

HELSE VEST RHF

**Deres ref.:**

**Vår ref.:**

2021/410 - 24206/2021

**Saksbehandler:**

Ansgar Berg

**Dato:**

26.02.2021

## Høring - Forslag til endringer i barnevernloven - tverrfaglig helsekartlegging av barn i barnevernet

### HØRINGINNSPILL – tverrfaglig helsekartlegging av barn i barnevernet

Innspill fra Barne- og ungdomsklinikken Helse Bergen HF.

- Barne- og ungdomsklinikken i Helse Bergen støtter forslaget om etablering av et tilbud om tverrfaglig helsekartlegging av barn i barnevernet. Vi støtter videre at det skal utvikles nasjonale anbefalinger som beskriver innholdet i tilbudet.
- Departementet forslår at barnevernstjenesten kan anmode Bufetat om helsekartlegging når barnevernstjenesten har besluttet å fremme sak for fylkesnemnda. Vi vurderer det som lite hensiktsmessig å opprette en ny struktur ved Bufetat for helsekartlegging av barn og unge i barnevernstjenesten. En bør vurdere å viderutvikle allerede eksisterende fagmiljøer og stukturer. Statens barnehus bør ha denne rollen og at kartleggingsteamet bør ligge under helseforetakeene.
- Helsekartlegging bør som hovedregel bli gjort ved samtykke. Det bør allikevel være åpning for at barn kan undersøkes uten at det foreligger samtykke. Vurdering av behov for helsekartlegging, bør veie tyngre enn samtykke fra foreldre eller andre med foreldreansvar. Det bør legges til grunn at ny omsorgsgiver skal ha tilstrekkelig helseopplysninger for å gi god omsorg. Dette er i barnets beste interesse.

#### 1. Behov og målsetning for tverrfaglige kartleggingsteam:

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. Psykisk og somatisk helse, og tannhelse bør kartlegges. Kartlegging bør gjøres av helsepersonell som er kjent med helseutfordringer hos barn utsatt for omsorgssvikt, vold og overgrep og bør være tverrfaglig. Målsetning

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.

## *2. Ressursbruk og rekruttering av helsepersonell fra spesialisthelsetjenesten:*

### *2.1 Allerede eksisterende fagmiljøer bør brukes.*

Helsepersonell tilknyttet barneavdelingene driver i dag helsekartlegging av barn ved statens barnehus, og målgruppen vil i mange tilfeller være overlappende. Det tilbys også underdersøkelse av tannlege ved barnehusene. BUP er ikke integrert i barnehusmodellen, hvor kartlegging av psykisk helse gjøres av barnevernfaglig eller psykolog ansatt i barnehusene/politiet. BUP bør være integrert tverrfaglige team.

I dag gjøres rettsmedisinske undersøkelser og i noen grad helsekartlegging av barn ved Statens Barnehus. I felles retningslinjer for barnehusene er det anbefalt at alle barn skal tilbys medisinsk undersøkelse. Barn som kommer til undersøkelse ved barnehuset er på samme måte som barn som flyttes ut av hjemmet i risiko for dårlig psykisk og fysisk helse. Medisinske undersøkelser (ikke rettsmedisinske) er i liten grad gjennomført rundt om i landet på bakgrunn av manglende henvisning fra politi og manglende samtykke til undersøkelse. Bakgrunnsinformasjon om helse foreligger ofte ikke. På grunn av relativt få undersøkelser tar det lang tid å trene helsepersonell til selvstendig arbeid. Helsepersonell ved Statens Barnehus, som er ansatt i helseforetakene, vil være en viktig ressurs i å lage gode fagmiljø, og kompetase vil også komme Statens Barnehus til gode.

De fleste barneavdelinger har i dag sosialpediater som har spesiell kunnskap om vold, omsorgssvikt og overgrep. Sosialpediater har allerede tett kontakt med barnevern og politi, og erfaring med sakkyndighetsarbeid.

Sosialpediater bør ha en sentral rolle i teamet sammen med psykolog/barnepsykiater med spesiell kompetanse.

### *2.1 Kartleggingsteam bør ligge under helseforetakene*

Det er flere fordeler ved å legge teamene til helseforetakene.

Det viktigste vil være å bygge robuste og kompetente fagmiljø. Lokalisering i sykehusene vil lette rekruttering og gi mulighet for å skape gode tverrfaglige fagmiljøer som kan gi synergieffekter i barneavdelingene og BUP, som begge møter barn som har erfaringer med vold, overgrep og omsorgssvikt. Gode fagmiljøer er avgjørende for kunne skape gode utredningsverktøy og skreddersy behandling og oppfølging.

Ved lokalisering ved barneavdeling og /eller BUP, er lokaler, er utstyr og personell mange steder allerede tilstede. Ved sykehusene vil det også være tett kontakt med andre faggrupper og tjenester som f eks fysioterapeut, habiliteringstjenesten, mulighet for blodprøvetaking ved laboratorium.

