsiktede flyttinger, ser vi at det i de fleste tilfeller mangler en kartlegging av ungdommene i forkant av plassering. Vi er av den oppfatning at ingen barn bør plasseres i institusjon uten at det har vært gjennomført en kartlegging/utredning av barnet, familien, barnets nærmiljø, barnets skolesituasjon, barnets venner og fritid. Fordi plassering i institusjon er så inngripende for det barnet det gjelder mener vi at et forsvarlig institusjonstilbud vanskelig kan sikres uten at det er gjennomført en multisystemisk kartlegging av barnets behov og situasjon. Bufetat, region øst ønsker derfor å foreslå at det i ny barnevernslov stilles tydelige krav til kartlegging av barns behov og situasjon i forkant av plassering. Vi mener et slikt krav bør ligge til barneverntjenesten, og at Bufetat bør være forpliktet til å tilby kartlegging.

På bakgrunn av ovennevnte foreslo Bufetat region øst at det i loven burde stilles krav om at kommunen skal gjennomføre en kartlegging av barnets behov og barnets helsesituasjon i tilfeller der det fattes vedtak om plassering utenfor hjemmet, enten dette er et frivillig hjelpetiltak, etter omsorgsovertakelse eller ved plassering i atferdsinstitusjon. Regionen fremhevet at Bufetat burde være forpliktet til å bistå med en slik kartlegging.

2.5 NOU 2018:18 Trygge rammer for fosterhjem

Fosterhjemsutvalget ble oppnevnt i april 2017, og ble gitt i oppgave å utrede rammevilkårene for ordinære fosterhjem. Utredningen ble levert 18. desember 2018.⁹ Fosterhjemsutvalget viste til at en stor andel av barna som bor i fosterhjem har opplevd omsorgssvikt, vold eller overgrep, og at mange har behov for psykisk helsehjelp. Dette innebærer at en tilstrekkelig kartlegging av barnets situasjon og behov er avgjørende for å vite hva slags oppfølging barnet og fosterhjemmet har behov for. I tillegg viste utvalget til at barnets funksjonsnivå, ressurser og særlige behov bør være kartlagt før fosterhjem velges.¹⁰ Utvalget bemerket imidlertid at det er stor variasjon i hvordan barnevernstjenestene gjennomfører undersøkelser og kartlegginger av barnet. På denne bakgrunn anbefalte utvalget at en etablering av et kartleggingsverktøy til hjelp i utvelgelsen av fosterfamilie for det enkelte barnet, må være et ledd i utviklingen av kvalitetssystemet i barnevernet. Utredningen viser til at forskning dokumenterer viktigheten av at barn i barnevernet generelt, og særlig de som skal gis nye

⁹ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2018-18/id2622734/>

¹⁰ Barne- og likestillingsdepartementet (2006): *Rutinehåndbok for kommunenes arbeid med fosterhjem* Rutinehåndbok Q-1102 B

omsorgsrammer, er godt nok kartlagt før de flytter. Fosterhjemsutvalget mente derfor at relevant kunnskap om barnet og fosterforeldrene vil kunne bidra til god matching, tilrettelagt oppfølging og færre utilsiktede flyttinger. Utvalget påpekte at barnevernet har for lite kunnskap om barna de overtar omsorgen for, og at barna dermed ikke får den hjelpen de trenger. I tillegg viste utvalget til at manglende kunnskap om barnet kan gi utfordringer for fosterforeldrene som skal utøve omsorgen.

2.6 NOU 2020:1 Tjenester til personer med autismespekterforstyrrelser og til personer med Tourettes syndrom

Autisme- og touretteutvalget overleverte sin utredning til Helse- og omsorgsdepartementet 6. februar 2020. Utvalget viser i sin utredning til at barn og unge med utviklingsforstyrrelser er overrepresentert i barnevernet. De peker på at barnevernet kan vurdere barnets atferd, utagering og tilbaketrukkethet som tegn på omsorgssvikt, mens spesialisthelsetjenesten ofte kan vurdere de samme barna og konkludere med at de samme uttrykkene er tegn på utviklingsforstyrrelser. Utvalget viser til at manglende kompetanse om autisme og Tourette og mangelfullt samarbeid mellom BUP og barnevern kan skape en risiko for at barna misforstås og at feil tiltak settes inn. Utvalget viser til at dette kan medføre at ansvaret for barnets dårlige fungering plasseres hos foreldrene og at offentlige tjenester fritas fra ansvar. Utredningen peker på at barn og unge som trenger tjenester fra helse- og omsorgstjenesten står i fare for å bli plassert i barneverninstitusjon uten at det nødvendigvis er snakk om omsorgssvikt. Utvalget understreker at det er viktig at barnevernet samarbeider med spesialisthelsetjenesten når de vurderer hvilke tiltak som er egnet for det enkelte barnet. Utvalget erfarer også at fosterforeldre kan oppleve at de får mangelfull oppfølging når de får omsorgen for et barn med sammensatte behov.

2.7 Helsetilsynets gjennomgang av barnevernets oppfølging av de to jentene som var plassert på Vestlundveien ungdomssenter og som senere døde

Barne- og familiedepartementet ga i tildelingsbrevet for 2019 Statens helsetilsyn i oppdrag å undersøke barnevernets oppfølging av de to jentene som bodde på Vestlundveien og som senere døde. Undersøkelsen skulle innrettes slik at den kunne bidra til samfunnsmessig læring og utvikling på barnevernsområdet. Statens helsetilsyn leverte sin rapport til departementet 28. januar 2020.¹¹ I rapporten fremheves det at riktig valg av tiltak fordrer tilstrekkelig kunnskap om barnets behov og om hva som er nødvendig for å ivareta disse behovene. Helsetilsynet peker blant annet på at det innledningsvis ble valgt fosterhjem som tiltak for begge jentene, selv om det forelå opplysninger som tilsa at det ville være utfordrende å ivareta dem i ordinære fosterhjem. Helsetilsynet konkluderte i rapporten med at manglende vurderinger av hva jentene trengte førte til at det ikke ble

¹¹ <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/andre-publikasjoner/gjennomgang-av-barnevernets-oppfolging-av-de-to-jentene-som-var-plassert-pa-vestlundveien-ungdomssenter-og-som-senere-dode/>

etablert robuste nok tiltak/omsorgsbaser, noe som igjen medførte flyttinger og ustabil omsorg. Videre fant Helsetilsynet at jentene ble plassert i institusjonstiltak som ikke var egnet til å ivareta deres behov. Helsetilsynet viste til at regionene i Bufetat har ansvaret for valg av institusjonstiltak, mens Nasjonalt inntaksteam (NIT) skal kartlegge barnas behov og foreslå et konkret institusjonstiltak basert på en vurdering av hvilket tiltak som er egnet til å ivareta barnets behov for omsorg og behandling. I rapporten konkluderte Helsetilsynet med at NIT ikke fikk tilstrekkelig informasjon i forbindelse med anbefaling av tiltak for jentene. I den forbindelse viste Helsetilsynet til funn fra landsomfattende tilsyn med Bufetat 2017¹², herunder at NIT ikke sikrer tilstrekkelig informasjonsgrunnlag for sine avgjørelser, og at det i NITs arbeid med å innstille på tiltak for barn med alvorlige atferdsvansker heller ikke blir gjort forsvarlige vurderinger av om tiltaket er egnet til å ivareta barnets behov.

2.8 Barneombudets rapport om barn som bor på barnevernsinstitusjon – "De tror vi er shitkids"

I januar 2020 la Barneombudet frem rapporten "De tror vi er shitkids", om barn som bor på barnevernsinstitusjon.¹³ I sitt arbeid med rapporten har Barneombudet gjennomført samtaler med ungdom, fått innsyn i dokumenter og besøkt barneverninstitusjoner og barnevernstjenester. Ett av hovedfunnene er at det varierer hvor mye barnevernet vet om ungdommene før de flytter til en institusjon og at det ofte mangler en analyse av hva eventuell informasjon innebærer for barnets behov for omsorg og behandling. Videre fremgår det at institusjonene opplever å få for lite eller feil informasjon om barnet som skal flytte inn, noe som både kan gå utover deres mulighet til å gi riktig hjelp og trivselen til ungdommen som bor der. Barneombudet anbefaler i rapporten at det lovfestes i barnevernloven at barn har rett til å få kartlagt egen helse når de flytter ut av hjemmet og at helsesektoren gis en tilsvarende plikt til å gjennomføre en slik undersøkelse.

Rapporten understreker at barnevernets forarbeid har stor betydning for institusjonene og ungdommene. Ansatte i institusjoner forteller at god kunnskap om barnet på forhånd gjør det mulig både å avklare om de er i stand til å hjelpe og å gi riktig hjelp når ungdommen er der. Samtidig fremgår det at noen institusjoner opplever at de ikke får god nok informasjon om barnets behov, enten fordi den er mangelfull, tilfeldig eller vanskelig å forstå. Dette kan gjøre det vanskelig å vurdere om institusjonen er rett sted for ungdommen og hvordan omsorgen og hjelpen best kan tilrettelegges. Det vises i rapporten til at noen ungdommer med store utfordringer bor på institusjon i mange år uten at de noen gang blir skikkelig utredet. Dette gjelder også ungdom på behandlingsinstitusjon som er der for at de skal få nødvendig utredning og behandling. Flere institusjonsansatte forteller at de av og til får inn ungdommer med psykiske helseproblemer eller uavdekkede rusproblemer som de ikke har kompetanse til å hjelpe.

¹² <https://www.helsetilsynet.no/presse/nyhetsarkiv/2018/oppsummering-etter-landsomfattende-tilsyn-med-bufetat-2017/>

¹³ <https://www.barneombudet.no/uploads/documents/Publikasjoner/Fagrapporter/De-tror-vi-er-shitkids.pdf>

2.9 Riksrevisjonens undersøkelse av om statlige barnevernsmyndigheter sikrer det beste for barn i barnevernsinstitusjoner

30. september 2020 la Riksrevisjonen frem sin rapport om hvorvidt statlige barnevernsmyndigheter sikrer det beste for barn i barnevernsinstitusjoner.¹⁴

Undersøkelsen viser at flere barn blir plassert i barnevernsinstitusjoner uten at det foreligger nok informasjon om barnets behov, herunder at det i en del tilfeller mangler rapportering og dokumentasjon på barnets behov for psykisk helsehjelp. Videre fremgår det at manglende kartlegging av barnas behov kan føre til feil valg av institusjon og utilsiktede flyttinger. Det kan også føre til at institusjonen ikke er godt nok tilpasset barnet. Konsekvensen kan være at barn ikke får forsvarlig omsorg og behandling, og at tjenestene som leveres ikke er tilpasset barnets behov. 61 prosent av barna flytter minst én gang etter at det har blitt flyttet ut av hjemmet, og 12 prosent har flyttet fire eller flere ganger. Riksrevisjonen anbefaler blant annet at valg av institusjonsplass blir tilpasset behovet til det enkelte barn, og at institusjonene legger til rette for at barn får nødvendig psykisk helsehjelp.

2.10 Representantforslag – lovfesting av helseundersøkelse i forbindelse med alle omsorgsovertakelser

Senterpartiet fremmet 24. oktober 2019 et representantforslag om å lovfeste at det skal gjennomføres helseundersøkelse av barns somatiske og psykiske helse i forbindelse med alle omsorgsovertakelser, jf. Dokument 8:8 S (2019-2020)¹⁵.

Forslagsstillerne viste til at det er høy forekomst av psykiske lidelser blant barn i barnevernet, og at det derfor må sikres rutiner ved omsorgsovertakelse for å avdekke både psykisk og somatisk sykdom og andre behov for spesiell oppfølging og behandling. Videre ble det fremholdt at en helseundersøkelse med kartlegging av både somatisk og psykisk helse bør skje i forkant av en begjæring om tvangsvedtak, og senest etter at omsorgssituasjonen er avklart.

I sin innstilling til Stortinget, jf. Innst. 262 S (2019-2020), uttalte familie- og kulturkomiteen følgende:

[...] ser med bekymring på at det i flere undersøkelser er dokumentert høy forekomst av psykiske lidelser blant barn i barnevernet, og er opptatt av at barn som trenger hjelp fra barnevernet får nødvendig og riktig helsehjelp.

Komiteen merket seg videre at Norsk fosterhjemsforening mener at manglende kjennskap til barnets behov kan medføre risiko for brudd og ikke-planlagte flyttinger fra fosterhjem

¹⁴ <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2019-2020/undersokning-av-om-statlege-barnevernsmyndigheter-sikrar-det-beste-for-barn-i-barnevernsinstitusjonar/>

¹⁵ <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Representantforslag/2019-2020/dok8-201920-008s/?all=true>

til institusjon. Det fremgår av innstillingen at Fosterhjemsforeningen mener at barnets helsetilstand og -behov i en rekke tilfeller ikke er utredet og kartlagt før plassering.

I tillegg fremgår det av innstillingen at komiteen er opptatt av at det må sikres rutiner slik at både psykisk og somatisk sykdom, samt behov for oppfølging og behandling, kan avdekkes ved omsorgsovertakelse. Komiteen utrykte at helsekartlegging bør skje i forkant av begjæring om tvangsvedtak og senest etter at omsorgssituasjonen er avklart. Komiteen viste til at familier i barnevernet har omfattende levekårsutfordringer og at dette er en gruppe der sosiale ulikheter i helse er tydelige. Komiteen mente derfor at det er avgjørende at barnas helsemessige situasjon er en ordinær del av kartleggingsarbeidet når det offentlige skal overta omsorgen.

Familie- og kulturkomiteens innstilling ble avgitt 12. mai 2020, og i tråd med innstillingen vedtok Stortinget 28. mai 2020 å ikke følge opp forslaget. Det ble vist til pågående utredningsarbeid på området.

2.11 Utredning av helsekartlegging av barn i barnevernet

2.11.1 Felles oppdrag til Helsedirektoratet og Bufdir

Barne- og familiedepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet ga i begynnelsen av 2020 Helsedirektoratet og Bufdir et felles oppdrag om å utrede behovet for å lovfeste en plikt for barnevernstjenesten til å sørge for at det gjennomføres helsekartlegging av barn som vurderes flyttet ut av hjemmet. I tillegg ble direktoratene bedt om å utrede behovet for en korresponderende plikt for helsetjenesten til å gjennomføre slik helsekartlegging. Direktoratene ble bedt om å vurdere målgruppe for, tidspunktet for og innholdet i en helsekartlegging. Videre ble de bedt om å vurdere behovet for regulering av tjenestene, samt hvilken kompetanse fra helsetjenesten som var nødvendig i arbeidet. Oppdraget omfattet også utredning av økonomiske og administrative konsekvenser. 30. april 2020 leverte direktoratene sin felles anbefaling til departementene.¹⁶

2.11.2 Anbefalingen fra Helsedirektoratet og Bufdir

Direktoratene anbefalte at helsekartlegging gjennomføres av barn som barnevernstjenesten vurderer å flytte ut av hjemmet på grunn av manglende omsorg eller på grunn av alvorlige atferdsvansker. Dette omfatter omsorgsovertakelser etter barnevernloven § 4-12, atferdsplasseringer etter § 4-24 andre ledd, § 4-26 og frivillige plasseringer utenfor hjemmet etter § 4-4 sjette ledd. Direktoratene anbefalte ikke helsekartlegging ved midlertidige akutt-plasseringer. Videre anbefalte direktoratene at resultatet av kartleggingen burde foreligge før beslutning eller vedtak om å flytte barnet ut av hjemmet tas, og at barnevernstjenesten gis en plikt til å be instansen med ansvar for helsekartlegging om slik kartlegging.

¹⁶ https://bufdir.no/aktuelt/ny_rapport_helsekartlegging_av_barn_i_barnevernet2/

Direktoratene anbefalte at helsekartlegging skal omfatte kartlegging av somatisk helse, psykisk helse og tannhelse. I rapporten understreket direktoratene at det var behov for nærmere utredning av det konkrete innholdet i kartleggingene. Videre anbefalte de at ansvaret for helsekartlegging av barn i barnevernet ble lagt til de regionale helseforetakene og viste til at det var behov for kompetanse fra spesialisthelsetjenesten i kartleggingene. Direktoratene vurderte i rapporten at det var behov for å klargjøre de regionale helseforetakenes ansvar for slik kartlegging gjennom en lovendring i spesialisthelsetjenesteloven, eller gjennom styringslinjen mellom Helse- og omsorgsdepartementet og helseforetakene. Direktoratene vurderte at behovet for en klar og tydelig ansvars plassering tilsa at det burde lovfestes en plikt for de regionale helseforetakene til å sørge for helsekartlegging av barn i barnevernet.

