



DET KONGELIGE BARNE-
OG FAMILIEDEPARTEMENT

Prop. 222 L

(2020–2021)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

Endringer i barnevernloven mv.
(tverrfaglig helsekartlegging)

Innhold

<p>1 Proposisjonens hovedinnhold.. 5</p> <p>2 Bakgrunn 7</p> <p>2.1 Utredninger av tilbud om helsekartlegging for barn i barnevernet 7</p> <p>2.2 Representantforslag – lovfesting av helseundersøkelse i forbindelse med alle omsorgsovertakelser 8</p> <p>2.3 Høringsnotat om tverrfaglig helsekartlegging av barn i barnevernet 8</p> <p>3 Menneskerettslige forpliktelser 13</p> <p>3.1 Innledning 13</p> <p>3.2 Grunnloven 13</p> <p>3.3 Barnekonvensjonen 13</p> <p>4 Gjeldende rett 16</p> <p>4.1 Barnevernstjenestens ansvar for undersøkelser 16</p> <p>4.2 Bruk av sakkyndige i barnevernssaker 16</p> <p>4.3 Barnevernets adgang til å innhente opplysninger om barnet 17</p> <p>4.4 Det spesialiserte utrednings-tilbudet til sped- og småbarn 17</p> <p>4.5 Barnevernstjenestens omsorgs- og oppfølgingsansvar 18</p> <p>4.5.1 Omsorgsansvaret 18</p> <p>4.5.2 Oppfølgingsansvaret 18</p> <p>4.6 Retten til nødvendig helsehjelp 19</p> <p>4.7 Tannhelse 19</p> <p>4.8 Taushetsplikt og adgang til å dele opplysninger 20</p> <p>4.8.1 Barnevernets taushetsplikt og adgang til å formidle opplysninger 20</p> <p>4.8.2 Helsepersonells taushetsplikt og adgang til å formidle opplysninger 20</p> <p>4.9 Behandling av personopplysninger 21</p> <p>5 Behovet for tverrfaglig helsekartlegging..... 23</p> <p>5.1 Forslaget i høringsnotatet og bakgrunnen for dette 23</p> <p>5.1.1 Bakgrunnen for forslaget 23</p> <p>5.1.2 Forslaget i høringsnotatet 24</p>	<p>5.2 Høringsinstansenes syn 24</p> <p>5.2.1 Behovet for tverrfaglig helsekartlegging 24</p> <p>5.2.2 Formålet med tverrfaglig helsekartlegging 27</p> <p>5.3 Departementets vurdering og forslag 28</p> <p>5.3.1 Behovet for tverrfaglig helsekartlegging 28</p> <p>5.3.2 Formålet med tverrfaglig helsekartlegging 29</p> <p>5.3.3 Veien fra kartlegging til helsehjelp 30</p> <p>6 Kompetansebehov og organisering av tilbudet 32</p> <p>6.1 Forslaget i høringsnotatet og bakgrunnen for dette 32</p> <p>6.1.1 Tverrfaglig og spesialisert andrelinjetilbud 32</p> <p>6.1.2 Sakkyndigteam 32</p> <p>6.2 Høringsinstansenes syn 32</p> <p>6.2.1 Kompetansebehovet 32</p> <p>6.2.2 Organisering av tilbudet 34</p> <p>6.2.3 Sakkyndigteam 34</p> <p>6.3 Departementets vurdering og forslag 35</p> <p>6.3.1 Tverrfaglig og spesialisert andrelinjetilbud 35</p> <p>6.3.2 Sakkyndigteam, adgang til å dele opplysninger og behandling av personopplysninger 37</p> <p>7 Målgruppe og tidspunkt for kartleggingen 38</p> <p>7.1 Forslaget i høringsnotatet og bakgrunnen for dette 38</p> <p>7.1.1 Målgruppe 38</p> <p>7.1.2 Tidspunkt for kartlegging 38</p> <p>7.2 Høringsinstansenes syn 38</p> <p>7.2.1 Målgruppe for tilbudet 38</p> <p>7.2.2 Særlig om sped- og småbarn som gis tilbud om utredning i senter for foreldre og barn 39</p> <p>7.2.3 Tidspunkt for kartlegging 39</p> <p>7.3 Departementets vurdering og forslag 40</p> <p>7.3.1 Tidligere kartlegging og videre målgruppe? 40</p> <p>7.3.2 Særlig om barn som er akutt plassert utenfor hjemmet 41</p>
--	---

7.3.3	Særlig om sped- og småbarn som mottar utredningstilbud ved senter for foreldre og barn	42	12.2	Forslaget i høringsnotatet	56
7.3.4	Må kartleggingen vente til barnet er plassert utenfor hjemmet?	42	12.2.1	Innledning	56
			12.2.2	Forslagene i høringsnotatet om endringer i forvaltningsloven	57
8	Barnevernstjenestens adgang til å be om helsekartlegging	44	12.3	Høringsinstansenes syn	57
8.1	Forslaget i høringsnotatet og bakgrunnen for dette	44	12.4	Prop. 166 L – endringer i forvaltningsloven m.m. (utvidet adgang til informasjonsdeling)	58
8.2	Høringsinstansenes syn	44	12.5	Forholdet til barnevernloven og Prop. 133 L (2020–2021)	58
8.3	Departementets vurdering og forslag	45	12.6	Departementets vurderinger og forslag	59
8.3.1	Bør det være adgang til å pålegge helsekartlegging?	45	12.6.1	Barnevernets adgang til å dele opplysninger av hensyn til liv eller helse	59
8.3.2	Behovet for en klar hjemmel	45	12.6.2	Forholdet til forvaltningsloven § 13 b nr. 5 og 6	59
8.3.3	Nærmere om samtykke	46			
8.3.4	Barnets rett til medvirkning	47			
9	Barnevernstjenestens plikt til å vurdere behovet for kartlegging	49	13	Tekniske endringer i lov om pensjonsordning for oppdragstaker	62
9.1	Forslaget i høringsnotatet og bakgrunnen for dette	49	14	Økonomiske og administrative konsekvenser	63
9.2	Høringsinstansenes syn	49	14.1	Innledning	63
9.3	Departementets vurdering og forslag	49	14.2	Konsekvenser for kommunal barnevernstjeneste	63
10	Bufetat avgjør om helsekartlegging skal tilbys	52	14.3	Konsekvenser for Bufetat og spesialisthelsetjenesten	63
10.1	Forslaget i høringsnotatet og bakgrunnen for dette	52	14.4	Gevinster for barna og familiene ..	64
10.2	Høringsinstansenes syn	52	14.5	Gevinster for kommunene	64
10.3	Departementets vurdering og forslag	53	14.6	Gevinster for Bufetat og spesialisthelsetjenestene	64
11	Anvendelse på Svalbard	54	14.7	Barnevernets taushetsplikt og adgang til å gi opplysninger	65
11.1	Forslaget i høringsnotatet og bakgrunnen for dette	54	15	Merknader til de enkelte bestemmelser	66
11.2	Høringsinstansens syn	54	15.1	Barnevernloven	66
11.3	Departementets vurdering og forslag	54	15.2	Pensjonsordning for oppdragstakere i statlig beredskaps- eller familiehjem	67
12	Barnevernets taushetsplikt og adgang til å gi opplysninger	56			
12.1	Gjeldende rett	56		Forslag til lov om endringer i barnevernloven mv. (tverrfaglig helsekartlegging)	69



DET KONGELIGE BARNE-
OG FAMILIEDEPARTEMENT

Prop. 222 L

(2020–2021)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

Endringer i barnevernloven mv. (tverrfaglig helsekartlegging)

*Tilråding fra Barne- og familiedepartementet 18. juni 2021,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Solberg)*

1 Proposisjonens hovedinnhold

Barne- og familiedepartementet legger med dette frem forslag til endringer i gjeldende barnevernlov. Forslaget omfatter i hovedsak endringer om tverrfaglig helsekartlegging av barn i barnevernet. I tillegg foreslås det endringer i barnevernets taushetsplikt og adgangen til å gi opplysninger, samt en teknisk endring i lov om pensjonsordning for oppdragstaker i statlig beredskaps- eller familie hjem.

Tverrfaglig helsekartlegging skal bidra til å identifisere hjelpe- og helsebehov hos barn som flyttes ut av hjemmet. Formålet med tverrfaglig helsekartlegging er å skaffe barnevernet tilstrekkelig informasjon om barnet. Tilstrekkelig informasjon om barnets hjelpe- og helsebehov vil bidra til mer treffsikker hjelp og oppfølging av barn som flyttes ut av hjemmet. Målet er at god og riktig hjelp skal bidra til en mer stabil plassering, som reduserer risikoen for utilsiktede flyttinger og brudd i plasseringen.

Departementet foreslår at tverrfaglig helsekartlegging av barn i barnevernet legges organisatorisk til Bufetat. Kartleggingen forutsetter fag-

lige bidrag fra helsepersonell og at spesialisthelsetjenesten bidrar med nødvendige ressurser inn i kartleggingsteamene.

Det foreslås en plikt for kommunal barnevernstjeneste til å vurdere barnets behov for tverrfaglig helsekartlegging når den beslutter å fremme sak for fylkesnemnda om omsorgsovertakelse etter § 4-12 eller atferdsplassering etter §§ 4-24 eller 4-26. Det samme gjelder ved frivillige plasseringer utenfor hjemmet etter § 4-4 sjette ledd. Departementet foreslår at vurderingen skal dokumenteres. Dersom barnevernstjenesten finner at barnet har behov for slik kartlegging, foreslår departementet at barnevernstjenesten skal anmode Bufetat om tverrfaglig helsekartlegging for barnet. Videre foreslår departementet at tverrfaglig helsekartlegging skal være et frivillig tiltak, som bare kan anmodes om dersom det foreligger samtykke. Departementet foreslår at tverrfaglig helsekartlegging kan anmodes på ulike alternative tidspunkt. For det første foreslås det at barnevernstjenesten kan anmode Bufetat om tverrfaglig helsekartlegging når barnevernstjenesten har

besluttet å fremme sak for fylkesnemnda. Videre foreslås det at kartlegging kan anmodes når nemnda har truffet vedtak om omsorgsovertakelse etter § 4-12 eller atferdsplassering etter §§ 4-24 eller 4-26. I tillegg foreslås det at kartlegging kan anmodes når barnevernstjenesten har truffet vedtak om frivillig plassering utenfor hjemmet etter § 4-4 sjette ledd. Departementet foreslår å lovfeste at ved omsorgsovertakelser etter § 4-12 skal kartlegging kun gjennomføres etter at barnet er flyttet ut av hjemmet. For atferdsplasseringer og frivillige plasseringer utenfor hjemmet foreslår departementet at tidspunkt for kartleggingen skal vurderes konkret i hver enkelt sak. Et viktig prinsipp for kartleggingstilbudet er at det skal være så skånsomt som mulig for barnet. Retten til medvirkning og hensynet til barnets beste skal ligge til grunn for vurderingene og gjennomføringen av tverrfaglig helsekartlegging. Bufetat avgjør om tverrfaglig helsekartlegging skal tilbys i det enkelte tilfelle.

Departementet legger til grunn at tilbudet må utvikles og harmoniseres i tråd med kunnskap om hvordan barn som flyttes ut av hjemmet kan hjelpes best mulig. Den nærmere faglige innretningen utredes av Helsedirektoratet i samråd med Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, i samarbeid med helseforetakene og Bufetat. Innretnin-

gen vil være gjenstand for evaluering og endring ved behov. Det skal videre 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. Det vises videre til at Stortinget for 2021 har bevilget 25 millioner kroner til tverrfaglig helsekartlegging av barn i barnevernet. Tilbudet skal etter planen starte opp andre halvdel av 2021. Utprøvingen vil gi nyttig kunnskap i arbeidet med å utvikle tilbudet om tverrfaglig helsekartlegging.

Barnevernets taushetsplikt er noe strengere enn det som følger av de alminnelige reglene i forvaltningsloven. Barnevernet har ikke den samme generelle adgangen som andre forvaltningsorganer til å gi opplysninger om en persons forbindelse til organet og om de vedtak som er truffet. Departementet foreslår å endre dette ved at forvaltningsloven § 13 b nr. 5 skal gjelde også for barnevernet. Dette kan ha en positiv effekt på samarbeidet mellom barnevernet og andre tjenester som skole, barnehage og helse- og omsorgstjenesten. Departementet foreslår også å ta ut presiseringen i dagens taushetspliktbestemmelse om at barnevernet kan gi opplysninger for å forebygge vesentlig fare for liv eller alvorlig skade på noens helse.

2 Bakgrunn

2.1 Utredninger av tilbud om helsekartlegging for barn i barnevernet

Barne- og familiedepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet ga i 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. Bakgrunnen for oppdraget var blant annet innspill fra høringen av forslag til ny barnevernslov der flere instanser understreket behovet for bedre kartlegging av barns helse.

I sitt høringsvar til ny barnevernslov fremhevet Barneombudet 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. Bufdir uttalte i sitt høringsvar til forslag til ny barnevernslov 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.*» I sitt høringsvar til ny barnevernslov 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 forvarlig tilbud.

Helsedirektoratet og Bufdir anbefalte i sin rapport at helsekartlegging gjennomføres av barn som barnevernstjenesten vurderer å flytte ut av

hjemmet på grunn av manglende omsorg eller på grunn av alvorlige atferdsvansker. Direktoratene anbefalte at helsekartlegging burde omfatte kartlegging av somatisk helse, psykisk helse og tannhelse. 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 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.

Barne- og familiedepartementet ba i september 2020 Bufdir 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 anbefalte at barn som barnevernstjenesten beslutter at bør flyttes ut av hjemmet skulle være målgruppen for tilbudet. Dette omfatter omsorgsovertakelser, atferdsplasseringer og frivillige plasseringer utenfor hjemmet. For å oppnå formålet med tverrfaglig kartlegging, anbefalte Bufdir at kartleggingen gjennomføres på et tidspunkt som gjør at funnene i størst mulig grad kan hensyntas når type tiltak og plasseringsalternativ skal besluttes. Bufdir anbefalte derfor at kartleggingen, så langt det lar seg gjøre, bør være ferdig før nedsbehandlingen 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 foreslo at barneverntjenesten burde få 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. Videre anbefalte Bufdir at de ulike aktørenes ansvar, herunder spesialisthelsetjenestens, blir lovregulert. Bufdir vurderte at det ikke er behov for å innføre en plikt for barnevernstjenesten til å be om helsekartlegging og pekte på andre virkemidler, som nasjonale anbefalinger. Bufdir anbefalte imidlertid å gi barneverntjenesten en rett til å be om helsekartlegging og at

Bufetat gis en plikt til å gjennomføre kartlegging når barnevernstjenester ber om det.

2.2 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). 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 fosterhjemforening mener at manglende kjennskap til barnets behov kan medføre risiko for brudd og ikke-planlagte flyttinger fra fosterhjem til institusjon. Det fremgår av innstillingen at Fosterhjemforeningen 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.

2.3 Høringsnotat om tverrfaglig helsekartlegging av barn i barnevernet

Departementet sendte forslag om tverrfaglig helsekartlegging på høring 22. desember 2020. Høringsnotatet redegjorde for behovet for bedre kartlegging av barn som flyttes ut av hjemmet. Videre ble det foreslått et spesialisert andrelinjetilbud for barn som flyttes ut av hjemmet, organisert i Bufetat. Forslaget bygget blant annet på utredninger fra Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) og erfaringer fra forskningsprosjektet Children at risk evaluation (CARE). Høringsnotatet ble sendt til følgende høringsinstanser:

Arbeids- og sosialdepartementet
 Finansdepartementet
 Helse- og omsorgsdepartementet
 Justis- og beredskapsdepartementet
 Kommunal- og moderniseringsdepartementet
 Kulturdepartementet
 Kunnskapsdepartementet
 Nærings- og fiskeridepartementet
 Utenriksdepartementet
 Arbeids- og velferdsdirektoratet
 Barnesakkyndig kommisjon
 Barneombudet
 Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet
 Bufetat, region Midt-Norge
 Bufetat, region nord
 Bufetat, region sør
 Bufetat, region vest
 Bufetat, region øst
 Datatilsynet
 Diakonhjemmet Høgskole
 Domstoladministrasjonen
 Folkehelseinstituttet
 Fylkesmennene
 Helsedirektoratet
 Helse Midt-Norge RHF
 Helse Nord RHF
 Helse Sør-Øst RHF
 Helse Vest RHF
 Høgskolen i Innlandet
 Høgskolen i Molde
 Høgskolen i Volda

Høgskolen i Østfold	Statens barnehus Oslo
Høgskolen på Vestlandet	Statens barnehus Sandefjord
Høgskolen i Sør Øst-Norge	Statens barnehus Stavanger
Integrerings- og mangfoldsdirektoratet	Statens barnehus Trondheim
Institutt for aktiv psykoterapi	Statens barnehus Tromsø
Institutt for barne- og ungdomspsykoterapi	Statens barnehus Ålesund
Institutt for gruppeanalyse og gruppepsykoterapi	Statens helsetilsyn
Institutt for helse og samfunn	Statens råd for likestilling av funksjonshemmede
Institutt for mentalisering	Statens sivilrettsforvaltning
Institutt for psykoterapi	Statistisk sentralbyrå
Kompetanse Norge	Sysselmannen på Svalbard
Kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål	Trygderetten
Kriminalomsorgsdirektoratet	Universitetet i Agder
Krisesentersekretariatet	Universitetet i Bergen
Likestillings- og diskrimineringsombudet	Universitetet i Oslo
Nasjonalt kompetansemiljø om utviklings- hemming – NAKU	Universitetet i Stavanger
Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse – NAKMI	Universitetet i Sørøst-Norge
Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress	Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet
Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge (NUBU)	Utdanningsdirektoratet
Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse	Utlendingsdirektoratet
Nasjonalt senter for flerkulturell opplæring	Utlendingsnemnda
NOKUT – Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen	Velferdsforskningsinstituttet NOVA ved OsloMet
Nord universitet	VID vitenskapelige høyskole
Norges forskningsråd	Riksrevisjonen
Norges nasjonale institusjon for menneskerettigheter (NIM)	Sametinget
Norges Teknisk Naturvitenskapelige Universitet (NTNU)	Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo
Norsk Senter for Barneforskning	Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser (SEPREP)
Norsk senter for menneskerettigheter	SINTEF Helse
OsloMet – storbyuniversitetet	Sivilombudsmannen
Pasient- og brukerombudene	Alle landets kommuner
Politidirektoratet	Alle landets fylkeskommuner
Regionale kunnskapssentre for barn og unge (RKBU)	Alle landets regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)
Regionale ressursenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS)	Longyearbyen lokalstyre
Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør (RBUP)	ACTIS – rusfeltets samarbeidsorgan
Regjeringsadvokaten	Abelia
Samisk høyskole	ADHD Norge
Sekretariatet for konfliktrådene	Akademikerne
Sentralenheten for fylkesnemndene for barnevern og sosiale saker	A-larm bruker- og pårørendeorganisasjon for åpenhet om rus og behandling
Statens barnehus Bergen	Antirasistisk senter
Statens barnehus Bodø	Arbeidsgiverforeningen Spekter
Statens barnehus Hamar	Aurora – støtteforening for mennesker med psykiske helseproblemer
Statens barnehus Kristiansand	Autismeforeningen i Norge
Statens barnehus Moss	Barn av rusmisbrukere – BAR
	Batteriet Oslo
	Bikuben – regionalt brukerstyrt senter
	Bipolarforeningen
	Den Norske Advokatforening
	Den Norske Dommerforening
	Den norske jordmorforening
	Den norske legeforening

Den norske tannlegeforening	Landslaget for rusfri oppvekst
Elevorganisasjonen	Landsgruppen av helsesøstre
Erfaringssentrum	Landsorganisasjonen i Norge (LO)
Fagforbundet	Landsorganisasjonen for romanifolket
Fagrådet innen rusfeltet i Norge	Lærernes yrkesforbund
Familiekanalen	Mental Helse Norge
Fellesorganisasjonen (FO)	Mental helse ungdom
Forandringsfabrikken	MiRA ressurscenter for kvinner med minoritetsbakgrunn
Foreldretvalg for barnehager	NA Norge – Anonyme Narkomane Norge
Foreldretvalg for grunnopplæringen	Nasjonalforeningen for folkehelsen
Foreningen Romanifolkets Kystkultur	Nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende
Foreningen tryggere ruspolitikk	Norges Juristforbund
Foreningen vi som har et barn for lite	Norges Kvinne- og familieforbund
Forskerforbundet	Norges Røde Kors
Frelsesarmeen	Norges Røde Kors Ungdom
Forum for Barnekonvensjonen	Norsk barnevernlederorganisasjon (NOBO)
Helse- og sosialombudet i Oslo	Norsk barnevernsamband
Helsetjenestens Lederforbund	Norsk Folkehjelp
Hovedorganisasjonen Virke	Norsk Forening for Psykisk Helsearbeid
Hvite Ørn – interesse- og brukerorganisasjon for psykisk helse	Norsk forening for rus- og avhengighetsmedisin
Hørselshemmedes Landsforbund	Norsk karakteranalytisk institutt
Ideelt barnevernsforum (IB)	Norsk Psykiatrisk Forening
Innvandrerne landsorganisasjon	Norsk Psykoanalytisk Forening
Ivareta – Pårørende berørt av rus	Norsk sykehus- og helsetjenesteforening
Ja, det nytter	Norsk Tourette Forening
Junior- og barneorganisasjonen JUBA	Norsk Fosterhjemforening
Juridisk rådgivning for kvinner	Norsk Innvandrersforum
Juss-Buss – Juss-studentenes rettsinformasjon	Norsk lektorlag
Jussformidlingen i Bergen	Norsk montessoriforbund
Jusshjelpa i Midt-Norge	Norsk Psykologforening
Jusshjelpa i Nord-Norge	Norsk sykepleierforbund
Kirkens bymisjon	Norsk tannpleierforening
Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling	Norsk Tjenestemannslag
Kompetansenettverk for kvalitet i barnevern (KIB)	Norske fag- og friskolers landsforbund
Kristne friskolers forbund	Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO)
KS	Organisasjonene for barnevernsforeldre (OBF)
Landsforbundet for utviklingshemmede og pårørende	Organisasjonen for private barneverntiltak
Landsforbundet Mot Stoffmisbruk	OMOD – Organisasjonen Mot Offentlig Diskriminering
Landsforeningen 1001 dager – mental helse under graviditet og etter fødsel Landsforeningen for barnevernsbarn (LFB)	Parat Helse
Landsforeningen for etterlatte ved selvmord – LEVE	Press – Redd Barna Ungdom
Landsforeningen for forebygging av selvskading og selvmord	Private barnehagers landsforbund (PBL)
Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse	proLAR
Landsforeningen mot seksuelle overgrep	Psykiatriliansen BIL
Landsforeningen we shall overcome	Pårørendealliansen
Landsgruppen av helsesøstre, NSF	Pårørendesenteret
Landsgruppen av psykiatriske sykepleiere	Redd Barna
	Rusmisbrukernes interesseorganisasjon
	Rådgivning om spiseforstyrrelser
	Rådet for psykisk helse
	Selvhjelp for innvandrere og flyktninger
	Skolelederforbundet
	Skolenes landsforbund

SOS-barnebyer	Lovisenberg Diakonale sykehus
Spillavhengighet Norge	Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming – NAKU
Spiseforstyrrelsesforeningen	Nasjonalt kompetansesenter for sjeldne diagnoser (NKSD)
Steinerskoleforbundet	Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse
Stendi	Norges nasjonale institusjon for menneskerettigheter (NIM)
Stiftelsen Angstringen Norge	Oslo Universitetssykehus HF, Avdeling samhandling i stab fag– pasientsikkerhet og samhandling ved direktørens stab
Stiftelsen barnas rettigheter	Oslo Universitetssykehus HF, Barne- og ungdomsklinikken
Stiftelsen Fontene	Oslo Universitetssykehus HF, Klinikk psykisk helse og avhengighet
Stiftelsen Institutt for spiseforstyrrelser	Pasient- og brukerombudene
Stiftelsen Kirkens familievern	Regionalt kunnskapssentre for barn og unge (RKBU) Midt-Norge
Stiftelsen Menneskerettighetshuset	Regionalt kunnskapssentre for barn og unge (RKBU) Nord
Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning	Regionalt kunnskapssentre for barn og unge (RKBU) Vest
Stiftelsen Pårørendesenteret	Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) Vest
Stiftelsen Rettferd for taperne	Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør (RBUP)
Taternes landsforening	Sentralenheten for fylkesnemndene for barnevern og sosiale saker
Tyrili Utvikling og prosjekt – stiftelse	Statens barnehus
Ungdom mot narkotika – UMN	Statens helsetilsyn
Uni Research	Statsforvalteren i Innlandet
UNICEF Norge	Statsforvalteren i Møre og Romsdal
Unio – Hovedorganisasjon for universitets- og høyskoleutdannede	Statsforvalteren i Nordland
Universitets- og høyskolerådet (UHR-HS)	Statsforvalteren i Rogaland
Utdanningsforbundet	Statsforvalteren i Troms og Finnmark
Velferdsalliansen	Statsforvalteren i Trøndelag
Voksne for barn	Statsforvalteren i Vestland
Yrkesorganisasjonenes sentralforbund	Sysselmannen på Svalbard
	Sykehuset Innlandet HF, Divisjon psykisk helsevern
Høringsfristen var 22. mars 2021. Følgende instanser har uttalt seg:	Sykehuset i Telemark HF
Akershus Universitetssykehus HF, Avdeling barne- og ungdomspsykiatrisk	Sykehuset i Vestfold HF, Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling
Akershus Universitetssykehus HF, seksjon Stillasbyggerne	Universitetet i Oslo
Barnesakkyndig kommisjon	Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet
Barneombudet	Vestre Viken HF, Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling
Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet	Vestre Viken HF, fagdirektør
Bufetat, region Midt-Norge	VID vitenskapelige høyskole
Bufetat, region nord	Asker kommune
Bufetat, region sør	Bergen kommune
Bufetat, region vest	Bærum kommune
Bufetat, region øst	Drammen kommune
Datatilsynet	
Den rettsmedisinske kommisjon	
Diakonhjemmet Omsorg	
Diakonhjemmet sykehus HF, Klinikk for psykisk helse og avhengighet	
Helsedirektoratet	
Helse Bergen HF	
Helse Fonna HF	
Helse Førde HF	
Helse Stavanger, Klinikk for psykisk helse barn, unge og rusavhengige	
Helse Sør-Øst RHF	
Helse Vest	
Kompetanse Norge	

Horten kommune	Hørselshemmedes landsforbund HLF)
Kristiansand kommune	Ideelt barnevernsforum (IB)
Lillestrøm kommune	Kirkens bymisjon
Oslo kommune	KS
Sandnes kommune	Landsforeningen for barnevernsbarn (LFB)
Stavanger kommune	MiRA ressursenter for kvinner med minoritetsbakgrunn
Tromsø kommune	Nasjonalt SRHR-nettverk
Trondheim kommune	Norsk barnevernlederorganisasjon (NOBO)
Longyearbyen lokalstyre	Norsk barnevernsamband
Trøndelag fylkeskommune	Norsk Tourette Forening
Vestland fylkeskommune	Norsk Fosterhjemsforening
Viken fylkeskommune	Norsk fysioterapeutforbund
ACTIS – rusfeltets samarbeidsorgan	Norsk Psykologforening
ADHD Norge	Norsk sykepleierforbund
Autismeforeningen i Norge	Norsk tannpleierforening
Barnevernspedagogene i Akademikerforbundet (BIA)	Organisasjonene for barnevernsforeldre (OBF)
Den Norske Advokatforening	Redd Barna
Den norske legeforening	Rådet for kjønns- og seksualitetsmangfold i Oslo kommune
Den norske tannlegeforening	Rådet for personer med funksjonsnedsettelse i Oslo kommune
Fagforbundet	Sex og samfunn
Fellesorganisasjonen (FO)	SOS-barnebyer
Fellesorganisasjonen (FO) Trøndelag	Stine Sofie Stiftelsen
Forandringsfabrikken	UNICEF Norge
Foreldregruppen ved Stavanger barnevernstjeneste	
FRI – Foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold	

3 Menneskerettslige forpliktelser

3.1 Innledning

Barnevernet skal gi barn nødvendig hjelp, omsorg og beskyttelse til rett tid. I noen saker kan det være nødvendig å flytte barnet ut av hjemmet eller iverksette andre tiltak uten samtykke for å beskytte barnet. Barnevernloven gir derfor hjemmel til inngripende tiltak overfor både barn og foreldre. Både Grunnloven og folkerettslige forpliktelser oppstiller rettslige skranker ved utforming og anvendelse av barnevernloven. Det er særlig de menneskerettslige forpliktelsene som er sentrale, som statens plikt til å sikre barns behov for beskyttelse og omsorg, barnets beste og barn og foreldres rett til familieliv og privatliv. Det er særlig to konvensjoner som er viktige på barnevernsfeltet, FNs barnekonvensjon (BK) og den europeiske menneskerettskonvensjon (EMK). Begge konvensjoner er inkorporert i norsk rett gjennom menneskerettsloven, jf. § 2, og skal ved motstrid gå foran annen lovgivning, jf. § 3. I tillegg vil også andre konvensjoner være relevante, slik som FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter (SP) og FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK). SP og ØSK er inkorporert i norsk rett gjennom menneskerettsloven. Det er særlig forpliktelsene som følger av Grunnloven og Barnekonvensjonen som er relevante i forbindelse med tverrfaglig helsekartlegging av barn i barnevernet. Departementet redegjør nedenfor for de sentrale forpliktelsene.

