



Barne- og familiedepartementet
Postboks 8036 Dep.
0030 Oslo

Saksbehandler
Anders Kvadsheim Mygland

Høringsuttalelse – tverrfaglig helsekartlegging av barn i barnevernet

Bakgrunn

Statsforvalteren i Rogaland viser til Barne- og familiedepartementet sitt høringsnotat av 22.12.2020 om tverrfaglig helsekartlegging av barn i barnevernet. Vi har fått utsatt svarfrist til 25.03.2021. På grunn av ressursituasjonen hos oss har vi ikke gjort en fullstendig gjennomgang av forslaget, og vi har begrenset oss til enkelte temaer og tilbakemeldinger.

Statsforvalterens kommentarer

Innledningsvis påpeker vi at vi Barnevernslovutvalget i NOU 2016: 16 tok til orde for at det er behov for en helhetlig gjennomgang av helsetilbudet til barn i barnevernet, en «barnevernhelsereform». Dette for å utrede og avklare ansvarsforhold og få til en bedre samhandling mellom særlig barnevern, psykisk helsetjeneste og rusbehandling. Dette støttet vi i vår høringsuttalelse til NOU 2016: 16, og vi understreker at vi fremdeles ser behovet for en slik mer helhetlig gjennomgang.

Når det gjelder forslaget om tverrfaglig helsekartlegging av barn i barnevernet, vil vi bemerke følgende:

1. Ressursutfordring og hvor kartleggingsteam bør organiseres

Ut fra hvordan vi forstår høringsnotatet, særlig det som står på side 33, har helsekartlegging som formål å skaffe ulike instanser i barnevernet tilstrekkelig informasjon om barnet i forbindelse med valg av plasseringssted, innhold i tiltak og oppfølging. Målet med kartleggingen er ikke å stille diagnoser, men å identifisere barnets behov. Tverrfaglig helsekartlegging skal i hovedsak bidra til at den kommunale barnevernstjenesten får et bedre grunnlag for å tilrettelegge omsorgen til og oppfølgingen av barn som plasseres utenfor hjemmet. Helsekartlegging skal altså gjennom en helsefaglig kompetanse som barneverntjenestene ikke innehar, fungere som et supplement til de sosialfaglige vurderingene som barneverntjenesten gjør for å gi et best mulig *totalbilde* av barnets behov før tiltak iverksettes.

I høringsnotatet foreslås det at kartleggingsteamene plasseres i Bufetat. Teamene skal bestå av lege/psykiater, psykologer, samt barnevernsfaglig og administrativ- /ledelseskompetanse. På side 40 i høringsnotatet anslår departementet at det vil være behov for 40 team.



Statsforvalteren vurderer at det vil være betydelige utfordringer med å rekruttere – og beholde – tilstrekkelig kompetanse til denne type kartleggingsteam. Det gjelder særlig leger og psykologer. Det er allerede en mangel på barne- og ungdomspsykiatere i spesialisthelsetjenesten. Det vil også bli svært krevende å få tilstrekkelig med psykologer til disse teamene, og vi viser her til at kommunene fra 2020 er lovpålagt å ha knyttet til seg en psykolog, med de psykologressursene det tar opp. Det er også viktig å se nye konstruksjoner som kartleggingsteam opp mot forslag på andre områder, og vi viser her blant annet til NOU 2019: 14 Tvangsbegrensningsloven med forslaget til tvangsbegrensningnemnder som vil knytte til seg betydelig med legeressurser rundt om i landet dersom det blir en realitet. Vi legger til at slik det er foreslått skal kartleggingsteamet drive med relativt lite klinisk arbeid, og det meste vil bestå av informasjonsinnhenting og rapportskriving. Dette kan også gjøre disse teamene mindre attraktive for relevant helsepersonell, og komplisere rekrutteringsarbeidet.