2.12 Tilleggsutredning – innretting av kartlegging i Bufetat

2.12.1 Oppdrag til Bufdir

På bakgrunn av Bufdir og Helsedirektoratets utredning av helsekartlegging fra april 2020, ba Barne- og familiedepartementet i september 2020 Bufdir om en tilleggsutredning. I oppdraget ba departementet om en beskrivelse av barnevernstjenestens behov for tverrfaglige kartlegginger og en beskrivelse av hvordan tverrfaglige, spesialiserte kartlegginger kan innrettes ved en organisering i statlig barnevern (Bufetat). Bufdir ble videre bedt om å utrede hvordan behovet for helsepersonell kan dekkes i en slik modell, og hvordan de ulike aktørene bør forpliktes. Oppdraget omfattet også utredning av økonomiske og administrative konsekvenser av en modell for kartlegging i statlig barnevern. Bufdir leverte sin anbefaling 19. oktober 2020.

2.12.2 Bufdirs anbefaling

Bufdir legger i sin rapport til grunn at formålet med tverrfaglig, spesialisert kartlegging av barn i barnevernet er å sikre tilstrekkelig kunnskap om barnets behov og helse, vurdert i en barnevernsfaglig kontekst. Dette for at Bufetat og kommunal barnevernstjeneste skal kunne vurdere hvilke tiltak som er tilpasset barnets behov ved plassering utenfor hjemmet. Det ble også fremhevet at slik kartlegging vil gi et godt grunnlag for forsvarlig oppfølging av barnet.

Om barnevernets behov for tverrfaglige kartlegginger, viser Bufdir til at de ulike beslutningstakerne i barnevernet ikke har god nok kunnskap om barnets helse når de skal treffe avgjørelser om barnet. Bufdir viser til at det er utfordrende å etablere forsvarlige tiltak og gi god oppfølging i tilfeller der helseopplysningene om barnet er mangelfulle eller foreldet. Videre påpeker Bufdir at det også i tilfeller hvor det foreligger oppdaterte helseopplysninger kan være utfordrende å forstå disse i en barnevernsfaglig kontekst, fordi dette krever særskilt kompetanse.

Bufdir anbefaler i rapporten at målgruppen for tilbudet bør være barn som barnevernstjenesten beslutter bør flyttes ut av hjemmet. Dette omfatter omsorgsovertakelser, atferdsplasseringer og frivillige plasseringer utenfor hjemmet. Barn

som akutt plassers faller utenfor målgruppen frem til barnevernet eventuelt beslutter å fremme sak om omsorgsovertakelse eller atferdsplassering. I tillegg anbefaler Bufdir at barn i aldersgruppen 0-6 år, som får tilbud fra Bufetat om utredningsopphold i sped- og småbarnssentrene, burde inkluderes i målgruppen.

For å oppnå formålet med tverrfaglig kartlegging, anbefaler Bufdir at den gjennomføres på et tidspunkt som gjør at funnene i størst mulig grad kan hensyntas når type tiltak og plasseringsalternativ skal besluttes. Bufdir anbefaler derfor at kartleggingen, så langt det lar seg gjøre, bør være ferdig før nemndsbehandlingen hvor det tas stilling til plasseringsalternativ (institusjon eller fosterhjem) og i saker etter barnevernloven § 4-24 der det tas stilling til egnetheten av konkrete tiltak. Bufdir foreslår at barneverntjenesten får adgang til å be om tverrfaglig kartlegging når barneverntjenesten har besluttet at det er nødvendig å plassere barn i målgruppen for slik kartlegging utenfor hjemmet.

Bufdir anbefaler etablering av kartleggingsteam i alle Bufetats regioner. De understreker at det i tillegg må tas stilling til hvordan barn i Oslo kommune kan sikres en ordning med tverrfaglig kartlegging. Bufdir anbefaler at bydelsbarnevernet i Oslo får samme mulighet som kommunale barneverntjenester i landet for øvrig til å be om en tverrfaglig kartlegging. Bufdir beskriver to alternative ordninger, der Oslo kommune enten etablerer egne team eller at bydelsbarnevernet benytter seg av tilbudet i Bufetat.

Videre anbefaler Bufdir at de ulike aktørenes ansvar, herunder spesialisthelsetjenestens, blir lovregulert. I tillegg til forankring i lov, viser Bufdir til at partene bør inngå samarbeidsavtaler og at det bør utarbeides nasjonale føringer for helsekartlegging som gjelder for begge sektorene. Bufdir vurderer at det ikke er behov for å innføre en plikt for barnevernstjenesten til å be om helsekartlegging og peker på andre virkemidler, som nasjonale anbefalinger. Bufdir anbefaler imidlertid å gi barnevernstjenesten en rett til å be om helsekartlegging og at Bufetat gis en plikt til å gjennomføre kartlegging når barnevernstjenester ber om det.

3 CARE-prosjektet (Children at risk evaluation)

3.1 Om forskningsprosjektet

Universitetet i Oslo har de siste årene utarbeidet og prøvd ut en modell for kartlegging av helse- og omsorgsbehov hos barn plassert utenfor hjemmet.¹⁷ Samarbeidspartnere i prosjektet har vært forskningsinstitusjonene RKBU Vest ved NORCE og By- og regionforskningsinstituttet NIBR ved OsloMet – Storbyuniversitetet. Sammen med Helsedirektoratet, har Bufetat region sør og Sykehuset i Vestfold HF bidratt finansielt i delprosjektet.

Modellen som prøves ut bygger på rutinemessig, traumeinformert kartlegging av barn og unge som flyttes ut av hjemmet, utført av tverrfaglige team. Utprøvingen av modellen

¹⁷ Universitetet i Oslo ble våren 2016 tildelt midler til studien om kartlegging av barn i risiko fra HelseVel-programmet i Norges forskningsråd (NFR).

inngår som delprosjekt 1 i *Children At Risk Evaluation*-studien (CARE-studien)¹⁸, som til sammen består av tre delprosjekter.¹⁹ CARE-studien har foreløpig resultert i tre publikasjoner²⁰, i tillegg til underveis- og evalueringsrapportene.

3.2 Om kartleggingen

Kartleggingen som utføres er tverrfaglig, med spesialisert kompetanse. Målgruppen er i hovedsak barn som barnevernstjenesten har overtatt omsorgen for eller planlegger omsorgsovertakelse av. Målet med kartleggingen er ikke å stille diagnoser, men å identifisere barnets behov. Kartleggingen gjennomføres etter henvisning fra den kommunale barnevernstjenesten. Målsettingen er at kartlegging skal gjennomføres ca. fire uker (mellom tre-seks uker) etter henvisning. Kartleggingen av barnet gjennomføres i løpet av en dag, sammen med barnets omsorgsperson. Kartleggingen omtales som "one-stop-shop", noe som sparer tid for barn og omsorgsperson og som også gir mulighet til å komme tidlig inn med tiltak. Kartleggingen gjennomføres for de fleste mellom kl. 09-14, og det beregnes god tid til pauser, lek, mat og hvile. På bakgrunn av tidligere oversendt informasjon, samtaler, undersøkelser og testing denne dagen, skriver teamet en sluttrapport som sendes til den barnevernstjenesten som har henvist barnet til kartlegging. Det er et noe ulikt opplegg for aldersgruppene 0-6 år og 7-17 år. Felles er at undersøkelsene inneholder en legeundersøkelse, samt kartlegging av psykisk helse gjennom kartleggings- og screeningverktøy. Videre gjøres det en tannhelseundersøkelse.

Overordnet favner metodene en fase før utredningsdagen, samt selve utredningsdagen hvor psykisk helse, kognitiv fungering, somatisk tilstand, traumebelastninger og posttraumatiske symptomer, affektbevissthet/følelsesmessig fungering og relasjonelle forhold/tilknytning inngår.

På bakgrunn av forarbeidet, funnene på utredningsdagen og drøftinger i ettertid, utarbeides en sluttrapport. Denne inneholder også en oppsummering av barnets historie basert på tilsendt informasjon fra blant annet henvisninger, tidligere utredninger, epikriser, domsavgjørelser, bekymringsmeldinger, undersøkelsessaker og tiltak fra barnevernet. Videre beskrives barnets kliniske tilstander, relasjonelle kontekst, fysiske helse, psykososiale belastninger og utviklingskompetanse. Rapporten oppsummerer

¹⁸ <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/prosjekter/barn-i-risiko/>

¹⁹ For beskrivelse av delprosjektene, se prosjektets hjemmeside:
<https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/prosjekter/barn-i-risiko/>

²⁰ Lehmann, S., & Kayed, N. S. (2018). Children placed in alternate care in Norway: A review of mental health needs and current official measures to meet them. *International Journal of Social Welfare*, 27(4), 364-371. <https://doi.org/10.1111/ijsw.12323>

Lehmann, S., Monette, S., Egger, H., Breivik, K., Young, D., Davidson, C., & Minnis, H. (2020). Development and Examination of the Reactive Attachment Disorder and Disinhibited Social Engagement Disorder Assessment Interview. *Assessment*, 27(4), 749-765. <https://doi.org/10.1177/1073191118797422>

Larsen, M., Baste, V., Bjørknes, R. *et al.* Services according to mental health needs for youth in foster care? – A multi-informant study. *BMC Health Serv Res* 18, 634 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3365-6>

barnets helse- og omsorgsbehov og gir konkrete anbefalinger om tiltak for å møte barnets behov og informasjon/veiledning til omsorgspersoner.

Bufetat region sør har ett team ved Telemark barne- og familiesenter (TBFS) i Skien. I NOU 2016:16 ble det pekt på kartlegging av små barn som en sentral oppgave for barne- og familiesentre, og det ble derfor besluttet å avgrense dette teamet til kartlegging av barn i alderen 0-6 år. Teamet ble opprettet i januar 2017. Vertskap for temaet som kartlegger barn 7-17 år er BUP-avdelingen ved Sykehuset i Vestfold HF (Tønsberg). Dette teamet hadde oppstart i februar 2018. Opptaksområdet for begge teamene er hele region sør, som inkluderer Agder, Telemark, Vestfold og deler av Viken fylke (gamle Buskerud). Området omfatter 83 kommuner, med en samlet befolkning på ca. en million innbyggere.

3.3 Foreløpige erfaringer og resultater

3.3.1 Hvilke barn kartlegges

Fra august 2017 til januar 2020 ble 200 barn kartlagt gjennom CARE. 98 av disse barna ble kartlagt av teamet for de minste barna i alderen 0-6 år, og 102 ble kartlagt av teamet for barn og unge i alderen 7-17 år.

De fleste barna som er henvist til kartlegging er akutt plasserte etter barnevernloven § 4-6, mens om lag én av åtte bor utenfor hjemmet etter vedtak om omsorgsovertakelse jf. bvl. § 4-12. I tillegg er ca. 12 prosent av barna plassert utenfor hjemmet etter samtykke fra foreldrene, jf. bvl. §4-4 sjette ledd. På kartleggingstidspunktet forelå det fylkesnemndsvedtak om omsorgsovertakelse for 56 prosent av barna. 52 prosent av barna bodde i beredskapshjem, mens 40 prosent bodde i fosterhjem ved gjennomføring av kartleggingen. De øvrige bodde på institusjon, annet bosted, eller har ikke oppgitt bosted.

For de fleste barna oppgis det flere grunner til at de er flyttet ut av hjemmet. Emosjonell omsorgssvikt er det som hyppigst oppgis. Flere barn har også vært utsatt for eller vært vitne til vold og mishandling. Mange har også foreldre med psykiske vansker eller rusproblemer. For et mindre antall er mistanke om eller avdekkede seksuelle overgrep grunnlaget for flyttingen. For enkelte barn er grunnlaget for flyttingen atferd hos barnet, som foreldrene ikke klarer å håndtere selv, eller at foreldrene ikke makter å gi god omsorg. Flytting har også være begrunnet i sykdom eller dødsfall hos foreldrene.

3.3.2 Hva viser kartleggingen²¹

Syv av ti barn tilfredsstillte de diagnostiske kriteriene for psykiske lidelser. Dette gjelder i større grad for de eldre barna og i mindre grad for de yngre barna. For nær 60 prosent gjøres det funn knyttet til somatisk helse, dette gjelder særlig for de yngste barna.

²¹ Myrvold, Trine M. m.fl. (2020), Evaluering av CARE-modellen. Tverrfaglig kartlegging av utsatte barns

Det er stor variasjon av psykiske diagnoser og fysiske problemer og lidelser blant de kartlagte barna. Mange av barna fyller kriteriene for posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Noen barn har tegn på tilknytningsforstyrrelse, forstyrret regulering av følelser, innsovningsforstyrrelser, eller spiseforstyrrelser. Flere av barna har enten spesifiserte eller uspesifiserte reaksjoner på alvorlig belastning. Videre har flere av barna vært utsatt for skadelige forhold i svangerskapet og har problemer relatert til dette. Mange av barna har mageproblemer, enurese-/benkepress-problematikk (ufrivillig vannlating/avføring) og/eller for høy eller lav vekt. I tillegg har flere av barna problemer med synet eller med finmotorikken. Tannr te og andre tegn på dårlig tannhelse forekommer også hyppig.

Evalueringen har vist at de aller fleste barna som har vært kartlagt har mye de strever med og at mange har vært gjennom svært belastende opplevelser. Dette gjenspeiles i anbefalingene som gis for videre oppfølging av barna. I stor grad dreier dette seg om førstelinjetjenester som fastlege, helsestasjon/skolehelsetjeneste, PPT og andre tiltak i skolen. Mange barn anbefales også nærmere utredning eller behandling i psykisk helsevern for barn og unge. Kartleggingsteamene anbefaler likevel ofte at henvisning bør vurderes på et senere tidspunkt. Teamene skiller mellom anbefalinger om umiddelbar oppfølging og mulig senere vurdering av henvisning/oppfølging. De fleste førstelinjetjenestene blir vanligvis anbefalt umiddelbart, mens henvisning til BUP og andre tjenester i psykisk helsevern i større grad blir anbefalt for senere vurdering.

Anbefalingene omfatter ofte oppfølging fra PPT og/eller BUP. For syv av ti barn nevnes disse tjenestene som aktuelle for de kartlagte barna. I 47 prosent av tilfellene er fastlegen nevnt og i 39 prosent av tilfellene er helsestasjon/helsesykepleier på skolen nevnt. For omtrent ett av fem barn er spesialpedagogiske tiltak i skolen/barnehagen et mulig tiltak. Det anbefales psykososiale tiltak eller fysioterapi for ett av fem barn. For 16 prosent av barna nevnes somatisk spesialisthelsetjeneste. Aller hyppigst anbefales formalisert samarbeid mellom flere tjenester, i form av felles tiltaksplan, individuell plan o.l. Mange f r også anbefalt oppfølging fra kommunal psykisk helsetjeneste/kommunepsykolog. Enkelte barn har behov for utredning fra et kompetansesenter, f.eks. kompetansesenter for ruskskader, Statped, eller senter for sykelig overvekt.

Det er relativt store forskjeller i hva de to teamene anbefaler. Sm barnsteamet anbefaler oftere oppfølging fra helsestasjon og noe oftere henvisning til somatisk spesialisthelsetjeneste eller fysioterapi. Teamet for de eldre barna anbefaler på sin side betydelig hyppigere PPT og spesialpedagogiske tiltak, samt oppfølging fra fastlegen. Anbefaling om henvisning til psykisk helsevern forekommer også oftere for de eldre barna. Over halvparten av barna i gruppen 7-17 år blir anbefalt ulike samarbeids-/samordningstiltak som ansvarsgrupper eller Individuell plan.

helse og omsorgsbehov. UiO. Det medisinske fakultet. Institutt for klinisk medisin.

https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/prosjekter/barn-i-risiko/Videolansering%20av%20evalueringsrapport/evaluating_caremodellen_2020_godkjent.pdf

3.3.3 De ulike aktørenes erfaringer

3.3.3.1 Barn og omsorgspersoner

Som en del av evalueringen har barn og unge mellom 11-16 år og deres omsorgspersoner blitt intervjuet kort tid etter utredningsdagen.²² Omsorgspersoner er foreldre i beredskapshjem, ansatte i institusjoner, foreldre (for barn som bor hjemme), men for de aller fleste, fosterforeldre. En generell erfaring er at barna opplever at de ikke får tilstrekkelig informasjon om kartleggingen på forhånd. Forskerne bemerker at det å skape en trygg og god samarbeidsallianse med barna og ungdommene er en av de viktigste oppgavene for kartleggingsteamet, og at dette er en forutsetning for at de skal lykkes i å få tilgang til ønsket informasjon.