3.2 Grunnloven

Grunnloven oppstiller særskilte rettigheter til barn som er av stor betydning i barnevernssaker, jf. § 104. I bestemmelsens første ledd fremgår at barn har krav på respekt for sitt menneskeverd. Videre er barns rett til å bli hørt lovfestet i første ledd. Det fremgår at barn har rett til å bli hørt i spørsmål som gjelder dem selv, og at deres mening skal tillegges vekt i overensstemmelse med deres alder og utvikling. I annet ledd fastsettes det at ved «handling og avgjørelser som berører barn, skal barnets beste være et grunn-

leggende hensyn.» I Innst. 186 S (2013–2014) fremhever Kontroll- og konstitusjonskomiteen på side 30 at den vekt hensynet til barnets beste skal tillegges, vil avhenge av hvor sterkt berørt barnet er og hvor alvorlig beslutningen er for barnet.

I tredje ledd er barn gitt et særskilt vern om sin personlige integritet. Retten til vern om den personlige integritet er i Grunnloven formulert som en individuell rettighet for barnet og omfatter rett til beskyttelse mot alvorlige integritetskrenkelser som vold, mishandling og seksuell utnyttelse. Bestemmelsen kan også leses som et vern mot omsorgssvikt.¹ Barnets personlige integritet skal ivaretas uavhengig av hvor barnet bor, og omfatter også barn i fosterhjem og institusjon. Bestemmelsen pålegger staten en plikt til å sørge for et regelverk og for håndhevelse av et regelverk som på best mulig måte kan verne barnet mot utnyttelse, vold og mishandling.² Videre fremgår det av tredje ledd at staten skal «legge forholdene til rette for barnets utvikling, herunder sikre at barnet får den nødvendige økonomiske, sosiale og helsemessige trygghet, fortrinnsvis i egen familie».

Grunnlovfesting av sentrale menneskerettigheter pålegger ikke staten ytterligere skranker enn det som allerede følger av folkeretten, jf. Kontroll- og konstitusjonskomiteens innstilling, Innst. 186 S (2013–2014) s. 20.

3.3 Barnekonvensjonen

FNs barnekonvensjon (BK) artikkel 3 nr. 1 fastslår at prinsippet om barnets beste skal være et grunnleggende hensyn ved alle handlinger som berører barn. Prinsippet gjelder både i konkrete saker om et enkelt barn, og for avgjørelser på mer overordnet nivå, som ved utforming av lover. Det innebærer en rettslig plikt til å tillegge barnets beste den nødvendige vekt, både ved gjennomføringen av andre rettigheter og ved skjønnsutøvelsen for lovbestemmelser som berører barn.³

¹ Se Innst. 186 S (2013–2014) s. 29.

² Se Innst. 186 S (2013–2014) s. 30.

Prinsippet om barnets beste er ett av fire generelle prinsipper i konvensjonen. De tre andre er retten til ikke-diskriminering i artikkel 2, retten til liv, overlevelse og utvikling i artikkel 6 og retten til å bli hørt etter artikkel 12. Prinsippene får betydning for tolkningen av andre bestemmelser i konvensjonen.

I BK artikkel 12 er barns rett til å bli hørt slått fast. Staten er forpliktet til å garantere et barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter, retten til fritt å gi uttrykk for disse synspunkter i alle forhold som vedrører barnet, og tillegge barnets synspunkter behørig vekt i samsvar med dets alder og modenhet. Barnet skal særlig gis anledning til å bli hørt i enhver rettslig og administrativ saksbehandling som angår barnet, enten direkte eller gjennom en representant eller et egnet organ, på en måte som er i samsvar med saksbehandlingsreglene i nasjonal rett, jf. artikkel 12 nr. 2.

BK artikkel 19 nr.1 fastslår at «Partene skal treffe alle egnede lovgivningsmessige, administrative, sosiale og opplæringsmessige tiltak for å beskytte barnet mot alle former for fysisk eller psykisk vold, skade eller misbruk, vanskjøtsel eller forsømmelig behandling, mishandling eller utnyttning, herunder seksuelt misbruk, mens en eller begge foreldre, verge(r) eller eventuell annen person har omsorgen for barnet.» Artikkel 19 omfatter også mindre alvorlige mangler ved omsorgen som kan gi grunnlag for hjelpetiltak. Forebygging og veiledning for å unngå overgrep, samt effektive virkemidler for avdekking og oppfølging av slike forhold, er sentralt etter artikkel 19. Det fremgår av artikkel 19 nr. 2 at «Slike beskyttelsestiltak bør omfatte effektive prosedyrer for utforming av sosiale programmer som yter nødvendig støtte til barnet og til dem som har omsorgen for barnet, samt andre former for forebygging, påpeking, rapportering, viderehenvisning, undersøkelse, behandling og oppfølging av tilfeller av barnemishandling som tidligere beskrevet og, om nødvendig, for rettslig oppfølging.»

I BK artikkel 20 fremgår særlige rettighetene for barn under alternativ omsorg. I BK artikkel 20 nr. 1 fremgår det at «et barn som midlertidig eller permanent er fratatt sitt familiemiljø, eller som i egen interesse ikke kan tillates å bli værende i et slikt miljø, skal ha rett til særlig beskyttelse og bistand fra staten.»

I henhold til BK artikkel 24 nr.1 har alle barn rett til best mulig oppnåelig helse. Videre fremgår det at staten skal bestrebe seg på å sikre at ingen barn fratras sin rett til adgang til slike helsetjenester. Retten til den høyest oppnåelige helsestandard er også beskyttet av ØSK artikkel 12. Når det gjelder retten til den høyest oppnåelige helsestandard, har statene i utgangspunktet en skjønnsmargin knyttet til valg av tiltak for å realisere rettighetene. Samtidig er det sentralt at statene begrunner hvorfor og hvordan de anser at tiltakene er hensiktsmessige for formålet.⁴

Barnekomiteen har utgitt en egen generell kommentar nr. 15 om barnets rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard. Barnekomiteen uttaler at begrepet «den høyest oppnåelige helsestandard» tar hensyn til både barnets biologiske, sosiale, kulturelle og økonomiske forutsetninger og statens tilgjengelig ressurser, supplert med ressurser som er gjort tilgjengelig av andre kilder, blant annet frivillige organisasjoner, det internasjonale samfunnet og privat sektor. Av relevans for problemstillingen i høringsnotatet er barnekomiteens oppfordringer til å se særlig hen til barn i vanskeligstilte situasjoner og på underprivilegerte områder: «Children in disadvantaged situations and under-served areas should be a focus of efforts to fulfil children's right to health. States should identify factors at national and sub-national levels that create vulnerabilities for children or that disadvantage certain groups of children. These factors should be addressed when developing laws, regulations, policies, programmes and services for children's health, and work towards ensuring equity.»

Komiteen gir videre oppfordring om å rette oppmerksomhet mot identifisering og prioritering av marginaliserte og ressursssvake grupper av barn: «Particular attention must be given to identifying and prioritizing marginalized and disadvantaged groups of children, as well as children who are at risk of any form of violence and discrimination.» Barnekomiteens generelle kommentarer er ikke rettslig bindende, men er retningslinjer for tolkning og anvendelse av konvensjonens bestemmelser.

I artikkel 25 fremgår det at partene skal anerkjenne «at et barn som er blitt plassert av kompetente myndigheter for å få omsorg, beskyttelse eller fysisk eller psykisk behandling, har rett til periodisk vurdering av den behandlingen barnet

³ Sørensen, Barnevern og menneskerettighetene, vedlegg 4 til NOU 2016: 16, side 315.

⁴ Tobin, The UN Convention on the Rights of the Child, A Commentary, s. 969

får og av alle andre forhold som har betydning for plasseringen av barnet.»

Av konvensjonens artikkel 27 fremgår det at partene er forpliktet til å anerkjenne ethvert barns rett til en levestandard som er tilstrekkelig for barnets fysiske, psykiske, åndelige, moralske og sosiale utvikling.

I BK artikkel 39 fremgår det at «Partene skal treffe alle egnende tiltak for å fremme fysisk og psykisk rehabilitering og sosial reintegrering av et barn som har vært utsatt for: enhver form for vanskjøtsel, utnyttning eller misbruk; tortur eller enhver annen form for grusom, umenneskelig

eller nedverdiggende behandling eller straff; eller væpnede konflikter. Slik rehabilitering og reintegrering skal finne sted i et miljø som fremmer barnets helse, selvspekt og verdighet».

BK artikkel 4 pålegger staten å treffe alle egnende lovgivningsmessige, administrative og andre tiltak for å gjennomføre de rettigheter som anerkjennes i konvensjonen. Når det gjelder økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter, skal partene treffe slike tiltak i størst mulig utstrekning innenfor de ressurser de har til rådighet, om nødvendig innenfor rammen av internasjonalt samarbeid, jf. artikkel 4.

4 Gjeldende rett

4.1 Barnevernstjenestens ansvar for undersøkelser

Den kommunale barnevernstjenesten 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 treffes 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.

4.2 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 barnevernstjenesten 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 vil være en del av beslutningsgrunnlaget når henholdsvis barnevernstjenesten, 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.

I Prop. 133 L (2020–2021) er det foreslått å innta en forskriftshjemmel i barnevernloven som gir departementet mulighet til å forskriftsfeste krav til sakkyndiges mandater, rapporter og egenerklæringer. 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.

4.3 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.

Innhenting av opplysninger fra skole, barnehage, politi, helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 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. Som et utgangspunkt kan barneverntjenesten 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. Barneverntjenesten 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. Barneverntjenestens 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 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 seks tilfeller avsto henvisning fra barnevernstjenesten med grunnlag i at barnet må sikres en mer stabil omsorgssituasjon før utredning kan skje.¹

4.4 Det spesialiserte utrednings-tilbudet 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

¹ Det å reise vasker øynene. Gjennomgang av 106 barnevernssaker. Rapport fra Helsetilsynet unummerert 2019 s. 109

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 barnevernloven § 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.

4.5 Barnevernstjenestens omsorgs- og oppfølgingsansvar

4.5.1 Omsorgsansvaret

Når fylkesnemnda har truffet 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 annet 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 helse- og omsorgstjenesten. Det er barnevernstjenesten som etter omsorgsovertakelse skal sørge for at barnet får et tilstrekkelig samordnet og helhetlig hjelpetilbud. Blant annet er det barnevernstjenesten som etter omsorgsovertakelse 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. Videre er det barnevernstjenesten som skal samtykke til utredning av barnet etter opplæringsloven.

4.5.2 Oppfølgingsansvaret

Barnevernstjenesten har et ansvar for å følge opp barn og foreldre etter at vedtak om hjelpetiltak, akuttvedtak, vedtak om omsorgsovertakelse og vedtak om opphold i barneverninstitusjon på grunn av alvorlige atferdsvansker er iverksatt, jf. dagens lov §§ 4-5, 4-6 sjette ledd, 4-9 femte ledd, 4-16 og 4-28.

Etter barnevernloven § 4-4 sjette ledd kan barnevernstjenesten som frivillig hjelpetiltak formidle plass i fosterhjem, institusjon eller omsorgssteder for mindreårige. Når barnet er plassert utenfor hjemmet som hjelpetiltak skal barnevernstjenesten følge med på både barnets og foreldrenes utvikling, jf. barnevernloven § 4-5. Det følger av barnevernloven § 4-5 at når hjelpetiltak vedtas, skal barnevernstjenesten utarbeide en tidsavgrenset tiltaksplan for hjelpetiltak. Planen skal evalueres regelmessig. Videre fremgår det at barnevernstjenesten skal følge nøye med på hvordan det går med barnet og foreldrene og vurdere om hjelpen er tjenlig, eller om det er grunnlag for nye tiltak eller omsorgsovertakelse.

I § 4-6 sjette ledd og § 4-9 femte ledd er barnevernstjenestens oppfølgingsplikt ved akuttvedtak regulert. Barnevernstjenesten skal løpende følge med på barnets omsorgssituasjon og utvikling. Barnevernstjenesten skal vurdere om det er nødvendig med endringer eller ytterligere tiltak for barnet. Barnevernstjenesten skal også følge med på barnets omsorgssituasjon og utvikling. Barnevernstjenesten skal vurdere om det er nødvendig med endringer eller ytterligere tiltak for barnet. Barnevernstjenesten skal også følge med på foreldrenes situasjon. Barnevernstjenesten skal kort tid etter at vedtak er truffet, kontakte foreldrene med tilbud om veiledning og oppfølging. Dersom foreldrene ønsker det, skal barnevernstjenesten som en del av oppfølgingen formidle kontakt med øvrige hjelpeinstanser. Det er etter gjeldende barnevernlov ikke et krav om at det utarbeides planer ved akuttvedtak.

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. fosterhjemsforskriften § 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.

4.6 Retten til nødvendig helsehjelp

Barn og unge har rett til helsehjelp (øyeblikkelig hjelp og annen nødvendig helsehjelp) fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten, jf. pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-1 a og 2-1 b. Retten omfatter både somatisk og psykisk helsehjelp.

De regionale helseforetakene skal sørge for at det finnes et tilbud om spesialisthelsetjenester i og utenfor institusjon, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a. Kommunene skal sørge for at det fin-

nes et tilbud om andre nødvendige helse- og omsorgstjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1.

Helse- og omsorgstjenestene skal være forsvarlige. Kommunene skal blant annet tilrettelegge tjenestene slik at barnet gis et verdig tjenestetilbud, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1.

Flere rettigheter i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2 skal sikre nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten til rett tid; rett til øyeblikkelig hjelp, rett til vurdering, rett til nødvendig helsehjelp, frist for når pasienten senest skal få helsehjelp, rett til oppfyllelse ved fristbrudd, rett til fornyet vurdering og rett til fritt behandlingsvalg, som også gjelder barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP).

Henvisninger skal vurderes innen ti virkedager, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2. Det er gitt særskilte fristregler for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet i prioriteringsforskriften § 4a. Fristen for oppfyllelse av rett til nødvendig helsehjelp skal ikke overstige 65 virkedager fra den dagen det er vurdert at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp. Spesialisthelsetjenesten skal vurdere pasientens tilstand konkret og individuelt, og faglig forsvarlighet kan tilsi at helsehjelpen må gis tidligere enn etter 65 dager.

Helse- og omsorgstjenesten skal ha en spesiell oppmerksomhet overfor sårbare grupper som har økt risiko for å utvikle psykiske vansker og lidelser, som barn og unge med tiltak fra barnevernet.

4.7 Tannhelse

Fylkeskommunene har i henhold til tannhelsetjenestelovens § 1-3 første ledd bokstav a), en plikt til å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til barn og ungdom fra fødsel til og med det året de fyller 18 år. Samt etter bokstav d) et regelmessig og oppsøkende tilbud til et ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret. Videre har fylkeskommunen ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep. Helsedirektoratet har gitt ut en nasjonal faglig retningslinje, Tannhelsetjenester til barn og unge 0 – 20 år. Et av temaene i retningslinjen er forebyggende tannhelsetjenester og oppfølging av barn og unge med risiko for tannsykdom.

4.8 Taushetsplikt og adgang til å dele opplysninger

4.8.1 Barnevernets 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 barneverntjenestens og institusjonens oppgaver eller for å forebygge fare for liv eller alvorlig skade for noens helse. Barneverntjenesten 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 barnevernloven. Gjennom sin kontakt og kjennskap til barnet og foreldrene vil andre tjenester ofte 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 helse- og omsorgstjenesten når det er nødvendig for å sikre at barnet får nødvendig helsehjelp, bør som utgangspunkt kommunikasjon/dialog mellom barnevernstjenesten og helse- og omsorgstjenesten 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.

4.8.2 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 hjelpetrenende unnlater å oppsøke helse- og omsorgstjenesten ved behov for helse-

hjelp 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 helse tjenester og barneverntjenester, og at saker drøftes anonymisert. Det er i den forbindelse viktig at helsepersonellet eller 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 som opptre som sakkyndig gir opplysninger til oppdragsgiver dersom opplysningene er mottatt under utførelse av oppdraget og har betydning for dette. Den som opptre som sakkyndig skal gjøre pasienten oppmerksom på oppdraget og hva dette innebærer, jf. § 27 annet ledd.

4.9 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 personopp-

lysningene 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. Selv om barnevernet i dag utfører lovpålagte oppgaver som innebærer utøvelse av offentlig myndighet, og at behandlingen av personopplysninger dermed følger av nasjonal rett, jf. artikkel 6 nr. 3 er det flere hensyn som tilsier at adgangen til å behandle personopplysninger bør reguleres i en egen bestemmelse i loven.

I Prop. 133 L (2020–2021) *Lov om barnevern (barnevernslov) og lov om endringer i barnevernloven* er det foreslått at barnevernets behandling av personopplysninger uttrykkelig bør hjemles i barnevernsloven. Det ble i den forbindelse 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. Regulering av adgangen til å behandle personopplysninger i barnevernsloven kan bidra til økt bevissthet om hvordan behandlingen av personopplysninger skal skje

Av forslaget til ny barnevernslov § 13-6 om behandling av personopplysninger fremgår det at

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. Bestemmelsen omfatter også private som utfører oppgaver etter barnevernsloven.

Videre ble foreslått at 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.

5 Behovet for tverrfaglig helsekartlegging

5.1 Forslaget i høringsnotatet og bakgrunnen for dette

5.1.1 Bakgrunnen for forslaget

5.1.1.1 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 barn i barnevernet har en klart forhøyet risiko for dårlig fysisk og mental helse, rusmisbruk og kriminalitet i voksen alder. 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.

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 barn i fosterhjem som deltok i undersøkelsen oppfylte kriteriene for én eller flere psykiske lidelser.

I et forskningsprosjekt fra NTNU 2015 ble det funnet at tre av fire (ca. 76 prosent) av barn på barnevernsinstitusjon hadde opplevd å ha en eller flere psykiske lidelser.¹ De hyppigste diagnosene er angst, kronisk nedstemthet, alvorlig depresjon, ADHD, alvorlige atferdsvansker og tilknytningsforstyrrelser. Studien inkluderte 400 ungdommer mellom 12-20 år. Sannsynligheten for at barn på barnevernsinstitusjon har behov for psykisk helsehjelp er dermed høy.

Av disse hadde 38 prosent fått hjelp fra psykisk helsevern for barn og unge i løpet av de siste tre månedene og 86 prosent hadde fått hjelp fra spesialisthelsetjenesten i løpet av livet. Undersøkelsen viser også at barn og unge med utviklingsforstyr-

relser er overrepresentert i barnevernet. Videre fra den samme studien heter det at:

«(...) mange ungdommer i barnevernsinstitusjoner har psykiske vansker som de i liten grad får psykiatrisk hjelp for. Institusjonspersonalet som skal gi dem omsorg og hjelp til å fungere bedre har i liten grad kunnskap om problematikken. Institusjonene er ikke utformet for å ta hånd om den høye komorbiditeten (samsykkeligheten) mellom angst, depresjon og alvorlige atferdsforstyrrelser som ungdommene viser. Dette innebærer komplekse problemer og komplekse omsorgs- og behandlingsbehov.»

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.

5.1.1.2 Erfaringer fra CARE-prosjektet

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. Funn fra CARE viser at syv av ti barn tilfredsstiller 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. 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, innsøvningsforstyrrelser eller spiseforstyrrelser. Videre har flere av barna vært utsatt for skadelige forhold i svangerskapet og har problemer relatert til dette. Mange av barna har mageproblemer, enurese-/benkepressproblematikk (ufrivillig vannlating/avføring) og/eller for høy eller lav vekt. I tillegg har flere av

¹ Kayed, N., Jozefiak, T., Rimehaug, T., Tjelflaa, T., Brubakk, A-M. og Wichstrøm, L. (2015). Psykisk helse hos barn og unge i barnevernsinstitusjoner. Trondheim: NTNU

Boks 5.1 Children at risk evaluation (CARE)

Universitetet i Oslo har de siste årene utarbeidet og prøvd ut modell for kartlegging av helse, utvikling og omsorgsbehov hos barn som er i særlig risiko. Prosjektet prøver ut metoder og modeller for hvordan en slik kartlegging bør gjennomføres i samarbeid mellom barnevernet og helsetjenesten. Modellen som prøves ut bygger på rutinemessig, traumeinformert kartlegging av barn og unge som flyttes ut av hjemmet. Kartleggingen utføres av et tverrfaglig team, med spesialisert kompetanse. Målgruppen er i hovedsak barn som barnevernstjenesten har overtatt omsorgen for eller planlegger omsorgsovertakelse av. Bufetat region sør har ett team ved Telemark barne- og familiesenter i Skien som kartlegger barn i alderen 0-6 år. Vertskap for temaet som kartlegger barn 7-17 år er BUP-avdelingen ved Sykehuset i Vestfold HF (Tønsberg). 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.

barna problemer med synet eller med finmotorikken. Tannråte og andre tegn på dårlig tannhelse forekommer også hyppig.

I forbindelse med evalueringen svarte 71 prosent av de ansatte i barnevernstjenesten at kartleggingsrapportene ga informasjon de ikke hadde hatt tidligere. Av de 102 barna som ble kartlagt i aldersgruppen 7-17 år var det kun ett av disse barna som ikke hadde behov for tjenester utenfor hjemmet. I aldersgruppen 0-6 år var det kun 14 av 98 barn som ikke hadde behov for tiltak utenfor hjemmet. Dette innebærer at 7 prosent av de kartlagte barna ikke hadde behov for tjenester utenfor hjemmet. 74 prosent av barna ble ansett å ha behov for to eller flere tjenester, mens 56 prosent av barna hadde behov for tre eller flere tjenester. Tjenester utenfor hjemmet omfatter blant annet PPT, fysioterapi, somatisk helsehjelp og psykisk helsehjelp.

5.1.2 Forslaget i høringsnotatet

I høringsnotatet ble det lagt vekt på at en grundig kartlegging av barnets behov er en forutsetning for at barnevernet skal kunne gi riktig hjelp.

Departementet viste til at forekomsten av psykiske lidelser hos barn som bor i fosterhjem og i barnevernsinstitusjon er langt høyere enn i barnebefolkningen for øvrig og at mange av barna som får hjelp fra barnevernet har vært utsatt for alvorlige belastninger. Videre ble det vist til at manglende kunnskap om barnets helse og fungering kan få negative konsekvenser, både for det enkelte barn, deres familie og samfunnet. En viktig begrunnelse for forslaget om tverrfaglig helsekartlegging var at barnevernstjenesten har behov for kunnskap om barnets historie, barnets psykiske og fysiske helse, barnets skolegang og barnets egne meninger, for å kunne gi barn et tilpasset og godt tilbud utenfor hjemmet. Departementet viste til at Bufetat har et ansvar for å bistå barnevernstjenesten med å finne fosterhjem eller institusjon når barnevernstjenesten ber om dette. Departementet la derfor til grunn at også Bufetat har behov for tilstrekkelig og oppdatert kunnskap om barnet. Videre viste departementet til at barnets nye omsorgsgivere (fosterhjem eller institusjon) har behov informasjon om barnet for å kunne gi barnet god omsorg og oppfølging.

Departementet la vekt på målsettingen om at tverrfaglig helsekartlegging skal bidra til å oppnå mer stabil plassering gjennom å redusere risiko for utilsiktet flytting og brudd. Departementet foreslo derfor at helsekartlegging skulle ha som formål å skaffe ulike instanser i barnevernet tilstrekkelig informasjon om barnet i forbindelse med valg av plasseringssted, innhold i tiltak og oppfølging. Det ble videre presisert at målet med kartleggingen ikke er å stille diagnoser, men å identifisere barnets behov. Det ble fremhevet at kartleggingen kan avdekke at barnet har behov for hjelp fra andre instanser enn barnevernet, og at det i slike tilfeller vil være barnevernstjenestens ansvar å legge til rette for at barnet får denne hjelpen.

Departementet la videre til grunn at tverrfaglige helsekartlegginger har et vesentlig annet formål enn bruk av sakkyndige i undersøkelsen etter barnevernloven § 4-3 fjerde ledd. Det ble vist til at sakkyndigutredninger i undersøkelser etter barnevernloven ikke innebærer en bred kartlegging av barnets somatiske og psykiske helse.

5.2 Høringsinstansenes syn

5.2.1 Behovet for tverrfaglig helsekartlegging

Om lag 100 instanser har sendt inn hørings svar til forslaget. I overkant av 80 av disse er positive til forslaget om tverrfaglig helsekartlegging. Dette

omfatter blant annet *Barneombudet, Barnesakkyn- dig kommisjon, Bufdir, Bufetat region nord, Bufetat region sør, Bufetat region vest, Bufetat region Midt-Norge, Den rettsmedisinske kommisjon, Diakon- hjemmet Sykehus, Fylkesnemndene, Helsedirekto- ratet, Helse Bergen HF, Helsetilsynet, Helse Sør-Øst RHF, Lovisenberg diakonale sykehus, Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU), Nasjonalt kompetansesenter for sjeldne diagnoser, Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psy- kisk helse, Norges institusjon for menneskerettighe- ter (NIM), Oslo Universitetssykehus HF, barne- og ungdomsklinikken, Oslo Universitetssykehus, Oslo Universitetssykehus HF, avdeling samhandling, Kli- nikk psykisk helse og avhengighet, Pasient- og bru- kerombudet, Pilar kompetansetjeneste (tidligere RBUP Øst og Sør), RKBU nord, RKBU Vest, RVTS vest, Statens barnehus, Statsforvalteren i Innlandet, Statsforvalteren i Nordland, Statsforvalteren i Troms og Finnmark, Statsforvalteren i Trøndelag, Statsforvalteren i Rogaland, Statsforvalteren i Vest- landet, Sykehuset Telemark HF, Trøndelag fylkes- kommune, Universitetet i Oslo, Forskergruppen for Barnerett ved Det juridiske fakultet UiT Norges ark- tiske universitet, VID vitenskapelig høyskole, Vest- land tannhelsetjeneste, Viken fylkeskommune, Ves- tre Viken HF, Vestre Viken HF, Barne- og ungdoms- psykiatrisk avdeling.*

Høringsinstansene på helsesiden gir gjennom- gående bred støtte til intensjonen i forslaget, men har en rekke innspill til innretningen av tilbudet. Innspillene knytter seg til at kartlegging basert på en dags undersøkelse faglig sett gir usikre resul- tater og rom for feiltolkninger, at modellen kan føre til prioriteringsmessige konflikter og ytterli- gere rekrutteringsutfordringer i BUP, økt diskon- tinuitet for barna når ukjente terapeuter kommer inn for å kartlegge uten videre oppfølging og at spesialistressursen i teamet går med til mye admi- nistrativt arbeid. Noen av disse høringsinstansene er også bekymret for at plassering utenfor helse- tjenesten kan skape uklare roller og ansvarsfor- hold. Flere av merknadene vil bli nærmere vur- dert i det videre arbeidet med utvikling og etable- ring av tilbudet om helsekartlegging. Det vises blant annet til at Helsedirektoratet i samråd med Bufdir har i oppdrag å utrede det faglige innholdet i kartleggingen.

Barneombudet støtter store deler av forslaget og uttaler at:

«Helsekartlegging vil være et viktig virkemid- del for å gi barn i barnevernet bedre omsorg og oppfølging, og vil også kunne bidra til færre brudd i fosterhjem, færre institusjonsplasserin-

ger og mindre bruk av enetiltak (...) Til tross for at de barna det her gjelder tilhører en høy- risikogruppe for alvorlige helseplager, avdek- kes ofte ikke helseplagene før det har gått lang tid, og problemene har forverret seg vesentlig. Vi mangler i dag systemer for å avdekke bar- nas behov på en god måte i forbindelse med flytting ut av hjemmet. (...) For å kunne sikre barns rett til forsvarlig omsorg mener vi det er avgjørende at det etableres et system med kart- legging av barnets somatiske og psykiske helse ved flytting ut av hjemmet.»

Universitet i Oslo mener at BUP lenge har hatt en tradisjon for å avvise henvisninger fra barnevernet fordi «omsorgssituasjonen for barnet ikke er avklart/stabil», og viser til at myndighetene har et felles ansvar for å sikre barn under offentlig omsorg de tjenester de behøver for å ivareta deres helse og utvikling og at sektortenkning ikke må stå i veien. *Bufetat region nord* uttaler at:

«Kartlegging etter modellen som beskrives i dette dokumentet er et komprimert, helhetlig og systematisk tilbud til barn som tidligere kun har fått sporadisk oppfølging av helse og omsorgsbehov. At barnets utfordringer ses i sammenheng, samtidig og fra et tverrfaglig perspektiv er nytt og helt vesentlig. Vi mener derfor at systematikken og samtidigheten som helsekartleggingen vil bidra til bør få større oppmerksomhet i dokumentet.»

RKBU nord mener høringsnotatet grundig tyde- liggjør behovene for kartlegging av psykisk og somatisk helse for barn under barnevernets omsorg og at resultatene fra CARE evalueringen viser med all tydelighet behovet for endringer.

Den rettsmedisinske kommisjon mener det fore- ligger mye forskning som viser at barn i barne- vernssystemet har en betydelig økt forekomst av både psykiske og somatiske helseplager, forskjel- lige sosiale vansker og en økt dødelighet både i ungdomsår og senere i livet. Kommisjonen uttaler at de «støtter helhjertet grunntanken i dette forsla- get, nemlig økt fokus på en tverrfaglig utredning av barnas helseplager slik at denne kunnskapen kan danne grunnlag for bedre oppfølging og omsorg i regi av barnevernet.»

Bufdir støtter departementets beskrivelse av behovet for helsekartlegging av barn i barnever- net, og viser til at det er godt dokumentert gjen- nom forskning, tilsyn og undersøkelser at det ikke alltid foreligger tilstrekkelige opplysninger om barnets helse når vedtak om å flytte barnet ut av

hjemmet fattes. Bufdir mener dette kan medføre at barnet ikke får rett tiltak, resultere i utilsiktede flyttinger og utgjøre en risiko for barnets videre utvikling og helse.

Helse Bergen HF uttaler at:

«Målgruppen for helsekartlegging er kjent, og det er viktig at denne gruppen får et godt og forenklet helsetilbud. Denne gruppen har i dag et manglende og fragmentert tilbud i helsetjenesten.»

