

Barne- og familiedepartementet (BFD)
Postboks 8036 Dep
0030 OSLO

Vår ref:
21/00013-2

Saksbehandler:
Mathias Lia Nordmoen

Dato:
8. mars 2021

Svar på høring om forslag til endringer i barnevernloven - tverrfaglig helsekartlegging av barn i barnevernet

1. Innledning

Det vises til høringsbrev med forslag til endringer i barnevernloven om tverrfaglig helsekartlegging. Barneombudet takker for muligheten til å komme med innspill. Helsekartlegging vil være et viktig virkemiddel for å gi barn i barnevernet bedre omsorg og oppfølging, og vil også kunne bidra til færre brudd i fosterhjem, færre institusjonsplasseringer og mindre bruk av enetiltak. Det er derfor svært positivt at departementet nå foreslår å lovfeste helsekartlegging i barnevernloven. Barneombudet støtter mange av departementets forslag. Vi er imidlertid også uenige på enkelte punkter.

Vi vil i punkt 2 oppsummere våre hovedsynspunkter, i punkt 3 gir vi noen overordnede kommentarer, og i punkt 4 redegjør vi for de rettslige forpliktelsene staten har for barn som plasseres utenfor hjemmet. I punkt 5 vil vi kommentere departementets forslag til lovregulering og begrunne hvorfor vi mener det må innføres pliktbestemmelser. I punkt 6 vil vi kommentere på de økonomiske konsekvensene av at det innføres/ikke innføres pliktbestemmelser, mens vi i punkt 7 vil knytte noen kommentarer til tidspunktet for kartleggingen. I punkt 8 kommenterer vi samtykke som hjemmelsgrunnlag. I punkt 9 redegjør vi for barnas egne synspunkter før vi avslutningsvis vil komme med forslag til hvordan en lovbestemmelse kan se ut i punkt 10.

2. Oppsummering av våre hovedsynspunkter

Vi støtter store deler av forslaget, men har innvendinger til enkelte av punktene. Våre synspunkter er følgende:

- Vi er uenige med departementet i at barneverntjenesten kun skal få en plikt til å *vurdere* behovet for helsekartlegging, jf. høringsnotatet punkt 6.7.1. For å kunne sikre en best mulig etterlevelse av barns rettigheter må bestemmelsen formuleres som en pliktbestemmelse. Hovedregelen må være at alle barn som skal plasseres utenfor hjemmet får en kartlegging av sitt helse- og omsorgsbehov.
- Selv om en plikt for barneverntjenesten må være hovedregelen, bør loven åpne for en snever unntaksadgang etter mal fra svensk lovgivning.
- Bufetat må få en plikt til å gjennomføre helsekartlegging på forespørsel fra barneverntjenesten. Slik bestemmelsen om Bufetats skjønn er utformet og redegjort for

Karl Johans gate 7,
0154 Oslo

Postboks 8889 Youngstorget,
0028 Oslo

i høringsnotatet, gis Bufetat en for vid adgang til å vurdere hvilke barn som skal tilbys kartlegging.

- Det bør lovfestes en plikt for de regionale helseforetakene til å sørge for en helsekartlegging av barn i barnevernet
- Høringsnotatet ivaretar etter vårt syn ikke de krav til vurderinger som stilles etter barnekonvensjonens artikkel 3 og artikkel 4, idet det mangler en vurdering av hvilken rettslig regulering som vil være til barnets beste og hva som best sikrer etterlevelse av andre rettigheter i konvensjonen.
- Helsekartlegging bør som hovedregel *ikke* skje så lenge barna bor hjemme hos biologiske foreldre. Gjennomføring av en kartlegging mens barnet bor hjemme vil kunne få svært uheldige konsekvenser både for barna og kvaliteten av kartleggingen. Dersom helsekartleggingen ikke er gjennomført før fylkesnemnda behandler saken, må både Bufetat og barneverntjenesten ha en plikt til å sørge for at kartleggingen gjennomføres etter at fylkesnemnda har truffet vedtak. Dette bør fremgå av lovteksten.
- Hovedformålet med kartleggingen må være å si noe om barnets behov for videre oppfølging under offentlig omsorg, enten det er helseutfordringer eller andre særskilte omsorgsbehov. Kartleggingen skal gi god veiledning til nye omsorgsgivere om hvordan den daglige omsorgen bør innrettes, men også sikre at barnet får hjelp fra de hjelpetjenestene de har behov for

3. Overordnede kommentarer

Helsekartlegging for barn i barnevernet er et tema Barneombudet har vært opptatt av lenge. Det er godt dokumentert at barn som opplever dårlige oppvekstsvilkår ofte har utfordringer knyttet til helse. De har også ofte fått dårligere oppfølging enn andre når det gjelder mat, hygiene, tannhelse, somatiske helseundersøkelser og oppfølging etter eventuelle skader.

Barn under offentlig omsorg er en sammensatt gruppe. Mange sliter med å mestre skole, og det er stor forekomst av både somatiske og psykiske helsevansker.¹ To store forskningsprosjekt² ³ har avdekket at barn i fosterhjem og på institusjon har høy forekomst av psykiske lidelser som de ikke får hjelp til å håndtere.