Svarene fra omsorgspersonene som følger barna til kartlegging, viser også at barnets medvirkning får mindre god score. Enkelte påpeker at det oppleves som en voldsom start for barnet, som for eksempel ikke har rukket å bli trygg på nye omsorgspersoner. Dette kan føre til at barnet blir usikkert og sjenert.

Undersøkelsen viser også at barna ikke alltid får informasjon om resultatene fra kartleggingen fra barnevernstjenesten. Barnas omsorgspersoner blir i større grad informerte om dette.

3.3.3.2 Barnevernstjenesten

Barnevernstjenestene vurderer gjennomgående helsekartlegging som svært positivt. De erfarer at mye av det som avdekkes i kartleggingen ikke er kjent på forhånd, og at kartleggingen er nyttig. Kartleggingsrapportene benyttes blant annet som grunnlag for å vurdere hvilke tiltak barnet har behov for og for veiledning av barnets nye omsorgspersoner. I enkelte tilfeller benyttes også rapportene som grunnlag for valg av omsorgsbasis og i saker for fylkesnemnda.

63 prosent av ansatte i barnevernstjenestene oppga at kartleggingene medførte lettere tilgang til tjenester fra andre sektorer, og blant de som oppga hvilke tjenester ble særlig BUP fremhevet. Videre ble PPT, Habiliteringstjenesten og Bufetat trukket frem. Det ble også oppgitt at kartleggingen ga informasjon som kunne bidra til bedre tilrettelegging for barna i skole og barnehage.

I noen tilfeller opplevde barnevernstjenesten at de ikke kunne stille med tiltak som teamene anbefalte fordi tiltakene ikke var tilgjengelige, eller at barnevernstjenesten ikke hadde tilstrekkelig ressurser til å veilede barnets omsorgspersoner. Barnevernstjenestene trakk også frem at henvisning er ressurskrevende. I tillegg løftes reisetid og avstand som en utfordring. Om lag ni prosent av de ansatte i barnevernet oppgir at de ikke har henvist alle barn i målgruppen for kartleggingen. Årsaken er som regel at barnet ikke har ønsket å delta. Andre årsaker til at barnevernstjenesten ikke henviser til kartlegging er at barnet allerede er tilstrekkelig utredet, eller at det ikke vurderes å være behov for denne type kartlegging.

²² Doktorgradsprosjektet ferdigstilles i 2021.

Ansatte i barneverntjenestene oppga at det var behov for et kartleggingstilbud. 60 prosent mente at barneverntjeneste burde benytte tilbudet for alle barn som flytter hjemmefra i regi av barnevernet, mens 40 prosent mente de ville benytte tilbudet etter en individuell vurdering. Et klart flertall mente at rett til kartlegging burde lovfestes. 57 prosent mente ansvaret for kartleggingen burde ligge i helsetjenesten, mens 43 prosent mente tilbudet burde plasseres i barnevernet.

3.3.3.3 Kartleggingsteamene

De ansatte i kartleggingsteamene fremhevet verdien av den tverrfaglige sammensetningen av teamene. Teammedarbeiderne hadde få kommentarer knyttet til betydningen av teamenes organisatoriske tilhørighet, henholdsvis innenfor spesialisthelsetjenesten/BUP og statlig barnevern/barn- og familiesenter. Erfaringene viser at det var vanskelig å dekke legestillingene i teamene.

I begge teamene var det flere som trakk fram positivt utbytte av kartleggingsarbeidet i forhold til deres øvrige arbeidsoppgaver og funksjoner. De viste til at de fikk erfaringer og kompetanse som de kunne ta med seg i den "ordinære" jobben ved BUP eller i Bufetat. Det fremgår også at teammedlemmene ønsker møte med henvisende barnevernstjeneste for å gjennomgå funnene i kartleggingen. Videre fremgår det at medlemmene av kartleggingsteamene har vært etterspurt som vitner i retten og at dette var en side ved tilbudet som ikke var planlagt, og heller ikke ressursmessig tatt høyde for.

3.3.4 Vurderinger og tilrådninger fra CARE-prosjektet

3.3.4.1 Skal alle barn kartlegges?

Funn fra CARE viser at barnevernstjenesten ikke henviser alle barn i målgruppen til kartlegging, og at en del tjenester mener at det bør gjennomføres en individuell vurdering før kartlegging. Prosjektet trekker frem at en fordel med en viss 'siling' er at en slipper å bruke ressurser på barn som antakelig ikke vil ha nytte av slik kartlegging, for eksempel kartlegge psykisk helse for barn som allerede er i BUP-systemet. På den andre siden trekkes det frem at sannsynligheten for at kartlegging faktisk blir gjennomført, er større når det skjer rutinemessig. Det vises også til at bredden og tverrfagligheten i kartleggingen gjør at det blir mulig å fange opp tilstander som tidligere ikke er kjent hos barna.

3.3.4.2 På hvilket tidspunkt bør kartlegging skje?

Målsettingen i CARE var at kartlegging skulle gjennomføres ca. fire uker etter at barnet var flyttet ut av hjemmet. Evalueringen viser imidlertid at dette ofte ikke lot seg gjøre på grunn av sent mottatt henvisning eller ventetid hos teamene. Prosjektet viser til at fordelene med tidlig kartlegging er at barnet kan få tidlig hjelp og en bedre tilpasset plassering. Samtidig vises det til at mange barneverntjenester ikke har henvist fordi barnets omsorgssituasjon ikke var avklart. Enkelte omsorgspersoner mener videre at de ikke kjente barnet godt nok ved kartleggingstidspunktet. Det er også viktig at de akutte reaksjonene på selve flyttingen ikke er for fremtredende. Prosjektet viser til at Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet i sin utredning har anbefalt at helsekartlegging fortrinnsvis skal skje i forkant av en omsorgsovertakelse. Prosjektet

peker på at det kan være vanskelig å gjennomføre kartleggingen på dette tidspunktet og viser blant annet til at barnets foreldre ofte vil være i en situasjon der de er i konflikt med henvisende instans, barneverntjenesten. Videre vises det til at en stor andel av barna flytter akutt, og muligheten til en forberedt henvisning «på rette tidspunkt» vil være vanskelig.

Erfaringer fra CARE viser at 17 prosent blir kartlagt i løpet av to måneder etter at barnet er flyttet ut av hjemmet. Det vanligste tidspunktet for kartlegging var fem måneder etter at barnet var flyttet ut av hjemmet. Årsaken til dette er blant annet at kartleggingsteamene mottok henvisning fra barnevernstjenesten lang tid etter at barnet var flyttet ut av hjemmet. Det vises også til at en vesentlig del av arbeidet som skjer i forkant, eksempelvis systematisering av saksinformasjon, er tidkrevende, spesielt dersom barnet har en lengre barnevernshistorikk, eller at flere saksfremstillinger til fylkesnemnda følger med henvisningen fra barneverntjenesten. I tillegg ble det pekt på ventetid hos teamene på grunn av kapasitet. Målet om å oversende sluttrapport til barnevernstjenesten innen én uke har i praksis vist seg vanskelig å oppnå. Dette skyldes omfattende skrivearbeid og at det ved noen tilfeller har vært nødvendig å innhente ytterligere informasjon fra andre instanser. Erfaringen fra CARE er at sluttarbeidet ofte kan ta flere uker.

3.3.4.3 Hvor bør kartleggingsteamene plasseres?

CARE-teamene var plassert i det statlige barnevernet, ved en av Bufetats institusjoner og i et helseforetak, ved en BUP-poliklinikk. Prosjektet vurderer at det er fordeler og ulemper med begge alternativene. Det vises blant annet til at Bufetats institusjoner betjener en langt mindre målgruppe enn BUP, mens BUP-systemet har utbredelse over hele landet og behandler barn i alle aldre. Prosjektet peker på at andre muligheter kan være å legge teamet til et barnehus eller til barneavdelinger på sykehus. Alternativt kan en tenke seg en ambulansordning, med team som reiser rundt og gjennomfører kartlegging. Erfaringen fra CARE er imidlertid at tilrettelegging med rom for samtaler, hvile, mv. er så viktig for gjennomføring at mobilitet vurderes som vanskelig. På bakgrunn av teammedlemmenes egne utsagn, er det også grunn til å anta at tilhørighet til et større fagmiljø er viktig.

3.3.4.4 Det holder ikke å avdekke behov hvis ikke det finnes hjelp.

Gjennom kartleggingene i CARE avdekkes omfattende hjelpe- og veiledningsbehov. Prosjektet understreker at hvis det skal være noe poeng å avdekke disse behovene, må det være et oppfølgende tilbud til barna og deres omsorgspersoner, slik at behovene som avdekkes faktisk møtes. Funn i CARE tyder på at ikke alle barneverntjenester har tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å gjennomføre de tiltak og den veiledning som anbefales. Prosjektet peker også på kapasitetsproblemer i andre tjenester. Prosjektet vurderer at tjenester må oppdimensjoneres og at veiledning til fosterforeldre må styrkes.

4 Erfaringer fra andre land

Ifølge en systematisk oversikt fra 2012, er kunnskapsgrunnlaget for effektive tiltak for forbedret helse og tilgang til helsetjenester for barn og unge som plasseres utenfor

hjemmet på et tidlig stadium.²³ I senere år har det EU-finansierte MOCHA-prosjektet identifisert og vurdert ulike modeller for primærhelsetjenester for barn i Europa. Som en del av dette prosjektet har Vinnerljung og Hjern (2018)²⁴ sett på helsetjenester for barn i "out-of-home care", hvor de identifiserer fire lovende modeller;

1. "The Systematic Comprehensive Approach", som brukes i England. Modellen beskrives som en nasjonal modell med en systematisk tilnærming til de fleste aspekter ved helsetilbud og helsefremming for barn plassert utenfor hjemmet.

2 "The Enhanced Cooperation Model", en betegnelse som er gitt den norske modellen. Nasjonal lovgivning og retningslinjer understreker nødvendigheten av tett samarbeid mellom lokal barnevernstjeneste og regionale helseforetak.

3 "The local Model" i Danmark. En lokal modell i Mariagerfjord hvor sykepleiere har ansvar for helseutfordringer for barn som er plassert utenfor hjemmet.

4 "The medical home/foster care clinic" i Sverige. Modellen er bygget på "the medical home" som opprinnelig er fra USA, og prøves ut i Uppsala. Modellen innebærer at en spesialisert klinikk (ved sykehus) utfører systematisk helsekartlegging av alle barn som skal plasseres utenfor hjemmet, i tillegg til å tilby og koordinere helsetjenester for barna mens de er under offentlig omsorg.

I en ny systematisk oversikt²⁵ påpekes nødvendigheten av å øke kunnskapsgrunnlaget rundt effekter av organisatoriske modeller for helsefremmende tjenester til barn og unge som plasseres utenfor hjemmet. I gjennomgangen blir det ikke funnet et godt nok grunnlag for å kunne si noe om hva som er gode modeller å anbefale, og dermed anbefales det at når modeller implementeres må disse evalueres og slik bidra til et større kunnskapsgrunnlag på feltet. I en publikasjon tilknyttet CARE-prosjektet²⁶, peker forskerne på nødvendigheten av videre forskning for å få mer kunnskap om hvordan best kombinere instrumenter for kartlegging og screening av barn og unge som plasseres utenfor hjemmet. CARE-studien fremheves som særlig sentral ved at den vil tilby unik kunnskap om behov for helsehjelp og utvikling for barn og unge med høy risiko for problemutvikling.

I Sverige ble det i 2017 vedtatt å innføre en ny lov som pålegger sosialstyrelsen (barneverntjenesten) å melde behov for helseundersøkelse til helsemyndighetene ved

²³ Jones, R., Everson-Hock, E., Guillaume, L., Clapton, J., Goyder, E., Chilcott, J., Payne, N., Duenas, A., Sheppard, L. & Swann, C. (2012). The effectiveness of interventions aimed at improving access to health and mental health services for looked-after children and young people: a systematic review. *Families, Relationships and Societies*, 1, 71-85.

²⁴ Vinnerljung, B., & Hjern, A. (2018). Health care in Europe for children in societal out-of-home care. *London: MOCHA/Imperial College*. <https://www.childhealthservicemodels.eu/wp-content/uploads/Mocha-report-Children-in-OHC-May-2018.pdf>

²⁵ Mensah, T., Hjern, A., Håkanson, K., Johansson, P., Jonsson, A. K., Mattsson, T., Tranæus, S., Vinnerljung, B., Östlund, P., & Klingberg, G. (2020). Organisational models of health services for children and adolescents in out-of-home care: Health technology assessment. *Acta Paediatrica*, 109(2), 250-257. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/apa.15002>

²⁶ Lehmann, S., & Kayed, N. S. (2018). Children placed in alternate care in Norway: A review of mental health needs and current official measures to meet them. *International Journal of Social Welfare*, 27(4), 364-371. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ijsw.12323>

plassering utenfor hjemmet. Helsemyndighetene har tilsvarende plikt til å tilby en særlig helseundersøkelse til barn og unge som blir tatt under offentlig omsorg. Det fremgår av forarbeidene til loven at slike helseundersøkelser skal foretas der det offentlige overtar omsorgen, med mindre det er åpenbart unødvendig, for eksempel hvis en helseundersøkelse nylig er foretatt. Den svenske lovteksten lyder som følger: «1 § Landstinget ska, utöver vad som följer av hälso- och sjukvårdslagen (2017:000) och tandvårdslagen (1985:125), på initiativ av socialnämnden erbjuda en hälsoundersökning i anslutning till att vård utanför det egna hemmet av ett barn eller en ung person i åldern 18–20 år inleds.»

5 Gjeldende rett

5.1 Kommunens ansvar for undersøkelser

Kommunen har ansvar for å gjennomgå meldinger og foreta undersøkelser, treffe vedtak om frivillige hjelpetiltak, treffe akuttvedtak og forberede saker for fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker. Dette innebærer at den enkelte kommune har ansvaret for undersøkelse og utredning av barnets omsorgssituasjon.

Det fremgår av barnevernloven § 4-2 at barnevernstjenesten snarest, og senest innen en uke, skal gjennomgå innkomne meldinger og vurdere om meldingen skal følges opp med videre undersøkelser. Dersom det er rimelig grunn til å anta at det foreligger forhold som kan gi grunnlag for barnevernstiltak, har barnevernstjenesten rett og plikt til å undersøke forholdet, jf. barnevernloven § 4-3. Formålet med en undersøkelsessak er å avklare om det er behov for tiltak etter barnevernloven og eventuelt hvilke tiltak som skal iverksettes.

Det følger av forvaltningsloven § 17, som også gjelder for barnevernstjenesten, at forvaltningen skal påse at saken er så godt opplyst som mulig før det treffes vedtak. Etter § 4-3 annet ledd skal undersøkelsen gjennomføres slik at den minst mulig skader noen som den berører, og den skal ikke gjøres mer omfattende enn formålet tilsier. Utover dette er det ikke nærmere regulert i barnevernloven hvor omfattende en undersøkelse skal være. Hvor omfattende den behøver å være, avhenger av de konkrete omstendighetene i saken. Det følger av § 6-9 at undersøkelsen skal gjennomføres snarest og senest innen tre måneder. I særlige tilfeller kan fristen være seks måneder. Ved oversittelse av fristene kan fylkesnemnda ilegge mulkt etter nærmere vilkår jf. § 6-9 tredje ledd. En undersøkelse er gjennomført når det fattes vedtak om hjelpetiltak, at saken henlegges, eller ved at det fremmes begjæring om tvangstiltak for fylkesnemnda.