Kartleggingsteam som konsept er noe helt nytt. Vi mener at siden dette skal være en tverrfaglig helsekartlegging, er det spørsmål om dette burde vært organisert under de regionale helseforetakene heller enn Bufetat. Vi kan ikke se at fordeler og ulemper med å organisere disse teamene under Bufetat er belyst eller utredet i særlig grad i høringsnotatet, noe vi mener er en svakhet. Vi peker her blant annet på at det å legge det under de regionale helseforetakene vil kunne gjøre de ovennevnte rekrutteringsvanskene noe mindre utfordrende

2. Innholdet i helsekartleggingen

Det legges opp til at kartleggingen skal skje i tre faser: 1) gjennomgang av opplysninger som foreligger om barnet i barnevernssaken, 2) en undersøkelsesdag som innebærer kartlegging av somatisk helse, psykisk helse, utviklingsnivå, samspill og tilknytning og 3) utarbeidelse av sluttrapport. Vi forstår det slik at dette i stor grad baserer seg på CARE-prosjektet (Children at risk evaluation).

Vi påpeker først at det bør gå klarere frem i kommende proposisjon at barnet i så stor grad som mulig skal involveres og få mulighet til å medvirke i dette, på et så tidlig stadium som mulig. Det må gå klarere frem hvilken informasjon som skal gis til barn om helsekartlegging, hvilke rutiner det er viktig å få på plass for at barn uavhengig av alder skal få medvirke gjennom hele prosessen mv., jf. her barnevernloven § 1-6. Det er også viktig at barnets omsorgspersoner får informasjon og får medvirke.

Når det gjelder selve kartleggingen, er vi enig med det Legeforeningen skriver på side 2 av [sin høringsuttalelse](#), og vi gjengir det her:

«Vi vil her gjøre særlig oppmerksom på begrensningene som ligger i en slik prosess, og at vurderingen som foretas i et "øyeblikksbilde" vil ha begrenset verdi. Dette må det tas hensyn til, og være særlig bevissthet rundt. Særlig barns psykiske helse og behov i den sammenheng er tilnærmet umulig å kartlegge ved ett møte. Erfaringer fra barne- og ungdomspsykiatrien tilsier at barns kompensatoriske evner gjør at det egentlige reaksjoner kommer lenge etter belastningen, og at barn ofte får kraftige psykiske reaksjoner flere år etter hendelsen/situasjonen som førte til barnevernets inngripen.



Det blir derfor viktig at oppfølgingen av barnet ikke "låses" og planlegges utelukkende ut fra en slik vurdering, slik at det i realiteten svekker oppfølgingen av barnet, og oppmerksomhet og fokus på barnets behov, videre utvikling og eventuelle senere reaksjoner.»

Det må også tas høyde for at kartleggingen ofte vil skje i en periode hvor barnet selv er i en krise pga. alt som skjer i barnevernssaken.

Det må videre tas høyde for at tverrfaglig helsekartlegging også vil kunne avdekke behov som må følges opp av særlig spesialisthelsetjenesten, selv om formålet med kartleggingen er å gi barneverntjenesten kunnskap for å følge opp barnet. Det er viktig at departementet i kommende proposisjon på en klarere måte sier noe om hvordan slike behov som man oppdager i helsekartlegging bør følges opp, og vi understreker barneverntjenestens ansvar her. Det er i denne sammenheng også viktig at helsekartleggingene følges opp med tilstrekkelige ressurser til å ivareta de utfordringer kartleggingen eventuelt avdekker, og at kartleggingen i et «øyeblikksbilde» ikke overskygger eller erstatter annen viktig oppfølging fra barneverntjenesten og/eller helse- og omsorgstjenesten.

Det er i det hele helt sentralt at innholdet i og grensene for helsekartleggingen opp mot helsehjelp gitt av primær- og spesialisthelsetjenesten klarere defineres i kommende proposisjon. Hvis dette ikke gjøres, frykter vi at helsekartleggingen i mange tilfeller kan virke mot sin hensikt ved at det avdekkes behov som går utover det sosialfaglige, men som ingen følger opp videre.