Når et barn flyttes ut av hjemmet har barnevernstjenesten plikt til å oppfylle barnets rett til god omsorg. Barnevernstjenesten er da avhengig av kunnskap om barnets helsetilstand og fungering, i tillegg til andre behov, for å kunne gi forsvarlig omsorg.

Til tross for at de barna det her gjelder tilhører en høyrisikogruppe for alvorlige helseplager, avdekkes ofte ikke helseplagene før det har gått lang tid, og problemene har forverret seg vesentlig. Vi mangler i dag systemer for å avdekke barnas behov på en god måte i forbindelse med flytting ut av hjemmet.

Uten tilstrekkelig kunnskap om barnets helse og omsorgsbehov overtar det offentlige i dag ofte omsorgen for barn uten å vite hva barna faktisk trenger og har behov for. Dette gjelder

¹ Se blant annet Nordlandsforskning rapport nr. 6/2015, Clifford, G. m.fl., «Minst hjelp til dem som trenger det mest?»

² NTNU 2015, Kayed m.fl., «Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner»

³ Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health volume 7, Article number: 39 2013, "Mental disorders in foster children: a study of prevalence, comorbidity and risk factors"

eksempelvis om barnet bør følges opp av en eller flere helsetjenester, hvordan barnets fungering er påvirket av tidligere opplevelser og hvordan skolesituasjonen kan tilrettelegges på best mulig måte. Dersom myndighetene ikke har tilstrekkelig kunnskap om barnet ved flytting til en ny omsorgsbasis, risikerer man å påføre barnet enda flere belastninger ved at barnet ikke får den omsorgen og oppfølgingen det bør ha.

Manglende systemer for å avdekke barnets behov ved flytting ut av opprinnelig hjem får i dag en rekke alvorlige følger. Mange fosterfamilier forteller at en hovedutfordring i fosterhjemsomsorgen er at de ikke har nok kunnskap om barnas behov.⁴

Ved manglende kunnskap om barnas behov er det stor fare for at fosterforeldre ikke evner å ivareta barna og gi den omsorgen de trenger. Det finnes ikke nøyaktig nasjonal statistikk for hvor ofte det skjer utilsiktede flyttinger fra fosterfamilier (NOU 2018:18; Falch-Eriksen, 2018), men anslagene ligger omkring 30-40 prosent, og for noen grupper ungdom opp mot 50 prosent. For noen barn og unge kan slike brudd være starten på en negativ spiral med nye brutte opphold i fosterhjem, fulgt av gjentatte institusjonsplasseringer. Hver gang et barn flytter skjer det et brudd i tilknytningen til nære personer, med følger for barnets opplevelse av trygghet og forutsigbarhet. Barnets tillit til de voksne rammes, likedan barnets opplevelse av mestring. Sammen med de belastninger barnet ofte er påført i sin biologiske familie, bidrar dette til økt risiko for psykiske lidelser, rusproblemer og kriminalitet, for å mislykkes med utdanning og arbeid, for selv å kunne gi god omsorg til barn, og for senere kroniske fysiske sykdommer og tidlig død.⁵ Denne situasjonen innebærer fare for dobbel omsorgssvikt; at man heller ikke etter omsorgsovertakelse ivaretar barnets helse- og omsorgsbehov. Det er et stort ansvar staten tar på seg når foreldre fratras omsorgsansvaret for sitt barn. Dette krever at behov avdekkes og dekkes, og at barnets nye omsorgsgivere støttes og veiledes i deres ofte krevende omsorgsoppgave.

For å kunne sikre barns rett til forsvarlig omsorg mener vi at det er avgjørende at det etableres et system med kartlegging av barnets somatiske og psykiske helse ved flytting ut av hjemmet.

4. Rettslige forpliktelser

Departementet foreslår en lovregulering der det er opp til barneverntjenestens skjønn om det enkelte barn har behov for helsekartlegging eller ikke, og et skjønn for Bufetat til å tilby det.

Som nevnt tilhører barn under offentlig omsorg en høyrisikogruppe for alvorlige helseplager. En skjønnsbestemmelse der barnevernstjenesten selv skal vurdere behovet for en slik kartlegging i hvert enkelt tilfelle, vil etter vårt syn ikke i tilstrekkelig grad sikre etterlevelse av de rettslige forpliktelsene som gjelder etter intern og internasjonal rett.

Både barnevernloven, Grunnloven og barnekonvensjonen stiller rettslige krav til myndighetene i tilfeller hvor omsorgen overføres fra foreldrene til det offentlige. For å handle i tråd med disse

⁴ Se eksempelvis Child & Family Social Work, volume 25 2020 "Foster parents' experiences of using child mental health and welfare services in Norway: Associations with youth, placement, and service characteristics", fra prosjektet «Ung i Fosterhjem», (NORCE)

⁵ https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/prosjekter/barn-i-risiko/Videolansering%20av%20evalueringsrapport/evaluering_caremodellen_2020_godkjent.pdf
punkt 1,1

kravene er det helt avgjørende at myndighetene vet nok om barnas helseutfordringer og behov for omsorg og oppfølging. Dette vil etter vårt syn være vanskelig å sikre dersom det ikke innføres en plikt, siden det ved et slikt regelverk vil være en reel fare for at barn med behov for helsekartlegging ikke får det.