Foreldrene eller den barnet bor hos kan ikke motsette seg at en undersøkelse blir gjennomført ved besøk i hjemmet, jf. barnevernloven § 4-3 tredje ledd. Barnevernstjenesten, og sakkyndige som den har engasjert, kan kreve å få samtale med barnet uten at foresatte er til stede, jf. barnevernloven § 4-3 femte ledd. En samtale må tilrettelegges utfra barnets alder og modenhet.

Det følger av § 4-3 femte ledd annet punktum at hvis det foreligger mistanke om at barnet blir mishandlet eller utsatt for andre alvorlige overgrep i hjemmet, kan

barnevernstjenesten gi pålegg til foreldrene om at barnet skal bringes til sykehus eller til annet sted for undersøkelse. Dersom foreldrene nekter å bringe barnet til sykehus, kan barnevernstjenestens leder kreve bistand fra politiet til å få gjennomført undersøkelsen, jf. § 6-8. Det er lagt til grunn at barnevernstjenesten ikke har hjemmel til selv å bringe barnet til sykehus mot foreldrenes vilje.

5.2 Bruk av sakkyndige i barnevernssaker

Barnevernstjenesten kan, som en del av undersøkelsen, engasjere sakkyndige. Sakkyndige rapporter skal være vurdert av Barnesakkyndig kommisjon før de legges til grunn for vedtak om barnevernstiltak, jf. barnevernloven §§ 4-3 fjerde ledd og 2-5. Rapporten skal også være vurdert av kommisjonen før den legges til grunn for barnevernstjenestens eventuelle beslutning om å henlegge en sak.

Den sakkyndiges oppdragsgiver kan være en av partene, enten den offentlige part ved barneverntjenesten eller en privat part. Videre kan fylkesnemnda eller domstolene være oppdragsgiver. På barnevernsområdet har en sakkyndig utredning som formål å bidra til sakens opplysning og være en del av beslutningsgrunnlaget når henholdsvis barneverntjenesten, fylkesnemnda og domstolene tar stilling til spørsmål om tiltak etter barnevernloven. De fleste sakkyndige i barnevernssaker er utdannet psykologer, men de kan også ha en annen fagbakgrunn og ikke alle sakkyndige er helsepersonell.

Den sakkyndiges oppgave er å utrede et saksforhold eller et begrenset tema, og den sakkyndige gis et mandat for oppdraget fra oppdragsgiver. I barnevernssaker gjelder det særlig psykologiske eller sosiale forhold som saken reiser. Instansene kan også benytte sakkyndige for å foreta personlighetsvurderinger, vurdere hvordan foreldrenes psykiske helse, rusmiddelavhengighet, evner, voldsutøvelse m.m. kan påvirke deres omsorgsevne og barnas omsorgsbehov. Sakkyndigutredninger i barnevernssaker innebærer ikke en bred kartlegging av barnets somatiske og psykiske helse.

Departementet har nylig foreslått å innta en forskriftshjemmel i barnevernloven som gir departementet mulighet til å forskriftsfeste krav til sakkyndiges mandater, rapporter og egenerklæringer.²⁷ Reguleringen har til hensikt å styrke det formelle rammeverket rundt sakkyndigoppdraget for å heve kvaliteten og styrke tilliten til det sakkyndige arbeidet og til avgjørelsesorganenes beslutninger.

5.3 Barnevernets adgang til å innhente opplysninger om barnet

Andre tjenester og instanser som kjenner barnet og familien kan ha opplysninger som kan ha stor betydning i en vurdering av barnets omsorgssituasjon og eventuelle behov for barnevernstiltak. For å kunne gjennomføre en grundig og forsvarlig undersøkelse, vil barnevernstjenesten ofte ha behov for opplysninger fra andre tjenester og instanser.

²⁷ <https://www.regjeringen.no/contentassets/702b63a92c5243eea4cd68c95b3d0b5a/horingsnotat-om-endringer-i-barnevernloven--regulering-av-bruk-av-sakkyndige-i-barnevernssaker3.pdf>

Innhenting av opplysninger fra skole, barnehage, politi, helsestasjon, fastlege, BUP og NAV vil derfor ofte være en sentral del av barnevernstjenestens gjennomføring av en undersøkelse. Fastlegen er en av aktørene barnevernstjenesten oftest innhenter informasjon fra.²⁸ Som et utgangspunkt kan barnevernstjenesten innhente opplysninger om barnet, barnets foreldre og andre primære omsorgspersoner.

Opplysninger skal så langt som mulig innhentes i samarbeid med den saken gjelder, eller slik at vedkommende har kjennskap til innhenting, jf. barnevernloven § 6-4 femte ledd. Sakens parter skal informeres om at pålegg gis og hva dette omfatter med mindre dette kan hindre eller vanskeliggjøre at barnevernstjenesten kan gi barnet tilstrekkelig hjelp.

For å ivareta barnevernstjenestens tilgang til nødvendige opplysninger har offentlige myndigheter, en rekke yrkesutøvere med profesjonsbestemt taushetsplikt, samt organisasjoner og private som utfører oppgaver for det offentlige etter nærmere bestemte vilkår en lovfestet plikt til å gi opplysninger til barnevernet. Når det gjelder helsepersonell er opplysningsplikten til barnevernstjenesten hjemlet både i barnevernloven § 6-4 og i helsepersonelloven § 33.

Begrepet "opplysningsplikt" omfatter både plikt til å melde fra til den kommunale barnevernstjenesten av eget initiativ ("meldeplikt"), samt plikt til å gi opplysninger etter pålegg fra barnevernstjenesten eller andre barnevernsmyndigheter. Opplysningsplikten innebærer en plikt til å formidle opplysninger som ellers er underlagt lovbestemt taushetsplikt.

Barnevernstjenesten kan etter barnevernloven § 6-4 annet ledd gi offentlige myndigheter pålegg om å gi taushetsbelagte opplysninger når dette er nødvendig i forbindelse med vurdering av eller forberedelse og behandling av saker etter barnevernloven §§ 4-6 annet ledd, 4-8, 4-9, 4-10, 4-11, 4-12, 4-19, 4-20, 4-21, 4-24, 4-25, 4-29 og 4-4 tredje ledd. Også andre organer som er ansvarlig for gjennomføring av barnevernloven kan gi slike pålegg. Barnevernstjenestens mulighet til å gi pålegg i en undersøkelse inntreffer når det vurderes at saken er så alvorlig at det fremstår som en mulighet at en sak vil bli fremmet for fylkesnemnda.

Barnevernstjenestens adgang til å innhente opplysninger gir i seg selv imidlertid ikke barnevernstjenesten hjemmel til å pålegge andre instanser å innhente opplysninger de ikke sitter med, gjennomføre nye utredninger eller liknende for å avklare barnets omsorgssituasjon eller behov for barnevernstiltak. Adgangen omfatter dermed kun en mulighet til å innhente opplysninger som allerede foreligger.

Barnevernstjenestens leder kan henvise til barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP), jf. poliklinikkforskriften § 42. Det vil imidlertid være opp til BUP å vurdere og avgjøre om barnet har rett til utredning eller behandling i spesialisthelsetjenesten. Helsetilsynets gjennomgang av 106 barnevernssaker, viser at BUP i flere tilfeller har

²⁸ Statens helsetilsyn gjennomgang av 106 barnevernssaker – "Det å reise vasker øynene"

avslått henvisning fra barnevernstjenesten med grunnlag i at barnet må sikres en mer stabil omsorgssituasjon før utredning kan skje.²⁹

5.4 Det spesialiserte utredningstilbudet til sped- og småbarn

Ved behandlingen av Prop. 73 L (2016-2017) Endringer i barnevernloven (barnevernreform) ble det vedtatt at Bufetat i visse tilfeller kan tilby kommunene hjelp med å utrede omsorgssituasjonen til sped- og småbarn og deres foreldre. Endringene trer i kraft samtidig med barnevernreformen i 2022. Bufetats utredningstilbud gjelder for barn i aldersgruppen 0–6 år i tilfeller der det er stor usikkerhet knyttet til barnets omsorgssituasjon. Dette innebærer at usikkerheten må knytte seg til om vilkårene for omsorgsovertakelse etter bvl. § 4-12 er oppfylt eller ikke. Målet er å bidra til god kvalitet i utredninger, samt gi grunnlag for tidlig og treffsikker hjelp til de yngste barna. Utredningen skal avklare foreldrenes omsorgsevne og hvilke behov barnet har og resultere i en anbefaling om hvilke tiltak som bør iverksettes overfor barnet eller familien. Tilbudet gjelder ikke i saker hvor det er klart hvilken hjelp barnet trenger. Det er Bufetat som avgjør om det skal gis tilbud om utredning i det enkelte tilfelle. Bufetats vurdering av om utredning kan tilbys, regnes ikke som en avgjørelse om rettigheter eller plikter for bestemte personer, jf. forvaltningsloven § 2 første ledd bokstav a og b. Vurderingen regnes derfor ikke som et enkeltvedtak som kan påklages til fylkesmannen etter barnevernloven § 6-5. Bufetats vurdering skal likevel dokumenteres og begrunnes.

5.5 Barnevernstjenestens omsorgs- og oppfølgingsansvar

Når fylkesnemnda har fattet et vedtak om omsorgsovertakelse går omsorgen for barnet over til barnevernstjenesten, jf. barnevernloven § 4-18 første ledd. På vegne av barnevernstjenesten skal fosterforeldre eller den institusjonen barnet plasseres i, utøve den daglige omsorgen for barnet, jf. bestemmelsens andre ledd. Barnevernstjenesten har også en plikt til å vedta planer for barnets omsorgssituasjon etter at det er truffet vedtak om omsorgsovertakelse, jf. § 4-15 tredje ledd.

Dersom barnevernstjenesten har overtatt omsorgen for barnet, trer denne inn i foreldrenes sted og skal ivareta alle sider ved barnets omsorgssituasjon og vurdere behov for tiltak fra barnevernet og andre tjenester. Barn i barnevernet vil ofte ha behov for tiltak og tjenester fra flere offentlige instanser. Dette krever et nært samarbeid mellom barnevernet og andre offentlige tjenester som barnehage, skole og helsetjenesten. Det er barneverntjenesten som etter omsorgsovertakelse skal sørge for at barnet får et tilstrekkelig samordnet og helhetlig hjelpetilbud. Blant annet er det barneverntjenesten som etter omsorgsovertakelse som i utgangspunktet har kompetanse til å samtykke til helsehjelp dersom barnet er under 16 år og som skal samtykke til at det utarbeides individuell plan. Etter pasient- og brukerrettighetsloven regnes barnevernstjenesten som barnets nærmeste pårørende.

²⁹https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2019/helsetilsynet_rapport_unummerert_gjennomgang_106_barneversaker.pdf

Videre er det barnevernstjenesten som skal samtykke til utredning av barnet etter opplæringsloven.

Det følger av barnevernloven §4-16 at barnevernstjenesten etter omsorgsovertakelse, jf. § 4-12 og § 4-8 har det løpende og helhetlige ansvaret for oppfølgingen av barnet. Dette innebærer blant annet ansvar for å følge med på barnets utvikling og vurdere om det er behov for endringer eller ytterligere tiltak for barnet. Dette innebærer at barnevernstjenesten gjennom sin løpende oppfølging av barnet kan komme til at det er behov for grundigere utredning av barnets behov og dermed iverksette nødvendige utredninger eller tiltak.

Ved plassering i fosterhjem har barnevernstjenesten i omsorgskommunen ansvar for å følge opp og føre kontroll med barnets situasjon i fosterhjemmet, jf. fosterhjemsforskriften § 7. Oppfølgingsansvaret gjelder alle barn i fosterhjem, uavhengig av grunnlaget for plasseringen. I Prop. 73 L (2016-2017) *Endringer i barnevernloven (barnevernreform)* ble det vedtatt at kommunens ansvar for å følge opp fosterhjemmet og det enkelte barns situasjon i fosterhjemmet tas inn i barnevernloven § 4-22 fjerde ledd første punktum. For å kunne ivareta oppfølgingsansvaret må barnevernstjenesten besøke fosterhjemmet så ofte som nødvendig, og minimum fire ganger i året, jf. § 7 tredje ledd.

Dersom fylkesnemnda har truffet vedtak om plassering på institusjon etter § 4-24 eller § 4-26, eller midlertidig vedtak etter § 4-25, skal barnevernstjenesten løpende følge med på barnets omsorgssituasjon og utvikling, jf. barnevernloven § 4-28 første ledd første punktum. Oppfølgingsansvaret innebærer at barnevernstjenesten må innhente informasjon fra institusjonen barnet er plassert på og fra andre aktører som er involvert i barnets liv. Barnevernstjenesten må også snakke med og besøke barnet. En naturlig del av barnevernstjenestens oppfølgingsansvar er å vurdere om det er behov for endringer eller ytterligere tiltak for barnet.

5.6 Behandling av personopplysninger

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

Behandling av personopplysninger må, for å være lovlig, ha et rettslig grunnlag, jf. personvernforordningen artikkel 6. Aktuelt rettslig grunnlag, også kalt behandlingsgrunnlag, kan være samtykke fra den registrerte eller forelder eller foresatt til et barn, jf. artikkel 6 nr. 1 bokstav a. Videre vil behandling være lovlig når den er nødvendig for å oppfylle en rettslig forpliktelse som påhviler den behandlingsansvarlige, jf. artikkel 6 nr. 1 bokstav c, eller at behandlingen er nødvendig for å utføre en oppgave i allmennhetens interesse eller utøve offentlig myndighet som den behandlingsansvarlige er tillagt, jf. artikkel 6 nr. 1 bokstav e. For begge disse alternativene forutsettes det at det finnes supplerende rettsgrunnlag i tjenestelovene som regulerer oppgavene. Dersom det er aktuelt å behandle særlige kategorier personopplysninger, for eksempel

helseopplysninger, kreves det at behandlingen tilfredsstiller et av vilkårene i forordningen artikkel 9 nr. 2.

Dagens barnevernlov inneholder ikke en egen bestemmelse om behandling av personopplysninger. Det rettslige grunnlaget for å behandle personopplysninger følger derfor forutsetningsvis av loven. I forbindelse med arbeidet med ny personopplysningslov ble det vurdert at dagens barnevernlov gir tilstrekkelig hjemmel til å behandle nødvendige personopplysninger i barnevernet.

I forslaget til ny barnevernslov som ble sendt på høring i april 2019, ble det imidlertid vist til at selv om det ikke er et krav at barnevernsloven skal inneholde en bestemmelse om behandling av personopplysninger, er det flere hensyn som taler for at adgangen til å behandle personopplysninger bør reguleres i loven. Det ble vist til at barnevernet regelmessig behandler personopplysninger som er svært personlige, og uten samtykke fra dem opplysningene gjelder. Behandlingen omfatter også opplysninger om helseforhold og straffbare forhold. Det ble også vist til at barnevernsloven åpner for utøvelse av offentlig myndighet av svært inngripende karakter, og at barn og foreldre i en barnevernssak ofte vil være i en sårbar og utsatt livssituasjon. Etter departementets vurdering kunne det å regulere adgangen til å behandle personopplysninger i loven bidra til økt bevissthet om hvordan behandlingen av personopplysninger skal skje.

På denne bakgrunn ble det foreslått følgende bestemmelse om behandling av personopplysninger:

§ 13-6 Behandling av personopplysninger

Organer som utfører oppgaver etter denne loven, kan behandle personopplysninger, blant annet opplysninger som nevnt i personvernforordningen artikkel 9 og 10, når det er nødvendig for å utøve myndighet eller utføre andre oppgaver etter loven.

Departementet kan gi forskrift om behandlingen av personopplysninger, blant annet om formålet med behandlingen, behandlingsansvar, hvilke personopplysninger som kan behandles, adgangen til viderebehandling, utlevering, registerføring og tilgang til registre.

Bestemmelsen omfatter også private som utfører oppgaver etter denne loven.

Forslaget til ny bestemmelse om behandling av personopplysninger inngår i det videre arbeidet med ny barnevernslov som etter planen skal legges frem for Stortinget våren 2021.