Helsetilsynet støtter behovet for at barn og unge får god og tilstrekkelig kartlegging av sine helsemessige behov, og mener at en helhetlig forståelse av helsemessige utfordringer blant annet vil kunne sikre riktig hjelp til riktig tid. *Helsetilsynet* mener at en helhetlig helsekartlegging i større grad kan bidra til at barn og unge i barnevernet får forsvarlig omsorg, hjelp og oppfølging. Videre peker *Helsetilsynet* på at deres tilsynserfaringer har vist hvilke alvorlige konsekvenser det får for barn og unge når barnevernet og tilhørende tiltaksapparat har mangelfull og utilstrekkelig informasjon om deres behov. *Helsetilsynet* vurderer imidlertid at forslaget må være mer forpliktende for at det skal bidra til å sikre samarbeid mellom de involverte instansene.

Samtlige kommuner som har uttalt seg er positive til forslaget om tverrfaglig helsekartlegging, herunder *Asker, Bergen, Bærum, Drammen, Horten, Kristiansand, Lillestrøm, Oslo, Sandnes, Trondheim* og *Tromsø*. Flere kommuner har likevel innspill til innretningen av tilbudet.

Også flertallet av bruker- og interesseorganisasjoner er positive til tiltaket. Dette omfatter *Actis – rusfeltets samarbeidsorgan, ADHD-Norge, Advokatforeningen, Akademikerforbundet, Autismeforeningen i Norge, Den norske tannlegeforening, Fagforbundet, FRI – foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold, Fokus på barnevernet, Foreldregruppen ved Stavanger barnevernstjeneste, FO Trøndelag, Hørselshemmedes landsforbund, Ideelt barnevernsforum, KS, Landsforeningen for barnevernsbarn, MiRA-senteret, Nasjonalt nettverk for seksuell og reproduktiv helse, Norsk barnevernlederorganisasjon (NOBO), Norsk fosterhjemforening, Norsk Sykepleierforbund, Norsk tannpleierforening, Norsk Tourette forening, Norsk barnevernssamband, Organisasjon for barnevernsforeldre (OBF), SOS Barnebyer, Stine Sofie Stiftelsen, Sex og samfunn og UNICEF Norge.*

Den norske legeforening støtter intensjonen i forslaget, men gjør oppmerksom på begrensningene som ligger i en slik prosess og at vurderin-

gen som foretas i et «øyeblikksbilde» vil ha begrenset verdi. Det vises til at særlig barns psykiske helse og behov i den sammenheng er tilnærmet umulig å kartlegge ved ett møte og at man ved all helsekartlegging risikerer overdiagnostikk.

I underkant av 10 instanser er uttrykkelig imot forslaget. *Helse Vest HF* uttaler at de er sterkt kritiske til at det er barnets omsorgssituasjon, og ikke konkret mistanke om helseproblemer, som skal avgjøre om barnet skal få en helsekartlegging. Videre er de kritiske til at helsepersonell skal ta over ansvar og oppgaver som bør ligge i barnevernstjenesten og viser til at det er barnevernet sitt ansvar å hente inn helseopplysninger om barnet, oppsøke fastlege ved helseplager, henviser til BUP ved behov og generelt sørge for at barnet får den helseoppfølgingen som han eller hun har rett på.

Stillasbyggerne støtter intensjonene i forslaget, men er uenig i forslaget om å opprette tverrfaglige kartleggingsteam. *Stillasbyggerne* mener at et slikt team kan bidra til å styrke den systematiske diskontinuiteten tjenestene er preget av i dag og anbefaler at man legger pakkeforløpet «Kartlegging og undersøkelse av psykisk helse og rus hos barn i barnevernet» til grunn.

Sykehuset Innlandet mener det bør være mulig å få en god nok oversikt over barna og ungdommenes psykiske og fysiske helse ved god screening og undersøkelse i tråd med rutinene som beskrives i pakkeforløpet «Barnevern – kartlegging og utredning av psykisk helse og rus hos barn og unge.»

Også *Forandringsfabrikken* er enig i intensjonene i forslaget, men gir likevel uttrykk for at de er kritiske til tiltaket. De viser blant annet til at høringsnotatet har mest fokus på barnets psykisk helse og for lite fokus på somatisk helse. *Forandringsfabrikken* viser også til at for stort fokus på psykisk helse kan bidra til å sykeliggjøre barnet. Videre er de opptatt av barns rett til medvirkning, og at barnet må få god informasjon og få uttale seg fritt.

Helse Stavanger mener at kartleggingen virker komplisert og det kan se ut som en bruker mere ressurser enn nødvendig. De uttaler at «*Vår påstand er at allerede eksisterende informasjon ikke blir tatt hensyn til, og vi mener derfor at forbedringspotensialet ligger andre steder enn kartlegging*» og videre «*Det å møte et team på en hektisk dag og aldri se dem igjen, er etter vår erfaring ikke forenlig med barnets ønsker. Vår store utfordring i hjelpeapparatet er at barn ikke føler seg trygge nok til å fortelle det som gjør mest vondt og som er årsaken til alle symptomene.*»

Den ideelle organisasjonen *Diakonhjemmet omsorg* er imot at det opprettes et statlig tilbud og mener kommunene selv må få bestemme hvordan de skal ivareta dette behovet. *Stiftelsen Kirkens Bymisjon* mener tiltaket som er foreslått ikke er riktig for målgruppen. *Redd Barna* mener at egnetheten av tiltaket bør utredes nærmere.

Diakonhjemmet sykehus mener en bør legge eventuelle nye nasjonale anbefalinger inn i det eksisterende pakkeforløpet. Sykehuset mener det er lagt ned mye arbeid i pakkeforløpet, og det bør kunne benyttes og eventuelt videreutvikles også i denne sammenheng. *Norsk psykologiforening* mener at forslagene kan gripe uhensiktsmessig inn i en rekke pågående prosesser, og viser til pakkeforløpet, barnevernsreformen og utviklingen av en ny tverrsektoriell veileder for arbeid med psykisk helse barn og unge, nedfelt i Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse.

Bufetat region øst uttaler at tverrfaglig helsekartlegging vil bli en forsterkning av pakkeforløpet. Region øst mener at disse to tiltakene bør ses i sammenheng, slik at de kan understøtte og utfylle hverandre. *Bufdir* mener at tverrfaglig helsekartlegging vil gi et godt grunnlag for å vurdere om pakkeforløpet kartlegging og utredning av psykisk helse og rus hos barn og unge skal iverksettes. *RKBU nord* mener at de foreslåtte endringer gir mening sett hen til etableringen av pakkeforløpet.

Helse Stavanger har spilt inn at det bør vurderes å ta inn informasjonsinnhentingen i pakkeforløpet frem for i helsekartleggingen, og at en heller bør utvide/ endre pakkeforløpet slik at denne utredningen blir utført i forbindelse med dette pakkeforløpet. Det vises til at barna ikke må utsettes for to kartleggingsperioder med relativt kort tid mellom hver kartlegging.

5.2.2 Formålet med tverrfaglig helsekartlegging

Flere instanser er opptatt av at formålet må inkludere helsehjelp til de barna som kartlegges. *Barneombudet* og *Helsedirektoratet* støtter formålet slikt det er beskrevet i forslaget, men mener i tillegg at helsehjelp må være en del av formålet. *Oslo Universitetssykehus, Barne- og ungdomsklinikken* og *Oslo Universitetssykehus avd. samhandling* mener også at helsehjelp bør inngå som en del av formålet med kartleggingene.

Helse Bergen HF uttaler at:

«Målsetningen med tverrfaglig kartlegging må være å bedre psykisk og somatisk helse, med

fokus på bedre funksjonsnivå, redusere sykdomstrykk og bedre livskvalitet. Kartleggingen skal gi anbefalinger for tiltak og oppfølging heller enn å stille diagnoser. Mangelfull somatisk helseoppfølging bør avdekkes og behandling igangsettes.»

Diakonhjemmet Sykehus, Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse, Statsforvalteren i Rogaland og Trøndelag fylkeskommune har spilt inn at barna må få et behandlingstilbud dersom det avdekkes et slikt behov.

Universitetet i Oslo har spilt inn at det er behov for prosedyrer for henvisning og oppfølging av barna som kartlegges. *Den rettsmedisinske kommisjon* mener forslaget bør omfatte henvisning til behandling. *Sandnes kommune* mener at barnets avdekte behov for oppfølging bør forplikte inn mot kommunale helsetjenester og eventuelt andre tjenester i kommunen. Videre mener Sandnes kommune at det bør presiseres om kartleggingen kan gi videre rettigheter i andrelinjetjenesten.

Helsedirektoratet viser til at kliniske rettsmedisinske undersøkelser av barn på Statens barnehus er en modell der helsepersonellet både har en sakkyndigrolle og yter helsehjelp til barnet. Helsedirektoratet mener dette kan fungere som en god modell på hvordan en undersøkelse kan ivareta begge formålene.

Statens barnehus viser til at det er mulig å gjøre medisinske undersøkelser som både har en sakkyndig funksjon og samtidig oppfølging av medisinske funn, og foreslår derfor at tverrfaglig helsekartlegging innebærer et sørge foransvar for at medisinske funn blir fulgt opp med nødvendig helsehjelp.

Helsetilsynet påpeker at forslaget i liten grad beskriver hva som vil vente barn i etterkant av kartleggingen og understreker at det innebærer en etisk forpliktelse til å tilby riktig behandling i helsetjenesten når det avdekkes og identifiseres helsemessige behov hos barn. Tilsvarende viser Helsetilsynet til at Bufetat må overholde bistandsplikten og finne et omsorgstilbud som ivaretar barnets behov.

Helsetilsynet uttaler videre at:

«Helsetilsynet oppfatter at forslaget fremmer ulike hensyn, formål og behov som helsekartleggingen skal dekke og ivareta. Beskrivelsene av formålet, hva kartleggingen skal bidra med, oppfatter vi står i motsetning til beskrivelsen av hvordan kartleggingen skal anvendes. Helsetilsynet støtter formålet om at kartleggingen skal bidra til at kommunal barneverntjeneste, fos-

terhjem og institusjon skal settes i bedre stand til å gi barn som plasseres utenfor hjemmet forsvarlig omsorg og oppfølging. Og at dette skal bidra til å sikre en mer stabil plassering, som igjen skal redusere risikoen for utilsiktede flyttinger og brudd. Det uttales også i forslaget at kartleggingen skal gi bedre grunnlag for valg av tiltak og hvorvidt vilkår for omsorgsovertakelse eller atferds-plassering er oppfylt. Når vurderingene og undersøkelsene som gjøres av kartleggingsteamene i tillegg skal betraktes som sakkyndigvurderinger, tolker Helsetilsynet det dithen at intensjonen med kartleggingen er å underbygge vilkårene for omsorgsovertakelse og plassering utenfor hjemmet. Dette mener Helsetilsynet vil bidra til å undergrave formålet om å gi kommunal barneverntjeneste, fosterhjem og institusjon bedre forutsetninger for å sikre barn som plasseres utenfor hjemmet forsvarlig omsorg og oppfølging. Det kan føre til konflikt i avveiningen mellom om det er barnets eller tjenestenes behov for helsekartlegging som skal være avgjørende i vurderingen. Vi mener derfor at det er nødvendig å reddykke formålet og tydeliggjøre at kartleggingen skal identifisere barnets hjelpe- og helsebehov, samt bidra til å forebygge og forhindre videre skjevutvikling hos barnet.»

5.3 Departementets vurdering og forslag

5.3.1 Behovet for tverrfaglig helsekartlegging

Barnevernets hovedoppgave er å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid, samt å bidra til at barn og unge får trygge oppvekstvilkår, jf. barnevernloven § 1-1. Det bør etter departementets syn være en høyt prioritert oppgave for barnevernet å sørge for at barn som plasseres utenfor hjemmet får god og tilpasset omsorg og oppfølging. 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 ivareta dette ansvaret må kommunal barnevernstjeneste og nye omsorgsgivere (fosterhjem eller institusjon) ha tilstrekkelig informasjon om barnets helse, behov og fungering.

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.

Barn som flyttes ut av hjemmet har ofte behov som må følges opp. Internasjonale retningslinjer anbefaler derfor at disse barna tilbys kartlegging av fagfolk som også kan vurdere behovene ut fra de belastningene det enkelte barn har opplevd.

Flere utredninger har påpekt viktigheten av tilstrekkelig kartlegging av barn som flyttes ut av hjemmet. Det vises blant annet til NOU 2018: 18 *Trygge rammer for fosterhjem*, NOU 2020: 1 *Tjenester til personer med autismspeketerforstyrrelser og til personer med Tourettes syndrom*, Helsetilsynets gjennomgang av barnevernets oppfølging av de to jentene som var plassert på Vestlundveien ungdomssenter og som senere døde, Barneombudets rapport om barn som bor på barnevernsinstitusjon «De tror vi er shitkids» og Riksrevisjonenes undersøkelse av om statlige barnevernsmyndigheter sikrer det beste for barn i barnevernsinstitusjoner. Evalueringen av CARE viser også at barna som ble kartlagt hadde en rekke utfordringer som tidligere ikke var blitt fanget opp, og at kartleggingen i mange tilfeller avdekket at barna hadde omfattende behov for hjelp. Uten denne kunnskapen er det krevende å legge til rette for en trygg og god omsorg. 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. Departementet viser til at om lag 25 prosent av alle fosterbarn opplever å måtte flytte fem ganger eller mer.² Barn som har vært utsatt for omsorgssvikt er ofte relasjonsskadet, og gjentatte flyttinger vil kunne forverre deres psykiske helse. Departementet oppfatter videre at høringen understøtter behovet for et tilbud om tverrfaglig helsekartlegging for barn som flyttes ut av hjemmet.

Departementet er enig med *Helse Vest RHF* i at det er barnevernstjenesten som skal innhente eksisterende helseopplysninger om barnet. Dette følger av barnevernstjenestens undersøkelsesplikt jf. barnevernloven § 4-3. Departementet viser til at det i Prop. 133 L (2020–2021) er fremhevet at det i forbindelse med en barnevernssak ofte vil være viktig å innhente opplysninger om barnets helse.³ Dette er også en forutsetning i forbindelse med tverrfaglig helsekartlegging. Departementet vil imidlertid bemerke at barnevernet ikke har mulighet til å pålegge helse- og omsorgstjenesten å gjennomføre undersøkelser og på den måten

² I 2012 ble 133 barn under barnevernets omsorg flyttet tre eller flere ganger innenfor samme år, viser tall fra SSB.

³ Prop. 133 L (2020–2021) kapittel 8.2.5.5

skaffe ytterligere opplysninger om barnet. Departementet fastholder på bakgrunn av det ovennevnte sin vurdering av at det er behov for et særskilt tilbud om helsekartlegging for barn som flyttes ut av hjemmet.

5.3.2 Formålet med tverrfaglig helsekartlegging

5.3.2.1 Innledning

Tilbud om tverrfaglig helsekartlegging har som målsetting å bidra til at barn og unge som flyttes ut av hjemmet får god og tilpasset omsorg, oppfølging og eventuell barnevernfaglig behandling. Tverrfaglig helsekartlegging skal bidra til å identifisere barnets hjelpe- og helsebehov. Formålet med tverrfaglig helsekartlegging er å skaffe ulike instanser i barnevernet tilstrekkelig informasjon om barnet i forbindelse med valg av plasseringssted, innhold i tiltak og oppfølging. Tilstrekkelig informasjon om barnets hjelpe- og helsebehov skal bidra til mer treffsikker hjelp og oppfølging av barn som flyttes ut av hjemmet. Riktig hjelp og god oppfølging vil bidra til å sikre en mer stabil plassering, som kan redusere risikoen for utilsiktede flyttinger og brudd i plasseringen. På bakgrunn av den tverrfaglige helsekartleggingen skal det utarbeides en rapport til barnevernstjenesten. Rapporten skal gi en beskrivelse av barnets hjelpe- og helsebehov, herunder barnets behov for oppfølging. Rapporten kan også inneholde eventuelle anbefalinger om veiledning av barnets nye omsorgsgivere, ut fra det enkelte barns behov.

5.3.2.2 Informasjon som har betydning for tilrettelegging i barnevernstiltaket

Tverrfaglig helsekartlegging skal bidra til å skaffe kommunal barnevernstjeneste et bedre grunnlag for å tilrettelegge omsorgen til og oppfølgingen av barn som plasseres utenfor hjemmet. Dersom barnet plasseres i fosterhjem har barnevernstjenesten også ansvar for oppfølging, inkludert veiledning av fosterhjemmet. 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 fosterhjemmet. Ved plassering i institusjon, vil kartleggingen gi viktig informasjon til institusjonen om hvordan institusjonstilbudet bør innrettes

for å møte barnets behov. Ved atferdsplasseringer kan helsekartleggingen gi verdifull informasjon for innretningen av det barnevernsfaglige behandlingstilbudet. Kartleggingen skal bidra til at kommunal barnevernstjeneste, fosterhjem og institusjon settes bedre i stand til å gi barn som plasseres utenfor hjemmet god omsorg og oppfølging.

5.3.2.3 Informasjon som har betydning for tilrettelegging utover barnevernstiltaket

Tverrfaglig helsekartlegging kan avdekke om barnet har behov for hjelp fra andre instanser enn barnevernet. Etter departementets oppfatning kan kartleggingen dermed bidra til at barnet får et mer helhetlig tjenestetilbud, og riktig hjelp til rett tid. Kartleggingen kan for eksempel avdekke at barnet har behov for tilrettelegging i barnehage eller skole. Videre kan kartleggingen avdekke behov for tilbud fra helsetjenestene eller tannhelsetjenesten. I tillegg vil kartleggingen kunne avdekke om barnet har behov for ytterligere utredning innenfor helse- og omsorgstjenesten. Erfaringene fra CARE understøtter etter departementets vurdering dette. Det vises til at 74 prosent av barna som ble kartlagt i CARE hadde behov for hjelp fra en eller flere tjenester. Om lag 50 prosent av barna hadde behov for tre eller flere tjenester. For 80 prosent av de som trengte ytterligere hjelp ble det tilrådd oppfølging fra kommunale tjenester, mens det i 13 prosent av tilfellene ble anbefalt henvisning til BUP og for 4 prosent henvisning til somatisk spesialisthelsetjeneste.

Erfaringene fra CARE viser også at flere barnevernstjenester opplevde at det var enklere å få koblet på andre tjenester og ressurser når barnevernstjenesten hadde en kartleggingsrapport som dokumenterte barnets behov for hjelp fra andre instanser. I evalueringen av CARE oppga 63 prosent av ansatte i barnevernstjenestene 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. Dersom kartleggingen avdekker at barnet har behov fra andre tjenester enn barnevernstjenesten, må barnevernstjenesten legge til rette for at barnet får nødvendig oppfølging og hjelp fra disse tjenestene, se nærmere omtale i kapittel 5.3.3.

5.3.2.4 Informasjon som har betydning for valg av tiltak

Departementet vurderer at en tverrfaglig helsekartlegging i enkelte tilfeller kan benyttes som grunnlag i forbindelse med valg av tiltak. Valg av tiltak innebærer ved omsorgsovertakelse etter barnevernloven § 4-12 og frivillige plasseringer etter § 4-4 sjette ledd som hovedregel å velge mellom fosterhjem og institusjon, jf. § 4-14. Når det er nødvendig fordi barnet er funksjonshemmet kan opplærings- eller behandlingstilbud være aktuelt, jf. § 4-14 bokstav c. Det vises til fylkesnemndas ansvar for å vurdere om barnet bør plasseres i institusjon eller fosterhjem ved omsorgsovertakelser, jf. § 4-15. Ved plassering i fosterhjem er det barnevernstjenesten som skal velge og godkjenne ett konkret fosterhjem for barnet, jf. § 4-22, og ved plassering i institusjon er det Bufetat som avgjør hvilken institusjon barnet skal bo på. Fylkesnemnda kan stille vilkår for plasseringen. Ved atferdsplasseringer er det fylkesnemnda som skal vurdere hvilket institusjonstilbud som er egnet til å ivareta barnet i forbindelse med atferdsplasseringer, jf. § 4-24 fjerde ledd. Det vises til kapittel 7.3 om tidspunkt for kartleggingen, hvor departementet foreslår at kartlegging alltid skal gjennomføres etter at barnet er flyttet ut av hjemmet ved omsorgsovertakelser etter § 4-12. For atferdsplasseringer og frivillige plasseringer utenfor hjemmet foreslår departementet at valg av kartleggingstidspunkt må vurderes konkret i hver enkelt sak. Dersom barnevernstjenesten ved atferdsplassering eller frivillig plassering utenfor hjemmet vurderer at det er forsvarlig og til barnets beste å kartlegge barn i forkant av flytting ut av hjemmet, kan kartlegging benyttes som et grunnlag for valg av tiltak som er tilpasset barnets behov. Helsekartlegging kan i slike tilfeller også bidra til et bedre beslutningsgrunnlag for fylkesnemnda.

Departementet har merket seg *Helsetilsynets* vurdering av at formålet og hva kartleggingen kan bidra med står i motsetning til hvordan kartleggingen skal anvendes. Departementet understreker at intensjonen med kartlegging *ikke* er å underbygge vilkårene for omsorgsovertakelse eller plassering på institusjon på grunn av alvorlige atferdsvansker. Uavhengig av formålet, kan imidlertid opplysninger som kommer frem i kartleggingen i praksis kunne få betydning for fylkesnemndas vurdering av hvorvidt vilkårene for atferdsplassering er til stede eller ikke. Det ble eksempelvis vist til at kartleggingen kan avdekke at barnet har behov for døgntilbud i helsetjenesten, fremfor i barnevern. Dersom slik informa-

sjon foreligger i forkant av nemndsbehandling vil dette kunne få betydning for nemndas vurderinger, selv om dette ikke er siktemålet med helsekartleggingen.

5.3.3 Veien fra kartlegging til helsehjelp

Departementet er enig med høringsinstansene i at det det er viktig at barnets behov for helsehjelp eller videre undersøkelse følges opp. Barn og unge som har blitt utsatt for omsorgssvikt eller har atferdsproblemer vil ofte ha behov for ulike typer tiltak som hører inn under flere tjenesters ansvarsområde. Dette kan for eksempel være somatisk helsehjelp, psykisk helsehjelp, tannhelsehjelp, PPT, sosialhjelp mv. Et tverrfaglig tilbud vil i mange tilfeller være en forutsetning for at barnet skal få riktig og god hjelp. Det vises til vedtatte endringer i forbindelse med behandlingen av Prop. 100 L (2020–2021) *Endringer i velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator)*, herunder velferdstjenestenes plikt til å samarbeide med andre tjenesteytere, når det er nødvendig for at barnet skal få et helhetlig og koordinert tilbud. I tilfeller der barnevernstjenesten plasserer et barn utenfor hjemmet, skal barnevernstjenesten samordne tjenestetilbudet barnet mottar, eksempelvis skoletilbud, tannhelsehjelp og helsehjelp. Barnevernstjenesten skal i slike tilfeller være en pådriver overfor andre tjenester, slik at barnet får de tjenestene som er nødvendige for at barnet skal få et riktig, helhetlig og koordinert tilbud.

Helsedirektoratet og *Statens barnehus* har spilt inn at kartleggingsteamene kan ivareta flere formål, gjennom å ha en sakkyndigfunksjon og samtidig sørge for at medisinske funn blir fulgt opp med nødvendig helsehjelp. Enkelte instanser har også pekt på at det bør vurderes om kartleggingsteamene skal kunne henvise barnet videre til helsehjelp. Departementet vurderer imidlertid at en slik løsning kan føre til uklare ansvarsforhold mellom kartleggingsteamene og barnevernstjenesten. Det vises til at barnevernstjenesten har et oppfølgingsansvar for barn som plasseres utenfor hjemmet, og at dette ansvaret innebærer å opprette kontakt med helse- og omsorgstjenesten ved behov. Barnevernstjenesten har også henvisningsrett til Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP). Dersom kartleggingsteamene gis et særskilt ansvar for oppfølging av avdekkede helsebehov eller henvisningsmyndighet vil dette innebære overlappende ansvar mellom teamene og barnevernstjenesten. Uklare og overlappende ansvarsforhold gir økt

risiko for at barnets behov for helsehjelp eller videre utredning ikke blir fulgt opp. Departementet mener derfor at det er barnevernstjenesten som bør ha ansvaret for å legge til rette for at barnet mottar nødvendig hjelp. Dette innebærer at barnevernstjenesten skal ta kontakt med aktuelle tjenester dersom kartleggingen avdekker at barnet har behov for hjelp eller oppfølging fra andre tjenester enn barnevernet. Det vises videre til at det er barnevernstjenesten som er bestiller og mottaker av rapport fra tverrfaglig helsekartlegging.

Dersom rapporten avdekker behov for tilrettelegging i barnehage eller skole er det naturlig at det er barnevernstjenesten som kontakter den aktuelle barnehagen eller skolen for å få på plass nødvendig tilrettelegging. På samme måte bør det være barnevernstjenesten som kontakter aktuelle helse- og omsorgstjenester ved behov, eksempelvis fastlege, fysioterapeut eller tannlege. Dersom kartleggingen avdekker behov for videre utredning eller behandling i spesialisthelsetjenesten, kan barnevernstjenesten med utgangspunkt i informasjonen og vurderingene i rapport fra tverrfaglig helsekartlegging henvise barnet til BUP. Etter departementets vurdering vil kartleggingsrapporten bidra til økt kvalitet på henvisningene fra barnevernstjenesten til BUP. Departementet viser i den forbindelse til Barneombudets rapport «Jeg skulle hatt BUP i en koffert», hvor en av anbefalingene handler om å sikre at BUP innhenter nødvendig informasjon før det treffes vedtak

om barnets rett til helsehjelp. Grundig kartlegging og vurdering av barnets behov for helsehjelp kan bidra til et bedre vurderingsgrunnlag for BUP.

Departementet understreker likevel at dersom kartleggingen avdekker behov for helsehjelp eller videre utredning i helse- og omsorgstjenesten er det helse- og omsorgstjenesten som har ansvaret for å yte slik hjelp. Det er helse- og omsorgstjenesten som i slike tilfeller har kompetanse og riktig tiltak for barnet, og som har ansvar for å yte den helsehjelp som er nødvendig, se nærmere omtale i kapittel 4.6. Dersom kartlegging viser at barnet har behov for helsehjelp skal barnevernstjenesten kontakte aktuell tjeneste og be om slik helsehjelp til barnet. Barnevernstjenestens ansvar er begrenset til å formidle kontakt med helse- og omsorgstjenesten og være en aktiv pådriver for at barnet får den helsehjelpen barnet har rett på. Det vil være helse- og omsorgstjenesten som vurderer om barnet har rett til helsehjelp og eventuelt hvilken hjelp som skal iverksettes overfor barnet.

Departementet mener at tverrfaglig helsekartlegging kan avdekke om barnet har behov for hjelp fra andre instanser enn barnevernet, og at det i slike tilfeller vil være barnevernstjenestens ansvar å legge til rette for at barnet får denne hjelpen. Dette ansvaret følger av barnevernstjenestens omsorgs- og oppfølgingsansvar, se kapittel 4.5 for nærmere omtale.

6 Kompetansebehov og organisering av tilbudet

6.1 Forslaget i høringsnotatet og bakgrunnen for dette

6.1.1 Tverrfaglig og spesialisert andrelinjetilbud

Departementet foreslo i høringsnotatet at helsekartlegging skulle være et tverrfaglig og spesialisert andrelinjetilbud. Departementet foreslo å legge tilbudet til den statlige andrelinjen fordi tiltaket krevde kompetanse på spesialisert nivå som mange kommuner ikke kan forventes å besitte. I høringsnotatet foreslo departementet å legge tilbudet til statlig barnevern (Bufetat), slik at tiltaket kunne bygge på oppgaver, strukturer og kompetanse som allerede finnes i Bufetat. Departementet understreket at et statlig tilbud ikke ville innskrenke kommunens ansvar for at barns omsorgssituasjon blir forsvarlig utredet og at nødvendige tiltak blir iverksatt. Det ble vist til at barnevernstjenesten skal følge med på barnets utvikling, og vurdere om det er behov for kontakt med for eksempel fastlege, tannhelsetjeneste eller spesialisthelsetjeneste. Departementet foreslo videre at de regionale helseforetakene skulle forpliktes, gjennom styringslinjen, til å bidra med nødvendige ressurser inn i kartleggingene. Vedrørende behovet for tverrfaglighet ble det vist til at det kan være krevende for barnevernstjenesten å vurdere og forstå helseopplysningene i en barnevernfaglig kontekst. Departementet ba om høringsinstansens innspill på aktuelle faggrupper og på om disse burde være ansatte i statlig barnevern eller helsetjenesten.

6.1.2 Sakkyndigteam

Departementet foreslo i høringsnotatet at kartleggingsteamene skulle betraktes som et sakkyndigteam, slik at undersøkelsene og vurderingene som gjøres av helsepersonell i kartleggingsteamene er å betrakte som en sakkyndigvurdering. Det ble lagt til grunn at de sakkyndige teamene ikke skulle gi behandling i forbindelse med kartleggingen. Departementet vurderte derfor at kartleggingsteamene ville omfattes av unntaket fra taus-

hetsplikten i helsepersonelloven § 27, som omhandler opplysninger som sakkyndig. Departementet viste til at det i denne bestemmelsen fremgår at taushetsplikten etter § 21 ikke er til hinder for at helsepersonell som opptrer som sakkyndig gir opplysninger til oppdragsgiver dersom opplysningene er mottatt under utførelsen av oppdraget og har betydning for det.