For å sikre en best etterlevelse av gjeldende rettslige forpliktelser bør det derfor etter vårt syn innføres en pliktbestemmelse, og ikke en skjønnsbestemmelse slik departementet her har foreslått. Et eventuelt unntak fra en pliktbestemmelse bør formuleres som en snever unntaksregel, hvor barnevernstjenesten ikke gis for stor skjønnsmargin ved vurderingen.

Vi vil nedenfor redegjøre for de rettslige forpliktelsene.

4.1 Forslagene burde i større grad vært vurdert i tråd med kravene i barnekonvensjonen artikkel 3 og artikkel 4

Barnets beste – artikkel 3

Barnekonvensjonens artikkel 3 legger til grunn at barnets beste skal være et grunnleggende hensyn ved alle handlinger som berører barn. Bestemmelsen gjelder både i enkeltsaker og når myndighetene skal foreta endringer på systemnivå.

Ved lovendringer i barnevernloven plikter derfor myndighetene å foreta en bred barnets beste-vurdering av hvilket regelverk som totalt sett vil være den beste løsningen for barn i barnevernet. I denne sammenheng innebærer det at myndighetene må vurdere hvilken rettslig regulering som samlet sett vil være til det beste for de barna det her gjelder. Det fremgår ikke av høringsnotatet hvilken vurdering departementet har gjort vedrørende dette.

Barnerettighetsvurdering – artikkel 4

Barnekonvensjonens artikkel 4 pålegger videre staten å sette inn alle egnede tiltak for å oppfylle, respektere og beskytte rettighetene i barnekonvensjonen. Ved ny lovgivning innebærer det at myndighetene må gjennomføre en barnerettighetsvurdering, der det vurderes hvilke konsekvenser ulike regler vil ha for oppfyllelse av barns rettigheter.

I denne sammenheng betyr det at departementet må vurdere ulike måter å regulere en helsekartlegging på, opp mot konsekvensene de ulike alternativene vil kunne ha for oppfyllelse av barns rettigheter etter konvensjonen. Det er spesielt barnekonvensjonen artikkel 3, 6, 24 og 39 som må vurderes. Det må derfor særskilt vurderes om barns rettigheter etter barnekonvensjonen blir like godt ivaretatt dersom det *ikke* innføres pliktbestemmelser.

Det er i høringsnotatet få vurderinger av hvilke konsekvenser det vil få for barns rettigheter etter konvensjonen, dersom det ikke innføres en plikt til å be om og gjennomføre helsekartleggingen. Gjennomgående savner vi argumentasjon som støtter oppunder departementets vurderinger av at det ikke foreslås pliktbestemmelser, og hvorfor departementet mener skjønnsmessige bestemmelser best ivaretar barnas rettigheter.

Etter vårt syn følger ikke høringsnotatet de krav som barnekonvensjonen setter i art 3 og art 4, idet det mangler en vurdering av hvilken rettslig regulering som vil være til barnets beste, og hva

som best sikrer etterlevelse av andre rettigheter i konvensjonen, som eksempelvis retten til helse, omsorg og utdanning.

Barneombudet ønsker i høringen å grunngi hvorfor vi mener en pliktbestemmelse og kartlegging etter flytting både er til barnets beste og den løsningen som sikrer best ivaretagelse av barnets samlede rettigheter.

4.2 Øvrige relevante artikler i FNs konvensjon om barnets rettigheter

En pliktbestemmelse er som nevnt det som etter vårt syn best sikrer at norske myndigheter oppfyller de rettslige forpliktelser som følger av FNs barnekonvensjon. Det er en rekke artikler som i denne sammenheng er relevante.

Barnets rett til omsorg og beskyttelse favner vidt etter barnekonvensjonen. Statene plikter etter barnekonvensjonen artikkel 19 å beskytte barn mot alle former for fysisk eller psykisk vold, skade eller misbruk, vanskjøtsel eller utnytting. Barnekonvensjonen har imidlertid et videre omsorgsbegrep enn kun å beskytte barnet mot fare eller skade. Barnets rett til omsorg etter BK artikkel 3 nr. 2 innebærer imidlertid noe mer enn at barnet skal få tilfredsstillende basale overlevelsesbehov. Ifølge konvensjonen må staten sørge for slik omsorg som er nødvendig for barnets trivsel («wellbeing»). I Generell kommentar nr. 14 forklarer barnekomiteen innholdet i BK artikkel 3 nr. 2 slik:

«Begrepene «beskyttelse og omsorg» må også leses i vid forstand, siden formålet ikke er angitt i begrensede eller negative termer (for eksempel «for å beskytte barnet mot skade»), men heller i forhold til det omfattende idealet om å sikre barnets «velvære» og utvikling. Barnas trivsel, i vid forstand, omfatter deres grunnleggende materielle, fysiske, pedagogiske og emosjonelle behov, samt behov for kjærlighet og trygghet».⁶

Videre følger det av artikkel 6 at alle barn har rett til fysisk, mental, åndelig, moralsk, psykologisk og sosial utvikling. For at utviklingen skal ivaretas på en god måte, må det stilles krav til at de som har ansvaret for barnet kjenner til barnets helse. Uten tilstrekkelig kartlegging av helsen, vil man i mange tilfeller ikke ha mulighet til å ivareta barnets rett til utvikling.

Av barnekonvensjonens artikkel 20 følger 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». Beskyttelse og bistand må tilpasses det enkelte barn. Dette vil ikke være mulig å ivareta uten tilstrekkelig informasjon om barnet.