5.7 Taushetsplikt og adgang til å dele opplysninger

5.7.1 Barnevernstjenestens taushetsplikt og adgang til å formidle opplysninger

Barnevernets taushetsplikt er nærmere regulert i barnevernloven § 6-7. Det følger av bestemmelsens første ledd at enhver som utfører tjeneste eller arbeid for et

forvaltningsorgan, en institusjon, et senter for foreldre og barn eller et omsorgssenter for mindreårige etter denne loven, har taushetsplikt etter reglene i forvaltningsloven §§ 13 til 13 e. Taushetsplikten etter barnevernloven er imidlertid noe strengere enn det som følger av de alminnelige reglene i forvaltningsloven. Taushetsplikten er begrunnet i hensynet til personlig integritet og personvern og hensynet til tillitsforholdet mellom den enkelte og barnevernet.

Barnevernstjenestens taushetsplikt er ikke til hinder for å dele opplysninger når dette er nødvendig for å utføre barnevernstjenestens oppgaver. Etter barnevernloven § 6-7 tredje ledd kan det gis opplysninger til andre offentlige forvaltningsorganer når dette er nødvendig for å fremme barnevernstjenestens og institusjonens oppgaver eller for å forebygge fare for liv eller alvorlig skade for noens helse. Barnevernstjenesten og institusjonen må foreta en konkret vurdering om formidling av opplysninger er nødvendig for å fremme sine oppgaver overfor barnet eller for å forebygge fare for liv eller alvorlig skade på noens helse.

Barnevernet er i en rekke sammenhenger avhengig av å gi opplysninger til og å samarbeide med andre tjenester og instanser. Departementet har på denne bakgrunn ved flere anledninger understreket at taushetsplikten ikke er til hinder for nødvendig samarbeid mellom barnevernet og andre tjenester i oppfølgingen av det enkelte barn. Departementet har i den forbindelse også uttalt at taushetsplikten ikke er til hinder for at barnevernstjenesten kan gi de opplysninger som er nødvendige for at andre offentlige tjenester som for eksempel barnehage, skole, og helsestasjon skal kunne gi barnet et "best mulig og helhetlig tjenestetilbud". Disse uttalelsene må ses i lys av barnevernets mandat og samfunnsoppdrag når det gjelder å beskytte og hjelpe utsatte barn og unge. Barnevernets hovedoppgave er å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp, omsorg og beskyttelse til rett tid.

I undersøkelsesfasen vil det ofte være behov for å gi opplysninger for å avklare barnets omsorgs- og livssituasjon, og for å koordinere barnevernstjenestens og andre myndigheters oppgaver og ansvar. Barnevernstjenesten har rett og plikt til å åpne en undersøkelsessak dersom det er rimelig grunn til å anta at det foreligger forhold som kan gi grunnlag for tiltak etter barnevernsloven. Gjennom sin kontakt og kjennskap til barnet og foreldrene vil andre tjenester ofte vil sitte med kunnskap og opplysninger som barnevernstjenesten har behov for i undersøkelsen. Dette gjelder uavhengig av om meldingen har kommet fra den aktuelle tjenesten eller fra andre. Barnevernstjenesten kan etter nærmere bestemte vilkår innhente opplysninger ved pålegg jf. § 6-4 annet og tredje ledd i dagens barnevernlov. I den forbindelse vil barnevernstjenesten ofte måtte formidle enkelte opplysninger slik at den aktuelle tjenesten skal kunne vite hvilke opplysninger barnevernstjenesten har behov for i undersøkelsen. Videre vil det i mange tilfeller være relevant å vurdere barnets behov for hjelp og støtte fra andre tjenester som en del av undersøkelsen. Taushetsplikten er ikke til hinder for at barnevernstjenesten eller andre som bistår barnevernstjenesten i undersøkelsen gir de opplysninger som er nødvendig for at undersøkelsen kan gjennomføres på en god måte. Dette innebærer blant annet at taushetsplikten ikke er til hinder for at helsetjenestene gis opplysninger når dette er

nødvendig for å gi barnet hjelp til rett tid. Selv om det kan gis opplysninger til helsetjenesten når det er nødvendig for å sikre at barnet får nødvendig helsehjelp, bør som utgangspunkt kommunikasjon/ dialog mellom barneverntjenesten og helsetjenesten i størst mulig grad bygge på samtykke fra foreldrene og/eller barnet. Selv om det ikke er rettslig nødvendig med samtykke, vil det ofte være et godt utgangspunkt for å etablere et åpent og tillitsfullt samarbeid mellom tjenestene og familien/barnet. Det er ingen formkrav til samtykket, men det bør være skriftlig.

5.7.2 Helsepersonells taushetsplikt og adgang til å formidle opplysninger

Helsepersonell både i kommunen og spesialisthelsetjenesten har en profesjonsbestemt taushetsplikt knyttet til yrkesutøvelsen, som omfatter pasientopplysninger, jf. helsepersonelloven § 21. Helsepersonells profesjonsbestemte taushetsplikt er strengere enn barnevernets taushetsplikt, og skal ivareta hensynet til pasienters tillit til helsetjenesten og helsepersonell. Taushetsplikten skal hindre at hjelpetrequende unnlater å oppsøke helse- og omsorgstjenesten ved behov for helsehjelp av frykt for uønsket spredning av opplysninger. Taushetsplikten skal videre bidra til at pasienter gir fra seg opplysninger om seg selv og sin helsetilstand som er nødvendig for at helsepersonellet blir i stand til å yte forsvarlig helsehjelp.

Taushetsplikten er ikke til hinder for at det etableres samarbeid på systemnivå mellom psykisk helsetjenester og barneverntjenester, og at saker drøftes anonymisert. Det er i den forbindelse viktig at helsepersonellet / helsetjenesten sørger for tilstrekkelig anonymisering av sakene slik at enkeltpersoner ikke gjenkjennes eller identifiseres. Formidling av pasientopplysninger i enkeltsaker krever at det foreligger et unntak fra taushetsplikten for helsepersonellet.

Som hovedregel må det gis samtykke for utveksling av opplysninger fra den opplysningene gjelder, jf. helsepersonelloven § 22. Er pasienten over 16 år skal hun eller han som utgangspunkt samtykke selv. Foreldrene eller andre med foreldreansvar skal som utgangspunkt samtykke til at helsepersonell kan utlevere opplysninger om pasient under 16 år.

Det finnes flere begrensninger og unntak fra taushetsplikten. Helsepersonelloven § 23 lister opp en rekke begrensninger i taushetsplikten. Det fremgår blant annet at taushetsplikten ikke er til hinder for at opplysningene gis den som fra før er kjent med opplysningene, at opplysningene gis videre når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene videre, eller at opplysningene gis videre etter regler fastsatt i lov eller medhold av lov når det er uttrykkelig fastsatt eller klart forutsatt at taushetsplikten ikke skal gjelde. Videre fremgår det av helsepersonelloven § 25 at med mindre pasienten motsetter seg det kan taushetsbelagte opplysninger gis samarbeidene personell når det er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp. Av § 27 følger det at taushetsplikt ikke er til hinder for at helsepersonell opptrer som sakkyndig og gir opplysninger til oppdragsgiver dersom opplysningene er mottatt under utførelse av oppdraget og har betydning for dette. Den som opptrer som sakkyndig skal gjøre pasienten oppmerksom på oppdraget og hva dette innebærer, jf. § 27 andre ledd.

6 Departementets vurdering og forslag

6.1 Behovet for helsekartlegging av barn i barnevernet

Når myndighetene beslutter at et barn skal flytte ut av hjemmet, har det offentlige et særlig ansvar for at barnet får god omsorg og oppfølging. For å kunne gi forsvarlig omsorg og eventuelt barnevernfaglig behandling, må tiltaket tilpasses det enkelte barns behov. En grundig kartlegging av barnets behov er en forutsetning for at barnevernet skal kunne gi riktig hjelp. Mange av barna som får hjelp fra barnevernet har vært utsatt for alvorlige belastninger. Manglende kunnskap om barnets helse og fungering kan få negative konsekvenser, både for det enkelte barn, deres familie og samfunnet.

Barnevernstjenesten trenger kunnskap om barnets historie, barnets psykiske og fysiske helse, barnets skolegang og barnets egne meninger før de plasserer et barn utenfor hjemmet, i fosterhjem eller institusjon. I tillegg til å innhente tilstrekkelig kunnskap om barnet og barnets behov, må barnevernstjenesten vurdere hva denne informasjonen innebærer for barnets videre behov for omsorg og behandling. Bufetat har et ansvar for å bistå barnevernstjenesten med å finne fosterhjem eller institusjon når barnevernstjenesten ber om dette. Bufetat har derfor også behov for tilstrekkelig og oppdatert kunnskap om barnet fra barnevernstjenesten. Når barnet er plassert i fosterhjem eller institusjon har de nye omsorgsgiverne til barnet behov for informasjon om barnet.

Det er dokumentert gjennom tilsyn, undersøkelser og forskning at barnevernstjenesten, fylkesnemnda, Bufetat, institusjoner og fosterforeldre ofte ikke har tilstrekkelig kunnskap om barnets behov. Erfaringer fra CARE-prosjektet viser at syv av ti barn som ble kartlagt tilfredsstillende de diagnostiske kriteriene for psykiske lidelser. For nær 60 prosent av barna som ble kartlagt gjøres det funn knyttet til somatisk helse. Manglende kunnskap om barnets helseutfordringer, fungering og behov kan både føre til at type tiltak og innholdet i tiltaket ikke er tilpasset barnet. Konsekvensene kan bli at barnet ikke får den hjelpen det trenger, og at det oppstår brudd og utilsiktede flyttinger. Forekomsten av psykiske lidelser hos barn som bor i fosterhjem og i barnevernsinstitusjon er langt høyere enn i barnebefolkningen for øvrig. Erfaringer viser også at helseopplysningene om barn i barnevernet kan være mangelfulle eller gamle. Dette tilsier at det kan være hensiktsmessig å kartlegge barnets helse i forbindelse med at barnet flyttes ut av hjemmet.

6.2 Formålet med helsekartlegging

Gjennom en tverrfaglig helsekartlegging er målet å oppnå en mer stabil plassering gjennom å redusere risiko for utilsiktet flytting og brudd. Helsekartleggingen skiller seg fra pakkeforløpet³⁰, som iverksettes på bakgrunn av indikasjon om foreliggende helse- eller rusutfordring og hvor formålet med utredningen er å gi nødvendig helsehjelp.

³⁰ <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/barnevern-kartlegging-og-utredning-av-psykisk-helse-og-rus-hos-barn-og-unge>

Helsekartlegging har som formål å skaffe ulike instanser i barnevernet tilstrekkelig informasjon om barnet i forbindelse med valg av plasseringssted, innhold i tiltak og oppfølging. Målet med kartleggingen er ikke å stille diagnoser, men å identifisere barnets behov. Tverrfaglig helsekartlegging skal bidra til at den kommunale barnevernstjenesten får et bedre grunnlag for å tilrettelegge omsorgen til og oppfølgingen av barn som plasseres utenfor hjemmet. Kartlegging av barnets helse, fungering og behov skal være et grunnlag for valg av tiltak og innholdet i tiltaket, og bidra til at Bufetat får ytterligere informasjon til å ivareta sitt ansvar (bistandsplikt) for å finne tiltak som er tilpasset barnets behov. I tillegg kan helsekartlegging gi viktig informasjon om barnet når fylkesnemnda skal treffe beslutninger. Det vises blant annet til fylkesnemndas ansvar for å vurdere om barnet bør plasseres i institusjon eller fosterhjem ved omsorgsovertakelser, samt nemndas vurdering av hvilket institusjonstilbud som er egnet til å ivareta barnet i forbindelse med atferdsplasseringer, jf. § 4-24 fjerde ledd. For at helsekartlegging skal kunne ivareta sitt formål bør kartleggingen gjennomføres på et tidspunkt som gjør at funnene fra kartleggingen foreligger på tidspunktet for valg av tiltak for barnet.

Etter valg av tiltak vil også helsekartlegging tjene et viktig formål ved å utgjøre et grunnlag for oppfølging av barnet. Barnevernstjenesten har både omsorgs- og oppfølgingsansvar ved omsorgsovertakelser, og oppfølgingsansvar ved atferdsplasseringer.³¹ Dersom barnet plasseres i fosterhjem har barnevernstjenesten ansvar for oppfølging, herunder veiledning av fosterhjemmet.³² Kartleggingen vil i slike tilfeller være et grunnlag for veiledning av barnets nye omsorgsgivere. God oppfølging og veiledning av fosterhjemmet er viktig for at barnet skal få nødvendig støtte og for å forebygge brudd i barnets omsorgsbasis. Ved plassering i institusjon, vil kartleggingen gi viktig informasjon til institusjonen om hvordan tilbudet bør innrettes for å møte barnets behov.

Kartleggingen kan også avdekke at barnet har behov for hjelp fra andre instanser enn barnevernet, og det vil i slike tilfeller være barnevernstjenestens ansvar å legge til rette for at barnet får denne hjelpen. Det kan for eksempel være behov for tilrettelegging i barnehage eller skole. Videre kan kartleggingen avdekke behov for tilbud fra helse- og omsorgstjenesten eller tannhelsetjenesten. Barnevernstjenesten må i kraft av sitt oppfølgingsansvar følge opp indikasjon på behov for ytterligere utredning eller helsehjelp og vurdere om pakkeforløpet for kartlegging og utredning av psykisk helse og rus hos barn og unge utløses.

Det primære formålet med tverrfaglig helsekartlegging er ikke å underbygge behovet for en omsorgsovertakelse eller plassering på institusjon på grunn av alvorlige atferdsvansker. Departementet vil likevel bemerke at opplysninger som fremkommer i kartleggingen i praksis vil kunne få betydning for hvorvidt vilkårene for omsorgsovertakelse eller atferdsplassering er til stede eller ikke. Kartleggingen kan for eksempel avdekke at barnet har behov for døgntilbud i helsetjenesten, fremfor i

³¹ Jf. barnevernloven §§ 4-16 og 4-18

³² Jf. fosterhjemsforskriften § 7

barnevernet. Helsekartlegging vil dermed bidra til et bedre beslutningsgrunnlag for fylkesnemnd og domstoler. I flere dommer fra Høyesterett og Den europeiske menneskerettsdomstolen er viktigheten av et bredt og godt grunnlag for vedtak om omsorgsovertakelse blitt særlig fremhevet.

Departementet legger til grunn at tverrfaglige helsekartlegginger har et vesentlig annet formål enn bruk av sakkyndige i undersøkelsen etter barnevernloven § 4-3 fjerde ledd. Den sakkyndiges oppgave i undersøkelser etter barnevernloven er å utrede et saksforhold eller et begrenset tema, og den sakkyndige gis et mandat for oppdraget fra oppdragsgiver. I barnevernssaker gjelder det særlig psykologiske eller sosiale forhold som saken reiser. Instansene kan også benytte sakkyndige for å foreta personlighetsvurderinger, vurdere foreldrenes omsorgsevne og barnas omsorgsbehov. Sakkyndigutredninger i undersøkelser etter barnevernloven innebærer ikke en bred kartlegging av barnets somatiske og psykiske helse.

6.3 Målgruppen for helsekartlegging

God og tilpasset oppfølging av det enkelte barn ved plassering utenfor hjemmet er av avgjørende betydning for om plasseringen fungerer etter sitt formål og ivaretar barnets behov. Målgruppen for helsekartlegging er derfor barn som barnevernstjenesten beslutter at bør flyttes ut av hjemmet. Plassering av barn utenfor hjemmet etter barnevernloven skjer enten frivillig eller med tvang, enten som planlagt flytting eller som akutt flytting. Formålet med plassering utenfor hjemmet kan være å ivareta omsorgen for barnet fordi foreldrene ikke kan ivareta omsorgen. Videre kan formålet være behandling for alvorlige atferdsvansker.

Departementet vurderer at målgruppen for helsekartlegging bør omfatte omsorgsovertakelser etter § 4-12, atferdsplasseringer etter § 4-24 og § 4-26 og frivillige plassering utenfor hjemmet etter § 4-4 sjette ledd.

Majoriteten av plasseringer utenfor hjemmet er planlagt. Et akuttvedtak innebærer at barnet må plasseres umiddelbart. Barnet kan da plasseres hos slekt eller utvidet nettverk, i beredskapshjem, i fosterhjem eller i institusjon. Barn som akutt plasseres etter §§ 4-6 andre ledd, 4-25 andre ledd og § 4-9, jf. § 4-8 annet ledd faller utenfor målgruppen.