6.2 Høringsinstansenes syn

6.2.1 Kompetansebehovet

I underkant av 60 instanser har uttalt seg om kompetansebehovet i kartleggingsteamene. Om lag 30 av disse instansene har uttalt at det er behov for spesialisert kompetanse i teamene. Dette omfatter *Bufetat region nord, Bufetat region sør, Bufetat region vest, Bufetat region Midt-Norge, Den rettsmedisinske kommisjon, Diakonhjemmet sykehus, Lovisenberg Diakonale sykehus, Helsetilsynet, Helse Bergen HF, Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming - NAKU, Oslo Universitetssykehus Barne- og ungdomsklinikken, Oslo Universitetssykehus Klinikk psykisk helse og avhengighet, Pilar kompetansetjeneste, RKBU Midt-Norge, RKBU vest, RVTS vest, Statsforvalteren Innlandet, Statsforvalteren i Trøndelag, Vestlandet tannhelsetjeneste, Kristiansand kommune, Sandnes kommune, Trondheim kommune, ADHD-Norge, Den norske legeforening, FO, FO Trøndelag og NOBO.*

Helsedirektoratet mener det er nærliggende å tenke seg at kartleggingsteamet bør bestå av sentral kjernekompetanse med barnelege, psykologspesialist, sykepleier og tannlege. *Statsforvalteren i Trøndelag* støtter departementets vurdering av at det er behov for spesialisert kompetanse innen helse- og barnevernfag, og mener derfor at hvert av teamene bør ha en barnepsykiater og en psykolog med spesialisering innen barn og unge, alternativt lege eller psykolog som er under spesialisering.

NAKU vurderer at det er vesentlig at tverrfaglig helsekartlegging utføres av tverrfaglig spesialistteam bestående av faste deltakere for å kunne etablere en varig og effektiv struktur. *NAKU*

understreker videre at mengdetrening er viktig og vil kunne øke kvaliteten på kartleggingsprosessen. *Lovisenberg diakonale sykehus* uttaler at det er viktig med faste fagpersoner som er knyttet til kliniske miljøer.

Oslo Universitetssykehus Barne- og ungdomsklinikken uttaler at:

«Å vurdere funn i lys av barnets aktuelle omsorgssituasjon er helt vesentlig, og det er mange komplekse forhold som må hensyntas. Dette krever høyspesialisert kompetanse. Å skille symptomer på relasjonstraumer og nevrobiologiske forstyrrelser, krever psykologkompetanse på spesialistnivå. Likeså er det nødvendig med spesialistkompetanse i pediatri, primært sosialpediatri, for å fortolke fysiske tegn og symptomer på vold, overgrep og omsorgssvikt.»

Helsetilsynet mener kartleggingen bør benytte kompetanse som allerede eksisterer i de regionale helseforetakene.

Enkelte instanser er uttrykkelig imot at det skal brukes spesialisert kompetanse på kartleggingene. *Akershus Universitetssykehus avdeling barne- og ungdomspsykiatrisk* viser til at BUP har særskilt kompetanse på utredning og behandling av moderate og alvorlige psykiske lidelser, og at kartlegging av psykisk helse normalt gjøres i førstelinjen, der dette kan gjøres raskere, enklere og billigere. *Akershus Universitetssykehus* påpeker at kartleggingen som beskrives i høringsnotatet, kan likne mer på en omfattende og spesialisert utredning, og mener slik kartlegging er unødvendig og svært ressurskrevende.

Flere høringsinstanser, særlig på helsesiden, er bekymret for mangel på ressurser i spesialisthelsetjenesten og vurderer at rekrutteringen til kartleggingsteamene kan bli utfordrende. Dette omfatter blant annet *Akershus Universitetssykehus avd. barne- og ungdomspsykiatrisk*, *Bufetat region nord*, *Diakonhjemmet sykehus*, *Helse Stavanger*, *Helse Vest HF*, *Oslo Universitetssykehus Barne- og ungdomsklinikken*, *Statsforvalteren i Møre og Romsdal*, *Statsforvalteren i Trøndelag*, *Statsforvalteren i Rogaland*, *Sykehuset Telemark*, *Sykehuset Innlandet*, *Universitet i Oslo*, *Vestre Viken HF Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling*, *Den norske legeforening* og *Norsk psykologforening*.

Sykehuset Innlandet og *Vestre Viken HF Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling* er kritiske til at helseforetakene skal bidra med spesialister på grunn av mangel på ressurser i spesialisthelsetjenesten.

Norsk psykologforening viser til at spesialisthelsetjenesten allerede i dag har store utfordringer med rekruttering av psykologspesialister og leger, og vurderer derfor at en opprettelse av kartleggingsteam kan tappe allerede knappe ressurser i BUP. Foreningen mener at en tilførsel av ressurser til spesialisthelsetjenesten, slik det er foreslått, er helt nødvendig.

Den norske legeforeningen uttaler at «god og komplett tverrfaglig kartlegging vil kreve betydelige ressurser, og må antas å ha merkbare økonomiske og administrative konsekvenser.» Foreningen mener det vil bli en utfordring å rekruttere særlig barne- og ungdomspsykiatere, som etter foreningens mening vil være en sentral yrkesgruppe i kartleggingsteamene.

Helse Stavanger uttaler at:

«Når det gjelder ressurser fra spesialisthelsetjenesten, så må det tilføres ressurser slik det foreslås. Legeressurser er det spesielt vanskelig å få dekket.»

Helsetilsynet har pekt på at forslaget i liten grad beskriver hvilke ressurser som vil være nødvendig dersom teamene også skal vitne i nemnd og domstol.

Om lag 15 instanser har spilt inn at kompetanse på tannhelse bør inngå i teamene. Dette gjelder blant annet *Helse Bergen HF Barne- og ungdomsklinikken*, *RKBU Midt-Norge*, *RKBU vest*, *Statens barnehus*, *Trøndelag fylkeskommune*, *UiT Det Juridiske fakultet*, *Vestland tannhelsetjeneste*, *Viken fylkeskommune*, *Oslo kommune*, *Tromsø kommune*, *Den norske tannhelseforeningen*, *Norsk tannpleierforening*, *Pasient- og brukerombudet* og *SOS barnebyer*. Andre instanser har i sine innspill lagt til grunn at tannhelse inngår i kartleggingen.

Enkelte instanser har spilt inn at det bør vurderes hvordan kompetanse på seksuell helse, reproduktiv helse og kjønns- og seksualitetsmangfold skal inkluderes i kartleggingen. *Helsedirektoratet* mener seksuell og reproduktiv helse bør være et tema i helsekartleggingen. *Helsedirektoratet* uttaler at det vil komme tilbake med mer konkrete forslag til hvordan kjønn og seksualitet, vold og seksuelle overgrep samt seksuell og reproduktiv helse kan ivaretas i helsekartleggingen.

Bufetat region øst, *Oslo kommune* og *FO* ønsker en bredere kartlegging enn det som er foreslått. *Akademikerforbundet* mener det bør vurderes om spesialpedagogisk kompetanse bør være representert, fordi dette er viktig for barns opplæring og hva slags tilrettelegging barnehager og skoler bør sikre.

6.2.2 Organisering av tilbudet

Om lag 35 instanser har uttalt seg konkret om organiseringen av tilbudet. 15 av disse støtter at tilbudet legges organisatorisk til Bufetat. Dette omfatter *Barneombudet, Bufdir, Bufetat region nord, Bufetat region øst, Fylkesnemndene, Pilar kompetansetjeneste, Statsforvalteren i Troms og Finnmark, Asker kommune, Drammen kommune, Lillestrøm kommune, Sandnes kommune, Akademikerforbundet, KS, Norsk Sykepleierforbund og UNICEF Norge.*

Helsedirektoratet støtter departementet i at helsekartlegging krever spesialisert kompetanse, men skriver i sin uttalelse at det ikke har konkludert med hvor kartleggingsteamene bør være organisert.

Oslo Universitetssykehus avd. samhandling støtter at kartleggingen ikke kan gjennomføres i primærhelsetjenesten, men ønsker en omtale av kommunens og fastlegens rolle i forbindelse med kartleggingene.

Om lag 10 instanser mener at tilbudet bør organiseres i spesialisthelsetjenesten. Dette omfatter *Helsetilsynet, Helse Bergen HF, NOBO, Norsk Tourette forening, Oslo universitetssykehus, Statsforvalteren i Nordland, Vestre Viken HF og VID.*

Oslo Universitetssykehus Klinikk psykisk helse og avhengighet støtter forslaget om å etablere tverrfaglige spesialistteam på andrelinjenivå, men mener at teamene primært bør etableres i helsetjenesten og ikke i Bufetat. *Statsforvalteren i Møre og Romsdal* mener at kartleggingen kun bør omfatte helse, og ikke barnevernsfaglig kompetanse og at tilbudet bør organiseres i spesialisthelsetjenesten.

Helsetilsynet mener at ansvaret for kartleggingen bør legges til helsevesenet og at helsevesenet bør ha en plikt til å gjennomføre kartlegging på anmodning fra barnevernstjenesten. Dersom tilbudet legges til Bufetat er Helsetilsynet usikre på om forslaget i tilstrekkelig grad forplikter helsetjenesten. Helsetilsynet vurderer at en forankring i styringslinjen fremfor regelverket ikke i tilstrekkelig grad forplikter helsetjenesten til å gjennomføre kartleggingen, og dermed barnets mulighet til å få en helsekartlegging.

Universitet i Oslo har spilt inn at et alternativ kan være å legge kartleggingstilbudet til spesialisthelsetjenesten, men viser til at man uansett organisering vil møte argumentet at dette vil utarme eksisterende tilbud hvor man allerede strever med å rekruttere spesialister. *Universitet i*

Oslo vurderer at for å lykkes på nasjonalt nivå med rekruttering må man satse nasjonalt; på tiltak som betyr noe (fag og lønn) for rekrutteringen. Universitetet understreker at rekrutteringsutfordringer ikke kan være til hinder for å etablere de tjenester barna trenger.

Fem instanser har spilt inn at kartlegging bør gjennomføres i førstelinjen, på kommunalt nivå. Dette omfatter *Akershus Universitetssykehus avd. barne- og ungdomspsykiatrisk, Sykehuset Innlandet, Sykehuset Vestfold Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling* og *Vestre Viken HF Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling.* Flere av disse instansene peker på kapasitetsutfordringer i spesialisthelsetjenesten.

Akershus Universitetssykehus avd. barne- og ungdomspsykiatrisk har ingen innvendinger mot at tilbudet organiseres i Bufetat, men mener at ansvaret for bidrag fra helsetjenesten bør legges til primærhelsetjenesten og ikke spesialisthelsetjenesten.

Helse Bergen HF mener tilbudet bør ligge til Statens barnehus. *Den rettsmedisinske kommisjon* og *Vestland tannhelse* har også spilt inn at forslaget bør sees i sammenheng med undersøkelsene Statens barnehus gjennomfører. *Statens barnehus* uttalte at de ser at det kan være utfordringer med å finne rett plassering av tverrfaglige kartleggingsteam. Barnehusene viser til at det kan argumenteres for en plassering i spesialisthelsetjenesten, der det allerede finnes sosialpediatriske fagmiljøer med kompetanse til å gjennomføre slike kartlegginger. *Statens barnehus* uttaler at de ser fordeler og ulemper med organisering i både spesialisthelsetjenesten og Bufetat.

6.2.3 Sakkyndigteam

Om lag fem instanser har uttalt seg om forslaget. *Barnesakkyndig kommisjon (BSK)* og *fylkesnemndene* har stilt spørsmål ved om kartleggingsteamenes rapporter skal vurderes av BSK.

Vestre Viken HF har spilt inn at helselovgivningens regler ikke gjelder dersom kartleggingsmedlemmene regnes som sakkyndige, og at dette kan innebære at barn som kartlegges mister juridisk vern som fremgår av helselovgivningen.

Statsforvalteren i Trøndelag mener tverrfaglig helsekartlegging må anses som helsehjelp.

RKBU vest ønsker en avklaring på om regelverket knyttet til helsetjenester og helsepersonell skal gjelde for kartleggingsteamene, herunder journalplikt.

6.3 Departementets vurdering og forslag

6.3.1 Tverrfaglig og spesialisert andrelinjetilbud

Departementet fastholder forslaget om at helsekartlegging skal være et tverrfaglig og spesialisert andrelinjetilbud, og at tilbudet legges til Bufetat. Flertallet av høringsinstansene støtter departementet i at det er behov for spesialisert kompetanse for å gjennomføre tverrfaglig helsekartlegging. Forslaget innebærer at kartleggingsteamene skal inneha spesialisert kompetanse, både innenfor helse og barnevern. Departementet har merket seg at flere instanser har spilt inn at kompetanse på tannhelse bør inngå i teamene. Videre har enkelte instanser kommentert at det bør vurderes hvordan seksuell- og reproduktiv helse kan ivaretas i kartleggingen. Departementet viser til at den nærmere faglige innretningen skal utredes av Helsedirektoratet i samråd med Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, i samarbeid med Helseforetakene og Bufetat. Det skal videre 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.

Departementet har merket seg at flere instanser er bekymret for mangel på ressurser i spesialisthelsetjenesten, samt at enkelte instanser er kritiske til å bruke ressursene på barn og unge som flyttes ut av hjemmet uten at det foreligger nærmere indikasjon. Utgangspunktet for norsk helsevesen er et likhetsprinsipp, som innebærer at like tilfeller skal behandles likt og at ulike tilfeller skal behandles ulikt. Likhetsprinsippet skal sikre helsehjelp ved behov, uavhengig av inntekt, bosted og status. Kravet til likebehandling innebærer at spesielle grupper eller individer ikke skal gis et redusert tilbud eller særlig privilegert behandling, uten at dette saklig kan begrunnes. Etter departementets vurdering er det saklig grunn til å prioritere helseressurser til tverrfaglig helsekartlegging av barn som flyttes ut av hjemmet. Det vises til at det er dokumentert høy forekomst av både psykiske og somatiske helseutfordringer for denne gruppen. Videre viser erfaringene fra CARE at syv av ti barn som ble kartlagt tilfredstilte de diagnostiske kriteriene for psykiske lidelser. For nær 60 prosent av barna som ble kartlagt i CARE ble det gjort funn knyttet til somatisk helse. Departementet viser til at staten har et særlig ansvar for barn som flyttes ut av hjemmet. Det følger av barnekonvensjonen artikkel 20 at «et barn

som midlertidig eller permanent er fratatt sitt familiemiljø, eller som i egen interesse ikke kan tillates å bli værende i et slikt miljø, skal ha rett til særlig beskyttelse og bistand fra staten».

Videre vil departementet bemerke at forslaget innebærer at det skal gjøres faglige vurderinger av behov for kartlegging både i førstelinjen (kommunal barnevernstjeneste) og i andrelinjen (Bufetat), se nærmere omtale i kapittel 9.3 og 10.3. Departementet vil også påpeke at prioritering ved inngangen til den ordinære spesialisthelsetjenesten er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven og prioriteringsforskriften, og at vilkårene for prioritering ved inngangen til spesialisthelsetjenesten ligger fast. Departementet viser videre til at det for 2021 er bevilget 25 millioner til tverrfaglig helsekartlegging. Med disse midlene planlegges det å opprette om lag fem kartleggingsteam. Departementet vurderer at tilbudet om tverrfaglig helsekartlegging bør bygges opp over tid og at det i denne prosessen må tas hensyn til tilgangen på ressurser i spesialisthelsetjenesten.

Helsetilsynet har pekt på at forslaget i liten grad beskriver hvilke ressurser som vil være nødvendige dersom teamene også skal vitne i nemnd og domstol. Departementet viser til at primærformålet med kartleggingen ikke er å undersøke om vilkårene for omsorgsovertakelse eller atferdsplassering er til stede, jf. kapittel 5.3.2. I tillegg viser departementet til omtalen av kartleggingstidspunkt i kapittel 7.3.4, der det foreslås at kartlegging i forbindelse med omsorgsovertakelse etter § 4-12 skal gjennomføres etter at barnet er flyttet ut av hjemmet. Departementet vurderer at det antakelig vil være begrenset hvor ofte de som utfører kartleggingene blir innkalt til fylkesnemnd eller domstoler. Konsekvensen av ressursbruk til slike vitnemål vil eventuelt være at det blir færre ressurser tilgjengelig til å utføre selve kartleggingene.

Når det gjelder behovet for tverrfaglighet viser departementet blant annet til en kunnskaps gjennomgang fra 2017 som oppsummerer utfordringer for samarbeid mellom barnevern og psykisk helsevern. I oppsummeringen fremgår det at «*Etter gjennomgangen av disse (78 publikasjoner), kan det synes rimelig å konkludere med at samarbeidet mellom barnevern og PHBU (psykisk helsevern for barn og unge) fungerer bra i de fleste tilfeller. Tross dette kan samarbeidet være utfordrende i noen saker.*» I den samme studien kommer det frem i intervjuer med ansatte i helse- og barneverntjenesten konkrete utfordringer i samarbeidet. De nevner som eksempler gjensidig skepsis, manglende tillit til hverandres kompe-

tanse, ulik problemforståelse, mangel på ressurser, uklart hvem som har det økonomiske ansvaret og enkeltsakers kompleksitet. I gjennomgangen ble det også fremhevet at dårlig samhandling kan føre til at barn og unge ikke får tilstrekkelig gode, helhetlige, og samordnede tiltak. Etter departementets oppfatning kan tverrfagligheten i kartleggingsteamene bidra til å fremme samarbeid og forståelse mellom barnevern og helsevern. Departementet viser også til at de ansatte i kartleggingsteamene i CARE vurderte tverrfaglighet som viktig. Videre vurderer departementet at barnevernstjenesten ikke alltid har tilstrekkelig kompetanse til å vurdere hvilke omsorgs- og oppfølgingsbehov de identifiserte helseutfordringene tilsier. Etter departementets oppfatning vil en tverrfaglig innretning av tilbudet bidra til bedre forståelse i barnevernstjenesten av hvordan barnets behov best mulig kan følges opp. I tillegg vil en tverrfaglig tilnærming gi best forutsetninger for å få et helhetlig bilde av barnets behov.

Departementet er videre av den oppfatning at en andrelinjetjeneste vil ha bedre forutsetninger enn de fleste kommuner for å bygge opp og opprettholde et kartleggingstilbud og fagmiljøer med nødvendig kompetanse. Hovedvekten av høringsinstansene er enig i at tilbudet bør legges til andrelinjen. Departementet understreker samtidig at et statlig tilbud ikke 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 hele plasseringstiden. Det vises til barnevernstjenestens undersøkelsesplikt, jf. § 4-3, som er nærmere omtalt i kapittel 4.1 og kapittel 4.5 om barnevernstjenestens omsorgs- og oppfølgingsansvar. Videre viser departementet til pakkeforløp for tidlig kartlegging og utredning av psykisk helse og rus hos barn i barnevernet. Pakkeforløpet for tidlig kartlegging og utredning av psykisk helse og rus hos barn i barnevernet skal bidra til at flere barn og unge i barnevernet får utredning og behandling for psykiske problemer og rusproblemer ved at barnevernstjenesten har større fokus på å identifisere barn som kan ha behov for behandling for psykiske problemer eller rusproblemer, og at det er etablert gode samhandlingsrutiner mellom barnevernet og helse- og omsorgstjenesten. Pakkeforløpet inneholder beskrivelse av ansvar, oppgaver og samarbeid mellom den kommunale barnevernstjenesten, kommunal

helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten for barn og unge. Videre inneholder pakkeforløpet råd til hvordan samarbeidet bør innrettes, slik at tjenestene sammen sikrer tidlig kartlegging og utredning av barn i barnevernet. Pakkeforløpet inneholder også beskrivelse og aktiviteter som sikrer medvirkning og informasjon til barn og deres familier. Målgruppen for pakkeforløpet er alle barn og unge under 18 år som mottar hjelp fra barnevernet, og unge som mottar ettervern fra barnevernet inntil fylte 25 år. Pakkeforløpet kan iverksettes i alle faser av en barnevernsak, men har hovedfokus på undersøkelsesfasen.

Flere høringsinstanser har spilt inn at kartleggingen bør legges til helseforetakene, fremfor statlig barnevern. Departementet ser at det kan være fordelene med en slik organisering, som for eksempel tilgang til eksisterende fagmiljøer. Departementet vurderer likevel at kontakt med fagmiljøer opprettholdes ved at eksempelvis leger, psykologer og psykiatere er ansatt i helseforetakene og dermed tilknyttet et klinisk miljø, samtidig som de jobber deltid med tverrfaglig helsekartlegging. Videre viser departementet til at tverrfaglig helsekartlegging er et særskilt tiltak rettet mot barn og unge som flytter ut av hjemmet og ivaretas av barnevernet. Formålet med tiltaket er å identifisere barnets hjelpe- og helsebehov, slik at barnevernet har bedre forutsetning for å gi barnet god og tilpasset omsorg og oppfølging. Dette tilsier etter departementets oppfatning at tilbudet bør legges til statlig barnevern. I tillegg vil en organisering i statlig barnevern medføre at ressurspådraget i helsesektoren reduseres.

Enkelte instanser har tatt til orde for en organisering under Statens barnehus. Statens barnehus er et tilbud til barn og ungdom som kan ha vært utsatt for, eller har vært vitne til, vold eller seksuelle overgrep. Tilbud fra barnehuset forutsetter at det foreligger en politianmeldelse. Etter beslutning fra påtaleansvarlig jurist gjennomføres klinisk rettsmedisinsk og odontologisk undersøkelse av fornærmede. Undersøkelsene har som formål å sikre bevis med tanke på en mulig fremtidig hovedforhandling og skal som hovedregel gjennomføres ved barnehuset. Tilbudet som gis av Statens barnehus har dermed et vesentlig annet siktemål enn tverrfaglig helsekartlegging, og det er kun påtalemyndigheten som har adgang til å be om undersøkelser fra Statens barnehus. Det vises videre til at Politidirektoratet har igangsatt en landsomfattende evaluering av barnehusene, som blant annet skal se på om de oppfyller sitt samfunnsoppdrag på en hensiktsmessig måte,

og om hensynet til barnets beste blir tilstrekkelig ivaretatt.

Departementet foreslår etter dette at Bufetat kan tilby tverrfaglig helsekartlegging på visse vilkår, jf. utkast til § 2-3 tredje ledd ny bokstav c. Barnevernloven § 1-4 stiller krav om at tiltak og tjenester etter loven skal være forsvarlige. Forsvarlighetskravet gjelder også for Bufetat. Det er en forutsetning for tilbudet at spesialisthelsetjenesten bidrar med nødvendig ressurser inn i kartleggingsteamene. Departementet foreslår at spesialisthelsetjenesten forpliktes gjennom styringslinjen til å bidra med nødvendige ressurser.

6.3.2 Sakkyndigteam, adgang til å dele opplysninger og behandling av personopplysninger

Med en sakkyndig forstås en person med særlig fagkyndighet som får i oppdrag å utrede og vurdere spørsmål oppdragsgiver ønsker belyst. Departementet legger til grunn at helsepersonell som utfører tverrfaglige helsekartlegginger er å anse som sakkyndig. Dersom helsepersonell opptrer som sakkyndig er det enkelte bestemmelser i helsepersonelloven som ikke gjelder. Det følger av helsepersonelloven § 27 at taushetsplikten etter helsepersonelloven § 21 ikke er til hinder for at helsepersonell som opptrer som sakkyndig gir opplysninger til oppdragsgiver, dersom opplysningene er mottatt under utførelsen av oppdraget og har betydning for dette.

Departementet viser til at rettigheter om innsyn vil følge av forvaltningsloven. 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 er som hovedregel part i barnevernssaken. Som part i saken vil foreldrene, med enkelte unntak, ha rett til innsyn i sakens dokumenter. Dette innebærer at de i utgangspunktet vil ha full innsynsrett i resultatene fra helsekartleggingen. Det gjelder imidlertid enkelte unntak for innsynsretten. Blant annet følger det av forvaltningsloven § 19 annet ledd at med mindre det er av vesentlig betydning har parten ikke krav på å gjøre seg kjent med de opplysninger i et dokument som gjelder: a) en annen persons helseforhold, og b) andre forhold som av særlige grunner ikke bør meddeles videre. Dette innebærer at foreldrene i enkelte tilfeller kan nektes innsyn i opplysninger om barnet.

Departementet foreslår videre at kartleggingsteamenes rapporter ikke skal vurderes av Barnesakkyndig kommisjon (BSK). Det vises til at Stortinget ved behandling av Prop. 73 L (2016–2017) la til grunn at utredning av sped- og småbarn ved senter for foreldre og barn er en type utredning som faller utenfor den type rapporter som BSK skal vurdere. Det ble henvist til at kontrollen med arbeidet skjer gjennom de kontroll- og tilsynsordninger som gjelder for disse områdene. Dette er også i samsvar med forutsetningene i lovens forarbeider, jf. Ot.prp. nr. 68 (2007–2008), der det fremgår at erklæringer utarbeidet av helseinstitusjoner og andre tjenesteytende institusjoner som det offentlige fører tilsyn med, faller utenfor kommisjonens område, da kontrollen må skje gjennom de kontroll- og tilsynsordninger som gjelder for virksomheten. Departementet er av den oppfatning at det ikke er de samme hensynene for en etterfølgende kontroll med tverrfaglige helsekartlegginger som ved andre sakkyndige utredninger, som ikke er underlagt kontroll- og tilsynsordninger.

Ansatte i barnevernet har taushetsplikt etter barnevernloven § 6-7. Departementet viser imidlertid til at barnevernet har 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 tverrfaglig helsekartlegging.

En tverrfaglig helsekartlegging vil innebære behandling av «særlige kategorier» av personopplysninger som nevnt i artikkel 9 i personvernforordningen. Dagens barnevernlov inneholder ikke en egen bestemmelse om behandling av personopplysninger. Det rettslige grunnlaget for å behandle personopplysninger følger derfor forutsetningsvis av loven. I Prop. 133 L (2020–2021) *Lov om barnevern (barnevernslow)* er det foreslått inntatt en egen bestemmelse om behandling av personopplysninger. Den foreslåtte bestemmelsen vil kunne tre i kraft i 2023. 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, jf. utkast til § 4-3 a, og det lovfestes at Bufetat kan tilby helsekartlegging når kommunen ber om dette, jf. utkast til § 2-3 tredje ledd bokstav c, vil tjenestene ha behandlingsgrunnlag for personopplysninger i forbindelse med tverrfaglig helsekartlegging.

7 Målgruppe og tidspunkt for kartleggingen

7.1 Forslaget i høringsnotatet og bakgrunnen for dette

7.1.1 Målgruppe

Departementet foreslo at målgruppen for tverrfaglig helsekartlegging skulle omfatte omsorgsovertakelser etter § 4-12, atferdsplasseringer etter §§ 4-24 og 4-26, samt frivillige plassering utenfor hjemmet etter § 4-4 sjette ledd. Ved utvelgelsen av målgruppe la departementet vekt på at det offentlige har et særlig ansvar for at barn som flyttes ut av hjemmet får god omsorg og oppfølging. I høringsnotatet foreslo departementet at barn som akutt plasseres etter § 4-6 annet ledd, § 4-25 annet ledd og § 4-9, jf. § 4-8 annet ledd skulle falle utenfor målgruppen for tverrfaglig helsekartlegging. Departementet viste til at en stor andel av barn som akutt plasseres tilbakeføres til hjemmet, og at over halvparten av barn som akutt plasseres med hjemmel i barnevernloven § 4-6 annet ledd tilbakeføres til hjemmet fordi den akutte faresituasjonen er avverget eller fordi tiltak for å sikre tilfredsstillende omsorg er satt inn. Departementet påpekte at barnet likevel vil inngå i målgruppen dersom barnevernstjenesten underveis i akutt-plasseringen beslutter å fremme sak om omsorgsovertakelse eller atferdsplassering for fylkesnemnda. Barn vil dermed kunne være midlertidig plassert i beredskapshjem eller på akuttinstitusjon når tverrfaglig helsekartlegging anmodes og gjennomføres. Barn som akutt plasseres og deretter tilbakeføres til hjemmet inngikk etter forslaget ikke i målgruppen. Departementet ba videre om høringsinstansens innspill på om barn som mottar tilbud om utredning på senter for foreldre og barn burde inngå i målgruppen for tverrfaglig helsekartlegging.

7.1.2 Tidspunkt for kartlegging

Departementet foreslo i høringsnotatet at barnevernstjenesten kunne anmode om helsekartlegging av barnet når den har besluttet at det skal fremmes sak til fylkesnemnda om omsorgsovertakelse eller atferdsplassering. For frivillige plasse-

ringer foreslo departementet at barnevernstjenesten kunne be om kartlegging når det forelå samtykke til at barnet skal plasseres utenfor hjemmet etter barnevernloven § 4-4 sjette ledd. Departementet påpekte at bestemmelsen kun angir fra hvilket tidspunkt barnevernstjenesten kan be Bufetat om helsekartlegging, og at bestemmelsen ikke er til hinder for at barnevernstjenesten ber om helsekartlegging, på et senere tidspunkt, for eksempel etter at barnet er flyttet ut av hjemmet. I høringsnotatet la departementet stor vekt på at det burde legges til rette for at kartleggingene etterspørres så tidlig som mulig i forbindelse med at barn plasseres utenfor hjemmet. Departementet viste 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. I tillegg la departementet vekt på at tidspunkt for kartlegging skulle gi en viss notoritet, og redusere risiko for at barnevernstjenesten i større grad enn nødvendig overlater deler av undersøkelsen av barnets helse og fungering til staten. I høringsnotatet pekte departementet på at en ulempe med et tidlig tidspunkt for kartlegginger kan være at barnet eller ungdommen er i en sårbar fase, med usikkerhet knyttet til fremtidig omsorgssituasjon. Departementet vurderte imidlertid at denne ulempen måtte veies opp mot fordelene ved å få tilstrekkelig informasjon om barnet på et tidlig tidspunkt.