Vi finner i denne sammenheng grunn til å gjengi følgende avsnitt fra vårt brev til Barne- og familiedepartementet og helse- og omsorgsdepartementet, datert 16. desember 2019, da disse artiklene i barnekonvensjonen etter vårt syn er særlig relevante⁷:

«I henhold til artikkel 24 i barnekonvensjonen har alle barn rett til best mulig oppnåelig helse. Denne rettigheten gjelder også for barn under barnevernets omsorg. Ifølge FNs

⁶ FNs barnekomite 2013, Generell kommentar nr. 14 om barnets rett til at hans eller hennes beste skal være et grunnleggende hensyn, punkt 71

⁷ <https://www.barneombudet.no/vart-arbeid/brev-til-myndighetene/helsekartlegging-i-barnevernet-ved-flytting-ut-av-hjemmet>

barnekomité er Norge forpliktet til å sikre at alle barn har tilgang til primæromsorg av god kvalitet. Dette inkluderer også forebyggende og helsefremmende tiltak.»

I Sverige ble det i 2017 vedtatt en egen lov om plikt til helseundersøkelser når barn flyttes ut av hjemmet. I forarbeidene til den svenske loven uttales følgende om Barnekonvensjonens art 24:

I enlighet med artikkel 24 i barnkonventionen har barn rett att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård och rehabilitering. Sverige ska som konventionsstat sträva efter att säkerställa att inget barn är berövat sin rätt att ha tillgång till sådan hälso- och sjukvård.

Det är oroande att plasserte barn som gruppe har sårare fysisk og psykisk helse samt tannhelse jåmført med gjennomsnittet blant barn. Det er også oroande om forutsetningarna att identifisere og tilgjodose plasserte barns og ungas helsebehov er avhångigt om plasseringen sker med stød av LVU eller SoL. Regeringen anser att det utøver forslaget om øverenskommerler om samarbeide mellom kommune og landsting (se avsnitt 6) øven behøvs åtgårder på individnivå som sårkerståller att flickor, pojkar, unga kvinner og unga mår som vårdas utanför det egne hemmet får erbjudande om att gjennomgå en helseundersøkning i syfte att forebygge ohelse.

FNs barnekomité Generell kommentar nr. 15 behandler barns rett til høyest oppnåelige helsestandard. Komiteen skriver i avsnitt nr. 11 at barn i utsatte situasjoner må prioriteres, og at systemene som ivaretar helserettigheter skal sikre likhet:

Barn i vanskeligstilte situasjoner og underprivilegerte områder bør være et fokus for arbeidet med å oppfylle barns rett til helse. Statene bør identifisere faktorer på nasjonale og undernasjonale nivåer som skaper sårbarheter for barn eller ulemper hos visse grupper av barn. Disse faktorene bør tas opp ved utvikling av lover, forskrifter, policy, programmer og tjenester for barns helse, og arbeid for å sikre likhet.

Barnekomiteen sier også at det må rettes særlig fokus mot å identifisere og prioritere barn i vanskelig livssituasjoner og barn i risiko for vold, avsnitt nr. 98:

Det må vies spesiell oppmerksomhet til identifisering og prioritering av marginaliserte og ressursvake grupper av barn, samt barn som er i fare for noen form for vold og diskriminering. Alle aktiviteter bør være fullt bekostet, finansiert og gjort synlige i statsbudsjettet.

I artikkel 39 i Barnekonvensjonen fremgår det at

«Partene skal treffe alle egnede tiltak for å fremme fysisk og psykisk rehabilitering og sosial reintegrering av et barn som har vært utsatt for: enhver form for vanskjåtsel, 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, selvrespekt og verdighet».

Karl Johans gate 7,
0154 Oslo

Postboks 8889 Youngstorget,
0028 Oslo

«Dersom staten skal ha mulighet til å rehabilitere og hjelpe barn som er utsatt for omsorgssvikt, er det en avgjørende forutsetning at de har nok kunnskap om hvordan omsorgssvikten faktisk har påvirket barnet. Det er derfor ikke mulig å ivareta de forpliktelser som barnekonvensjonens artikkel 39 oppstiller, uten at helsen rutinemessig kartlegges ved plassering utenfor hjemmet.»

4.3 Internrettslige forpliktelser

Etter Barneombudets syn vil statens rettslige ansvar etter barnevernloven og Grunnloven best sikres ved innføring av en pliktbestemmelse.

Barnevernloven

Når myndighetene flytter et barn ut av hjemmet, skal de etter barnevernloven sørge for at barnet får nødvendig hjelp, omsorg og beskyttelse til rett tid. Dette gjelder uavhengig av hvilken bestemmelse i barnevernloven som ligger til grunn for flyttingen, jf. bvl. §§ 1-1 og 4-1. Når foreldrene ikke lenger har ansvaret, er det barneverntjenesten og det offentlige som må sørge for at barnet får nødvendig hjelp, omsorg og beskyttelse.

For at barneverntjenesten skal kunne ivareta dette omsorgsansvaret, må de vite hvilket helse- og omsorgsbehov det enkelte barnet har, og hvordan oppveksten har påvirket barnets helse. Uten denne kunnskapen vil ikke barneverntjenesten kunne sette inn riktig hjelp og støtte til barnet i den videre omsorgen.