3. Enkelte juridiske aspekter ved ordningen

Statsforvalteren mener at det er viktig å understreke dette fra høringsnotatet:

«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 barneverntjenesten skal følge med på barnets utvikling, og vurdere om det er behov for kontakt med fastlege eller spesialisthelsetjeneste. Dette gjelder både før og etter en eventuell helsekartlegging av barnet og gjennom og uavhengig av tidspunkt i sakens forløp.»

Under forutsetning av at ansvaret blir lagt til Bufetat, er vi under noe tvil enig med departementets argumentasjon på side 37 i høringsnotatet for hvorfor helsekartlegging ikke bør være del av Bufetats bistandsplikt. Vi mener samtidig at departementet i kommende proposisjon bør sette klarere kriterier for Bufetats skjønnsmessige vurdering enn det som blir gjort i høringsnotatet, i tillegg til de faglige retningslinjene for prioritering innenfor målgruppen som foreslås utarbeidet. Det må gjøres klart at Bufetat og barneverntjenesten alltid må gjøre konkrete vurderinger basert på barnets beste, som må begrunnes og dokumenteres forsvarlig. Bufetat må i denne sammenheng sikres tilstrekkelig med ressurser til å kunne øke sin helsefaglige kompetanse.

Vi mener at det bør fremgå helt klart av proposisjonen at Bufetats økonomi og kapasitet ikke er relevante momenter i Bufetats skjønnsutøvelse – at det er barnets beste og faglige vurderinger som er styrende. Videre er det en betydelig utfordring at Bufetat ikke vil se barnet i denne vurderingen, og det er da viktig at Bufetat har klare føringer på at kravet til forsvarlighet tilsier at mangelfull dokumentasjon fra barneverntjenesten ikke skal gå ut over barnet på den måten at det fører til avslag – da må Bufetat ha rutiner på å innhente ytterligere begrunnelse mv. fra barneverntjenesten.

I dag ser vi i enkeltsaker at det kan bli stor konflikt mellom Bufetat og kommunal barneverntjeneste over Bufetats tilbud som ikke er lovpålagte, særlig familiehjem. For å unngå dette er det viktig at det



legges til rette for at Bufetats vurderinger bygger på retningslinjer som er åpne og ikke interne, og at det alltid må gjøres konkrete vurderinger.

Vi mener at det bør lovfestes en vurderingsfrist for Bufetat, da det er sentralt at helsekartlegginger blir gjort så raskt at det kan anses forsvarlig. Samtidig er det viktig at helsekartlegginger er så grundige som rammene for kartleggingene tillater, og det vil da kunne være behov for å innhente ytterligere dokumentasjon mv. Derfor bør det vurderes om en slik frist ikke skal være absolutt, på den måten at den kan forlenges en kortere tid hvis det foreligger «særlige grunner», som altså kun vil være relatert til det faglige arbeidet. På samme måte som ovenfor mener vi at Bufetat eller helsekartleggings-teamenes kapasitet eller økonomi ikke bør være relevant i en slik vurdering.

Videre mener vi at det bør gå klarere frem i proposisjonen at helsekartlegging ikke er en sakkyndig vurdering av barnets situasjon. Hvis ikke de juridiske aspektene rundt dette blir definert på en klar måte, er det en risiko for at det for ulike aktører kan bli uklart hvordan resultatet av helsekartleggingen skal brukes, hvilken vekt det har inn i helhetsvurderingen som barneverntjenesten må gjøre mv.

Vi slutter oss også til det Statsforvalteren i Trøndelag skriver [i sin høringsuttalelse](#) om behovet for at departementet vurderer og sier noe om Statsforvalterens tilsynsmulighet og -plikt etter både barnevernloven og helsetilsynsloven § 4 andre ledd når det gjelder helsekartleggingen.