7.2 Høringsinstansenes syn

7.2.1 Målgruppe for tilbudet

Om lag 35 instanser har uttalt seg om målgruppen for tilbudet. 15 av disse støtter forslaget slik det er beskrevet i høringsnotatet. Dette omfatter *Barneombudet*, *Bufetat region nord*, *Bufetat region Midt-Norge*, *Bufetat region øst*, *Bergen kommune*, *Sandnes kommune*, *Fylkesnemndene*, *Pasient- og brukerombudet*, *Universitetet i Oslo*, *Actis*, *Advokatforeningen*, *Vestland tannhelsetjeneste*, *SOS Barnebyer*,

Foreldregruppen ved Stavanger barnevernstjeneste og KS.

Seks instanser støtter den foreslåtte målgruppen, men ønsker samtidig at målgruppen skal utvides til å omfatte alle barn som akutt plasseres. Dette omfatter *Bufdir, Helsedirektoratet, Helsetilsynet, RKBU Midt-Norge, Drammen kommune og Stine Sofie Stiftelsen. Organisasjonen for barnevernsforeldrene* mener barn som akutt plasseres for andre gang bør inkluderes i målgruppen.

Fylkesnemndene har stilt spørsmål ved om det bør være adgang til å be om kartlegging i tilbakeføringssaker.

Seks instanser, herunder *Den rettsmedisinske kommisjon, Oslo universitetssykehus Barne- og ungdomsklinikken, Oslo Universitetssykehus Klinikk Psykisk helse og avhengighet, VID, Fagforbundet og FO*, har spilt inn at målgruppen bør utvides betydelig, slik at tilbudet ikke utelukkende retter seg mot barn som skal plasseres utenfor hjemmet. Disse instansene vurderer at målgruppen bør omfatte barn som mottar hjelpetiltak fra barnevernet eller barn som er involvert i en undersøkelses-sak i barnevernet.

7.2.2 Særlig om sped- og småbarn som gis tilbud om utredning i senter for foreldre og barn

Om lag 15 instanser har uttalt seg om hvorvidt sped- og småbarn som gis et tilbud om utredning i senter for foreldre og barn bør inngå i målgruppen for tverrfaglig helsekartlegging. I overkant av 10 instanser har uttalt at de er for å inkludere sped- og småbarn som mottar et tilbud om utredning i senter for foreldre og barn i målgruppen for helsekartlegging. Dette omfatter *Bufdir, Helsedirektoratet, Bufetat region Midt-Norge, Viken fylkeskommune, Bergen kommune, Drammen kommune, Sandnes kommune, Akademikerforbundet, Foreldregruppen ved Stavanger barnevernstjeneste, Pasient- og brukerombudet og SOS barnebyer.*

Bufdir uttaler at de er enig med departementet i at spesialisert utredning av sped- og småbarn har et grunnleggende annet siktemål enn tverrfaglige helsekartlegging. *Bufdir* legger imidlertid avgjørende vekt på at undersøkelser skal gjennomføres så lite belastende som mulig for barnet, og vurderer at de bør inngå i målgruppen selv om det vil kunne føre til at noen barn blir kartlagt uten at barnevernstjenesten konkluderer med en beslutning om å flytte barnet ut av hjemmet.

Bufetat region nord mener at det bør vurderes om helsekartleggingen kan gjennomføres som en del av utredningen for sped- og småbarn, etter-

som en slik løsning i større grad kan oppnå hensikten med at kartlegging skal være så lite belastende som mulig for barnet. Regionen bemerket at en slik løsning også vil kunne styrke utredningsarbeidet ved senter for foreldre og barn. Regionen peker imidlertid på at fylkesnemndene kan pålegge utredning i senter for foreldre og barn, mens tverrfaglig helsekartlegging forutsetter samtykke.

Om lag fem instanser har uttalt at de er imot å inkludere sped- og småbarn som gis et tilbud om utredning i senter for foreldre og barn i målgruppen for tilbudet. Dette omfatter *Bufetat region vest, Diakonhjemmet Sykehus, Sykehuset Innlandet, Vestre Viken HF barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, og Kirkens Bymisjon. Bufetat region vest* peker på at hovedtyngden av barn som utredes ved senterne er 0-3 år og har oppfølging av fastlege og helsestasjon. Regionen viser også til at ett av formålene med helsekartlegging kan være å finne rett plasseringstype for barnet, noe som ikke er like relevant for plassering av små barn som skal plasseres i fosterhjem. *Sykehuset Innlandet* viser til at utredning av barn under 6 år krever tid og andre rammer, og mener derfor at det det vil ikke bli god nok kvalitet på utredningene slik tverrfaglig helsekartlegging er lagt opp.

7.2.3 Tidspunkt for kartlegging

I underkant av 50 instanser har uttalt seg om tidspunktet for kartleggingen. 18 av disse støtter forslaget i høringsnotatet. Dette omfatter *Bufdir, Bufetat region nord, Bufetat region øst, Bufetat region vest, Bufetat region Midt-Norge, Fylkesnemndene, Pilar kompetansetjeneste, Statsforvalteren i Troms og Finnmark, Statsforvalteren i Vestlandet, Vestland tannhelsetjeneste, Bergen kommune, Drammen kommune, Bærum kommune, Kristiansand kommune, Advokatforeningen, Autisme-foreningen i Norge, NOBO og Pasient- og brukerombudet.*

Instansene som støtter forslaget, viser hovedsakelig til at formålet med kartleggingen i størst grad oppfylles ved at kartlegging gjennomføres før fylkesnemndsbehandling. Det vises til at kartlegging bør gjennomføres på et tidspunkt som innebærer at funnene i størst mulig grad kan tas hensyn til når type tiltak og plasseringsalternativ skal besluttes, og innholdet i tilbudet utformes. *Advokatforeningen* deler også den oppfatning at den foreslåtte helsekartlegging vil bidra til et bedre beslutningsgrunnlag for fylkesnemnder og domstoler i barnevernssaker, og viser til at dette samsvarer med den vekt og viktighet både Den

europiske menneskerettsdomstol (EMD) og Høyesterett i en rekke dommer har knyttet til et bredt og forsvarlig beslutningsgrunnlag, særlig i saker om omsorgsovertakelser.

Oslo Universitetssykehus Barne- og ungdomsklinikken mener det er flere ulike formål som dels kan måtte understøttes på ulike tidspunkt i saksforløpet, med dels ulike metoder og at det derfor kan være aktuelt med helsekartlegging på flere tidspunkt.

I underkant av 15 instanser ønsker kartlegging på et tidligere tidspunkt, eksempelvis i forkant av hjelpetiltak fra barnevernet eller underveis i barnevernets undersøkelsessak. Dette omfatter blant annet *Barnesakkyndig kommisjon, Helsetilsynet, Statsforvalteren i Innlandet, Statsforvalteren i Møre og Romsdal, Statsforvalteren i Trøndelag, VID, Diakonhjemmet omsorg, Fokus på barnevernet, KS, Norsk fysioterapeutforbund, Norsk psykologforening, Norsk Tourette forening, OBF* og *UNICEF Norge*.

Disse instansene mener det vil være fordelaktig å få tilstrekkelig informasjon om barnet på et så tidlig tidspunkt som mulig, slik at barneverntjenesten i større grad kan sørge for at barnet får mer tilpassede tiltak på et tidlig tidspunkt. Instansene peker også på at en kartlegging i enkelte tilfeller kan gi opplysninger som i praksis vil kunne få betydning for om vilkårene for omsorgsovertakelse eller atferdsplassering er til stede eller avdekke at barnet har behov for døgntilbud i helsetjenesten, fremfor i barnevernet.

Helsetilsynet mener valg av tidspunkt bør vurderes ut ifra hva som vil være til det beste for barnet, og at lovhjemmelen bør åpne for å gi barnevernstjenesten mulighet til å gjøre selvstendige og individuelle vurderinger i den enkelte sak, om når kartlegging er nødvendig. Videre mener de at det ikke bør være en forutsetning for å be om kartlegging at det allerede er besluttet å fremme sak for fylkesnemnda. Dersom departementet ikke støtter dette mener *Helsetilsynet* at kartlegging bør gjennomføres etter at barnet har flyttet ut av hjemmet.

I underkant av 15 instanser ønsker at kartlegging som hovedregel skal skje etter at barnet er flyttet ut av hjemmet. Dette inkluderer blant annet *Barneombudet, Helse Stavanger, Helse vest RHF, Helse sør-øst RHF, Sykehuset Telemark HF, Sykehuset Vestfold, Universitet i Oslo, Sandnes kommune, Trondheim kommune, FO, FO Trøndelag* og *Landsforeningen for barnevernsbarn*.

Disse instansene viser blant annet til faren for feiltolkning og dermed dårlig kvalitet på kartleggingene, dersom de gjennomføres mens familien

og barnet står midt i en sak om tvangsplassering. *Stillasbyggerne* mener at tidspunktet vil hindre gjennomføring av en trygg og valid utredning fordi både barn og foreldre antakelig er i krise. Instansene peker også på at usikkerheten rundt konsekvenser av utredningen kan påvirke kvaliteten på kartleggingen. *Stillasbyggerne* mener at alle andre tidspunkt for kartlegging, før eller etter plassering, ville vært bedre. *Helse Stavanger* tror det blir utfordrende å få rett informasjon når både barnet og foreldre er i en prosess med mulig flytting ut av hjemmet og mener både barn og foreldre sannsynligvis vil underrapportere på grunn av behandling av tvangssak i fylkesnemnda.

Barneombudet mener kartlegging som hovedregel ikke bør skje så lenge barnet bor hjemme hos biologiske foreldre. Ombudet uttaler at:

«Vi har stor bekymring knyttet til at helsekartlegging av barn skal kunne skje mens de fremdeles bor hjemme i et presumtivt skadelig omsorgsmiljø. (...) For det første kan det være svært problematisk for barnet selv å gjennomføre en kartlegging samtidig som han/hun bor hjemme hos de biologiske foreldrene. Det vil være vanskelig å få frem barnets reelle behov og hva som skyldes situasjonen barnet står i der og da, og hva som skyldes andre forhold. Foreldre som barnevernet mener ikke lengre er i stand til å ha daglig omsorg for barnet, vil ikke kunne være en god kilde til informasjon om barnets utfordringer og behov. Biologiske foreldre står ofte i en ekstremt krevende livssituasjon i forbindelse med omsorgsovertakelse, og vil etter vårt syn ikke være i stand til å gi en objektiv beskrivelse av barnets fungering i hverdagen. Det er som nevnt i tillegg stor risiko for at barna i disse situasjonene presses til å underrapportere om hvordan forholdene i hjemmet har vært og hva han/hun har opplevd.»

7.3 Departementets vurdering og forslag

7.3.1 Tidligere kartlegging og videre målgruppe?

Enkelte instanser ønsker at målgruppen for kartleggingen skal være videre, og dermed også at det bør åpnes for tverrfaglig helsekartlegging allerede i undersøkelsesfasen av en barnevernssak. Disse instansene argumenterer for at tidlig innsats er viktig, og vurderer at en tverrfaglig helsekartlegging på et tidlig tidspunkt kan gi bedre

grunnlag for å vurdere hvilke hjelpetiltak eller andre tiltak barnet eller familien har behov for. Departementet viser til at en slik endring vil utvide målgruppen vesentlig. Den foreslåtte målgruppen omfatter om lag 2000 barn i året. Det vises til at barneverntjenesten i 2019 åpnet 46 864 undersøkelsessaker for 44 131 barn. En åpning for tverrfaglig helsekartlegging i undersøkelsesfasen vil innebære at over 42 000 flere barn vil inngå i målgruppen. Videre viser departementet til at 61 prosent av undersøkelsessakene i 2019 *ikke* førte til tiltak fra barnevernet. Departementet vil bemerke at tverrfaglig helsekartlegging er et spesialisert andrelinjetilbud, som har som formål å gi barnevernstjenesten og nye omsorgspersoner (institusjon eller fosterhjem) tilstrekkelig kunnskap om barnets behov, slik at barnet får tilpasset omsorg og oppfølging utenfor hjemmet. Etter departementets oppfatning vil det ikke være god ressursutnyttelse å bruke spesialiserte helsefaglige og barnevernsfaglige ressurser på helsekartlegging av et større antall barn, hvor over halvparten av barna ender opp med å ikke motta tiltak fra barnevernet. Det vises også til at kunnskapsgrunnlaget tilsier at barn som flyttes ut av hjemmet har større helseutfordringer enn andre barn som er i kontakt med barnevernet. Videre vurderer departementet at en åpning for at barnevernstjenesten kan be om tverrfaglig helsekartlegging i undersøkelsesfasen gir økt risiko for at barnevernstjenesten i større grad enn nødvendig overlater ansvaret for deler av undersøkelsen av barnets behov til Bufetat. Departementet viser til at det er barnevernstjenesten som har ansvaret for å vurdere om vilkårene for omsorgsovertakelse og atferdsplassering er oppfylt før de beslutter å fremme sak for fylkesnemnda. I tillegg mener departementet at *pakkeforløp for kartlegging og utredning av psykisk helse og rus hos barn i barnevernet*, som ble etablert i 2020, har til hensikt å ivareta hensynet til tidlig innsats. Det vises til at pakkeforløpet skal bidra til flere barn og unge i barnevernet får utredning og behandling for psykisk problemer og rusproblemer, blant annet ved at barnevernstjenesten har større fokus på å identifisere barn som kan ha behov for behandling for psykiske problemer eller rusproblemer, og at det etableres gode samhandlingsrutiner mellom barnevernet og helsetjenestene. Pakkeforløpet kan iverksettes i alle faser av en barnevernssak, men har hovedfokus på undersøkelsesfasen. Departementet fastholder på denne bakgrunn at det ikke bør åpnes for tverrfaglig helsekartlegging i undersøkelsesfasen av en barnevernssak.

7.3.2 Særlig om barn som er akutt plassert utenfor hjemmet

På særskilte vilkår kan barnevernstjenestens leder eller påtalemyndigheten treffe akuttvedtak om plassering av barn utenfor hjemmet, jf. barnevernloven § 4-6, § 4-9 første ledd, jf. § 4-8 annet ledd annet punktum og § 4-25 annet ledd annet punktum, jf. § 4-24 og § 4-6 annet ledd. Flere høringsinstanser har spilt inn at en grundig kartlegging av alle barn som akutt plasseres vil kunne gi relevant informasjon i forbindelse med barnevernstjenestens videre oppfølging av barnet og familien, selv om barnet tilbakeføres til hjemmet. Departementet er enig i dette, men vil bemerke at tverrfaglig helsekartlegging er et spesialisert og ressurskrevende tiltak. Dette tilsier etter departementets oppfatning at tiltaket bør innrettes slik at det i størst mulig grad ivaretar formålet med tiltaket. Det vises i den forbindelse til at en stor andel av barn som akutt plasseres, tilbakeføres til hjemmet, og at over halvparten av barn som akutt plasseres med hjemmel i barnevernloven § 4-6 annet ledd tilbakeføres til hjemmet fordi den akutte faresituasjonen er avverget eller fordi tiltak for å sikre tilfredsstillende omsorg er satt inn. Formålet med tverrfaglig helsekartlegging er å skaffe ulike instanser i barnevernet tilstrekkelig informasjon, slik at barnevernstjenesten bedre kan ivareta sitt oppfølgings- og omsorgsansvar for barn som flyttes ut av hjemmet. Etter departementets syn er det heller ikke naturlig at staten tilbyr tverrfaglig helsekartlegging i tilfeller hvor barnet skal tilbakeføres til hjemmet. I slike tilfeller er det kommunal barnevernstjeneste som bør gjennomføre nødvendige undersøkelser og vurdere behovet for hjelpetiltak i hjemmet. Videre vil det i mange tilfeller ikke være tidsmessig mulig å gjennomføre kartleggingen før barnet er tilbakeført til hjemmet. Departementet fastholder på bakgrunn av det ovennevnte at målgruppen for tverrfaglig helsekartlegging ikke skal inkludere alle barn som akutt plasseres. Departementet påpeker at et barn som er akutt plassert, likevel vil inngå i målgruppen, dersom barnevernstjenesten underveis i akutt plasseringen beslutter å fremme sak om omsorgsovertakelse eller atferdsplassering for fylkesnemnda. Dette innebærer at barnet vil kunne være akutt plassert i beredskapshjem eller på akuttinstitusjon når tverrfaglig helsekartlegging anmodes og gjennomføres.

7.3.3 Særlig om sped- og småbarn som mottar utredningstilbud ved senter for foreldre og barn

Ved behandlingen av Prop. 73 L (2016–2017) ble det vedtatt en lovbestemmelse som sier at Bufetat kan tilby spesialisert utredning av sped- og småbarn ved senter for foreldre og barn i tilfeller der det er stor usikkerhet ved om det er alvorlige mangler ved barnets omsorgssituasjon, jf. § 2-3 nytt tredje ledd bokstav a. Bestemmelsen trer i kraft 1. januar 2022. Formålet med slik utredning 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.

Høringsinstansene har ulike synspunkter på om sped- og småbarn som mottar utredningstilbud ved senter for foreldre og barn bør inkluderes i målgruppen for tverrfaglig helsekartlegging. *Bufdir* viser til at undersøkelser skal gjennomføres så lite belastende som mulig for barnet. *Bufetat region nord* peker på at det bør vurderes om helsekartleggingen kan gjennomføres som en del av utredningen for sped- og småbarn, ettersom en slik løsning i større grad kan oppnå hensikten med at kartlegging skal være så lite belastende som mulig for barnet. Regionen bemerker at en slik løsning også vil kunne styrke utredningsarbeidet ved senter for foreldre og barn. Regionen peker imidlertid på at fylkesnemndene kan pålegge utredning i senter for foreldre og barn, mens tverrfaglig helsekartlegging forutsetter samtykke. Departementet vurderer at det er behov for å se nærmere på hva som inngår i utredningen for sped- og småbarn ved senter for foreldre og barn og hva som vil inngå i en tverrfaglig helsekartlegging. Det vises til at *Bufdir* har fått i oppdrag å utarbeide nasjonale retningslinjer for utredningstilbud for sped- og småbarn på senter for foreldre og barn. I tillegg skal Helsedirektoratet og *Bufdir* utrede den faglige innretningen for tverrfaglige helsekartlegginger. Departementet vil i lys av disse utredningene vurdere nærmere hvordan tilbud om utredning av sped- og småbarn på senter for foreldre og barn kan koordineres med tverrfaglig helsekartlegging.

7.3.4 Må kartleggingen vente til barnet er plassert utenfor hjemmet?

Flere høringsinstanser er imot at kartlegging gjennomføres når barnet bor i hjemmet. Det vises til at barnet og familien kan være i en kritisk situa-

sjon, og stå overfor en sak i fylkesnemnda om omsorgsovertakelse av barnet. Departementet er enig med høringsinstansene i at kartlegging i en slik kritisk situasjon kan gå ut over kvaliteten på kartleggingen. Det vises til at barnets foreldre og barnet kan stå i en svært krevende livssituasjon i forbindelse med en omsorgsovertakelse. Dette kan blant annet innebære at foreldrene ikke er i stand til å gi en objektiv beskrivelse av barnets fungering, samt en risiko for underrapportering. I slike tilfeller vil det derfor ikke være til barnets beste å gjennomføre kartlegging mens barnet bor i hjemmet. Etter departementets syn vil egnet kartleggingstidspunkt ved omsorgsovertakelser være etter at barnet er flyttet ut av hjemmet. Departementet foreslår derfor at tverrfaglig helsekartlegging alltid skal gjennomføres etter at barnet er flyttet ut av hjemmet dersom det er besluttet å fremme sak om omsorgsovertakelse eller fattet vedtak etter § 4-12, se utkast til § 4-3a tredje ledd. Departementet vil bemerke at flertallet av barn som flyttes ut av hjemmet bor midlertidig i et beredskapshjem eller i et midlertidig institusjonstilbud i påvente av fosterhjem eller et mer varig institusjonstilbud. For disse barna kan det være hensiktsmessig å gjennomføre kartleggingen mens barnet bor i beredskapshjem eller midlertidig institusjonstilbud. Det vises til at mange av barna som ble kartlagt gjennom CARE-prosjektet var akuttplassert på kartleggingstidspunktet. På kartleggingstidspunktet forelå det vedtak om omsorgsovertakelse for om lag 56 prosent av barna. Videre bodde 52 prosent av barna som ble kartlagt i beredskapshjem, mens 40 prosent bodde i fosterhjem på kartleggingstidspunktet.

For atferdsplasseringer etter § 4-24 og § 4-26, samt frivillige plasseringer etter § 4-4 sjette ledd vurderer departementet at hva som er hensiktsmessig tidspunkt for kartleggingen vil variere fra sak til sak. Departementet mener at det i disse tilfellene er mindre sannsynlig at barnet og familien står i en krisesituasjon, slik som ved sak om omsorgsovertakelse. Ved atferdsplasseringer og frivillige plasseringer kan det derfor være hensiktsmessig å kartlegge barnet så tidlig som mulig. Departementet er derfor av den oppfatning at barnevernloven bør åpne for kartlegging for barnet er flyttet ut av hjemmet i slike tilfeller. Det er imidlertid en forutsetning at kartleggingen gjennomføres på et tidspunkt der det er sannsynlig at den kan gi gode og riktige opplysninger om barnet. Kartleggingen skal gjennomføres på det tidspunktet som vurderes å være til barnets beste, og skal ikke være en uforholdsmessig belastning for barnet. Ved atferdsplasseringer og frivillige

plasseringer utenfor hjemmet etter § 4-4 sjette ledd må barnevernstjenesten derfor vurdere om kartlegging mens barnet bor i hjemmet er egnet og forsvarlig i det konkrete tilfellet, samt om kartlegging mens barnet bor i hjemmet vil være til barnets beste, jf. § 1-3. Barnets rett til medvirkning må også ivaretas i vurdering av kartleggingstidspunktet, jf. § 1-6. Ved atferdsplasseringer og frivillige plasseringer utenfor hjemmet må barnevernstjenesten derfor gjøre en konkret vurdering av om barnet skal kartlegges mens det fortsatt bor i hjemmet, eller om kartlegging skal vente til etter at barnet er flyttet ut av hjemmet.

Fylkesnemndene har stilt spørsmål ved om det bør være adgang til å be om kartlegging i tilbakeføringssaker. Departementet vil bemerke at barnevernstjenesten kan be om kartlegging på et hvilket som helst tidspunkt underveis i plasseringen utenfor hjemmet.

Barnevernstjenesten kan anmode om tverrfaglig helsekartlegging på ulike stadier av saken, jf. utkast til § 4-3 a annet ledd jf. § 2-3 tredje ledd bokstav c og tilhørende merknader. Når det gjelder omsorgsovertakelser etter § 4-12 foreslår departementet å lovfeste at kartlegging skal gjennomføres etter at barnet er flyttet ut av hjemmet, se utkast til § 4-3 a tredje ledd. For atferdsplasseringer etter §§ 4-24 og 4-26, samt frivillige plasseringer etter § 4-4 sjette ledd innebærer forslaget at kartleggingstidspunktet må vurderes konkret i hver enkelt sak. I § 4-3 a fjerde ledd er det presisert at kartlegging bare kan anmodes dersom det foreligger samtykke. Samtykke omtales nærmere i kapittel 8.3.3.

Departementet legger videre til grunn at anmodning om helsekartlegging ikke får betydning for fristene for undersøkelse som følger av barnevernloven § 6-9 første ledd.

8 Barnevernstjenestens adgang til å be om helsekartlegging

8.1 Forslaget i høringsnotatet og bakgrunnen for dette

I høringsnotatet la departementet til grunn at barnevernstjenesten har rettslig grunnlag til å be om tverrfaglig helsekartlegging. Departementet viste til at dersom barnevernstjenesten ber om tverrfaglig helsekartlegging før begjæring om omsorgsovertakelse eller atferdsplassering er sendt til fylkesnemnda, vil anmodningen om helsekartlegging anses som en del av barnevernstjenestens undersøkelse, slik at hjemmel til å be om kartlegging av barnet følger av barnevernsloven § 4-3. Videre viste departementet til at i tilfeller hvor barnevernstjenesten ber om kartlegging etter at barnet er flyttet ut av hjemmet følger det rettslige grunnlaget av barnevernstjenestens omsorgs- og/eller oppfølgingsansvar. Departementet foreslo i høringsnotatet at tverrfaglig helsekartlegging skulle være et frivillig tiltak, som forutsetter samtykke. Departementet foreslo en hjemmel for barnevernstjenesten til å be om helsekartlegging på nærmere vilkår, herunder at det foreligger samtykke. Departementet viste til at det i utgangspunktet er barnets foreldre eller andre med foreldreansvar som skal samtykke til helsekartlegging når barnet er under 15 år. Ved midlertidig plassering av barn under 15 år etter §§ 4-6 annet ledd og ved omsorgsovertakelse etter §§ 4-8 og 4-12, overtar barnevernstjenesten foreldrenes kompetanse til å samtykke. I tråd med barnevernloven § 6-3 annet ledd om partsrettigheter la departementet til grunn at barn over 15 år, eller som av andre grunner er part i saken, kan samtykke til helsekartlegging.

8.2 Høringsinstansenes syn

Om lag 10 instanser har uttalt seg barnevernstjenestens adgang til å be om kartlegging. *Norges nasjonale institusjon for menneskerettigheter (NIM)*, *Barneombudet*, og *RKBU nord* er enig i at helsekartlegging bør være et frivillig og samtykkebasert tiltak. *NIM* er enig i at barnet skal ha adgang til å selv samtykke til slik helsekartleg-

ging over en viss alder, i tråd med prinsippet om gradvis økende selvbestemmelsesrett.

Helse Bergen HF, *Oslo Universitetssykehus Barne- og ungdomsklinikken*, *Statens barnehus*, *Den rettsmedisinske kommisjon* og *Fylkesnemndene* mener det bør være adgang til å pålegge helsekartlegging. *Oslo kommune* mener departementet bør vurdere muligheten for å pålegge helsekartlegging.

Bufdir vurderer at det ikke er nødvendig lovfeste et krav om samtykke til helsekartlegging. *Bufdir* uttaler at:

«Fremfor å stille krav om samtykke bør departementet tydeliggjøre at tverrfaglig helsekartlegging bør gjennomføres i samarbeid med barnet og foreldrene, og at den ikke bør gjennomføres hvis familien eller barnet motsetter seg dette.»

Pasient- og brukerombudet, *Universitet i Tromsø Juridisk fakultet*, *RKBU Midt-Norge* og *Statsforvalteren i Innlandet* stiller spørsmål ved forholdet mellom den helserettslige myndighetsalderen på 16 år og regelen i barnevernet som sier at barn som har fylt 15 år selv kan samtykke til tiltak og tjenester.

NIM har spilt inn at det bør lovfestes at barn som har fylt 15 år har samtykkekompetansen til tverrfaglig helsekartlegging. *NIM* uttaler at:

«De særlige aldersgrensene for når barnet overtar samtykkekompetansen er ellers lovfestet i barnevernsloven, jf. § 4-26 første ledd, §4-28 annet ledd og den generelle regelen om partsrettigheter i § 6-3 annet ledd. I spørsmålet om samtykke til helsekartlegging kan det tenkes at rettsanvendere vil se hen til den helserettslige myndighetsalderen på 16 år, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4 første ledd, selv om ikke slik helsekartlegging i seg selv anses som «helsehjelp», ettersom problemstillingen om samtykke til slik kartlegging kan likne på de som gjøres for samtykke til helsehjelp. En lovfesting av aldersgrensen på 15 år vil klargjøre når barnet selv får samtykkekom-

petanse. Barn som ikke selv har samtykkekompetanse, har likevel rett til å medvirke til beslutningen om helsekartlegging, enten det er foreldrene eller barneverntjenesten som skal samtykke på vegne av barnet. Dette utgangspunktet følger av barnevernloven § 1-6 for barneverntjenesten, og av barneloven for foreldrene, og NIM anser det ikke som nødvendig å lovfeste dette særskilt i relasjon til spørsmålet om helsekartlegging. Derimot er det positivt at dette trekkes frem uttrykkelig i høringsnotatet, og vi oppfordrer også departementet til å påpeke det i lovproposisjonen, gjerne i spesialmerkningene til lovforslaget.»

Universitet i Tromsø Juridisk fakultet har stilt spørsmål om begge foreldrene må samtykke dersom de har delt foreldreansvar for barnet.

8.3 Departementets vurdering og forslag

8.3.1 Bør det være adgang til å pålegge helsekartlegging?

Enkelte høringsinstanser har tatt til orde for at det bør være adgang til å pålegge tverrfaglig helsekartlegging. I forslaget til ny barnevernslov¹ er det foreslått én hjemmel for frivillig utredning av sped- og småbarn (0-6 år) på senter for foreldre og barn, hvor barnets foreldre må samtykke, og én hjemmel som gir fylkesnemnda adgang til å pålegge utredningsopphold på senter for foreldre og barn. På den ene siden er det flere likheter ved tilbudet om tverrfaglig helsekartlegging og tilbudet om utredning av sped- og småbarn ved senter for foreldre og barn. Dette kan tale for en lik regulering av tilbudene. Etter departementets oppfatning er det likevel ulikheter ved tilbudene som medfører at en adgang til pålegg er mindre egnet for tverrfaglig helsekartlegging. Det vises blant annet til at gjennomføring av tverrfaglig helsekartlegging ved bruk av pålegg kan gi mindre valide resultater, særlig for de eldre barna som skal kartlegges. Det vises til at kartlegging av eldre barn (7-18) i stor grad baserer seg på samtaler og spørsmål. I tilfeller hvor barnet selv ikke samtykker til kartlegging, og motsetter seg dette, vil en pålagt kartlegging antagelig ikke gi valide resultater. I tillegg kan barnet oppleve en større lojalitetskonflikt dersom foreldrene ikke samtykker, og kartlegging likevel pålegges. En slik lojalitetskonflikt kan etter departementets vurdering

påvirke resultatene av kartleggingen. Av rettssikkerhetsmessige årsaker er myndigheten til å pålegge hjelpetiltak og utredning ved senter for foreldre og barn lagt til fylkesnemnda. Dersom nemnda skal gis adgang til å pålegge tverrfaglig helsekartlegging i forkant av sak om omsorgsovertakelse eller atferdsplassering, kan dette forsinke behandlingen av saken. Departementet vurderer også at en samtykkebasert hjemmel bør få virke over tid, og at eventuell adgang til pålegg kan vurderes på et senere tidspunkt. Departementet har derfor kommet til at det ikke bør gis adgang til å pålegge en gjennomføring av tverrfaglig helsekartlegging dersom samtykke ikke foreligger. 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. Departementet opprettholder på bakgrunn av det ovennevnte at tverrfaglig helsekartlegging skal være et frivillig tiltak, som forutsetter samtykke.