At omsorgsansvaret etter barnevernloven innebærer en plikt til å kartlegge barnets helse, må sees i lys av at dette er en gruppe barn med høy risiko for helseplager. Barna utgjør en gruppe som defineres som særskilt sårbare. For særskilt sårbare barn er omsorgsansvaret skjerpet. Terskelen for det man med rimelighet kan forvente av innholdet i omsorgen, ligger da høyere enn for barn som ikke faller i denne kategorien.

At innholdet i omsorgsansvaret skjerpes når barn er særskilt sårbare, er fremhevet i en Høyesterettsavgjørelse inntatt i Rt 2012 side 146. Saken gjaldt spørsmålet om en kommune kunne bebreides for at omsorgsplikten overfor en elev ikke var tilfredsstillende ivaretatt, fordi eleven hadde vært utsatt for mobbing i skoletiden. Høyesterett påpekte at eleven var en spesielt sårbar elev, og at skolen da i utgangspunktet burde ha spesiell oppmerksomhet rettet mot ham.

Vi viser også til at Kunnskapsdepartementet i Prop.57 L (2016-017) Endringer i opplæringslova og friskolelova (skolemiljø) i punkt 5.5.2.2 har understreket det skjerpende omsorgsansvaret, og uttaler «at det gjennom rettspraksis (Rt.2012 s.146) er understreket at skolen har et skjerpet ansvar for å ivareta elever med en særskilt sårbarhet.» Tilsvarende må gjelde for barneverntjenestens omsorgsansvar, hvor alle barn som flyttes ut av hjemmet må anses for å være i en særskilt sårbar situasjon.

Grunnloven § 104 tredje ledd

Av Grl. § 104 tredje ledd følger det at «Statens myndigheter skal legge til rette for barnets utvikling, herunder sikre at barnet får <....> helsemessige trygghet». Av forarbeidene til bestemmelsen følger at «Formuleringen tydeliggjør <....> at når det gjelder de ytre rammene som

staten særlig kan gjøre noe med, slik som økonomisk, sosial og helsemessig trygghet, får staten et større ansvar for å sikre disse forholdene».⁸

Bestemmelsen pålegger staten å sørge for systemer som sikrer barn en helsemessig trygghet. Dette ansvaret må i særlig grad gjelde for den sårbare gruppen barn det her er snakk om.

5. Nærmere om hvorfor det bør innføres en hovedregel om plikt til å gjennomføre helsekartlegging

Barneombudet mener en tverrfaglig helsekartlegging som nevnt bør gjennomføres uten behovsprøving og skjønn fra barneverntjenestens side. Dette støttes også av den ledende forskningen på feltet. Helsekartleggingen bør gjennomføres rutinemessig for alle barn som flyttes ut av hjemmet ved at det innføres en plikt bestemmelse i barnevernloven, hvor det kun åpnes for en snever unntaksadgang.

5.1 Bufdirs utredninger og departementets konklusjoner i høringsnotatet vedrørende behovet for en pliktbestemmelse.

Bufdir og Helsedirektoratet fremla den 30. april 2020 rapporten «Helsekartlegging av barn i barnevernet Vurdering av behov for presisering og/eller endring i barnevernloven og helselovgivningen». Her kom direktoratene frem til at det bør «lovfestes en plikt for barneverntjenesten til å be den instansen som får ansvar for helsekartlegging i helsetjenesten om at helsekartlegging gjennomføres», jf. punkt 4.5. Rapporten er grundig og viser tydelig behovet for hvorfor det må foreligge en plikt, og at kartleggingen skal gjennomføres rutinemessig.

Som det fremgår av høringsnotatets punkt 2.12.1 har Bufdir i etterkant (høsten 2020) avgitt en tilleggsutredning om helsekartlegging i barnevernet. Under punkt 6.4 på side 14 i tilleggsutredningen skriver Bufdir følgende om barneverntjenestens plikt til å be om helsekartlegging:

Vi vurderer med bakgrunn i dette at det er lav risiko for at målgruppen ikke vil få en tverrfaglig kartlegging så lenge denne fullt ut er finansiert av statlige midler. Det vil derfor, slik vi vurderer det, være tilstrekkelig at barneverntjenesten gis en rett til å anmode om en tverrfaglig kartlegging. Innføringer av egenandeler for gjennomføring av en tverrfaglig kartlegging vil etter vår vurdering innebære en økt risiko for at gruppen barn ikke får en nødvendig tverrfaglig kartlegging. I et slik scenario vil vi anbefale at kommunen får en plikt til å anmode om en tverrfaglig kartlegging for nevnte gruppe barn.»

I tilleggsutredningen kom Bufdir til at det likevel ikke var behov for en pliktbestemmelse, forutsatt ett fullt statlig finansieringsansvar. Bufdir la til grunn at det i et slikt tilfelle var lav risiko for at barn i målgruppen ikke får en helsekartlegging.

I høringsnotatet følger opp Bufdirs anbefaling i tilleggsrapporten, og det foreslås derfor at barneverntjenesten kun gis en plikt til å vurdere behovet for helsekartlegginger ved plasseringer utenfor hjemmet.