Departementet viser til at en stor andel av barna som akutt plasseres tilbakeføres til hjemmet, og at over halvparten av barn som akutt plasseres med hjemmel i barnevernloven § 4-6 andre ledd tilbakeføres til hjemmet fordi den akutte faresituasjonen er avverget eller fordi tiltak for å sikre tilfredsstillende omsorg er satt inn. Dersom barnevernstjenesten beslutter å fremme sak om omsorgsovertakelse eller atferdsplassering under akutt plasseringen, vil barnet imidlertid inngå i målgruppen. Dette innebærer at barn kan være midlertidig plassert i beredskapshjem eller på akuttinstitusjon når tverrfaglig helsekartlegging gjennomføres. Barn som akutt plasseres og deretter tilbakeføres til hjemmet inngår ikke i målgruppen. Departementet vurderer at kunnskap fra en helsekartlegging kunne vært nyttig i forbindelse med eventuelle hjelpetiltak etter tilbakeføring. Etter departementets syn er det imidlertid ikke naturlig at staten tilbyr helsekartlegging i tilfeller hvor barnet skal tilbakeføres til hjemmet. I slike tilfeller er det

kommunal barnevernstjeneste som skal gjennomføre nødvendige undersøkelser og vurdere behovet for hjelpetiltak. I mange tilfeller vil det heller ikke være tidsmessig mulig å gjennomføre helsekartlegging i perioden mens barnet er akutt plassert, og før barnet er tilbakeført til hjemmet. Erfaringer fra CARE-prosjektet viser at det har vært problematisk å gjennomføre kartlegging etter at barnet er tilbakeført til hjemmet. Videre vil ikke formålet om å skaffe barnevernstjenesten og nye omsorgsgivere viktig kunnskap for å gi god omsorg og oppfølging i tiltak utenfor hjemmet gjøre seg gjeldende i disse tilfellene.

Departementet har videre vurdert hvorvidt barn som mottar tilbud fra Bufetat om utredning på sped- og småbarnsenterne med hjemmel i barnevernloven § 2-3 tredje ledd bokstav a³³ skal omfattes av målgruppen for helsekartlegging. Tilbudet om spesialisert utredning gjelder tilfeller der det er stor usikkerhet ved om det er alvorlige mangler ved barnets omsorgssituasjon og formålet med utredningen er å avklare om barnet og familien har behov for tiltak etter barnevernloven. Spesialiserte utredninger av sped- og småbarn har dermed et grunnleggende annet siktemål enn tverrfaglige helsekartlegginger. Den øvrige målgruppen for helsekartlegging omfatter barn som barnevernstjenesten har besluttet at skal flyttes ut av hjemmet. Hensynet til at undersøkelser skal gjennomføres med så lite belastning som mulig for barnet underbygger likevel en løsning hvor helsekartlegging gjennomføres som en del av de spesialiserte utredningene ved sped- og småbarnsenterne. Departementet ber om høringsinstansens innspill på om barn som mottar tilbud om utredning på sped- og småbarnsenterene bør inngå i målgruppen for helsekartlegging.

6.4 Statens ansvar for å tilby helsekartlegging

Departementet vurderer at helsekartlegging vil bidra til mer treffsikker hjelp og oppfølging av barn som skal flyttes ut av hjemmet. Helsekartlegging er et tverrfaglig tiltak som krever både helse- og barnevernfaglig kompetanse på spesialisert nivå som mange kommuner ikke kan forventes å besitte. Det vises blant annet til at det i noen tilfeller kan være utfordrende for barnevernstjenesten å vurdere og forstå helseopplysningene i en barnevernfaglig kontekst. Etter departementets vurdering er det derfor behov for et statlig andrelinjetilbud for helsekartlegging i tilfeller hvor barnevernstjenesten beslutter at et barn bør flyttes ut av hjemmet. Kartleggingsteamene kan for eksempel bestå av leger eller psykiatere, psykologer og spesialisert barnevernfaglig kompetanse. Teamets psykologer kan være ansatt enten i Bufetat eller i spesialisthelsetjenesten. Departementet vil vurdere om også andre faggrupper bør inngå i kartleggingsteamene, men legger til grunn at det er behov for spesialisert kompetanse innen helse og barnevernfag. Departementet ber om høringsinstansens innspill på aktuelle faggrupper og om disse bør være ansatte i statlig barnevern eller helsetjenesten. Et statlig andrelinjetilbud på dette området vil kunne bygge på oppgaver, strukturer og kompetanse som allerede finnes i Bufetat. Departementet understreker samtidig at et statlig tilbud ikke

³³ Bestemmelsen ble vedtatt ved behandling av Prop. 73 L (2016-2017) Endringer i barnevernloven (barnevernreform) og trer i kraft i 2022.

vil innskrenke kommunens ansvar for at barns omsorgssituasjon blir forsvarlig utredet og at nødvendige tiltak blir iverksatt. Det vises blant annet til at barnevernstjenesten skal følge med på barnets utvikling, og vurdere om det er behov for kontakt med fastlege eller spesialisthelsetjeneste. Dette gjelder både før og etter en eventuell helsekartlegging av barnet og gjennom og uavhengig av tidspunkt i sakens forløp.

Det er behov for faglige bidrag fra spesialisthelsetjenesten inn i kartleggingsteamene og at de regionale helseforetakene forpliktes, gjennom styringslinjen, til å bidra med nødvendige ressurser inn i kartleggingene. At kartleggingen er tverrfaglig, er sentralt. I en litteraturgjennomgang om samarbeidet og samhandlingen mellom barnevernet og psykisk helsevern for barn og unge, fremheves det at dårlig samhandling kan føre til at barn og unge ikke får tilstrekkelig gode, helhetlige, og samordnede tiltak. Dette er bekymringsfullt siden barn og unge som mottar eller burde motta tiltak fra både barnevern og PHBU, er en særlig utsatt gruppe.³⁴ Erfaringene fra CARE-prosjektet viser også at de ansatte i kartleggingsteamene vurderer tverrfaglighet som viktig. En studie viser, gjennom intervjuer med ansatte i helse- og barneverntjenesten, store utfordringer i samarbeidet, hvor blant annet ulik problemforståelse trekkes frem.³⁵ En tverrfaglig og samtidig tilnærming til barnets behov er derfor et mål for kartleggingen.

Departementet foreslår derfor en modell som innebærer et tverrfaglig spesialistteam med faste deltakere som skal kartlegge barnets helse og fungering. Fordeler med et slikt team er særlig knyttet til samtidighet og effektivitet, blant annet når det gjelder opplæring i kartleggingsverktøy som benyttes og utredningsarbeidet som skal gjennomføres i løpet av et kort tidsintervall. Departementet vurderer at en organisering som innebærer kartleggingsteam med faste deltakere vil kunne gjennomføre kartleggingene innenfor en kort tidsperiode, slik at resultatene kan foreligge så tidlig som mulig. Videre har departementet vektlagt viktigheten av mengdetrening for deltakerne i teamene.

Ulemper med team som har faste deltakere er at barna møter ukjente utredningsspesialister. Dette kan sees som et brudd i kontinuitet, særlig for de barna som allerede har en behandler i BUP. Imidlertid vil ikke alle barn i målgruppen være i BUP eller allerede ha jevnlig kontakt med en behandler.³⁶ Etter departementets vurdering vil det være svært krevende å organisere kartleggingene dersom teamets deltakere fra spesialisthelsetjenesten skal variere fra barn til barn. Departementet foreslår videre at tilbudet er arealnøytralt, slik at det kan gis ved faste lokasjoner eller som ambulant kartlegging i tilfeller hvor dette er hensiktsmessig.

³⁴ Fossum, S., Lauritzen, C., Vis, S. A., Ottosen, A., & Rustad, K. B. (2015). Samhandling mellom barnevern og psykisk helsevern for barn og unge—en litteraturgjennomgang. *Tidsskriftet Norges barnevern*, 92(04), 282-297.

³⁵ Lauritzen, C., Vis, S. A., & Fossum, S. (2017). Samhandling mellom barnevern og psykisk helsevern for barn og unge—utfordringer og muligheter. <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.4.e14>

³⁶ For eksempel viser en studie³⁶ til at det ikke foreligger nasjonale tall for andelen fosterbarn som mottar psykiske helsetjenester. I deres studie av 155 fosterbarn hadde nær 65 prosent vært i kontakt med Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) eller Psykologisk helsevern for barn og unge (PHBU), 40 prosent hadde kontakt med både PPT og PHBU.

En tverrfaglig helsekartlegging består i hovedsak av tre faser. Fase én innebærer en gjennomgang av opplysninger som foreligger i barnevernssaken om barnet. Kommunene skal oversende denne informasjonen til Bufetat ved anmodning om helsekartlegging.

Fase to er en undersøkelsesdag der det foretas helseundersøkelser og barnevernfaglige undersøkelser av barnet. Et viktig premiss er at kartleggingen skal være så skånsom som mulig for barnet. Kartleggingen er derfor tenkt komprimert til én dag. Selve undersøkelsesdagen skal innebære kartlegging av somatisk helse, psykisk helse, utviklingsnivå, samspill og tilknytning. Kartleggingen må innrettes slik at den ivaretar barnet og omsorgsgiverne på en god måte.

Fase tre innebærer utarbeidelse av en sluttrapport til barnevernstjenesten. Kartleggingen skal ende i en samlet vurdering til den barnevernstjenesten som har bedt om kartlegging av barnet. Rapporten skal blant annet inneholde en beskrivelse av barnets helse- og omsorgsbehov og eventuelle anbefalinger for oppfølging og veiledning av barnets nye omsorgsgivere ut fra det enkelte barns behov. Det understrekes at kartleggingsteamene skal gi konkrete anbefalinger til barnevernstjenesten om valg av omsorgsbasis ved plassering utenfor hjemmet. Rapporten skal imidlertid beskrive barnets behov for omsorg og oppfølging.

Barnevernloven § 1-4 stiller krav om at tiltak og tjenester etter loven skal være forsvarlige. Forsvarlighetskravet gjelder også for Bufetat. Det skal utvikles nasjonale anbefalinger som beskriver innholdet i tilbudet og hvilken kompetanse som er forventet. Dette skal bidra til høyere og likere kvalitet over hele landet.

6.5 Bufetat avgjør om helsekartlegging skal tilbys

Etter departementets vurdering er statlig bistandsplikt ikke egnet på dette området. Statlig bistandsplikt vil innebære at det er kommunen alene som avgjør hvilke barn innenfor målgruppen som skal kartlegges, og dermed også hvor stort omfanget av det statlige tilbudet skal være. En statlig bistandsplikt for kartlegging vil kunne føre til et uklart ansvarsforhold, med risiko for at Bufetat oppfattes å overta kommunens ansvar for undersøkelser av barn i målgruppen. Departementet legger til grunn at kommunen har det fulle juridiske ansvaret for å utrede barnets behov og for å iverksette tiltak som gjør at barn får den hjelpen de trenger. En helsekartlegging vil være et element i kommunens samlede utredning av barnet, og kommunen må på selvstendig grunnlag vurdere og avgjøre hvordan de vil bruke helsekartleggingen. Barnevernstjenesten må i det enkelte tilfelle vurdere om det er behov for å be om helsekartlegging av barnet.

Målgruppen omfatter tilfeller hvor barnevernstjenesten beslutter at det skal fremmes sak for fylkesnemnda etter §§ 4-12, 4-24, 4-26 og tilfeller hvor det foreligger samtykke til frivillig plassering etter § 4-4 sjette ledd. Bufetats tilbud om helsekartlegging er derfor avgrenset til tilfeller hvor barnevernstjenesten har tatt beslutning om at det skal fremmes sak for fylkesnemnda om omsorgsovertakelse eller atferdsplassering, eller det foreligger samtykke til plassering utenfor hjemmet. Bestemmelsen angir fra hvilket tidspunkt barnevernstjenesten kan be Bufetat om helsekartlegging. Dette er imidlertid ikke til hinder for at barnevernstjenesten på et senere tidspunkt ber om helsekartlegging, for

eksempel kan barnevernstjenesten be om kartlegging etter at fylkesnemnda har fattet vedtak om omsorgsovertakelse eller atferdsplassering.

Avgjørelsen om hvorvidt en helsekartlegging skal tilbys, vil bero på en skjønnsmessig vurdering fra Bufetats side. Skjønnsfriheten vil være begrenset av at barnet må være innenfor målgruppen og at barnevernstjenesten har besluttet at barnet skal flyttes ut av hjemmet. Bufetat må innenfor målgruppen utdype hvilke terskler og prioriteringer som skal gjelde for det statlige tilbudet, basert på faglige vurderinger og økonomiske rammer. Departementet foreslår derfor at Bufetats oppgave lovfestes som en *kan*-bestemmelse. For å bidra til mest mulig forutsigbar praksis skal det utvikles faglige retningslinjer for prioritering innenfor målgruppen. Premissene for samhandlingen mellom stat og kommune vil med dette også bli tydeligere.

Etter departementets oppfatning skal Bufetats vurderinger og avgjørelser som foretas i den enkelte sak, ikke regnes som et enkeltvedtak. Avgjørelsen kan dermed ikke påklages til fylkesmannen etter barnevernloven § 6-5. Departementet legger til grunn at Bufetats avgjørelse skal dokumenteres skriftlig og begrunnes uavhengig av om tilbud om helsekartlegging gis eller ikke. Dette er også i tråd med bestemmelsen om Bufetats mulighet til å tilby utredning av sped- og småbarn, jf. barnevernloven § 2-3 tredje ledd bokstav a, som trer i kraft i 2022.

I mange tilfeller kan barnevernstjenesten ha behov for en rask avklaring fra Bufetat på om barnet vil få tilbud om helsekartlegging eller ikke. Departementet ber derfor om innspill på om det bør lovfestes en tidsfrist for når Bufetat må svare på barnevernstjenestens anmodning om helsekartlegging, og hvor lang en eventuell tidsfrist bør være.

Departementet foreslår etter dette at det tas inn i barnevernsloven § 2-3 tredje ledd ny bokstav c at Barne-, ungdoms- og familieetaten kan tilby barnevernstjenesten helsekartlegging dersom barnevernstjenesten har besluttet å fremme sak for fylkesnemnda, jf. §§ 4-12, 4-24, 4-26. Det samme gjelder ved frivillig plassering etter § 4-4 sjette ledd.

Departementets utgangspunkt er et statlig finansieringsansvar uten kommunal egenandel, men har samtidig til vurdering hvordan finansieringsansvaret skal fordeles mellom staten og kommunene, og ber om høringsinstansenes innspill til om en kommunal egenandel kan være hensiktsmessig. Kommunen må selv dekke eventuelle reiseutgifter i forbindelse med kartleggingen.

6.6 Oslo kommunes ansvar

Det følger av barnevernloven § 2-3 a at lovens bestemmelser om Bufetats oppgaver og myndighet ikke kommer til anvendelse i Oslo kommune. I Oslo kommune skal Bufetats oppgaver og myndighet ivaretas av kommunen. Det er gitt nærmere regler i forskrift om særskilte bestemmelser på barnevernsområdet for Oslo kommune. Av forskriftens § 1 fremgår det at de plikter, oppgaver og kompetanse som etter barnevernloven skal ivaretas av statlig regional barnevernsmyndighet, i Oslo kommune skal ivaretas av Oslo. Oslo kommune vil dermed få ansvar for tilbud om helsekartlegging i Oslo kommune.

Departementet legger til grunn at helsekartlegging skal være et likeverdig tilbud, og viser til at det skal utarbeides nasjonale retningslinjer for helsekartlegging og prioritering innenfor målgruppen.

6.7 Barnevernstjenestens anmodning om helsekartlegging

6.7.1 Barnevernstjenestens plikt til å vurdere behovet for helsekartlegging

Departementet har vurdert om barnevernstjenesten bør ha en plikt til å alltid be om helsekartlegging for barn i målgruppen. På bakgrunn av at det vil være tilfeller hvor helsekartlegging ikke er nødvendig, anser departementet det som lite hensiktsmessig å innføre en slik plikt for kommunen. Videre mener departementet at en plikt til alltid å be om helsekartlegging fra staten kan gi utilsiktede konsekvenser for ansvarslinjene mellom stat og kommune.