8.3.2 Behovet for en klar hjemmel

Legalitetsprinsippet innebærer at offentlige myndigheter ikke kan gripe inn overfor borgere uten å ha kompetanse til dette. Lov, samtykke og nødrett er eksempler på slike kompetansegrunnlag. Grunnloven § 113 slår fast at myndighetens *inngrep* overfor den enkelte må ha grunnlag i lov. Inngrep omfatter i denne sammenheng blant annet bruk av tvang, forbud og pålegg. Tvang og pålegg er svært inngripende og innebærer et strengt legalitetsprinsipp, herunder klar lovhjemmel. Høyesterett har uttalt at «*Kravet til lovhjemmel må nyanseres blant annet ut fra hvilket område en befinner seg på, arten av inngrepet, hvordan det rammer og hvor tyngende det er overfor den som rammes. Også andre rettskildedefaktorer enn loven selv må etter omstendighetene trekkes inn.*»²

Arten av inngrepet har betydning for anvendelsen av legalitetsprinsippet. Et sterkt inngrep krever alltid klar lovhjemmel. For utredningsopphold for sped- og småbarn, kom departementet etter en konkret vurdering, til at et slikt opphold er å anse som et sterkt inngrep, selv om det stilles krav om samtykke fra foreldrene. Departementet la i vurderingen vekt på at utredningen innebærer at familien må flytte ut av sitt eget hjem og obser-

¹ Prop. 133 L (2020–2021)

² Rt. 1995 s. 530

veres over tid. Imidlertid vurderer departementet at frivillig helsekartlegging ikke er å regne som et sterkt inngrep. Departementet fastholder at tverrfaglig helsekartlegging skal være frivillig og at tiltaket krever samtykke. Helsekartlegging innebærer ikke at barnet eller foreldrene må flytte ut av hjemmet, slik som ved utredningsopphold for sped- og småbarn. Det kan heller ikke gjennomføres kartlegging dersom barnet motsetter seg dette. Departementet vurderer at frivillig helsekartlegging ikke er et sterkt inngrep overfor barn eller foreldre og at tiltaket skiller seg vesentlig fra for eksempel utredningsopphold ved senter for foreldre og barn. Helsekartlegging innebærer ikke tvang eller pålegg, og representerer etter departementets vurdering dermed ikke et inngrep i personlig frihet eller integritet, jf. EMK art. 5 og 8. Barns medvirkning skal også ivaretas når foreldre eller barnevernstjenesten samtykker til helsekartlegging, som nærmere omtalt i kapittel 8.3.4.

Departementet vurderer på denne bakgrunn at samtykke alene vil være et tilstrekkelig rettslig grunnlag for tverrfaglig helsekartlegging for deler av målgruppen, eksempelvis i de tilfellene hvor det allerede er fattet vedtak i fylkesnemnda om atferdsplassering og omsorgsovertakelse. Etter departementets syn er det behov for å lovfeste barnevernstjenestens adgang til å be om kartlegging for målgruppen når det foreligger samtykke. Departementet vurderer at tverrfaglig helsekartlegging bør lovfestes på lik linje med frivillige hjelpetiltak og frivillige atferdsplasseringer for å sikre klare regler og forutberegnelighet. Helsekartlegging vil innebære nye oppgaver for kommunen og Bufetat. Dette tilsier også lovfesting. Departementet foreslår på denne bakgrunn at det innføres en klar hjemmel for barnevernstjenesten til å be om tverrfaglig helsekartlegging for barn i målgruppen når det foreligger samtykke. Det vises til utkast til § 4-3 a og tilhørende merknad. Videre vises det til kapittel 9.3 som omhandler barnevernstjenestens plikt til å vurdere barnets behov for tverrfaglig helsekartlegging.

8.3.3 Nærmere om samtykke

8.3.3.1 Krav til samtykke

Tverrfaglig helsekartlegging er frivillig og krever samtykke. For at et samtykke skal være gyldig, må det være frivillig, informert og mulig å trekke tilbake. Dette innebærer at et samtykke ikke er gyldig dersom det foreligger press for å samtykke eller dersom det oppstår negative konsekvenser

dersom man ikke samtykker. Den enkelte må være i stand til å foreta et fritt valg. Det må være klart hva den enkelte samtykker til og den som samtykker må ha fått tilstrekkelig informasjon i forbindelse med samtykket.

8.3.3.2 Barn under 15 år

Departementet legger til grunn at barnets foreldre eller andre med foreldreansvar må samtykke til helsekartlegging når barnet er under 15 år. Dette innebærer at begge foreldrene må samtykke dersom de har fellesforeldreansvar for barnet. Det følger av barnevernloven § 4-18 at omsorgen går over på barnevernstjenesten når et vedtak om omsorgsovertakelse etter §§ 4-8 og 4-12 blir iverksatt. Akutt plasseringer etter § 4-6 annet ledd er etter dagens barnevernlov ikke regnet som en omsorgsovertakelse. Dette innebærer at § 4-18 om omsorgsansvar ikke kommer direkte til anvendelse. Barnevernstjenestens ansvar ved akutt plasseringer er i stedet særskilt regulert i barnevernloven og i enkelte andre lover. Departementet viser til at flere bestemmelser i annen lovgivning sidestiller akuttvedtak etter § 4-6 annet ledd og ordinære omsorgsovertakelse etter § 4-12. Dette gjelder blant annet bestemmelser i pasient- og brukerrettighetsloven som gir barnevernstjenesten kompetanse til å samtykke til helsehjelp på barnets vegne, og rett til opplysninger om barnet som barnets nærmeste pårørende, jf. pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-4 og 4-4. Det vises videre til at det i Prop. 133 L (2020–2021) med forslag til ny barnevernlov, er foreslått at bestemmelsene som regulerer barnevernstjenestens omsorgsansvar også skal gjelde ved akuttvedtak.³

For at barnevernstjenesten skal kunne ivareta sitt ansvar vurderer departementet at barnevernstjenesten bør ha kompetanse til å samtykke til helsekartlegging på vegne av barnet i de tilfellene barnevernet har overtatt omsorgen for barnet etter § 4-12. Det samme gjelder for barn som er akutt plassert etter § 4-6 annet ledd. Dette innebærer at barnevernstjenesten overtar foreldrenes kompetanse til å samtykke på vegne av barn under 15 år. Departementet foreslår derfor å lovfeste at barnevernstjenesten kan samtykke til helsekartlegging på vegne av barnet dersom det er fattet vedtak om omsorgsovertakelse etter §§ 4-8 og 4-12, og dersom det er fattet akuttvedtak etter § 4-6 annet ledd, se utkast til § 4-3 a tredje ledd annet punktum.

³ Prop. 133 L (2020–2021) s. 189.

8.3.3.3 Barn over 15 år

Hovedregelen i barnevernssaker er at barn er part i egen sak fra fylte 15 år, jf. barnevernloven § 6-2 annet ledd første punktum. Fylkesnemnda kan også innvilge et barn under 15 år partsrettigheter i særskilte tilfeller, jf. § 6-2 annet ledd annet punktum. Når barnet er part i saken kreves det samtykke fra barnet for å iverksette frivillige hjelpetiltak etter § 4-4, dersom tiltaket retter seg mot barnet. Det følger videre av barnevernloven § 4-26 om frivillig atferdsplassering på institusjon at det er tilstrekkelig med samtykke fra barnet, dersom barnet har fylt 15 år. Enkelte instanser har pekt på at den helserettslige myndighetsalderen er 16 år. For barn under 16 år har som hovedregel barnets foreldre eller andre med foreldreansvar rett til å samtykke til helsehjelp, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4 første ledd. Dette innebærer at barn over 16 år i utgangspunktet er myndige i spørsmål om egen helsehjelp. Departementet vurderer i likhet med *Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM)* at ulikhetene i samtykkealdersgrensene etter helselovgivningen og barnevernlovgivningen medfører at det bør være tydelig hvilken samtykkealder som gjelder for tilbud om tverrfaglig helsekartlegging. Selv om tiltaket er tverrfaglig og forutsetter ressurser fra spesialisthelsetjenesten vurderer departementet at det er den barnevernrettslige aldersgrensen på 15 år som bør gjelde for tilbud om tverrfaglig helsekartlegging. Det vises til at tilbudet er organisert i statlig barnevern, initieres av kommunal barnevernstjeneste og reguleres i barnevernloven. Ettersom barn som har fylt 15 år, selv kan samtykke til atferdsplassering på institusjon etter barnevernloven, vurderer departementet at barn som er fylt 15 år, også selv bør kunne samtykke til tverrfaglig helsekartlegging. Departementet foreslår derfor at det reguleres særskilt at barnets samtykke er tilstrekkelig, dersom barnet har fylt 15 år, jf. utkast til § 4-3a tredje ledd siste punktum.

8.3.4 Barnets rett til medvirkning

Selv om det vil være barnets foreldre eller barnevernstjenesten som kan samtykke til tverrfaglig helsekartlegging på vegne av barn under 15 år, skal alle barn involveres i saker som omhandler dem. Barns rett til å bli hørt følger av Grunnloven § 104 første ledd. Etter denne bestemmelsen har barn «rett til å bli hørt i spørsmål som gjelder dem selv, og deres mening skal tillegges vekt i overensstemmelse med deres alder og utvikling».

Barns rett til å bli hørt følger også av FNs barnekonvensjon artikkel 12. Etter artikkel 12 nr. 1 er konvensjonspartene forpliktet til å «garantere et barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter, retten til fritt å gi uttrykk for disse synspunkter i alle forhold som vedrører barnet, og tillegge barnets synspunkter behørig vekt i samsvar med dets alder og modenhet.» Etter artikkel 12 nr. 2 skal barnet særlig gis anledning til å bli hørt i enhver rettslig og administrativ saksbehandling som angår barnet, enten direkte, eller gjennom en representant eller et egnet organ.

Barns rett til medvirkning i barnevernssaker følger av barnevernloven § 1-6. Det fremgår av bestemmelsen at alle barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter, har rett til å medvirke i alle forhold som vedrører barnet etter barnevernloven. Barnet skal få tilstrekkelig og tilpasset informasjon og har rett til fritt å gi uttrykk for sine synspunkter. Barnet skal bli lyttet til, og barnets synspunkter skal vektlegges i samsvar med barnets alder og modenhet. Retten til å medvirke gjelder gjennom hele beslutningsprosessen, og for alle forhold som gjelder barnet. Bestemmelsen gjelder overfor alle instanser som har oppgaver etter barnevernloven. Bestemmelsen gjelder alle barn som er i stand til å danne seg egne meninger og på alle stadier av en barnevernssak, herunder før det tas rettslige og administrative avgjørelser. Ivaretagelsen av barnets rett til å medvirke gjelder overfor alle instanser som har oppgaver etter barnevernsloven. Departementet understreker at barnet skal få tilstrekkelig og tilpasset informasjon. Dette innebærer at informasjonen som gis skal være forståelig for barnet. Videre har barnet rett til fritt å gi uttrykk for sine synspunkter. Dette innebærer mer enn at barnet har rett til å snakke. Barnet kan uttrykke seg både verbalt og ikke-verbalt. Barnet skal bli lyttet til og barnets meninger skal vektlegges i samsvar med barnets alder og modenhet. At barnet har rett til å medvirke innebærer imidlertid ikke at barnet selv kan bestemme. Barnet har heller ingen plikt til å medvirke.

Når barn er under foreldrenes omsorg følger det også av barneloven § 30 at foreldre har rett og plikt til å ta avgjørelser på barnets vegne. Foreldrene skal høre barnet i personlige spørsmål og vektlegge barnets mening i samsvar med barnets alder og modenhet, jf. § 31. Når barnet er fylt 12 år, skal det legges stor vekt på hva barnet mener, jf. barneloven § 31 annet ledd.

Departementet understreker at når barnevernstjenesten eller foreldre har kompetanse til å samtykke til helsekartlegging, er det viktig at bar-

net blir godt informert, at barnet blir hørt og deres mening vektlagt i samsvar med barnets alder og modenhet. Barns medvirkning er også et sentralt moment i vurderingen av barnets beste, jf. blant annet Grunnloven § 104 og BK art. 3 nr. 1. Departementet mener kravet om samtykke, sam-

menholdt med barns rett til å medvirke, tilsier at forslaget er i samsvar med menneskerettslige forpliktelser og ikke representerer et inngrep i personlig frihet eller integritet, jf. blant annet EMK art. 5 og 8.

9 Barnevernstjenestens plikt til å vurdere behovet for kartlegging

9.1 Forslaget i høringsnotatet og bakgrunnen for dette

I høringsnotatet foreslo departementet en plikt for barnevernstjenesten til å vurdere om barn i målgruppen har behov for tverrfaglig helsekartlegging. Det ble presisert at barnevernstjenesten skulle gjøre en konkret vurdering av barnets behov for helsekartlegging og at vurderingen skulle dokumenteres. Formålet med forslaget var å bevisstgjøre kommunene på behovet for å ha tilstrekkelig informasjon om barnets helse og fungering i forbindelse med plassering utenfor hjemmet. Departementet la i den forbindelse vekt på tilsyn og andre rapporter som har avdekket variasjon i kommunenes undersøkelsesarbeid, kartlegging og vurdering av barnets helse, fungering og behov. Departementet la videre til grunn at en slik plikt ikke kunne tre i kraft før Bufetats tilbud om helsekartlegging hadde oppnådd tilstrekkelig kapasitet.

9.2 Høringsinstansenes syn

Om lag 35 instanser har uttalt seg om forslaget. I underkant av 15 instanser støtter at barnevernstjenesten bør gis en plikt til å vurdere om det er behov for helsekartlegging av barn i målgruppen og at vurderingen skal dokumenteres. Dette omfatter *Bufetat region nord, Bufetat region øst, Bufetat region Midt-Norge, Helsedirektoratet, Statsforvalteren i Troms og Finnmark, Statsforvalteren Vestlandet, Vestre Viken HF Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, Asker kommune, Bærum kommune, Oslo kommune Advokatforeningen, KS, Norsk Sykepleierforbund og Stine Sofie Stiftelsen.*

Bufetat region vest og Lillestrøm kommune mener kommunen ikke bør pålegges en slik plikt med mindre det er tilstrekkelig kapasitet i tiltaket.

Om lag 20 instanser mener at tverrfaglig helsekartlegging bør gjennomføres rutinemessig for alle barn i målgruppen eller at hovedregelen skal være at barnet tilbys helsekartlegging, og at det

kun unntaksvis ikke skal tilbys. Dette omfatter *Barneombudet, Bufdir, Bufetat region sør, Helse Bergen HF, Statens barnehus, Satsforvalteren i Nordland, Oslo Universitetssykehus Barne- og ungdomsklinikken, RKBU Midt-Norge, RKBU vest, VID, Vestland tannhelsetjeneste, Sandnes kommune, ADHD-Norge, Den norske tannlegeforening, Fagforbundet, Landsforeningen for barnevernsbarn, Norsk fosterhjemforening, Norsk Tourette forening og Organisasjon for barnevernsforeldre. Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM)* ønsker en nærmere begrunnelse for hvorfor kartlegging ikke skal gjennomføres rutinemessig.

Helse Bergen HF vurderer at hovedregelen bør være at barn blir undersøkt. De viser til at erfaring fra barnehuset er at få barn henvises til undersøkelse, selv når det er et etablert tilbud. Videre opplever de at barnevernstjenesten ikke har kunnskap om hvorfor helseundersøkelse av barn utsatt for vold, overgrep eller omsorgssvikt er nødvendig. Videre uttaler de at:

«Det blir ofte henvist til at dette er til belastning for barnet, noe vi mener er feil. Dersom begrunnelsen er at det er belastende for barnet, bør det også begrunnes hva denne belastningen er.»

Barneombudet viser til at hovedforutsetningen i den ledende forskningen på feltet er at kartleggingen skal gjennomføres rutinemessig, uten at det legges opp til behovsprøving og en skjønnsvurdering. Videre mener ombudet at det en reell fare for at ikke alle barn med behov for helsekartlegging får det, dersom tilbud om helsekartlegging skal basere seg på barnevernstjenestens og Bufetats skjønn.

9.3 Departementets vurdering og forslag

Departementet fastholder forslaget om å innføre en plikt for barnevernstjenesten til å vurdere

behovet for tverrfaglig helsekartlegging for barn i målgruppen. Departementet har merket seg at flere av høringsinstansene mener at barnevernstjenesten bør ha en rutinemessig plikt til å be Bufetat om tverrfaglig helsekartlegging for barn i målgruppen. Høringsinstansene viser til at skjønsmessige vurderinger av behovet for kartlegging utgjør en risiko for at barn som har behov for slik kartlegging, ikke vil få det, blant annet fordi barnevernstjenesten ikke har tilstrekkelig kompetanse til å vurdere dette. Departementet vurderer imidlertid at en plikt for barnevernstjenesten til å vurdere behovet for tverrfaglig helsekartlegging er mer i tråd med ansvarsforholdene mellom stat og kommune. Det vises til at barnevernstjenesten har ansvaret for undersøkelser etter § 4-3. Videre skal barnevernstjenesten etter plassering utenfor hjemmet, fortløpende vurdere behovet for endringer eller ytterligere tiltak for barnet, jf. §§ 4-5, § 4-16 og § 4-28. Videre viser departementet til at noen høringsinstanser har spilt inn at de erfarer at barnevernstjenesten i enkelte tilfeller ikke innhenter eller tar i bruk eksisterende helseopplysninger om barnet.

Plikten til å vurdere barnets behov for tverrfaglig helsekartlegging innebærer at barnevernstjenesten må sørge for at de har innhentet de relevante helseopplysningene som finnes, og deretter ta stilling til om opplysningene er tilstrekkelige. I vurderingen må barnevernstjenesten både se hen til hvor oppdaterte opplysningene er, samt omfanget av opplysningene. Det vises til at formålet med å innføre en slik plikt blant annet er å bevisstgjøre kommunene på behovet for å ha informasjon om barnets helse og fungering i forbindelse med plassering utenfor hjemmet. Plikten til å vurdere barnets behov for kartlegging innebærer at barnevernstjenesten må vurdere om barnet er tilstrekkelig kartlagt fra før. Om barnet er kartlagt fra før, og eventuelt hvor lang tid det har gått siden siste kartlegging er et relevant moment i vurderingen. Departementet vurderer at barnet ikke bør utsettes for unødig belastning ved gjentatt kartlegging, og at det som regel ikke vil være behov for ny kartlegging dersom det har vært foretatt tilstrekkelig spesialisert helsekartlegging de siste årene.

I enkelte tilfeller kan det tenkes at barnet er tilstrekkelig kartlagt, eksempelvis ved at barnet nylig er utredet i spesialisthelsetjenesten. I slike tilfeller vil det være en unødig belastning for barnet å gjennomføre en ny kartlegging. Videre viser departementet til at frivillige plasseringer utenfor hjemmet etter § 4-4 sjette ledd kan ha ulike tidsperspektiv. For kortvarige plasseringer vil det

antagelig ikke være behovet for en bred tverrfaglig helsekartlegging, blant annet fordi formålet om å skaffe tilstrekkelig informasjon for å kunne gi god omsorg og oppfølging i tiltaket, ikke vil være like relevant for kortvarige plasseringer. I tillegg er det ikke alle barn som plasseres utenfor hjemmet etter § 4-4 sjette ledd som har opplevd omsorgssvikt. Det kan for eksempel oppstå akutt sykdom eller skade hos foreldrene som innebærer at barnet for en periode må plasseres utenfor hjemmet. Dette taler etter departementets syn for at barnevernstjenesten bør gjøre en konkret vurdering av behovet for tverrfaglig kartlegging i hvert enkelt tilfelle.

Etter departementets syn bør derfor barnevernstjenesten gjøre en konkret vurdering av barnets behov for helsekartlegging når den har besluttet å fremme sak for fylkesnemnda etter §§ 4-12, 4-24 eller 4-26. For frivillige plasseringer etter § 4-4 sjette ledd må barnevernstjenesten gjøre vurderingen når det er truffet vedtak om slik plassering. Plikten skal sikre at barn som skal flyttes ut av hjemmet for en konkret og individuell vurdering av sitt eventuelle behov for tverrfaglig helsekartlegging. Departementet foreslår samtidig at behovsvurderingen skal dokumenteres. Departementet påpeker at Statsforvalteren skal føre tilsyn med at kommunen oppfyller sine plikter etter barnevernloven kapittel 1 til 9, jf. § 2-3 b annet ledd.

Formålet med kartleggingen er å skaffe ulike instanser i barnevernet tilstrekkelig informasjon, slik at barnevernstjenesten bedre kan ivareta sitt oppfølgings- og omsorgsansvar for barn som flyttes ut av hjemmet. Barnets beste, i form av bedre ivaretagelse av barn i barnevernet, ligger med dette til grunn for forslaget i proposisjonen. Departementet mener etableringen av et nytt tverrfaglig og spesialisert tiltak for barn som skal flyttes ut av hjemmet, bidrar til å styrke oppfølgingen av og rettsikkerheten til barn i barnevernet.

Departementet foreslår etter dette at når barnevernstjenesten har besluttet å fremme sak for fylkesnemnda om omsorgsovertakelse eller atferdsplassering skal den vurdere om barnet har behov for tverrfaglig helsekartlegging, se utkast til § 4-3 a første ledd. Videre foreslår departementet at barnevernstjenesten skal vurdere om barnet har behov for tverrfaglig helsekartlegging ved frivillige plasseringer etter § 4-4 sjette ledd. I utkast til § 4-3 a første ledd siste punktum foreslår departementet en tydelig plikt for barnevernstjenesten til å dokumentere vurderingen av om barnet har behov for tverrfaglig helsekartlegging. Departementet understreker at det ikke skal være høy ter-

skel for anmodning av tverrfaglig helsekartlegging.

Videre foreslår departementet at barnevernstjenesten skal anmode Bufetat om tverrfaglig helsekartlegging dersom den kommer til at barnet har behov for slik kartlegging. Det vises til at selv om behovsvurderingen gjøres i forkant av behandling i fylkesnemnda i forbindelse med omsorgsovertakelse og atferdsplassering, kan barnevernstjenesten vente med å anmode helsekartlegging til saken er ferdigbehandlet i fylkesnemnda.

Departementet vil imidlertid gjennomgå de erfaringene som gjøres etter at tilbud om tverrfaglig helsekartlegging er etablert, og på den bakgrunn vurdere om det er behov for en rutinemessig plikt for barnevernstjenesten til å be om helsekartlegging for alle barn i målgruppen, og hvordan en slik plikt eventuelt bør innrettes.

Departementet gjør oppmerksom på at barnevernstjenesten plikt til å vurdere om barn i målgruppen har behov for tverrfaglig kartlegging ikke kan tre i kraft før Bufetats tilbud om helsekartlegging har tilstrekkelig kapasitet. Det vises til at målgruppen for tilbudet omfatter i underkant av 2000 barn i året. For 2021 er det bevilget 25 millioner kroner til tverrfaglig helsekartlegging. Dette tilsier en etablering av om lag fem team, og en årlig kapasitet på kartlegging av ca. 250 barn. Dette innebærer at relativt få barn fra hver kommune vil få tilbud om kartlegging. Departementet vurderer at det ikke er hensiktsmessig å iverksette en plikt for barnevernstjenesten til å vurdere om barn i målgruppen skal gis et tilbud om helsekartlegging, før kapasiteten i tilbudet nærmer seg den anslåtte størrelsen på målgruppen. Departementet legger opp til en gradvis utvidelse av tilbudet, slik at plikten kan tre i kraft når det er oppnådd tilstrekkelig kapasitet i det statlige tilbudet.

10 Bufetat avgjør om helsekartlegging skal tilbys

10.1 Forslaget i høringsnotatet og bakgrunnen for dette

Departementet foreslo i høringsnotatet at Bufetats oppgave lovfestet som en kan-bestemmelse. I høringsnotatet vurderte departementet at statlig bistandsplikt ikke var egnet på dette området. Departementet la i sin vurdering vekt på at statlig bistandsplikt vil innebære at kommunen alene avgjør hvilke barn innenfor målgruppen som skal kartlegges, og dermed også hvor stort omfanget av det statlige tilbudet skal være. Departementet mente at en statlig bistandsplikt kunne føre til et uklart ansvarsforhold mellom stat og kommune, med risiko for at Bufetat oppfattes å overta kommunens ansvar for undersøkelser av barn i målgruppen. Departementet viste til at kommunen har det fulle juridiske ansvaret for å utrede barnets behov og for å iverksette de tiltak som barn under deres omsorg eller oppfølging har behov for. Departementene viste videre til at en tverrfaglig helsekartlegging vil være et element i kommunens samlede utredning av barnet. Departementet foreslo på denne bakgrunn at Bufetat skulle avgjøre om helsekartlegging gis i det enkelte tilfelle. Departementet understreket at Bufetat innenfor målgruppen må utdype hvilke terskler og prioriteringer som skal gjelde for det statlige tilbudet, basert på faglige vurderinger og økonomiske rammer. Departementet ba også om innspill på om det burde lovfestet en tidsfrist for Bufetats svar på barnevernstjenestens anmodning om helsekartlegging, og hvor lang en slik tidsfrist eventuelt burde være.

10.2 Høringsinstansenes syn

Om lag 35 instanser har uttalt seg om forslaget. Fem av disse støtter forslaget om at Bufetat skal foreta en skjønnsmessig vurdering av om barnet skal tilbys tverrfaglig helsekartlegging. Dette omfatter *Bufetat region nord*, *Vestland tannhelsetjeneste* og *Vestre Viken HF Barne- og ungdomspsykiatrik avd. Statsforvalteren i Nordland* har under tvil

kommet til å at det ikke bør være statlig bistandsplikt for tiltaket. *Bufdir* støtter forslaget under forutsetning av at det innføres rutinemessig henvisning fra barnevernstjenesten til Bufetat for alle barn i målgruppen. Hvis en slik plikt ikke innføres vurderer *Bufdir* at det bør være bistandsplikt for Bufetat når barnevernstjenesten ber om tverrfaglig helsekartlegging. *RKBU Midt-Norge* har spilt inn at det bør være klagerett på Bufetats vurdering av om tiltaket skal tilbys eller ikke.

I underkant av 30 instanser mener at Bufetat bør ha statlig bistandsplikt når kommunen ber om helsekartlegging. Dette omfatter *Barneombudet*, *Bufetat region øst*, *Bufetat region vest*, *Helsetilsynet*, *Fylkesnemndene*, *Statsforvalteren i Nordland*, *Stillasbyggerne*, *Statsforvalteren i Troms og Finnmark*, *Oslo Universitetssykehus avd. samhandling*, *RKBU vest*, *RVTS vest*, *Universitet i Oslo*, *VID*, *Asker kommune*, *Bergen kommune*, *Bærum kommune*, *Lillestrøm kommune*, *Oslo kommune*, *Sandnes kommune*, *Advokatforeningen*, *Akademikerforbundet*, *Fagforbundet*, *KS*, *Norsk fosterhjemsforening*, *Norsk Tourette forening* og *UNICEF Norge*. *Drammen kommune* vil ha bistandsplikt eller klageadgang. *NIM* ber om en nærmere begrunnelse for hvorfor det ikke innføres statlig bistandsplikt.

Flere instanser, herunder *Bufdir*, *Bufetat region sør*, *Bufetat region nord*, *Vestre Viken HF Barne- og ungdomspsykiatrik*, *Pasient- og brukerombudet*, *Akademikerforbundet* og *Stine Sofie Stiftelsen*, mener at det bør settes en tidsfrist for når Bufetat må gi kommunen svar på om barnet vil få et tilbud om tverrfaglig helsekartlegging eller ikke. Instansene har foreslått en tidsfrist på henholdsvis syv eller ti dager.

Barneombudet, *Statsforvalteren i Innlandet* og *Statsforvalteren i Troms og Finnmark* har spilt inn at det også bør lovfestet en plikt for helseforetakene til å delta i kartleggingsteamene. *Oslo Universitetssykehus Klinikk Psykisk helse og avhengighet* og *Pilar kompetansetjeneste* har spilt inn at det bør gjøres lovendringer i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e som handler om samhandling og samarbeid.