4. Henvisningen til «døgntilbud i helsetjenesten»

I høringsnotatet er det på side 33 en formulering som vi stiller oss spørrende til, og vi siterer avsnittet her:

*«Det primære formålet med tverrfaglig helsekartlegging er ikke å underbygge behovet for en omsorgsovertakelse eller plassering på institusjon på grunn av alvorlige atferdsvansker. Departementet vil likevel bemerke at opplysninger som fremkommer i kartleggingen i praksis vil kunne få betydning for hvorvidt vilkårene for omsorgsovertakelse eller atferdsplassering er til stede eller ikke. **Kartleggingen kan for eksempel avdekke at barnet har behov for døgntilbud i helsetjenesten, fremfor i barnevernet.** Helsekartlegging vil dermed bidra til et bedre beslutningsgrunnlag for fylkesnemnd og domstoler. I flere dommer fra Høyesterett og Den europeiske menneskerettsdomstolen er viktigheten av et bredt og godt grunnlag for vedtak om omsorgsovertakelse blitt særlig fremhevet.»* (Vår utheving)

Statsforvalteren ser i vår tilsynsvirksomhet at det er et betydelig rettssikkerhetsproblem for barn at de ulike delene av hjelpeapparatet ikke kjenner godt nok til hverandres tilbud og hverandres lovverk. Dette er også en av de store barrierene for godt samarbeid mellom blant annet barneverntjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste.

En utfordring vi ser i flere saker, er at flere barneverntjenester i saker der man har overtatt omsorgen for barn som har ulike diagnoser, prøver å overføre mer og mer av tjenestetilbudet til kommunal helse- og omsorgstjeneste når barnet blir 13-14 år. Dette ut fra en vurdering av at desto eldre barnet blir, desto mer blir «helse sitt ansvar» kontra barnevernet. Flere av disse sakene preges av manglende forståelse for hverandres regelverk og mulige tiltak som kan tilbys, og at barnet blir skjøvet mellom tjenestene på en måte som går utover det samlede tilbudet. Vi ser i slike saker barneverntjenester til tider også argumenterer med døgntilbud i helsetjenesten som alternativ.



Realiteten i dag er at det knapt finnes «døgntilbud i helsetjenesten» for mindreårige barn. I spesialisthelsetjenesten skal ikke barn bo i barne- og ungdomspsykiatriske sengeposter over tid, da dette er direkte skadelig for barns utvikling. I kommunal helse- og omsorgstjeneste er det for mindreårige barn tilnærmet bare barneboliger som passer beskrivelsen. Dette er boliger som fungerer som barnas faste bopel, hvor boligen utfører den daglige omsorgen på vegne av foreldrene på permanent basis. Det som kjennetegner barn i barneboliger er at de har funksjonsnedsettelse og eventuelle sykdommer som krever ekstra omsorg og/eller pleie, og at de har omsorgspersoner hjemme. En stor andel av barna er multifunksjonshemmede eller har utviklingshemming. Det finnes ingen regelverk som regulerer barns rettigheter (eller tvangsregler) i noen tilrettelagt boform etter helse- og omsorgstjenesteloven, barnevernet har ingen tilsvarende tett oppfølgingsansvar som etter fosterhjemsforskriften §§ 7 og 8, og det er ingen statlig tilsynsordning med barneboligen tilsvarende Statsforvalterens rolle inn i barneverninstitusjoner, se forskrift om tilsyn med barneverninstitusjoner.

Statsforvalteren kan derfor ikke se hva slags døgntilbud i helsetjenesten, fremfor i barnevernet, som en helsekartlegging egentlig kan avdekke at barnet har behov for. Hvis departementet skal ha med en lignende formulering i proposisjonen, anmoder vi departementet om å konkretisere og presisere hva man mener med dette. Alternativt anbefaler vi at denne setningen og lignende formulering ikke tas med i proposisjonen, da den slik den står nå er egnet til misforståelse.

Med hilsen

Marit Bergeland
ass. avdelingsdirektør

Anders Kvadsheim Mygland
seniorrådgiver

Dokumentet er elektronisk godkjent