Departementet foreslår i stedet at kommunal barnevernstjeneste gis en plikt til å vurdere om de skal be Bufetat om en helsekartlegging. Plikten til å vurdere om det er behov for helsekartlegging gjelder for barn som er i målgruppen for tilbudet, herunder omsorgsovertakelser, atferdsplasseringer og frivillige plasseringer utenfor hjemmet. Erfaring tilsier at det er variasjon i kommunenes undersøkelsesarbeid, kartlegging og vurderinger av barnets helse, fungering og behov. En lovfestet plikt for barnevernstjenesten til å vurdere om det er behov for å be om helsekartlegging, kan bevisstgjøre kommunene på behovet for å ha informasjon om barnets helse og fungering. Videre kan en plikt for kommunen til å vurdere om de skal be om helsekartlegging for barn i målgruppen innarbeides i digitalt saksbehandlingssystem. Plikten innebærer at barnevernstjenesten må gjøre en konkret vurdering av behovet for helsekartlegging i hvert enkelt tilfelle. Vurderingen av om det er behov for en helsekartlegging av barnet skal dokumenteres.

Erfaringene fra CARE-prosjektet viser at barn og ungdom som ble kartlagt ikke alltid fikk tilstrekkelig informasjon i forkant av kartleggingen. Departementet viser til FNs barnekonvensjon artikkel 12 som omhandler barns rett til å bli hørt. For å kunne benytte seg av retten til å bli hørt, må barnet ha tilstrekkelig og tilpasset informasjon i forkant. Barns rett til å bli hørt er også Grunnlovsfestet i § 104 første ledd. Det følger videre av barnevernloven § 1-6 at alle barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter har rett til å medvirke i alle forhold som vedrører barnet. Retten til å medvirke innebærer at barn skal få tilstrekkelig og tilpasset informasjon og fritt skal kunne gi uttrykk for sine synspunkter. Departementet understreker at hensynet til barnets beste og retten til medvirkning må ivaretas i vurderingen om det er behov for helsekartlegging av barnet.

I noen tilfeller kan det tenkes at barnet er tilstrekkelig kartlagt, eksempelvis at barnet nylig er utredet i helsetjenesten. I slike tilfeller vil det være en unødig belastning for barnet å gjennomføre en helsekartlegging. Barnevernstjenesten må derfor vurdere om det foreligger tilstrekkelige opplysninger om barnets helse og fungering og om opplysningene som foreligger er tilstrekkelig oppdaterte. Erfaringer fra CARE viser at

barnevernstjenesten i noen tilfeller ikke henviser til kartlegging fordi barnet allerede var tilstrekkelig utredet eller at det ikke var behov for denne type kartlegging.

Når det gjelder frivillige plasseringer utenfor hjemmet kan disse ha ulike tidsperspektiv. For kortvarige plasseringer vil ikke behovet for en bred tverrfaglig helsekartlegging alltid være nødvendig, blant annet fordi formålet om å skaffe tilstrekkelig informasjon for å kunne velge riktig tiltak og gi god oppfølging i tiltaket, ikke vil være like relevant for kortvarige plasseringer. Det kan for eksempel oppstå akutt sykdom eller skade hos foreldrene som innebærer at barnet for en periode må plasseres utenfor hjemmet. Det er heller ikke slik at alle barn som plasseres utenfor hjemmet med samtykke fra foreldrene, har opplevd omsorgssvikt. Barnevernstjenesten må derfor i hvert enkelt tilfelle vurdere om det er behov for en tverrfaglig kartlegging for at barnet skal få tilpasset og god omsorg under den frivillige plasseringen.

Etter departementets oppfatning skal barnevernstjenestens vurderinger og avgjørelse som foretas i den enkelte sak, ikke regnes som et enkeltvedtak. Avgjørelsen kan dermed ikke påklages til fylkesmannen etter barnevernloven § 6-5.

Departementet foreslår etter dette at barnevernstjenesten gis en plikt til å vurdere behovet for helsekartlegging av barn i målgruppen og at vurderingen skal dokumenteres. Plikten gjelder fra iverksettelsestidspunktet og gjelder ikke for barn som er plassert utenfor hjemmet på iverksettelsestidspunktet. Departementet vurderer imidlertid at en slik plikt ikke kan tre i kraft før Bufetats tilbud om helsekartlegging har tilstrekkelig kapasitet.

6.7.2 Når kan barnevernstjenesten be Bufetat om helsekartlegging?

For å ivareta formålet med helsekartlegging bør kartleggingen etterspørres og gjennomføres på et tidspunkt som gjør at funnene fra kartleggingen foreligger før tidspunktet for valg av tiltak for barnet. Departementet vurderer derfor at det bør legges til rette for at kartleggingene etterspørres så tidlig som mulig i forbindelse med at barn skal plasseres utenfor hjemmet. Det vises til at fylkesnemnda i saker om omsorgsovertakelse etter § 4-12 skal ta stilling til om barnet skal plasseres i institusjon eller fosterhjem. Videre skal fylkesnemnda i saker om plassering på institusjon på grunn av atferdsvansker etter § 4-24 og § 4-26 ta stilling til egnetheten av den konkrete institusjonsplasseringen. Barnevernstjenesten og Bufetat bør også ha tid til å planlegge og vurdere hvilket tiltak som er best egnet for det konkrete barnet, slik at vurderingene kan presenteres i fylkesnemnda.

Det er videre hensiktsmessig å finne frem til et tidspunkt som gir en viss notoritet og som reduserer en risiko for at barnevernstjenesten i større grad enn nødvendig overlater deler av undersøkelsen av barnets helse og fungering til staten. Departementet har vurdert tidspunktet barnevernstjenesten sender begjæring til fylkesnemnda, jf. § 7-10 og § 7-11. Dette tidspunktet gir notoritet og et tydelig skjæringspunkt, men vil samtidig øke risikoen for at resultatene fra kartleggingen ikke foreligger før fylkesnemndsbehandling. Departementet vurderer at tidshensynet bør tillegges stor vekt.

En ulempe med et tidlig tidspunkt for kartlegginger er at barnet eller ungdommen er i en sårbar fase, med usikkerhet knyttet til fremtidig omsorgssituasjon. Denne ulempen må veies opp mot fordelene ved å få tilstrekkelig informasjon om barnet på et tidlig tidspunkt og i større grad sørge for en mer stabil omsorgssituasjon over tid.

Videre innebærer kartlegging på et tidlig tidspunkt at barnet enten bor hjemme sammen med foreldrene eller er midlertidig akutt plassert. I tilfeller hvor barnet fortsatt bor hjemme kan det oppstå utfordringer knyttet til samarbeidet mellom barnevernstjenesten og foreldrene. Dette innebærer at det ikke alltid vil være mulig å gjennomføre helsekartlegging før sak om omsorgsovertakelse eller atferdsplassering skal behandles i fylkesnemnda. Det kan være tilfeller hvor foreldrene ikke samtykker til en kartlegging, eller det kan være forhold ved barnet som tilsier at kartlegging bør gjennomføres på et senere tidspunkt. Hensynet til barnets beste, jf. barnekonvensjonen artikkel 3 skal være førende. Barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter har rett til å medvirke, jf. barnevernloven § 1-6. Departementet understreker at hensynet til barnets beste og retten til medvirkning må ivaretas i vurderingen om og eventuelt barnet skal kartlegges.

Departementet vurderer at forsvarlig helsekartlegging forutsetter samtykke. I utgangspunktet er det barnets foreldre eller andre med foreldreansvar som skal samtykke til helsekartlegging når barnet er under 15 år. Barn over 15 år, eller som av andre grunner er part i saken, kan selv samtykke til helsekartlegging. Ved midlertidig plassering av barn under 15 år etter § 4-6 andre ledd og ved omsorgsovertakelse etter §§ 4-8 og 4-12, overtar barnevernstjenesten foreldrenes kompetanse til å samtykke til helsekartlegging på barnets vegne. Dersom det er vanskelig å få til et samarbeid med foreldrene, må det eventuelt foretas motivasjonsarbeid, slik at det kan gjøres nye forsøk. I tilfeller hvor foreldrene ikke vil samarbeide, kan det være aktuelt å utsette kartleggingen til barnet er flyttet ut av hjemmet. Motsetter barnet seg kartlegging, vil det være nødvendig med motivasjonsarbeid overfor barnet.

Erfaring tilsier at det tar om lag seks uker fra barnevernstjenesten fremmer en begjæring om omsorgsovertakelse eller atferdsplassering til saken kommer opp til behandling i fylkesnemnda. Barnevernstjenesten vil i sin undersøkelse og saksbehandling normalt beslutte at det skal fremmes sak for nemnda noen uker før begjæringen sendes til fylkesnemnda. Denne avgjørelsen skal dokumenteres i saksbehandlingssystemet, og barnevernstjenesten vil deretter starte utarbeidelsen av en begjæring til fylkesnemnda.

For å legge til rette for at kartleggingsresultatet, så langt det lar seg gjøre, foreligger før saken skal behandles i fylkesnemnda, foreslår departementet at barnevernstjenesten kan anmode om helsekartlegging av barnet når det besluttes at det skal fremmes sak til fylkesnemnda om omsorgsovertakelse eller atferdsplassering. Bestemmelsen angir fra hvilket tidspunkt barnevernstjenesten kan be Bufetat om helsekartlegging. Dette er imidlertid ikke til hinder for at barnevernstjenesten på et senere tidspunkt under plassering ber om helsekartlegging. Dette innebærer at barnevernstjenesten kan be om helsekartlegging i etterkant av at fylkesnemnda har fattet vedtak om omsorgsovertakelse eller atferdsplassering. For frivillige plasseringer kan barnevernstjenesten be om kartlegging når det foreligger samtykke til at barnet skal plasseres utenfor hjemmet etter

barnevernloven § 4-4 sjette ledd. Departementet ber om innspill på tidspunktet for gjennomføring av tverrfaglig helsekartlegging.

Departementet vurderer at barnevernstjenestens beslutning om å fremme sak for fylkesnemnda og der det foreligger samtykke til frivillig plassering utenfor hjemmet, ivaretar hensynet til notoritet i tilstrekkelig grad. Videre legger departementet til grunn at anmodning om helsekartlegging ikke får betydning for fristene for undersøkelse som følger av barnevernloven § 6-9 første ledd, og at disse fortsatt skal gjelde.

6.7.3 Hjemmel til å be om kartlegging

Barnevernloven § 4-3 gir barnevernstjenesten rett og plikt til å foreta undersøkelser. Videre gjelder forvaltningsloven § 17 for barnevernstjenesten. Etter denne bestemmelsen har barnevernstjenesten plikt til å påse at saken er så godt opplyst som mulig før vedtak treffes. Dette innebærer at barnevernstjenesten må ha tilstrekkelig kunnskap om barnet for å treffe vedtak om hjelpetiltak eller sende begjæring om omsorgsovertakelse eller atferdsplassering til fylkesnemnda. Undersøkelsens anses som avsluttet dersom barnevernstjenesten fatter vedtak om å iverksette hjelpetiltak eller henlegge saken, eller dersom barnevernstjenesten sender begjæring om omsorgsovertakelse eller atferdsplassering til fylkesnemnda. Dersom barnevernstjenesten ber om helsekartlegging før begjæring er sendt til fylkesnemnda, vil anmodningen om helsekartlegging anses som en del av barnevernstjenestens undersøkelse og at hjemmel til å be Bufetat om kartlegging av barnet dermed følger av barnevernloven § 4-3. Departementet viser til at forslaget innebærer at barnevernstjenesten kan anmode om kartlegging når tjenesten beslutter at det skal fremmes sak for fylkesnemnda og at en slik beslutning normalt tas noen uker før begjæringen sendes til fylkesnemnda. I tilfeller hvor det ikke er hensiktsmessig eller mulig å be om kartlegging i undersøkelsesfasen, for eksempel fordi barnet eller foreldrene motsetter seg kartlegging kan det bli aktuelt å anmode om helsekartlegging etter at fylkesnemnda har fattet vedtak om omsorgsovertakelse eller atferdsplassering. I slike tilfeller mener departementet at barnevernstjenestens hjemmel til å be om helsekartlegging følger av barnevernstjenestens omsorgs- og oppfølgingsansvar. Departementet mener imidlertid at kravet til tydelig lovhjemmel tilsier at hjemmel til å be om helsekartlegging bør presiseres i loven.

Departementet vurderer at forsvarlig helsekartlegging forutsetter samtykke. I utgangspunktet er det barnets foreldre eller andre med foreldreansvar som skal samtykke til helsekartlegging når barnet er under 15 år. Barn over 15 år, eller som av andre grunner er part i saken, kan selv samtykke til helsekartlegging. Ved midlertidig plassering av barn under 15 år etter § 4-6 andre ledd og ved omsorgsovertakelse etter §§ 4-8 og 4-12, overtar barnevernstjenesten foreldrenes kompetanse til å samtykke til helsekartlegging på barnets vegne.

Selv om kartlegging forutsetter samtykke, kan helsekartlegging likevel oppleves som inngripende og belastende for barn og foreldre, og departementet foreslår derfor at barnevernstjenesten gis en klar hjemmel til å be slik kartlegging når det foreligger samtykke. Kartlegging av barnets helse kan anses som et inngrep i barnets privatliv som

er vernet både i Grunnloven § 102 og § 104, og i ulike internasjonale konvensjoner, som EMK artikkel 8. Departementet foreslår en klar hjemmel for helsekartlegging. Videre skal kartlegging skal være samtykkebasert og er nødvendig for å kunne gi barn riktig hjelp, omsorg og beskyttelse, jf. blant annet FNs barnekonvensjon artikkel 3 nr. 2.

Departementet legger derfor til grunn at en bestemmelse som gir hjemmel til å kartlegge barnets helse er innenfor våre menneskerettslige forpliktelser.

Departementet foreslår på denne bakgrunn at det tas inn i ny § 4-3 a at barnevernstjenesten skal vurdere behovet for helsekartlegging i regi av Bufetat når det er besluttet å fremme sak for fylkesnemnda, jf. §§ 4-12, 4-24, 4-26. Det samme gjelder ved frivillig plassering etter § 4-4 sjette ledd. Barnevernstjenestens vurdering skal dokumenteres. Helsekartlegging kan bare anmodes dersom det foreligger samtykke.

6.8 Adgangen til å dele opplysninger

Utgangspunktet er at ansatte i barnevernet og helsepersonell har taushetsplikt, jf. barnevernloven § 6-7 og helsepersonelloven § 21.

Barnevernet har likevel en vid adgang til å formidle opplysninger til andre forvaltningsorgan dersom dette er nødvendig for å fremme barnevernets oppgaver og ansvar i den enkelte barnevernssak. Dette innebærer at barnevernstjenesten har adgang til å formidle nødvendige taushetsbelagte opplysninger om barnet til Bufetat i forbindelse med en helsekartlegging.

Departementet legger til grunn at undersøkelser og vurderingene som gjøres av helsepersonell i kartleggingsteamene er å betrakte som en sakkyndigvurdering. Med en sakkyndig forstås en person med særlig fagkyndighet som får i oppdrag å utrede og vurdere spørsmål oppdragsgiver ønsker belyst. Dette innebærer at teamene er å betrakte som et sakkyndigteam.

De sakkyndige teamene skal ikke gi behandling til barnet. Etter departementets vurdering vil teamene derfor omfattes av unntaket fra taushetsplikten i helsepersonelloven § 27.