10.3 Departementets vurdering og forslag

Departementet fastholder forslaget om at det er Bufetat som avgjør om tverrfaglig helsekartlegging skal tilbys i hvert enkelt tilfelle. Flere høringsinstanser mener hovedregelen bør være et tilbud om rutinemessig kartlegging av alle barn i målgruppen, herunder at Bufetat skal ha en plikt til å tilby kartlegging når kommunen ber om det. Det vises blant annet til at det fremstår som unødvendig byråkratisk at både barnevernstjenesten og Bufetat skal foreta en skjønnsmessig vurdering av om barnet skal få et tilbud om kartlegging. Etter departementets oppfatning vil Bufetats mulighet til å vurdere kommunens anmodning om kartlegging redusere risikoen for at staten overtar ansvar som hører til kommunen. Videre vil Bufetat få mulighet til å prioritere innenfor målgruppen, slik at tiltaket iverksettes overfor de barna med størst behov for en slik kartlegging. Det vises til at staten har bedre forutsetninger enn kommunen for å kunne prioritere innenfor den totale målgruppen på 2000 barn. Departementet vil også bemerke at tiltaket er i en oppstarts- og utprøvningsfase, og at det foreløpig kun er kapasitet til å kartlegge en andel av målgruppen. Oppbygging av tverrfaglige team som krever spesialiserte ressurser både innenfor helse og barnevern, med en geografisk spredning som reduserer reiseveien til tiltaket, vil ta noe tid. En gradvis oppbygging av tiltaket må også bygge på de faglige og praktiske erfaringer som gjøres underveis, i tillegg til rekruttering av ressurser med riktig kompetanse. Etter departementets oppfatning vil det skape store utfordringer dersom Bufetat gis en statlig bistandsplikt, uten at det finnes tilgjengelige ressurser i spesialisthelsetjenesten til å kunne bidra inn i kartleggingsteamene. Departementet vurderer at Bufetat ikke kan pålegges en bistandsplikt når forutsetningene for å oppfylle en slik plikt ikke er til stede. Departementet foreslår derfor at staten ikke skal ha plikt til å bistå kommunen. Tilbud om tverrfaglig helsekartlegging vil bli avgjort på grunnlag av en skjønnsmessig vurdering, der både faglige og økonomiske momenter vil inngå.

Departementet vurderer imidlertid at det er behov for forutsigbarhet i det statlige tilbudet. For å bidra til mest mulig forutsigbar praksis skal det utvikles faglige retningslinjer for Bufetats skjønn, herunder prioriteringer innenfor målgruppen. Premissene for samhandlingen mellom stat og

kommune vil med dette også bli tydeligere. Departementet legger til grunn at Bufetats avgjørelse skal dokumenteres skriftlig og begrunnes uavhengig av om tilbud om helsekartlegging gis eller ikke. Videre må Bufetat raskt avklare henvendelser fra kommunen om tverrfaglig helsekartlegging. Departementet vurderer at kommunens anmodning om helsekartlegging bør være vurdert i løpet av maksimalt 10 virkedager fra den er mottatt i Bufetat. Dette er sammenfallende med fristene innenfor spesialisthelsetjenesten. Departementet vil vurdere å forskriftsfeste en slik tidsfrist. Departementet fastholder videre at Bufetats vurdering ikke skal regnes som en avgjørelse etter forvaltningsloven § 2 førte ledd a og b. Avgjørelsen har direkte betydning for barnevernstjenesten, som ved avslag må vurdere behovet for å iverksette andre former for undersøkelser av barnet. 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.

Enkelte høringsinstanser har kommentert at det ser ut til å være feil ledd og bokstav som er angitt i høringsforslaget. Departementet vil bemerke at det ved behandlingen av Prop. 73 L (2016–2018) ble vedtatt endringer i barnevernloven § 2-3. Det ble vedtatt ett nytt tredje ledd i dagens § 2-3 som lyder:

- Barne-, ungdoms- og familieetaten kan
- tilby barnevernstjenesten å utrede omsorgssituasjonen til barn i alderen 0-6 år der det er stor usikkerhet ved om det er alvorlige mangler ved denne. Barne-, ungdoms- og familieetaten kan tilby hjelpetiltak i etterkant av slik utredning når det er nødvendig for at barnet skal få forsvarlig hjelp,
 - tilby barnevernstjenesten spesialiserte hjelpetiltak i hjemmet der dette kan forhindre plassering utenfor hjemmet.

Denne endringen trer i kraft 1. januar 2022. Lovforslaget om tverrfaglig helsekartlegging er derfor tilpasset denne endringen ved å ta inn ny bokstav c.

Departementet foreslår etter dette å ta inn i barnevernloven § 2-3 tredje ledd ny bokstav c at Bufetat kan tilby tverrfaglig helsekartlegging tilby dersom barnevernstjenesten har besluttet å fremme sak for fylkesnemnda eller nemnda har fattet vedtak om plassering utenfor hjemmet, jf. §§ 4-12, 4-24, 4-26. Det samme gjelder ved frivillige plasseringer etter § 4-4 sjettede ledd.

11 Anvendelse på Svalbard

11.1 Forslaget i høringsnotatet og bakgrunnen for dette

I høringsnotatet viste departementet til at det for barnevernloven er 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 viste departementet til at det kun er utvalgte bestemmelser som gjelder på Svalbard. Helsepersonelloven er gjort gjeldende på Svalbard, men med enkelte unntak eller særlige tilpasninger. Departementet foreslo i høringsnotatet at de foreslåtte bestemmelsene om tverrfaglig helsekartlegging også skal gjelde på Svalbard. Det ble vist til at Barne-, ungdoms- og familieetaten kan tilby helsekartlegging til barn som oppholder seg på Svalbard. Den foreslåtte plikten til å vurdere om barn i målgruppen har behov for helsekartlegging ble foreslått lagt til Sysselmannen på Svalbard.

11.2 Høringsinstansens syn

Sysselmannen på Svalbard viser til forskrift av 21. desember 2021 nr. 1551 om delegering av myndighet til Longyearbyen lokalstyre etter forskrift om lov om barnevernstjenesters anvendelse på Svalbard § 3 første ledd, og har spilt inn at dersom reglene om tverrfaglig helsekartlegging skal gjelde på Svalbard vil oppgaven tilfalle Longyearbyen lokalstyre. For å unngå tvil om hvilken instans på Svalbard som har ansvaret mener Sysselmannen at dette bør komme særskilt frem av forarbeidene til regelen om tverrfaglig helsekartlegging. Sysselmannen forutsetter videre at departementet har nødvendig dialog med Longyearbyen lokalstyre.

Longyearbyen lokalstyre har spilt inn at de ikke har nødvendige økonomiske eller personellmessige ressurser til å sikre gjennomføring av en helsekartlegging av barn i barnevernet, slik hørings-

notatet beskriver. Longyearbyen uttaler at de vil være helt avhengig av samarbeid med helsetjenesten, og at kommunale helsetjenester ikke er gjort gjeldende på Svalbard. Longyearbyen lokalstyre mener videre at høringsforslaget ikke tar høyde for avklaringer av betalingsansvar for utgifter i forbindelse med helsekartlegging. Videre uttaler Longyearbyen lokalstyre at:

«Det er videre kjent for BLD at en stor andel av Longyearbyens befolkning ikke har rettigheter etter norsk lovverk, og det bes om en tett dialog for konsekvenser av dette. Barn uten slik tilhørighet vil ikke ha opphold på fastlandet for å kunne gjennomføre en slik kartlegging der. Konsekvensene av dette kan være at barn som blir akutt plassert, ikke har gjennomgått kartlegging med bakgrunn i manglende tilgang og/eller rettigheter til slik hjelp.»

11.3 Departementets vurdering og forslag

Barnevernloven gjelder på Svalbard, med de modifikasjoner og tilpasninger som følger av forskrift av 1. september 1995 nr. 772 om barneverntjenesters anvendelse på Svalbard (Svalbardforskriften). Forskriften gjelder for alle som oppholder seg på Svalbard, og tiltak etter barnevernloven kan treffes overfor barn som oppholder seg på Svalbard uavhengig av hvilken nasjonalitet barnet har, jf. forskriften § 2. Etter svalbardforskriften § 3 skal barnevernstjenestens oppgaver etter barnevernloven utføres av Sysselmannen, jf. svalbardforskriften § 3. For Longyearbyen, der Sysselmannens myndighet er delegert til Longyearbyen lokalstyre, jf. forskrift av 21. desember 2021 nr. 1551 om Delegering av myndighet til Longyearbyen lokalstyre etter forskrift om lov om barneverntjenesters anvendelse på Svalbard § 3 første ledd. Dette innebærer at myndighet og ansvar til å utføre barneverntjenestens oppgaver etter barnevernloven er delegert fra Sysselmannen til Longyearbyen lokalstyre for Longyearbyen arealplanområde. Dette innebærer, som høringsinstansene

har pekt på, at det for barn innenfor Longyearbyen er Longyearbyen lokalstyre (LL) som får en eventuell plikt til å vurdere om barn i målgruppen har behov for en tverrfaglig helsekartlegging. De fleste barna som bor på Svalbard, bor i Longyearbyen. Det bor imidlertid ca. 50 barn¹ i Barentsburg, hvor Sysselmannen utfører oppgaver etter barnevernloven. Sysselmannen har ikke egen barnevernfaglig kompetanse, og er i dag avhengig av faglig bistand i utførelsen av oppgavene etter loven.

Departementet vil videre understreke at det ikke er LL eller Sysselmannen som skal gjennomføre tverrfaglige helsekartlegginger. Ansvar for tilbudet er foreslått lagt til Bufetat. Det følger av svalbardforskriften § 3 at Bufetat har ansvaret for å yte tjenester til barnet i henhold til loven § 8-2.

For Longyearbyen arealområde vil det være LL som er forpliktet til å vurdere behovet for tverrfaglig helsekartlegging for barn i målgruppen, jf. utkast til § 4-3a. Sysselmannen har etter loven ansvar for øvrige barn, men siden Sysselmannen som nevnt ikke har egen barnevernfaglig kompetanse, må etaten ha faglig bistand også i vurderinger av behovet for tverrfaglig helsekartlegging. Videre viser departementet til at målgruppen for tilbudet omfatter omsorgsovertakelser, atferdsplasseringer og frivillige plasseringer utenfor hjemmet. Forslaget innebærer ikke at barn som blir akutt plassert skal ha gjennomført tverrfaglig helsekartlegging i forkant av en slik plassering, se kapittel 7.3.2. I tilfeller hvor LL tref-

fer vedtak om akutt plassering av et barn og LL beslutter å fremme sak for fylkesnemnda om omsorgsovertakelse eller atferdsplassering, vil LL ha en plikt til å vurdere om barnet har behov for en tverrfaglig helsekartlegging. Dersom LL vurderer at barnet har behov for en slik kartlegging, og det foreligger nødvendig samtykke, skal LL anmode Bufetat om tverrfaglig helsekartlegging. Bufetat avgjør om kartlegging skal tilbys i hvert enkelt tilfelle. Departementet kan på bakgrunn av ovennevnte ikke se at det har betydning for forslaget at lovgivningen om kommunale helse- og omsorgstjenester ikke er gjort gjeldende på Svalbard. Når det gjelder avklaringer av betalingsansvar for utgifter i forbindelse med helsekartlegging viser departementet til at tilbudet er statlig finansiert, se kapittel 16.5.1. LL og Sysselmannen må imidlertid dekke reisekostnadene ved en eventuell tverrfaglig helsekartlegging. LL og Sysselmannen kan imidlertid kreve refusjon for reiseutgiftene etter forskriftens § 5. Barn som oppholder seg på Svalbard har samme behov for beskyttelse som andre barn i Norge. Barn som er bosatt på Svalbard, vil under opphold på det norske fastlandet ha rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten i tilnærmet samme grad som barn som er bosatt på fastlandet. Departementet kan ikke se at det foreligger tilstrekkelige tungtveiende grunner til at reglene om tverrfaglig helsekartlegging ikke skal gjelde på Svalbard. På bakgrunn av det ovennevnte opprettholder departementet forslaget om at reglene om tverrfaglig helsekartlegging også skal gjelde på Svalbard.

¹ Per august 2019, opplyst av LL.

12 Barnevernets taushetsplikt og adgang til å gi opplysninger

12.1 Gjeldende rett

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. Blant annet er barnevernets adgang til å formidle opplysninger til andre forvaltningsorganer noe snevrere enn etter de alminnelige reglene i forvaltningsloven, jf. barnevernloven § 6-7 tredje ledd.

Det følger av forvaltningsloven § 13 b nr. 5 at taushetsplikten ikke er til hinder for at et forvaltningsorgan gir andre forvaltningsorganer opplysninger om en persons forbindelse med organet og om avgjørelser som er truffet, og ellers slike opplysninger som det er nødvendig å gi for å fremme avgiverorganets oppgaver etter lov, instruks eller oppnevningss grunnlag. Videre følger det av forvaltningsloven § 13 b nr. 6 at taushetsplikten heller ikke er til hinder for at et forvaltningsorgan anmelder eller gir opplysninger om lovbrudd til påtalemyndigheten eller vedkommende kontrollmyndighet, når det finnes ønskelig av allmenne omsyn eller forfølgning av lovbruddet har naturlig sammenheng med avgiverorganets oppgaver. Disse bestemmelsene åpner dermed for formidling av opplysninger utover det som er nødvendig for at avgiverorganet skal kunne ivareta sine oppgaver i den enkelte saken, men åpner for at opplysninger underlagt taushetsplikt i visse tilfeller kan formidles for å ivareta andre formål.

Bestemmelsene i forvaltningsloven §§ 13 b nr. 5 og 6 gjelder imidlertid ikke fullt ut for barnevernet. Det fremgår av barnevernloven § 6-7 tredje ledd, at opplysninger til andre forvaltningsorganer, jf. forvaltningsloven § 13 b nr. 5 og 6, bare kan gis når dette er «nødvendig for å fremme barneverntjenestens, institusjonens, senteret for for-

eldre og barns eller omsorgssenteret for mindreåriges oppgaver», eller for å «forebygge vesentlig fare for liv eller alvorlig skade for noens helse».

Dette innebærer at barnevernet ikke har den samme generelle adgangen som andre forvaltningsorganer til å gi opplysninger om en persons forbindelse til organet og om de vedtak som er truffet. Barnevernet kan heller ikke ut fra allmenne hensyn anmelde eller opplyse om lovbrudd. Barnevernet har imidlertid adgang til å gi opplysninger når dette er nødvendig for å ivareta egne ansatte. Barnevernets taushetsplikt er derfor ikke til hinder for at barnevernansatte anmelder volds- eller seksuallovbrudd de har blitt utsatt for i tjenesten. Dette omfattes av adgangen til å gi opplysninger for å ivareta barnevernets oppgaver.

Dette innebærer at barnevernet har en vid adgang til å formidle opplysninger dersom dette er nødvendig for å fremme barnevernets oppgaver og ansvar i den enkelte barnevernssak, men noe snevrere adgang til å formidle opplysninger for å ivareta andre hensyn og formål.

De øvrige bestemmelsene i forvaltningsloven om taushetsplikt gjelder for barnevernet på lik linje som for andre offentlige tjenester og instanser, jf. henvisningen til forvaltningsloven § 13 til 13 e i barnevernloven § 6-7 første ledd. Dette innebærer blant annet at de rettslige grunnlagene for formidling av opplysninger som fremgår av forvaltningsloven § 13 a og 13 b også gjelder for barnevernet.

12.2 Forslaget i høringsnotatet

12.2.1 Innledning

Justis- og beredskapsdepartementet sendte 2. september 2020 et høringsnotat med forslag til endringer i forvaltningsloven m.m. på høring. Forslaget inneholdt bestemmelser om utvidet adgang til informasjonsdeling, og var delvis en oppfølging av utredningen til Forvaltningslovutvalget.¹

¹ NOU 2019: 5 Ny forvaltningslov — Lov om saksbehandlingen i offentlig forvaltning (forvaltningsloven)

12.2.2 Forslagene i høringsnotatet om endringer i forvaltningsloven

I høringsnotatet ble det blant annet foreslått en ny bestemmelse i forvaltningsloven som åpner for en generell adgang for forvaltningsorganer til å dele opplysninger for å ivareta andre myndigheters oppgaver. I høringsnotatet ble det åpnet for at unntaket skulle gjelde også for barnevernet. Som følge av forslaget ble det samtidig vurdert om dagens særlige regulering av barnevernets taushetsplikt skulle opphøre eller videreføres.

Høringsnotatet inneholdt også et forslag til en ny bestemmelse i forvaltningsloven § 13 b nr. 8 om at taushetsplikten etter forvaltningsloven § 13 ikke skal være til hinder for «at forvaltningsorganet deler opplysningene med andre så langt det er nødvendig for å unngå fare for liv eller helse». Forslaget var en delvis oppfølging av et forslag fra Forvaltningslovutvalget om å lovfeste en generell mulighet til å dele taushetsbelagte opplysninger med «andre så langt det er nødvendig for å unngå fare for liv eller helse eller for å unngå vesentlig skade eller tap».

Videre ble det i høringsnotatet foreslått en ny forskriftshjemmel som åpner for deling mellom bestemte forvaltningsorganer for å utføre oppgaver som er lagt til avgiver- eller mottakerorganet. Det ble foreslått at forskriftshjemmelen fullt ut skulle gjelde også for barnevernet. Det ble derfor foreslått å innta en henvisning til den nye forskriftsbestemmelsen i barnevernloven § 6-7 første ledd.

Videre inneholdt høringsnotatet ulike alternative forslag til endringer i barnevernloven § 6-7 første og tredje ledd. Det ble stilt spørsmål ved om det er grunn til å oppheve hele eller deler av barnevernloven § 6-7 tredje ledd første punktum. Det fremgår av denne bestemmelsen at «opplysninger til andre forvaltningsorganer, jf. forvaltningsloven § 13 b nr. 5 og 6, kan bare gis når dette er nødvendig for å fremme barneverntjenestens, institusjonens, senteret for foreldre og barns eller omsorgssenteret for mindreåriges oppgaver, eller for å forebygge vesentlig fare for liv eller alvorlig skade for noens helse».

12.3 Høringsinstansenes syn

Om lag 10 instanser har uttalt seg om betydningen av den delen av forslagene i Justisdepartementets høringsnotat som omhandlet barnevernets taushetsplikt. Blant disse er *Barneombudet*, *Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir)*,

Datatilsynet, Statsforvalteren i Vestland, *Kriminalomsorgsdirektoratet*, *Statens helsetilsyn*, *Ringerike kommune*, *Sarpsborg kommune*, *Oslo kommune* og *Den norske advokatforening*. En betydelig del av innspillene er knyttet til forslaget i høringsnotatet om en ny bestemmelse i forvaltningsloven som åpner for en generell adgang for forvaltningsorganer til å dele opplysninger for å ivareta andre myndigheters oppgaver.

Kriminalomsorgsdirektoratet gir i sin høringsuttalelse uttrykk for at de generelt støtter en utvidet adgang til informasjonsdeling mellom forvaltningsorganer og barnevernet.

Bufdir uttaler at det kan være vanskelig å avgjøre hvor grensen går for deling av opplysninger etter barnevernloven § 6-7 tredje ledd. Fordi barnevernloven § 6-7 tredje ledd dels overlapper med nåværende § 13 b første ledd nr. 5, foreslår *Bufdir* at henvisningen til forvaltningsloven § 13 b første ledd nr. 5 tas ut. *Bufdir* foreslår også å endre ordlyden i barnevernloven § 6-7 tredje ledd slik at alternativet for å «forebygge vesentlig fare for liv eller alvorlig skade for noens helse» utformes tilsvarende som høringsforslaget § 13 b første ledd nr. 8.

Advokatforeningen er kritiske til å oppheve begrensningene i adgangen til informasjonsdeling i barnevernloven § 6-7 tredje ledd. De uttaler blant annet:

«Advokatforeningen er enig med departementet i at barneverntjenesten har en spesiell rolle i samfunnet gjennom sin forpliktelse til å medvirke til at barnets interesser ivaretas også av andre offentlige organer i barnevernloven § 3-2. Advokatforeningen er imidlertid ikke kjent med at dagens § 6-7 tredje ledd skaper utfordringer for gjennomføringen av denne oppgaven. Det vises i denne forbindelse til departementets henvisning til høringsnotat til ny barnevernlov på s. 261, der det slås fast at dagens bestemmelse gir barneverntjenesten anledning til å gi opplysninger videre for å sikre barnet et best mulig helhetlig tjenestetilbud fra et samlet hjelpeapparat.»

Bufdir, *Helsetilsynet* og *Oslo kommune* mener at barnevernet fremdeles bør ha en begrenset adgang til å dele opplysninger med påtalemyndigheten og kontrollmyndigheter. *Bufdir* og *Helsetilsynet* viser blant annet til at barnevernet ofte sitter på opplysninger om lovbrudd begått av barn og unge. Dersom slike opplysninger gis til påtalemyndigheten for å fremme andre formål enn barnevernets egne oppgaver, kan det vanskeliggjøre

barnevernets oppfølging av den opplysningene gjelder. *Sarpsborg kommune* uttaler at det viktigste er at personer tør å gi opplysninger som har betydning for barnet, uten å være redd for at barnevernstjenesten gir opplysningene videre til politiet. De uttaler videre at en utvidet adgang til å dele opplysninger bør være begrenset til tilfeller hvor informasjonsdelingen ikke er til skade for barnet.

Barneombudet, Bufdir og Øst politidistrikt savner en nærmere vurdering av forslagene opp mot Grunnloven § 104 andre ledd og FNs barnekonvensjon artikkel 13 nr. 1, som sier at barnets beste skal være et grunnleggende hensyn ved alle handlinger og avgjørelser som berører barn. *Oslo kommune* påpeker også at dersom barnevernet skal dele taushetsbelagte opplysninger om et barn, må dette vurderes å være til barnets beste.

Barneombudet uttaler også at de erfarer at barnevernet til tider har en svært restriktiv praktisering av dagens bestemmelse ved deling av opplysninger til andre offentlige instanser, og som gjør at samarbeidet mellom tjenestene blir vanskelig, særlig for skole og barnevern.

12.4 Prop. 166 L – endringer i forvaltningsloven m.m. (utvidet adgang til informasjonsdeling)

Justis- og beredskapsdepartementet la 9. april 2021 frem Prop. 166 L (2020–2021) *Endringer i forvaltningsloven m.m. (utvidet adgang til informasjonsdeling)*. Det fremgår av lovproposisjonen at forslagene tar sikte på å legge til rette for større grad av informasjonsdeling mellom forvaltningsorganer der det foreligger et behov for å kunne dele taushetsbelagte opplysninger. Proposisjonen følger opp deler av forslagene i Justisdepartementets høringsnotat av 2. september 2020.

Før det første foreslår Justisdepartementet i proposisjonen en ny bestemmelse i forvaltningsloven som åpner for deling av taushetsbelagte opplysninger for å unngå fare for liv og helse, jf. forslag til ny § 13 b første ledd nr. 7. Slik dagens barnevernlov er utformet, vil bestemmelsen også omfatte barnevernet. For det andre viderefører Justisdepartementet forslaget om en forskriftshjemmel som åpner for deling av opplysninger mellom bestemte forvaltningsorganer for å utføre oppgaver som er lagt til avgiver- eller mottakerorganet, jf. forslag til ny § 13 g.

Det foreslås også endringer i adgangen til å dele taushetsbelagte opplysninger etter spesialisthelsetjenesteloven, helse- og omsorgstjenestelo-

ven, sosialtjenesteloven og NAV-loven. I proposisjonen er det vist til at forslagene vil bringe reglene i disse lovene mer på linje med de alminnelige reglene i forvaltningsloven. Forslagene innebærer en noe større adgang til å dele opplysninger med andre forvaltningsorganer enn i dag.

Forslaget i høringsnotatet om en ny bestemmelse i forvaltningsloven som åpner for en generell adgang for forvaltningsorganer til å dele opplysninger for å ivareta andre myndigheters oppgaver ble imidlertid ikke fulgt opp i lovproposisjonen. I proposisjonen er det vist til at det har kommet mange høringsinnspill, og det til dels er sterk uenighet mellom høringsinstansene. Departementet viser til at noen instanser støtter forslaget, men ønsker nærmere presiseringer, mens andre instanser går imot deler av forslaget eller ønsker unntak for bestemte sektorer eller organer. Videre er andre instanser generelt negative til forslaget. I tillegg har flere instanser pekt på at de foreslåtte reglene kan være vanskelige å praktisere, og det er til dels svært ulike oppfatninger. Justisdepartementet viser i proposisjonen til at mange og til dels omfattende innspill derfor må følges opp, og at forslaget derfor ikke følges opp i lovproposisjonen. Departementet opplyser samtidig at de vil komme tilbake til forslaget senere.

12.5 Forholdet til barnevernloven og Prop. 133 L (2020–2021)

I Justisdepartementets lovproposisjon er det foreslått at det i en rekke særlover skal inntas en henvisning til den nye forskriftshjemmelen i forvaltningsloven § 13 g om deling av opplysninger. Dagens barnevernlov er blant disse lovene, jf. forslag til henvisning til § 13 g i barnevernloven § 6-7 første ledd. Det ble imidlertid ikke foreslått tilsvarende henvisning i ny § 13-1 i forslaget til ny barnevernslov. Årsaken til dette var de to lovene ble utarbeidet parallelt, og at arbeidet med ny barnevernslov hadde kommet så langt at det var krevende innta en slik henvisning i lovutkastet.

I motsetning til blant annet sosialtjenesteloven og NAV-loven ble det ikke foreslått å følge opp forslaget i Justisdepartementets høringsnotat om å endre barnevernets adgang til å gi opplysninger, jf. barnevernloven 6-7 tredje ledd og forslag til ny barnevernslov § 13-1. Også dette må ses i sammenheng med det parallelle arbeidet med å utarbeide en lovproposisjon med forslag til ny barnevernslov. I Prop. 133 med forslag til ny barnevernslov ble det blant annet uttalt:

«Departementet vil ellers vise til at Justis- og beredskapsdepartementet, som ledd i oppfølging av Forvaltningslovutvalgets forslag til ny forvaltningslov har hatt forslag om adgang til å dele taushetsbelagte opplysninger mellom forvaltningsorganer, på høring. I høringsnotatet ble det blant annet vurdert om dagens taushetspliktbestemmelse i barnevernloven burde endres ved at de alminnelige reglene i forvaltningsloven § 13 b nr. 5 og 6 gjøres gjeldende også for barnevernet. Dette forslaget følges ikke opp i denne lovproposisjonen. Som oppfølging av Justisdepartementets høringsnotat, kan det imidlertid blir aktuelt å fremme en lovproposisjon med forslag til endringer i ny § 13-1 før ny barnevernslov har trådt i kraft.»

12.6 Departementets vurderinger og forslag

12.6.1 Barnevernets adgang til å dele opplysninger av hensyn til liv eller helse

Bestemmelsene om taushetsplikt i dagens barnevernlov § 6-7 og utkast til § 13-1 i ny barnevernslov viser til de generelle bestemmelsene i forvaltningsloven §§ 13 til 13 e. Samtidig fremgår det av tredje ledd i dagens lov at opplysninger til andre offentlige organer, jf. forvaltningsloven § 13 b nr. 5 og 6, bare kan gis når dette er nødvendig for å fremme barnevernets oppgaver, samt for å «forebygge vesentlig fare for liv eller alvorlig skade for noens helse». I utkast til § 13-1 i ny barnevernslov fremgår det av tredje ledd at barnevernet kan gi opplysninger til andre forvaltningsorganer når det er nødvendig for å ivareta oppgaver etter denne loven, eller for å «forebygge vesentlig fare for liv eller alvorlig skade på noens helse».

Justis- og beredskapsdepartementet har i Prop. 166 L foreslått en ny generell bestemmelse i forvaltningsloven om deling av opplysninger av hensyn til liv eller helse, jf. forslag til ny § 13 b nr. 7. Det fremgår av den foreslåtte bestemmelsen at taushetsplikt ikke skal være til hinder for «at forvaltningsorganet deler opplysningene med andre så langt det er nødvendig for å unngå fare for liv eller helse». I lovproposisjonen er det vist til at bestemmelsen også bør gjelde for barnevernet.

Både dagens barnevernlov og utkast til ny barnevernslov viser til de alminnelige bestemmelsene i forvaltningsloven §§ 13 til 13 e, jf. § 6-7 første ledd og utkast til § 13-1 første ledd. Dette innebærer at bestemmelsen vil gjelde også for barnevernet dersom den vedtas av Stortinget.

Under forutsetning av at bestemmelsen vedtas, vil det etter departementets vurdering ikke lenger være behov for å beholde presiseringen i barnevernloven § 6-7 tredje ledd og i forslaget til ny § 13-1 om at barnevernet kan gi opplysninger for å «forebygge vesentlig fare for liv eller alvorlig skade på noens helse». Et alternativ til å ta ut presiseringen kunne være, som *Bufdir* har foreslått, å endre ordlyden i barnevernloven slik at den blir lik den nye bestemmelsen i forvaltningsloven. Etter departementets vurdering vil dette imidlertid føre til en unødvendig dobbeltregulering av barnevernets adgang til å dele opplysninger. Departementet foreslår derfor at presiseringen om at barnevernet kan gi opplysninger for å «forebygge vesentlig fare for liv eller alvorlig skade på noens helse» tas ut av bestemmelsene i barnevernloven § 6-7 tredje ledd.

Når det gjelder det nærmere innholdet i forvaltningsloven § 13 b. nr. 7, vises det til omtalen av den nye bestemmelsen i Prop. 166 L.

12.6.2 Forholdet til forvaltningsloven § 13 b nr. 5 og 6

Taushetspliktregelverket bygger på avveininger av ulike hensyn som delvis kan være motstridende. Taushetsplikten er i hovedsak begrunnet i hensynet til den enkeltes personlige integritet og personvern, og hensynet til tillitsforholdet mellom den enkelte og det offentlige. Hensynet til personlige integritet og personvern tilsier at den enkelte bør være beskyttet mot unødig spredning av personlige opplysninger. Det er også viktig at det eksisterer et tillitsforhold mellom den enkelte og de ulike velferdstjenestene. Dette fordi tillit langt på vei er en forutsetning for åpenhet, dialog og samarbeid. Tillitsforholdet avhenger blant annet av at den enkelte kan stole på at det en hjelpetjeneste sitter med av personlige opplysninger i en sammenheng ikke blir videreformidlet til andre utover det som er nødvendig for å ivareta barnevernets oppgaver. Taushetspliktreglene må derfor utformes på en måte som tar hensyn til personvernet til barn og familier, men som samtidig ivaretar behovet for samarbeid, dialog og kommunikasjon mellom barnevernet og andre tjenester som arbeider med barn og unge.