⁸Dok.nr.16 (2011–2012) Rapport fra Menneskerettighetsutvalget om menneskerettigheter i Grunnloven side 194

5.2 Barneombudets begrunnelse for at en pliktbestemmelse for barneverntjenesten best sikrer barns rettigheter

5.2.1 Høy forekomst av helseplager hos barn i målgruppen tilsier at det bør innføres en pliktbestemmelse, og ikke en skjønnbestemmelse.

Vilkårene for å plassere et barn utenfor hjemmet etter barnevernloven er strenge. I saker etter barnevernloven § 4-24 må barnet ha vist alvorlige atferdsvansker. Det er da avgjørende å finne ut av hva atferdsvanskene kommer av, slik at man best mulig kan tilrettelegge omsorgen og gi barna den oppfølging og hjelp det har behov for.

For å plassere et barn utenfor hjemmet etter barnevernloven § 4-12, må det foreligge alvorlige mangler ved omsorgen. En plassering må være nødvendig og til barnets beste. Høyesterett har nylig beskrevet denne type situasjoner som «very exceptional circumstances». Dette betyr at barna som plasseres utenfor hjemmet etter barnevernloven ofte har levd i helt spesielle livsforhold, ofte over lengre tid. Stort sett alle barn i målgruppen er på en eller annen måte preget av sine opplevelser, og det er helt avgjørende at det offentlige finner ut hvordan barnet er påvirket, slik at oppfølgingen som gis er tilpasset og til det beste for hvert enkelt barn.

Som nevnt har barn i målgruppen høy forekomst av både somatiske og psykiske helseutfordringer. Oppfølgingen av deres helseutfordringer er i dag i tillegg ofte dårlig, både for somatiske og psykiske helseplager, og for tannhelseplager.⁹ Til tross for at de barna det her gjelder tilhører en høyrisikogruppe for alvorlige helseplager, avdekkes ofte ikke helseplagene for denne gruppen før det har gått lang tid, og problemene har vesentlig forverret seg.

Mange av barna sliter også med å mestre skole og utdanning, og klarer seg ofte dårligere i voksenlivet enn personer som ikke har erfaringer fra barnevernet.¹⁰ Ungdom med barnevernstiltak oppnår i snitt langt lavere karakterer i grunnskolen enn andre jevnaldrende, og 1/3 unge med tiltak fra barnevernet var verken i arbeid eller i utdanning 9 år etter avsluttet grunnskole. 33 % av de som får omsorgstiltak fra barnevernet mottar i tillegg offentlige ytelser 9 år etter ungdomsskolen.¹¹

Universitetet i Oslo har de siste årene prøvd ut en modell for kartlegging av helse- og omsorgsbehov hos barn plassert utenfor hjemmet. Utprøvingen av modellen går under navnet Children At Risk Evaluation (CARE) studien. Helsedirektoratet og Bufdir har bidratt med midler til studien. Modellen er utarbeidet og prøvd ut ved Telemark barne- og familiesenter i Skien for barn mellom 0 og 6 år, og ved BUP avdeling Sykehuset Vestfold HF for barn mellom 7 og 17 år. CARE-modellen tar utgangspunkt i at barnet møter til en en-dagskartlegging hos behandlingsteamet sammen med en omsorgsperson. På bakgrunn av innsendt informasjon, samtaler, undersøkelser og testing på selve dagen, utarbeider behandlingsteamet en sluttrapport som sendes til barneverntjenesten. Undersøkelsen inneholder en legeundersøkelse, kartlegging av barnets psykiske helse i tillegg til en tannundersøkelse.

⁹ <https://bufdir.no/globalassets/global/nbbf/barnevern/helsekartlegging-av-barn-i-barnevernet---rapport-300420.pdf> punkt 1.1

¹⁰ Backe-Hansen et.al., 2014; Dæhlen et.al., 2017

¹¹ https://bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnevern/Barnevern_skole/Skole_voksenliv/

Funnene i evalueringen av CARE-prosjektet bekrefter langt på vei at barns helse- og omsorgsbehov ikke er tilstrekkelig avdekket når barnet flyttes ut av hjemmet. Evalueringen viste med tydelighet at barna som ble kartlagt hadde en rekke utfordringer som tidligere ikke var fanget opp. Til illustrasjon svarte 71 % av de ansatte i barneverntjenesten at rapportene ga informasjon de ikke hadde hatt tidligere. Fram til kartleggingen hadde mange av barna «gått under radaren», mens det gjennom helsekartleggingen ble klarlagt at barnet hadde omfattende behov for hjelp». Av de 100 barna som CARE-teamene kartla i aldersgruppen 7-17 år var det kun ett barn som ikke hadde behov for tjenester utenfor hjemmet. I aldersgruppen 0-6 år var det 14 av 100 barn som ikke hadde behov for tiltak utenfor hjemmet. Totalt utgjør dette 7 % av de kartlagte barna i CARE-prosjektet. 74 % av barna som ble kartlagt av CARE-teamene ble ansett å ha behov for 2 eller flere tjenester, mens 56 % hadde behov for 3 eller flere.

Som evalueringen av Care prosjektet bekrefter, er en del av utfordringen i dag at barnas helseplager og hjelpebehov ikke avdekkes tidlig nok idet ikke alle viser lett synlige vansker. Det er derfor avgjørende at det nå etableres et system som sikrer at alle barn i målgruppen får en tverrfaglig kartlegging, og ikke kun de som ved flyttingen ut av hjemmet viser synlige behov for hjelp og oppfølging. Dersom behovet for helsekartlegging i stor grad skal basere seg på barneverntjenesten og Bufetats skjønn, er det en reell fare for at ikke alle barn med behov for helsekartlegging får det.