Sykehusene har gode systemer for planlegging av ressursbruk. I høringsnotatet er det lagt opp til 40 team, som vil gjøre ca 50 kartlegginger pr år. Dette tallet vil være varierende fra år til år og fordeling gjennom året vil ikke være konstant for hvert team. Lokalisering utenfor sykehus/helseforetak vil gjøre dette mer komplekst og gi unødvendige mellomledd, mindre effektiv utnyttelse av helsepersonell.

Helsepersonells erfaring fra barnehusene bør tas inn i denne vurderingen.

Lokalisering i barnehus vil kreve en omorganisering av barnehusene, og at helse og barnevern får en helt annen rolle enn i dag.

### *3. Samtykke, Taushetsplikt, informasjonsutveksling:*

#### *Bakgrunnsinformasjon:*

Bakgrunnsinformasjon som helseinformasjon fra fastlege, helsestasjon, PPT, skole og andre instanser om barnet er viktigste kilde for å kunne gjøre en god kartlegging. Denne informasjonen må fremskaffes før barnet kommer til kartlegging. Hvem som har ansvaret for dette må være klart.

#### *Samtykke:*

Helsekartlegging bør som hovedregel bli gjort ved samtykke. Det bør allikevel være åpning for at barn kan undersøkes uten at det foreligger samtykke. Vurdering av behov for helsekartlegging, bør veie tyngre enn samtykke fra foreldre eller andre med foreldreansvar. Det bør legges til grunn at ny omsorgsgiver skal ha tilstrekkelig helseopplysninger for å gi god omsorg. Dette er i barnets interesse.

Hos større barn, og barn som er samtykkekompetente bør barnet samtykke til kartlegging. God informasjon om hensikt med kartlegging bør da ligge til grunn, og informasjon bør gis av helsepersonell. Behov for at omsorgsperson har tilstrekkelig kunnskap for å gi god omsorg må allikevel vektlegges.

For barn som allerede har kontakt med helseapparatet, vil det ikke alltid være nødvendig å gjøre en fullstendig helsekartlegging. Det tverrfaglige teamet bør involveres i å avgjøre om det skal gjøres helsekartlegging, og tilpasse kartlegging etter behov.

Hovedregelen bør være at barn blir undersøkt. Erfaring fra barnehuset er at få barn henvises undersøkelse, verken av politi eller barnevernstjenesten, selv når det er et etablert tilbud. Vi opplever også at barnevernstjenesten ikke har kunnskap om hvorfor helseundersøkelse av barn utsatt for vold, overgrep eller omsorgssvikt er nødvendig. 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.

### *4. Sakkyndighet:*

Det er i høringnotatet lagt opp til at de tverrfaglige teamene skal gjøre et sakkyndighetsarbeid for Bufetat. Helsepersonell bør ha behandlerforhold, initiere behandling og kunne ta barn inn til kontroll, eventuelt ha kortidsoppfølging. Det tverrfaglige teamet bør kunne sørge for at anbefalinger i kartleggingsrapport blir fulgt opp.

Sakkyndighetsrolle vil vanskeliggjøre oppfølging etter kartlegging i helsetjenesten.

Helsetjenesten vil gjennom helsekartleggingen ha mulighet for å avdekke sykdom og behov for oppfølging, og nødvendige tiltak initieres på bakgrunn av kartleggingen. Dette bør helsepersonell i kartleggingsteamet ha mulighet for. Dette vil også lette arbeidet for Bufetat og barna i møtet med helsetjenesten slik at barna i større grad får den hjelpen som blir foreslått.

Dersom det legges opp til en dagskartlegging, vil det være uavklarte forhold som kan kreve at noen barn kommer til kontroll, adferd og sykdom observeres i ny omsorgssituasjon, før det kan gjøres konklusjoner. Mulighet for observasjon og kontroller vil øke kvaliteten på kartleggingen. Det forutsetter at de tverrfaglige teamene har et behandlerforhold til barn som kommer til kartlegging.

Når utgangspunktet er at kartleggingen er samtykkebasert, åpner det for at informasjon kan deles med mellom barnevern og helsetjenesten. Det bør derfor ikke være til hinder for at helsepersonell driver pasientbehandling eller rapporterer tilbake til Bufetat/barnevernstjenesten.

Dersom tverrfaglige team skal gjøre sakkyndig arbeid, vil dette også gi utfordringer med systemer for journalføring og hvordan helseopplysninger skal deles videre i helsetjenesten.

#### 5. Resultat av kartleggingen

Resultat av kartlegging bør deles med barnevernstjenesten. Dette bør gjøres i personlig møte med deltagere fra lokal barnevernstjeneste, beredskapshjem/fosterhjem, ev med barnet selv tilstede. Det bør i fellesskap med barnevernstjenesten, omsorgspersoner planlegges hvordan det kan tilrettelegges for aktuell oppfølging i kommunen barnet skal bo, og eventuelt i spesialisthelsetjenesten.

Vennlig hilsen

Ansgar Berg  
Klinikkdirektør, dr.med  
Barne- og Ungdomsklinikken

*Dokumentet er elektronisk godkjent*