Barnevernloven § 6-7 og utkast til § 13-1 i ny barnevernslov viser til de generelle bestemmelsene i forvaltningsloven §§ 13 til 13 e. Samtidig fremgår det av tredje ledd i dagens lov at opplysninger til andre offentlige organer, jf. forvaltningsloven § 13 b nr. 5 og 6, bare kan gis når dette er nødvendig for å fremme barnevernets oppgaver,

samt for å «forebygge vesentlig fare for liv eller alvorlig skade for noens helse». I utkast til § 13-1 i ny barnevernslov fremgår det av tredje ledd at barnevernet kan gi opplysninger til andre forvaltningsorganer når det er nødvendig for å ivareta oppgaver etter denne loven, eller for å «forebygge vesentlig fare for liv eller alvorlig skade på noens helse». Videre fremgår det av den foreslåtte bestemmelsen at forvaltningsloven § 13 b nr. 5 og 6 ikke skal gjelde.

Forslaget om en ny bestemmelse i forvaltningsloven som åpner for en generell adgang for forvaltningsorganer til å dele opplysninger for å ivareta andre myndigheters oppgaver ble ikke fulgt opp av Justisdepartementet i Prop. 166 L. Dette innebærer at det foreløpig ikke er nødvendig å vurdere forholdet mellom de generelle bestemmelsene i forvaltningsloven § 13 b nr. 5 og 6 og § 6-7 i dagens barnevernlov og § 13-1 i forslaget til ny barnevernslov. Etter departementets vurdering er det likevel en fordel at spørsmålet om endringer i barnevernets taushetsplikt og adgang til å gi opplysninger til andre myndigheter vurderes og eventuelt vedtas før ny barnevernslov trer i kraft. Vi viser også til at spørsmålet om forholdet til forvaltningsloven §§ 13 b første ledd nr. 5 og 6 for enkelte andre særlover med tilsvarende unntak er fulgt opp i Prop. 166 L.

Barnevernets taushetsplikt både etter dagens barnevernlov og i forslaget til ny barnevernslov bygger på de alminnelige taushetspliktbestemmelsene i forvaltningsloven, men med enkelte særlige unntak. Også andre lover på velferdsområdet inneholder bestemmelser om taushetsplikt som viser til de alminnelige bestemmelsene i forvaltningsloven. Dette innebærer at taushetspliktregelverket i utgangspunktet er et felles og sektorovergripende regelverk med stor betydning for kommunikasjon og samarbeid mellom tjenestene på velferdsområdet. Etter departementets vurdering bør utgangspunktet derfor være at barnevernet bør omfattes av de samme taushetspliktreglene som andre velferdstjenester med mindre det er konkrete grunner som tilsier at barnevernets taushetsplikt bør være annerledes eller strengere.

Etter departementets vurdering er det grunn til å vurdere det to unntakene fra forvaltningslovens alminnelige regler hver for seg. I denne vurderingen må det legges stor vekt på om det å gjøre endringer i barnevernets taushetsplikt kan påvirke tilliten til barnevernet. Barneverntjenesten behandler jevnlig sensitive opplysninger om barn og familier i en sårbar livssituasjon. Tillitsforholdet mellom barneverntjenesten og hen-

holdsvis barnet og familien avhenger av at disse opplysningene behandles forsvarlig og ikke spres til flere enn nødvendig. At dette tillitsforholdet ivaretas er igjen sentralt for at barneverntjenesten skal kunne utføre sine oppgaver på en god måte. Samtidig er barneverntjenesten i en rekke sammenhenger helt avhengig av å kunne innhente og formidle opplysninger til andre organer for å kunne utføre sine oppgaver. Taushetspliktsreglene skal både ivareta hensynet til barn og familiers personvern og legge til rette for best mulig samarbeid og kommunikasjon mellom barnevernet og andre tjenester som arbeider med barn og unge. Taushetspliktsregelverket skal ikke være til hinder for nødvendig samarbeid mellom ulike tjenester.

Dagens særlige regulering av forholdet til forvaltningsloven § 13 b nr. 5 innebærer at barnevernet ikke har den samme generelle adgangen som andre forvaltningsorganer til å gi opplysninger om en persons forbindelse til barnevernet og om de vedtakene barnevernet har truffet. Samtidig er det lagt til grunn en forholdsvis vid tolkning av i hvilke situasjoner barnevernet har anledning til å formidle opplysninger til andre offentlige myndigheter for å ivareta barnevernets egne oppgaver etter barnevernloven. At adgangen til å formidle opplysninger til andre velferdstjenester er tolket relativt vidt må ses i lys av barnevernets oppgaver og ansvar. Barnevernets hovedoppgave er å sikre at barn som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp, omsorg og beskyttelse. I Lovproposisjonen med forslag til ny barnevernslov er det fremhevet at taushetsplikten ikke er til hinder for at barneverntjenesten 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. Dette innebærer at barneverntjenesten allerede i dag har en viss adgang til å formidle opplysninger som er nødvendige for at andre organer skal kunne utføre sine oppgaver overfor barnet og familien. Samtidig kan det i enkelte tilfeller være krevende å ta stilling til om det er nødvendig for barnevernet å informere andre offentlige myndigheter om barnevernets vedtak og om familiers forbindelse til barnevernet.

Etter departementets vurdering vil det å åpne for at barnevernet, på tilsvarende måte som andre tjenester, kan gi opplysninger om barnevernets vedtak og om en families tilknytning til barnevernet, generelt sett ikke føre til svekket tillitt til barnevernet. Samtidig mener departementet at det å

gi barnevernet den samme adgangen som andre tjenester til å gi opplysninger til andre velferdstjenester kan ha en positiv effekt på samarbeidet mellom barnevernet og andre tjenester som skole, barnehage og helsetjenestene. Departementet vil i den sammenhengen også vise til uttalelsen fra *Barneombudet* om at barnevernet til tider synes å ha en restriktiv praktisering av dagens bestemmelse ved deling av opplysninger til andre offentlige instanser.

Departementet vil også vise til at det ofte fremheves at dagens taushetspliktregelverk er for komplisert og lite tilgjengelig. I den sammenhengen er det en pedagogisk fordel at de generelle reglene om taushetsplikt også gjelder for barnevernet. Departementet vil samtidig understreke at det å endre barnevernets taushetsplikt ved å la forvaltningsloven § 13 b nr. 5 gjelde også for barnevernet, kun vil gi barnevernet en viss økt adgang til å gi opplysninger – ingen plikt til å gi opplysninger til andre myndigheter. Departementet vil i denne sammenhengen vise til at hensynet til barnets beste er et grunnleggende hensyn ved alle handlinger og avgjørelser som berører barn, jf. blant annet Grunnloven § 104, FNs barnekonvensjon artikkel 3 nr. 1 og § 1-3 i forslag til ny barnevernslov. I vurderingen av om opplysninger skal gis, og i hvilket omfang, må det derfor gjøres en vurdering av hensynet til barnets beste. Departementet legger til grunn at det å gi opplysninger om barnevernets vedtak og om en families tilknytning til barnevernet til andre velferdstjenester, i de fleste tilfeller vil ivareta hensynet til barnets beste. I tillegg følger det av det generelle forsvarlighetskravet i § 1-7 i forslaget til ny barnevernslov at opplysninger bare kan gis dersom dette er forsvarlig.

På denne bakgrunn foreslår departementet at adgangen til å gi opplysninger etter den alminne-

lige bestemmelsen i forvaltningsloven § 13 b nr. 5, også skal gjelde for barnevernet, jf. forslag til endringer i barnevernloven § 6-7 tredje ledd.

Etter departementets oppfatning stiller det seg annerledes når det gjelder forholdet til forvaltningsloven § 13 b nr. 6. Høringen viser at enkelte høringsinstanser er imot at denne bestemmelsen skal gjelde også for barnevernet. Departementet deler disse høringsinstansenes syn om at barnevernet fremdeles ikke bør kunne anmelde eller opplyse om lovbrudd ut fra allmenne hensyn.

Departementet fastholder dermed at det er enkelte særlige hensyn som gjør seg gjeldende når det gjelder hvilken adgang barnevernet bør ha til å gi opplysninger om lovbrudd til påtalemyndigheten eller kontrollmyndigheter. Departementet vil i denne sammenhengen særlig vise til at barnevernet på grunn av sitt arbeid med utsatte barn og unge ofte vil sitte med opplysninger om lovbrudd begått av barn og unge. For eksempel åpner barnevernloven for plassering av barn med alvorlige atferdsvansker i barneverninstitusjon etter nærmere bestemte vilkår. Gjentatt eller alvorlig kriminalitet er blant de tilfellene som åpner for plassering i institusjon.

Dersom slike opplysninger skulle kunne gis til politi og påtalemyndighet etter samme vilkår som andre offentlige myndigheter, vil dette kunne vanskeliggjøre barnevernets oppfølging av barn og ungdom som trenger barnevernets bistand. For eksempel kan det bli vanskelig å få eller opprettholde tilliten hos ungdom med atferdsproblemer dersom en barnevernsinstitusjon eller barnevernstjenesten ellers anmelder bruk av rusmidler, ulovlig bruk av gjenstander som tilhører institusjonen og lignende.

Departementet foreslår derfor ikke at forvaltningsloven § 13 b nr. 6 skal gjelde også for barnevernet.

13 Tekniske endringer i lov om pensjonsordning for oppdragstaker

I proposisjonen er det inntatt et forslag til teknisk endring i lov om pensjonsordning for oppdragstaker i statlig beredskaps- eller familiehjem. Ved behandlingen av Prop. 73 L (2016–2017) *Endringer i barnevernloven (barnevernsreform)* sluttet Stortinget seg til forslaget, se Innst. 354 L (2016–2017) og lov 16. juni 2017 nr. 46 om endringer i barnevernloven (barnevernsreform). Lovendringene trer i kraft 1. januar 2022. Etter den statlige overtakelsen av fylkeskommunens oppgaver i 2004, videreførte Bufetat tilbudet av

fosterhjem til barn som har et omfattende hjelpebehov. Hjemmene omtales i dag som «statlige familiehjem». Når barnevernsreformen trer i kraft i 2022 vil disse hjemmene omtales som «spesialiserte fosterhjem», i samsvar med endringene i barnevernloven § 2-3 annet ledd bokstav c. Det foreslås derfor å endre begrepsbruken i lov om pensjonsordningen for oppdragstakere i statlig beredskapshjem eller familiehjem i tråd med Prop. 73 L.

14 Økonomiske og administrative konsekvenser

14.1 Innledning

Kartleggingene legges organisatorisk og fysisk til det statlige barnevernet, og nødvendig kompetanse integreres i dedikerte team. Departementet legger til grunn at det er behov for spesialisert kompetanse både fra helse og barnevern i kartleggingsteamene, det vises til kapittel 6.3.

Konkret hvilken spesialisert kompetanse som skal inkluderes i teamene må vurderes nærmere i forbindelse med den faglige innretningen av kartleggingen. For å kunne anslå kostnader har departementet tatt utgangspunkt i at teamene kan bestå av lege/psykiater, psykologer samt barnevernsfaglig og administrativ-/ledelseskompetanse. Størrelsen på teamene bør tilpasses behovene i regionene i Bufetat og Oslo kommune. Den nærmere innretningen av teamene er ikke endelig besluttet, og beregningene av de økonomiske konsekvensene tar derfor utgangspunkt i ressursbruken i eksisterende team i forskningsprosjektet CARE.

Kostnad per team er anslått til 4,1 mill. kroner, og hvert team antas å kunne kartlegge om lag 50 barn per år. Antall team og totalkostnad for tiltaket avhenger av størrelsen på målgruppen, anslått til å være i underkant av 2000 barn, noe som gir behov for 40 team. Beregningene gir en totalkostnad på 164 mill. kroner. Se nærmere omtale av målgruppen i kapittel 7.

Kostnadene til tiltaket må fordeles mellom Bufetat og helseforetakene basert på hvor teamdeltakerne ansettes. Det er anslått et behov for om lag 20 lege-/psykiater-årsverk fra spesialisthelsetjenesten, samt totalt 40 psykolog-årsverk. Spesialisthelsetjenesten forpliktes gjennom styringslinjen til helseforetakene til å bidra med nødvendige ressurser.

Departementet vurderer det mest hensiktsmessig med et statlig finansieringsansvar uten kommunal egenandel. Statlig fullfinansiering vil redusere sannsynligheten for et underforbruk av tilbudet, som kan innebære manglende utredning av en sårbar gruppe, mangelfull hjelp og store utgifter for samfunnet på sikt. Departementet vurderer også at kommunal egenandel ikke er hen-

siktsmessig fordi det er Bufetat som skal avgjøre om kartleggingene skal tilbys i den enkelte sak.

Kommunene må selv dekke eventuelle reiseutgifter i forbindelse med kartleggingene.

Det er avsatt 25 mill. kroner til tiltaket i 2021, med helårseffekt på 45 mill. kroner i 2022. 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.

14.2 Konsekvenser for kommunal barnevernstjeneste

Kommunenes vurderinger av 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. Barnets rett til medvirkning må ivaretas i denne prosessen, se nærmere omtale i kapittel 8.3.4. Departementet vurderer i tillegg at finansieringsansvaret for reiseutgifter og eventuelle utgifter til overnatting ved lang reisevei, følger av kommunenes generelle ansvar for utredninger og undersøkelser av barn i barnevernet. Kompensering av kommunene vil bli vurdert ved ikrafttredelse av kommunens plikt til å vurdere om barn i målgruppen har behov for tverrfaglig helsekartlegging.

14.3 Konsekvenser for Bufetat og spesialisthelsetjenesten

Den nevnte totalkostnaden på 164 mill. kroner er i hovedsak lønnsutgifter til kartleggingsteamene. Disse kostnadene må fordeles mellom Bufetat og de regionale helseforetakene, basert på hvor teamdeltakerne ansettes. Bufetat må dekke utgifter til lokaler, kontormateriell, utstyr og liknende, samt utgifter til kartleggingsverktøy, lisenser, opplæring mv. Bufetat har det administrative og organisatoriske ansvaret for kartleggingsteamene.

Utgifter til administrasjon av det enkelte team er del av totalkostnaden.

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.

Når det gjelder økt ressursbehov i kommunal helse- og omsorgstjeneste som følge av at helsekartleggingene vil avdekke behov for helsehjelp hos en andel av barna, vurderer departementet at dette bør ivaretas innenfor helsesektorens egne rammer. Helsekartleggingene vil i seg selv ikke skape nye behov for helse- og omsorgstjenester, kun avdekke eksisterende behov som i dag ikke blir fanget opp, men vil kunne gi noe økt etterspørsel etter både kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester.

14.4 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. Helsekartleggingen vil sammen med pakkeforløpet kunne bidra til gevinster for barna og familiene 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.

Det understrekes at dette er potensielle gevinster, og at det ikke har vært grunnlag for å kvantifisere disse.

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 livskvali-

tet, 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 helse- og omsorgstjenesten, og at de får mer velfungerende og tilpassede plasseringer.

14.5 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. Helsekartleggingen må ses i sammenheng med pakkeforløpet, som legger til rette for tidligere kartlegging/undersøkelse og som vil kunne bidra til å forebygge skjevutvikling hos barnet og i familien og i noen tilfeller også forebygge plasseringer utenfor hjemmet.

14.6 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 kostnadskrevenne tiltakene brukes mindre.

Gruppen barn og unge i barnevernet med omfattende problematikk innenfor psykisk helse er stor¹. Barn 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, mens 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 omfat-

tende og kostnadskrevenne 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 tiltaket.

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 en mulig gevinst være lavere utgifter til helsehjelp på sikt, dersom man lykkes med å avdekke og behandle barnas helsemessige utfordringer på et tidligere tidspunkt og slik kan gi et bedre utgangspunkt for et bedre helsemessig livsløp.

14.7 Barnevernets taushetsplikt og adgang til å gi opplysninger

De foreslåtte endringene i barnevernloven § 6-7 vil gi barnevernet en viss økt adgang til å formidle opplysninger. Forslagene vil ikke innebære økonomiske eller administrative konsekvenser av betydning.

¹ Kayed m.fl. (2015)

15 Merknader til de enkelte bestemmelsene

15.1 Barnevernloven

Til § 2-3 tredje ledd ny bokstav c

Tredje ledd omfatter tjenester og tiltak innenfor kommunens ansvarsområde, men som Bufetat etter nærmere vilkår kan tilby barnevernstjenesten. Formålet med å lovfeste hvilke oppgaver Bufetat kan tilby er å oppnå større forutsigbarhet om innholdet i Bufetats tilbud. Bestemmelsen presiserer også Bufetats kompetanse til å utføre oppgavene. Bufetat har ikke plikt til å tilby oppgavene som fremgår av tredje ledd.

Bokstav c lovfester at Bufetat kan tilby tverrfaglig helsekartlegging. Dette er et tverrfaglig og spesialisert tilbud, som forutsetter bidrag fra spesialisthelsetjenesten. Utover dette stiller ikke bestemmelsen krav til kartleggingens form eller innhold. Formålet med kartleggingen er å identifisere barnets hjelpe- og helsebehov ved plassering utenfor hjemmet, se nærmere omtale i kapittel 5.3.2.

Opgaven innskrenker ikke kommunens ansvar for undersøkelse, jf. § 4-3 eller kommunens ansvar for oppfølging av barn som er plassert utenfor hjemmet, jf. §§ 4-5, 4-16, 4-28. Det er kommunens ansvar å sørge for et forsvarlig grunnlag for vedtak og beslutninger. Etter at det er truffet vedtak i saken skal kommunen fortløpende vurdere om det er behov for endringer eller ytterligere tiltak for barnet. Dersom Bufetat avslår barnevernstjenestens anmodning, må kommunen selv ivareta behovet for tilstrekkelig kartlegging av barnet.

Kommunens anmodning om helsekartlegging bør være vurdert i løpet av maksimalt 10 virkedager fra den er mottatt i Bufetat. Bufetats vurdering av om utredning kan tilbys regnes ikke som et enkeltvedtak, jf. forvaltningslovens § 2 første ledd bokstav a og b. Avgjørelsen kan derfor ikke påklages til statsforvalteren etter barnevernloven § 6-5. Bufetats vurdering skal likevel dokumenteres og begrunnes.

Bokstav c første punktum avgrenser målgruppen for tilbudet. Målgruppen omfatter omsorgsovertakelser etter § 4-12, atferdsplasseringer etter

§ 4-24 og § 4-26, samt frivillige plasseringer etter § 4-4 sjette ledd, se nærmere omtale i kapittel 7.3.

Bestemmelsen regulerer også fra hvilket tidspunkt tverrfaglig helsekartlegging kan tilbys. Bufetat kan tilby tverrfaglig helsekartlegging dersom barnevernstjenesten har besluttet å fremme sak for fylkesnemnda eller dersom nemnda har truffet vedtak om plassering utenfor hjemmet, jf. § 4-12, § 4-24 eller § 4-26. Dette innebærer at Bufetat tidligst kan tilby kartlegging når barnevernstjenesten har besluttet å fremme sak for fylkesnemnda etter § 4-12, § 4-24 eller § 4-26. Kartlegging kan videre tilbys dersom fylkesnemnda har fattet vedtak om plassering etter §§ 4-12, 4-24 eller 4-26. Bufetat kan også tilby tverrfaglig helsekartlegging når det er truffet vedtak om frivillig plassering utenfor hjemmet etter § 4-4 sjette ledd. Skjæringstidspunktet skal sikre at kommunen gjør tilstrekkelige undersøkelser etter § 4-3.

Til ny § 4-3 a

Første ledd regulerer barnevernstjenestens plikt til å vurdere om barnet har behov for tverrfaglig helsekartlegging. Plikten innebærer at barnevernstjenesten må vurdere om barnet er tilstrekkelig kartlagt, se nærmere omtale i kapittel 9.3.

Det følger av *første punktum* at vurderingen skal gjøres når barnevernstjenesten har besluttet å fremme sak for fylkesnemnda om omsorgsovertakelse etter § 4-12 eller atferdsplassering etter §§ 4-24 eller 4-26. Videre skal barnevernstjenesten vurdere barnets behov for tverrfaglig helsekartlegging ved frivillige plasseringer utenfor hjemmet etter § 4-4 sjette ledd. *Annet punktum* lovfester at barnevernstjenesten skal dokumentere sine vurderinger.

Annet ledd gir barnevernstjenesten hjemmel og plikt til å anmode Bufetat om tverrfaglig helsekartlegging. Plikten til å anmode om helsekartlegging inntreffer dersom barnevernstjenesten i sin vurdering etter første ledd finner at barnet har behov for tverrfaglig helsekartlegging. Bestemmelsen henviser til Bufetats tilbud om tverrfaglig helsekartlegging som er regulert i § 2-3 tredje ledd bokstav c.

Dette innebærer at barnevernstjenesten tidligst kan anmode om tverrfaglig helsekartlegging når den har besluttet å fremme sak for fylkesnemnda etter § 4-12, § 4-24 eller § 4-26. Dette gjelder også i tilfeller der barnet allerede er akutt plassert etter § 4-6 annet ledd eller § 4-25 annet ledd. Barnevernstjenesten må derfor ha konkludert i undersøkelsessaken, jf. § 4-3. Det stilles likevel ikke krav om at begjæring er sendt til fylkesnemnda, jf. § 7-11. Barnevernstjenestens beslutningen om å fremme sak for fylkesnemnda må imidlertid være dokumentert og etterprøvbart. Skjæringstidspunktet skal sikre at kommunen gjør tilstrekkelige undersøkelser etter § 4-3. Barnevernstjenesten kan også anmode om tverrfaglig helsekartlegging når fylkesnemnda har truffet vedtak etter §§ 4-12, 4-24 eller 4-26, og når barnevernstjenesten har truffet vedtak om frivillig plassering etter § 4-4 sjette ledd.

Tredje ledd regulerer tidspunkt for gjennomføring av tverrfaglig helsekartlegging i forbindelse med omsorgsovertakelse etter § 4-12. Dersom det er besluttet å fremme sak for fylkesnemnda etter § 4-12, eller slikt vedtak er truffet, skal kartlegging gjennomføres etter at barnet er flyttet ut av hjemmet. Ved atferdsplasseringer etter §§ 4-24 og § 4-26, samt frivillige plasseringer etter § 4-4 sjette ledd må barnevernstjenesten gjøre en konkret vurdering av om kartlegging bør gjennomføres mens barnet fortsatt bor i hjemmet eller om kartlegging bør vente til barnet er plassert utenfor hjemmet. Dette innebærer at barnevernstjenesten må vurdere hvilket kartleggingstidspunkt som er best egnet, herunder om det er forsvarlig og til barnets beste, se nærmere omtale i kapittel 7.3.4. Barnets rett til medvirkning må ivaretas, se omtale i kapittel 8.3.4.

Barnevernstjenestens vurderinger og avgjørelse som foretas i den enkelte sak, skal ikke regnes som et enkeltvedtak. Avgjørelsen kan dermed ikke påklages til fylkesmannen etter barnevernloven § 6.

Fjerde ledd slår fast at tverrfaglig helsekartlegging er et frivillig tiltak som krever samtykke. Samtykket skal være frivillig, informert og mulig å trekke tilbake. *Første punktum* lovfester at det er barnets foreldre som skal samtykke. Med barnets foreldre menes den eller de som har foreldreansvar for barnet. Dette innebærer at begge foreldrene må samtykke dersom de har felles foreldreansvar for barnet. *Annet punktum* lovfester at bar-

nevernstjenesten kan samtykke til helsekartlegging på vegne av barnet dersom det er truffet vedtak om akutt plassering etter § 4-6 annet ledd eller omsorgsovertakelse etter §§ 4-8 eller 4-12. I slike tilfeller overtar barnevernstjenesten foreldrenes kompetanse til å samtykke til helsekartlegging på vegne av barnet. *Tredje punktum* presiserer at barnets samtykke er tilstrekkelig dersom barnet har fylt 15 år.

Etter en tverrfaglig helsekartlegging er det barnevernstjenesten som har ansvar for å følge opp identifiserte hjelpe- og helsebehov, se nærmere omtalte i kapittel 5.3.3.

Til § 6-7 tredje ledd

Tredje ledd foreslås endret slik at forvaltningsloven § 13 b første ledd nr. 5 gjelder fullt ut for de som utfører tjeneste eller arbeid etter barnevernloven. Forslaget innebærer en utvidet adgang for barnevernet til å dele «opplysninger om en persons forbindelse med organet og om avgjørelser som er truffet» med andre forvaltningsorganer etter forvaltningsloven § 13 b første ledd nr. 5. Det samme vil gjelde yrkesutøvere etter helsepersonelloven, jf. annet punktum i bestemmelsen.

Det vil fortsatt være en begrenset adgang til å dele taushetsbelagte opplysninger i medhold av forvaltningsloven § 13 b første ledd nr. 6. Den som utfører tjeneste eller arbeid etter barnevernloven, kan fortsatt bare gi opplysninger til påtalemyndigheten eller kontrollmyndigheter i medhold av forvaltningsloven § 13 b første ledd nr. 6 når dette er nødvendig for å ivareta barnevernets oppgaver. Dette innebærer blant annet at barnevernansatte uten hinder av taushetsplikt kan anmelde vold og seksuallovbrudd de har blitt utsatt for i tjenesten.

15.2 Pensjonsordning for oppdragstakere i statlig beredskaps- eller familiehjem

I lov om pensjonsordning for oppdragstaker i statlig beredskaps- eller familiehjem foreslås begrepene «statlig familiehjem» og «familiehjem» i lovens tittel og § 1 endret til «spesialisert fosterhjem». Disse språklige endringene foreslås for å tilpasse loven til vedtatte endringer i forbindelse med behandling av Prop. 73 L (2016–2017).

Endringer i barnevernloven mv. (tverrfaglig helsekartlegging)

Barne- og familiedepartementet

t i l r å r :

At Deres Majestet godkjenner og skriver under et framlagt forslag til proposisjon til Stortinget om endringer i barnevernloven mv. (tverrfaglig helsekartlegging).

Vi **HARALD**, Norges Konge,

s t a d f e s t e r :

Stortinget blir bedt om å gjøre vedtak til lov om endringer i barnevernloven mv. (tverrfaglig helsekartlegging) i samsvar med et vedlagt forslag.

Forslag

til lov om endringer i barnevernloven mv. (tverrfaglig helsekartlegging)

I

I lov 17. juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester gjøres følgende endringer:

§ 2-3 tredje ledd skal lyde:

Barne-, ungdoms- og familieetaten kan

- a) tilby barneverntjenesten å utrede omsorgssituasjonen til barn i alderen 0-6 år der det er stor usikkerhet ved om det er alvorlige mangler ved denne. Barne-, ungdoms- og familieetaten kan tilby hjelpetiltak i etterkant av slik utredning når det er nødvendig for at barnet skal få forsvarlig hjelp,
- b) tilby barneverntjenesten spesialiserte hjelpetiltak i hjemmet der dette kan forhindre plassering utenfor hjemmet,
- c) tilby barneverntjenesten tverrfaglig helsekartlegging dersom barneverntjenesten har besluttet å fremme sak for fylkesnemnda eller nemnda har truffet vedtak om plassering utenfor hjemmet etter §§ 4-12, 4-24 eller 4-26, eller ved vedtak om frivillig plassering etter § 4-4 sjette ledd.

Ny § 4-3 a skal lyde:

§ 4-3 a *Tverrfaglig helsekartlegging*

Når barneverntjenesten har besluttet å fremme sak for fylkesnemnda etter §§ 4-12, 4-24 eller 4-26, eller har truffet vedtak om frivillig plassering etter § 4-4 sjette ledd, skal den vurdere om barnet har behov for tverrfaglig helsekartlegging. Vurderingen skal dokumenteres.

Finner barneverntjenesten at barnet har behov for kartlegging, skal den anmode om det etter § 2-3 tredje ledd bokstav c.

Er det vedtatt omsorgsovertakelse etter § 4-12 eller besluttet å fremme sak om dette for fylkesnemnda, skal kartleggingen gjennomføres etter at barnet er flyttet ut av hjemmet.

En tverrfaglig helsekartlegging kan bare gjennomføres med samtykke fra barnets foreldre. Barneverntjenesten kan samtykke til helsekartleggingen dersom det er truffet vedtak etter § 4-6 annet ledd,

§ 4-8 eller § 4-12. Har barnet fylt 15 år, er barnets samtykke tilstrekkelig.

§ 6-7 tredje ledd skal lyde:

Opplysninger til andre forvaltningsorganer, jf. forvaltningsloven § 13 b nr. 6, kan bare gis når dette er nødvendig for å fremme barneverntjenestens, institusjonens, senteret for foreldre og barns eller omsorgssenteret for mindreåriges oppgaver. Også yrkesutøvere i medhold av helsepersonelloven kan gis opplysninger etter denne bestemmelsen. Uten hinder av taushetsplikt skal barneverntjenesten av eget tiltak gi opplysninger til helse- og omsorgstjenesten i kommunen når det er grunn til å tro at en gravid kvinne misbruker rusmidler på en slik måte at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3. Også etter pålegg fra de organer som er ansvarlige for gjennomføringen av helse- og omsorgstjenesteloven, plikter barneverntjenesten å gi slike opplysninger.

II

I lov 12. februar 2010 nr. 4 om pensjonsordning for oppdragstaker i statlige beredskaps- eller familiehem gjøres følgende endringer:

Lovens tittel skal lyde:

Lov om pensjonsordning for oppdragstaker i statlig beredskapshjem eller spesialisert fosterhjem

§ 1 første ledd skal lyde:

Loven gjelder for oppdragstaker i beredskapshjem eller spesialisert fosterhjem som har inngått oppdragskontrakt med staten som oppdragsgiver.

III

Loven gjelder fra den tiden Kongen bestemmer. De enkelte bestemmelsene kan settes i kraft til ulik tid.