Basert på forskning og kunnskapsutvikling på feltet ble det i 2015 publisert en rekke faglige anbefalinger og retningslinjer for å ivareta helse- og omsorgsbehovene til barn etter omsorgsovertakelse. Disse kom fra anerkjente miljøer som de amerikanske barnepsykiatri- og barnelegeforeningene, fra National Institute of Clinical Excellence i Storbritannia, fra en nordisk ekspertgruppe (American Academy of Pediatrics, 2015; Lee, Fouras & Brown, 2015; Vinnerjung, 2015).

Anbefalingene gikk ut på å etablere en rutinemessig grundig kartlegging av barnets helse- og omsorgsbehov kort tid etter omsorgsovertakelsen, som omfatter både fysisk helse, tannhelse, psykisk helse, utviklingsnivå og tilknytning/samspill med omsorgspersoner. Kartleggingen skal ha et traumeperspektiv for forståelsen av barnets vansker, og bør utføres av et dedikert tverrfaglig team, med kompetanse på kartlegging av denne sårbare gruppen barn og unge. Hovedforutsetningen i den ledende forskningen på feltet er derfor at kartleggingen skal gjennomføres rutinemessig uten at det legges opp til behovsprøving og en skjønnsvurdering.

Den svært høye forekomsten av helseutfordringer hos denne gruppen barn, kombinert med at utfordringene ofte er uavdekkede og ikke lett synlige, tilsier derfor at kartleggingen må gjennomføres uten behovsprøving og skjønn fra verken barneverntjenesten eller Bufetat.

Vi vil i det følgende begrunne ytterligere hvorfor det bør innføres pliktbestemmelser for Bufetat og for barneverntjenesten.

5.2.2 Uten en pliktbestemmelse er det fare for at barneverntjenesten ikke henviser alle barn som har et behov for helsekartlegging

Ved en skjønnsbestemmelse vil det bero på den enkelte saksbehandlers vurdering om barnet henvises til helsekartlegging. Dette vil være tilfelle selv om det utarbeides faglige retningslinjer som har til hensikt å legge føringen for skjønnsutøvelsen. Det er slik vi ser det en reel fare for at barn som har behov for kartlegging da ikke får det. Dette skyldes flere forhold.

Ved skjønnsmessig vurdering vil det alltid være en fare for at det tas utenforliggende hensyn. En skjønnsmessig vurdering åpner for at hensyn som tid, ressurser mv vil kunne påvirke vurderingen, både bevisst og ubevisst. En henvisning forutsetter et betydelig arbeid fra barneverntjenestens side, og forhold som tid, ressurser og reiseavstand mv, vil kunne føre til at ikke alle barn i målgruppen blir henvist. Med det tidspresset og antall barn mange ansatte i barneverntjenesten har ansvar for i dag, er vi bekymret for at andre hensyn enn barnets beste vil være førende for om barna får den nødvendige kartleggingen.

En skjønnsmessig vurdering vil også medføre en fare for ulike vurderinger fra saksbehandler til saksbehandler. Både innad i samme barneverntjeneste og mellom de forskjellige barneverntjenestene. Dette vil kunne føre til store forskjeller og barna vil ikke sikres lik tilgang til helsekartlegging, og lik ivaretagelse av sine rettigheter.

Vi er også bekymret for de barna som ikke har gjennomført helsekartleggingen før behandlingen i fylkesnemnda. Dersom barnet først er plassert i fosterhjem eller institusjon, og fylkesnemnda har besluttet endelig flytting, frykter vi at flere barneverntjenester ikke vil prioritere arbeidet med en slik kartlegging. Dette til tross for at en slik kartlegging er av stor betydning for nye omsorgsgiveres daglige omsorg for barnet og for å avdekke hvilke behov barnet har for hjelp utenfor omsorgsbasen.

Bekymringen understøttes av våre funn i rapporten «De tror vi er shitkids» fra 2020. I rapporten så vi blant annet store mangler i barneverntjenestens oppfølging av barna etter de var flyttet til institusjon. Ansatte fortalte at «oppfølging av ungdommer som allerede er «trygt plassert» på institusjon, kan havne i andre rekke».

I tillegg viste evalueringen fra CARE-prosjektet at nesten halvparten av de ansatte i barnevernet (44 prosent) var enten ganske eller helt enige i at reiseavstanden var for lang. Det var også en relativt stor andel som mente at det medførte for mye arbeid å henvise til teamene (38 prosent ganske/helt enig).

Samlet sett tilsier dette at det vil være en risiko for at barneverntjenesten ikke vil bruke tid og ressurser på å henvise barn til helsekartlegging etter at fylkesnemnda har bestemt plasseringssted. Dersom det utformes regler som gjør at barneverntjenesten i praksis kan la være å henvise, vil ikke denne gruppen barn være sikret en god nok kartlegging.

Departementet foreslår i tillegg at avgjørelsen av om barnet skal få en helsekartlegging ikke skal være et enkeltvedtak som kan påklages. Dette er problematisk for barnas rettigheter, og barnevernets skjønnsvurdering vil på denne måten aldri kunne etterprøves. Det vil da være begrenset kontroll med om barneverntjenesten foretar korrekte og lovmessige vurderinger til det beste for barna når det gjelder behovet for helsekartlegging.