Helsepersonelloven § 27 omhandler opplysninger som sakkyndig. I denne bestemmelsen fremgår det at taushetsplikten etter § 21 ikke er til hinder for at helsepersonell som opptre som sakkyndig gir opplysninger til oppdragsgiver dersom opplysningene er mottatt under utførelsen av oppdraget og har betydning for det. Av forarbeidene til bestemmelsen fremgår det at

Når helsepersonellet opptre som sakkyndig, kommer andre hensyn enn hensynet til pasienten og pasientbehandlingen inn. Det foreligger ikke lenger et tosidig behandler-pasientforhold, en tredje part kommer inn og skal ha opplysninger og helsepersonellet kan ha selvstendige plikter i forhold til sistnevnte. De opplysninger den sakkyndige mottar, vil således heller ikke omfattes av bestemmelsene i helselovgivningen om taushetsplikt, dokumentasjonsplikt og innsynsrett. De hensyn som ligger bak den profesjonsbestemte taushetsplikt, vil ikke i samme grad kunne gjøres gjeldende idet det ikke foreligger et ordinært behandler-pasientforhold. Forutsetningen for at bestemmelsene om taushetsplikt

ikke gjelder, er at helsepersonellet gjør det klart for pasienten at vedkommende opptrer som sakkyndig, og at dette innebærer at opplysninger som skriver seg fra sakkyndighetsoppdraget blir gitt oppdragsgiver

Retten til dokumentinnsyn for en part følger av forvaltningsloven. Etter forvaltningsloven § 18 har en part rett til å gjøre seg kjent med sakens dokumenter med de begrensninger som følger av forvaltningsloven §§ 18 a, 18 b, 18 c, 18 d og § 19. Barnets foreldre vil i hovedsak alltid være part i barnevernssaker. Parter har blant annet rett til innsyn i sakens dokumenter og foreldrene vil i utgangspunktet ha innsynsrett i resultatene fra helsekartleggingen. Med mindre det er av vesentlig betydning, har parten etter forvaltningsloven § 19 annet ledd heller ikke krav på å gjøre seg kjent med de opplysninger i et dokument som gjelder: a) en annen persons helseforhold, b) andre forhold som av særlige grunner ikke bør meddeles videre. Foreldre kan nektes innsyn i opplysninger om barnet i spesielle tilfeller.

6.9 Behandling av personopplysninger

En helsekartlegging som foreslått i dette høringsnotatet vil innebære behandling av "særlige kategorier" av personopplysninger som nevnt i artikkel 9 i personvernforordningen. Som nevnt i punkt 5.6 inneholder dagens barnevernlov ikke en egen bestemmelse om behandling av personopplysninger. Det rettslige grunnlaget for å behandle personopplysninger følger derfor forutsetningsvis av loven. Departementet legger til grunn at dersom barnevernstjenesten gis en lovfestet plikt til å vurdere behovet for kartlegging, samt adgang til å anmode Bufetat om kartlegging og det lovfestes at Bufetat kan tilby helsekartlegging når kommunen ber om dette, vil tjenestene ha behandlingsgrunnlag.

Departementet viser samtidig til at det i forslaget til ny barnevernslov ble foreslått en ny bestemmelse om behandling av personopplysninger. Departementet legger til grunn at den foreslåtte bestemmelsen vil gi hjemmel til å behandle de personopplysningene som er nødvendige i forbindelse med en helsekartlegging.

7 Anvendelse på Svalbard

For barnevernloven er det en egen forskrift om lovens anvendelse på Svalbard. Det følger av denne forskriften at barneverntjenestens oppgaver etter barnevernloven utføres av Sysselmannen. Videre fremgår det at Barne-, ungdoms- og familieetaten har ansvaret for å yte tjenester til barnet i henhold til loven § 8-2. Når det gjelder spesialisthelsetjenesteloven er utvalgte bestemmelser gjort gjeldende på Svalbard. Helsepersonelloven er gjort gjeldende på Svalbard, men med enkelte unntak eller særlige tilpasninger. I dette høringsnotatet er det lagt til grunn at de foreslåtte bestemmelsene helsekartlegging skal gjelde på Svalbard. Dette innebærer at barne- og familieetaten kan tilby helsekartlegging til Svalbard og at den foreslåtte plikten til å vurdere om barn i målgruppen har behov for helsekartlegging legges til Sysselmannen på Svalbard.

8 Økonomiske og administrative konsekvenser

8.1.1 Innledning

Etablering av et tilbud om tverrfaglig helsekartlegging vil gi informasjon om den psykiske og somatiske helsen til barn som skal flyttes ut av hjemmet. Dette skal bidra til at kommunal barnevernstjeneste, fosterhjem og institusjoner settes i bedre stand til å gi disse barna forsvarlig omsorg og oppfølging. Dette omfatter både valg av konkret tiltak og innholdet i tiltaket.

Målet med tiltaket er at barna skal få rett tiltak med rett innhold, slik at uønskede flyttinger og brudd reduseres. Dette skal bidra til å sikre barna en trygg, stabil og god oppvekst. Tiltaket vil ha økonomiske og administrative konsekvenser, men kan også gi store samfunnsmessige gevinster.

8.1.2 Organisering, målgruppe og kostnader

Kartleggingene legges organisatorisk og fysisk til det statlige barnevernet, eksempelvis i egne avdelinger tilknyttet sentre for foreldre og barn og eksisterende akuttinstitusjoner. Nødvendig kompetanse integreres i dedikerte team for å sikre samtidighet og skånsomhet i undersøkelsene. Størrelsen på teamene bør tilpasses behovene i regionene i Bufetat og Oslo kommune, men beregningene av de økonomiske konsekvensene tar utgangspunkt i ressursbruken i eksisterende team i forskningsprosjektet CARE.

Teamene skal bestå av lege/psykiater, psykologer, samt barnevernsfaglig og administrativ-/ledelseskompetanse. Beregnet kostnad per team er 4,1 mill. kroner, og hvert team anslås å kunne kartlegge om lag 50 barn per år. Antall team og totalkostnad for tiltaket avhenger av størrelsen på målgruppen. Målgruppen anslås å være i underkant av 2000 barn, som gir behov for 40 team og en totalkostnad på 164 mill. kroner.

Det legges til grunn et behov for om lag 20 lege-/psykiater-årsverk fra spesialisthelsetjenesten, samt totalt 40 psykolog-årsverk. Sistnevnte kan være ansatt i Bufetat eller i spesialisthelsetjenesten. Beregningene tar utgangspunkt i at alle barn i målgruppen blir kartlagt. Det foreslås imidlertid en regulering hvor barnevernstjenesten gis en plikt til å vurdere om det er behov for kartlegging av barn i målgruppen og Bufetat vurderer om tiltaket skal tilbys. Dette gir rom for faglige og økonomiske vurderinger som påvirker hvor stor andel av barna i målgruppen som faktisk blir kartlagt. Vi har ikke grunnlag for å si hva denne andelen vil være, og anslått totalkostnad tar utgangspunkt i at alle barn i målgruppen blir kartlagt. Faktisk totalkostnad vil måtte antas å bli noe lavere.

Det er avsatt 25 mill. kroner til tiltaket i 2021. En utvidelse av tilbudet til å kunne dekke hele den anslåtte målgruppen, og hvor raskt slik utvidelse kan skje, forutsetter og avhenger av merfinansiering i de ordinære budsjettprosessene.

8.1.3 Konsekvenser for kommunene

En plikt til å vurdere behovet for helsekartlegging av barn i målgruppen vil kreve ressursbruk i barnevernstjenesten til å utføre og dokumentere selve vurderingen, til å

utforme en eventuell anmodning til Bufetat og til å oversende relevante opplysninger om barnet. Hensynet til brukermedvirkning må ivaretas i denne prosessen.

Ressursbruken for den enkelte kommune vurderes å være begrenset, men særlig dokumentering av vurderinger og involvering av barnet (brukermedvirkning) vil kunne ta noe tid. Dersom det tas utgangspunkt i en ressursbruk i kommunene på ett dagsverk per barn i målgruppen, vil den totale merutgiften for kommunene tilsvare om lag 6 årsverk. Departementet antar at den faktiske ressursbruken blir en del lavere enn dette. Mange av vurderingene vil være relativt enkle, og for en viss andel av barna vil det heller ikke bli sendt anmodning til Bufetat om kartlegging.

Det legges videre til grunn at kommunen dekker reiseutgifter og eventuelle utgifter til overnatting ved lang reisevei. Finansieringsansvaret for dette følger av kommunenes generelle ansvar for utredninger og undersøkelser av barna i barnevernet.

8.1.4 Konsekvenser for Bufetat og spesialisthelsetjenesten

Den nevnte totalkostnaden på 164 mill. kroner er i hovedsak lønnsutgifter til kartleggingsteamene. Disse kostnadene må derfor fordeles mellom Bufetat og RHF-ene, basert på hvor teamdeltakerne ansettes. Bufetat må dekke utgifter til lokaler, kontormateriell, utstyr og liknende, dette er også inkludert i totalkostnaden. Det kan også påbeløpe utgifter til kartleggingsverktøy, lisenser, opplæring mv., dette er ikke ferdig utredet. Bufetat har det administrative og organisatoriske ansvaret for kartleggingsteamene. Utgifter til administrasjon av det enkelte team er del av totalkostnaden over.

Kartleggingen forutsetter faglige bidrag fra helsepersonell, og spesialisthelsetjenesten forpliktes gjennom styringslinjen til helseforetakene til å bidra med nødvendige ressurser i kartleggingsteamene

Bufetat og RHF-ene må rekruttere kvalifiserte deltakere til kartleggingsteamene. Det antas at disse delvis kan og bør ha også andre oppgaver som del av sin stilling. Det er ønskelig med innspill fra høringsinstansene på i hvilken grad det kan bli en utfordring å rekruttere et tilstrekkelig antall kvalifiserte fagpersoner, dette gjelder særlig psykologene.

RHF-ene kan få noe økte kostnader i sine ordinære tjenester, i form av behandling av barn der det avdekkes behov for helsemessig oppfølging.

8.1.5 Gevinster for barna og familiene

For noen barn vil gevinsten være at det avdekkes helsemessige utfordringer som ellers ikke ville ha blitt oppdaget, men barna forventes særlig å oppleve nyttevirkninger knyttet til bedre kvalitet på hjelpen eller tilbudet de mottar. Dette kan være i form av

- Bedre tilrettelagte tilbud i barneverntjenesten
- Bedre kartlegging av barns psykiske- og somatiske helsebehov
- Raskere henvisning til rett tiltak innenfor spesialisthelsetjenesten, for eksempel psykiatrien

- Barna mottar koordinert/parallell hjelp og oppfølging, i stedet for individuelle tiltak fra ulike sektorer over tid / mindre tidsbruk
- Kortere lengde på behandlingen barna mottar / mindre tidsbruk
- Rett tiltak og riktig behandling tidlig gjør at de slipper risiko for mer omfattende problematikk senere. Feilplasseringer og brudd i tiltak kan ha store kostnader for det enkelte barn og redusere barnets utviklingsmuligheter.

Nyttevirkningen kan anslås på flere måter. En måte er å ta utgangspunkt i at bedre kvalitet på hjelpen barn mottar, på lang sikt kan ha effekter på barns utvikling, både når det gjelder livskvalitet, kriminalitet eller utdanning/arbeidsdeltagelse.

Barn som får rett hjelp og redusert problematikk vil for eksempel øke sannsynligheten for å gjennomføre skolegang, ta utdanning og deretter delta i arbeidslivet. Tall fra Bufdir i 2018 viste for eksempel at under 40 prosent av barn i barnevernet fullfører videregående skole. Tall for øvrige barn viser at 80 prosent fullfører.

En måte å forsøke å tallfeste hvor stor denne delen av nyttesiden kan være, er å vurdere verdien av at flere personer kommer ut i jobb på lang sikt, som følge av økt deltakelse i undervisning og økt læringsutbytte av undervisningen. Vista Analyse (Rasmussen & Strøm, 2013) har tidligere beregnet at nåverdikostnaden for samfunnet av å få én person over fra et livsløp uten arbeid og over til et livsløp i arbeid utgjør omtrent 11 millioner 2012-kroner.

Familiene til barna vil kunne oppleve økt livskvalitet og økt trygghet til systemet som følge av at barna får den hjelpen de har behov for av barnevernet og helsetjenesten, og at de får mer velfungerende og tilpassede plasseringer.

8.1.6 Gevinster for kommunene

Det kan antas gevinster for kommunene i form av færre brudd i kommunale fosterhjem dersom barn kartlegges bedre i forkant av plasseringen. Dette vil kunne bidra til lavere utgifter og bedre utnyttelse av fosterhjemmene i kommunene.

Tverrfaglig helsekartlegging vil kunne bidra til økt kunnskap i barneverntjenesten om betydningen av barn og unges helse som grunnlag for beskrivelse av barnets behov. Dette vil gi gevinster i det barnevernfaglige arbeidet, og understøtte deres ivaretagelse av ansvaret de har i undersøkelsesfasen. Videre vil det understøtte ivaretagelsen av omsorgs- og oppfølgingsansvaret tjenesten har i forbindelse med at barn flyttes ut av hjemmet.

8.1.7 Gevinster for Bufetat og spesialisthelsetjenestene

For Bufetat kan tiltaket gi gevinst i form av lavere utgifter til det statlige barnevernet. Gevinstene kan komme gjennom at barna har kortere oppholdstid i tiltakene, at det skjer færre brudd eller at de mest omfattende og kostnadskrevende tiltakene brukes mindre.

Gruppen barn og unge i barnevernet med omfattende problematikk innenfor psykisk helse er stor.³⁷Barn med omfattende problematikk finnes innenfor mange tiltakstyper i barnevernet, men generelt er barnevernet utformet slik at barn med de mest omfattende utfordringene har opphold i barnevernsinstitusjoner. I de mest utfordrende tilfellene kan det være aktuelt med såkalte «enkeltkjøp», dvs. skreddersydde tiltak for det enkelte barn i institusjoner der det gjøres spesielle tilpasninger knyttet til personalet eller til antall andre barn i tiltaket.

Gevinstene ved å oppnå en reduksjon i bruken av tiltak, særlig de mest omfattende institusjonstiltakene, er krevende å anslå, men man kan få en ganske betydelig effekt av å lykkes med bare en mindre andel av barna. Kostnadene ved plassering av et barn i barnevernsinstitusjon er i gjennomsnitt på omtrent 3,5 mill. kroner per år. Kostnaden for et barn der plasseringen er skreddersydd («enkeltkjøp») kan være dobbelt så høy. Plassering i et statlig familiehjem koster i underkant av 1,5 mill. kroner, men kostnadene for plasseringer i kommunale fosterhjem (med eller uten forsterkning) ligger godt under dette igjen.

Dersom en helsekartlegging kan bidra til at barns utfordringer og problematikk avdekkes på et tidlig tidspunkt, og at rett hjelp deretter gis barna, er det naturlig å forvente en viss reduksjon i oppholdstiden i og bruken av de mest omfattende og kostnadskrevende tiltakene. Reduksjonen kan skje i form av en viss vridning internt i bruken av institusjonsplasseringer, mellom institusjonsplassering og fosterhjem eller i graden av behov for forsterkningstiltak i fosterhjemmet.

Dersom det som en illustrasjon antas at 70 færre barn årlig får behov for en institusjonsplass og i stedet kan plasseres i et familiehjem, som følge av helsekartleggingen og tilhørende hjelp med helseproblematikk, så vil det årlig redusere Bufetats utgifter på kap. 855 med om lag 140 mill. kroner. 70 færre barn tilsvarer om lag 5-6 prosent av alle barn som er plassert i barnevernsinstitusjon i løpet av et år. En slik effekt vil altså alene dekke nesten hele kostnaden forbundet med forslaget.

For både Bufetat og spesialisthelsetjenesten kan det som resultat av det løpende samarbeidet påregnes positive effekter i form av kompetanseoverføring mellom sektorene.

For spesialisthelsetjenestene kan det påregnes lavere utgifter til helsehjelp på sikt, dersom man lykkes med å avdekke og behandle barnas helsemessige utfordringer på et tidligere tidspunkt og slik gi et bedre utgangspunkt for et bedre helsemessig livsløp.

9 Forslag til endringer i barnevernloven

Barne- og familiedepartementet foreslår følgende endringer i lov 17. juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester (barnevernloven)

§ 2-3 tredje ledd ny bokstav c skal lyde

³⁷ Kayed m.fl. (2015)

tilby barnevernstjenesten helsekartlegging dersom barnevernstjenesten har besluttet å fremme sak for fylkesnemnda, jf. §§ 4-12, 4-24, 4-26 Det samme gjelder ved frivillig plassering etter § 4-4 sjette ledd.

Ny § 4-3 a skal lyde

Barnevernstjenesten skal vurdere behovet for helsekartlegging i regi av Bufetat når det er besluttet å fremme sak for fylkesnemnda, jf. §§ 4-12, 4-24, 4-26. Det samme gjelder frivillig plassering etter § 4-4 sjette ledd. Barnevernstjenestens vurdering skal dokumenteres. Helsekartlegging kan bare anmodes dersom det foreligger samtykke.