5.2.3 Manglende kompetanse i barneverntjenesten til å vurdere barnas behov for kartlegging tilsier at det bør være en pliktbestemmelse

Som en begrunnelse for hvorfor det ikke er nødvendig å innføre en pliktbestemmelse i loven skriver departementet på side 40 i høringsnotatet at evalueringen av CARE viste at barneverntjenesten i noen tilfeller ikke henviser til kartlegging fordi «det ikke var behov for

denne type kartlegging». Etter barneombudets syn er dette ikke et argument som taler mot en pliktbestemmelse, men forhold som viser hvorfor en pliktbestemmelse er nødvendig.

Som påpekt i våre tidligere brev til departementet vil det for mange saksbehandlere være umulig å vurdere om barnet har behov for en helsekartlegging, da kartleggingen både ser på fungering, psykisk-, somatisk- og tannhelse. En vurdering av om et barn har behov for å kartlegge disse forholdene forutsetter en kompetanse barneverntjenesten ikke har. Dette krever solid helsefaglig kompetanse. Dette understøttes av departementets egen redegjørelse under punkt 6.4 i høringsnotatet, hvor det fremgår at:

«Helsekartlegging er et tverrfaglig tiltak som krever både helse- og barnevernfaglige kompetanse på spesialisert nivå som mange kommuner ikke kan forventes å besitte. Det vises blant annet til at det i noen tilfeller kan være utfordrende for barneverntjenesten å vurdere og forstå helseopplysningene i en barnevernfaglig kontekst.»

Dette viser etter vårt syn hvor viktig det er at helsekartleggingen skal gjennomføres *rutinemessig*, uten at barneverntjenesten skal måtte ta stilling til behovet. Enda tydeligere blir dette når man ser på resten av evalueringen fra CARE-prosjektet. I punkt 10.2 fremheves følgende:

Vi vet imidlertid at de aller fleste barn i disse utsatte gruppene har uavdekkede og udekkede helse- og omsorgsbehov. Dersom henvisning skal basere seg på individuell vurdering, er det en stor fare for at en del barn som trenger det, ikke får tilpasset og nødvendig hjelp i tide. Man kan også spørre seg hvem som skal gjøre denne vurderingen av barnets behov for kartlegging, og hvilken kompetanse disse da må inneha. En fordel med rutinemessig kartlegging av alle barn som barneverntjenesten flytter ut av hjemmet, er at man unngår enkeltpersoners skjønn og vurderinger, og slik reduserer faren for forskjeller når det gjelder tilgang til viktig og nødvendig hjelp for barnet.

Som nevnt i punkt 3.2.1 viste evalueringen fra CARE-prosjektet at 71 % av de ansatte i barneverntjenesten var ganske enig/helt enig i at rapportene fra CARE-teamene ga viktig kunnskap de ikke hadde fra før. Videre fremgår det i avsnitt 7.2 i evalueringen at

«Barnevernstjenesten hadde også eksempler på at kartleggingen framskaffet et helt nytt bilde av barn de fleste voksne mente fungerte bra. Fram til kartleggingen hadde barnet «gått under radaren», mens det nå var klarlagt at barnet hadde omfattende behov for hjelp».

Avsnittet illustrerer tydelig at barneverntjenesten ikke har kompetanse til å foreta tilstrekkelig gode individuelle vurderinger av om barna har behov for helsekartlegging, og understreker behovet for en *rutinemessig kartlegging*.

Funnene i evalueringen av CARE viser derfor med tyngde hvor viktig det er å innføre en pliktbestemmelse, og at dersom det legges opp til et individuelt skjønn hos den enkelte saksbehandler vil det være en risiko for at en del barn ikke får den kartleggingen og oppfølgingen de trenger.

5.2.4 Betydningen av tidligere kartlegginger

Karl Johans gate 7,
0154 Oslo

Postboks 8889 Youngstorget,
0028 Oslo

Som begrunnelse for hvorfor en pliktbestemmelse ikke er nødvendig skriver departementet på side 39 og 40 i høringsnotatet at «Erfaringer fra CARE viser at barnevernstjenesten i noen tilfeller ikke henviser til kartlegging fordi barnet allerede var tilstrekkelig utredet».

Etter Barneombudets syn vil det i dag være svært få, om noen saker, hvor det kan hevdes at helsekartlegging ikke er nødvendig fordi barnet fra før er tilstrekkelig utredet. Dette fordi ingen barn (med unntak av barna som har vært med i CARE-prosjektet) har fått en tverrfaglig helsekartlegging. De har derfor ikke vært tilstrekkelig utredet, slik denne type helsekartlegging med tverrfaglige team legger opp til. Enkeltstående vurderinger/utredninger fra eksempelvis BUP, fastlege og tannlege vil ikke dekke det samme behovet, men vil være nyttig informasjon til teamene som skal gjennomføre helsekartleggingen.

Eksempelvis vil et barn med ADHD, som fra før er utredet av BUP, kunne ha flere utfordringer som BUP ikke vil klare å fange opp. Eksempler på dette kan være somatiske forhold, tannhelse eller vanskeligheter med skolegangen som krever utredning fra PPT. Til illustrasjon viste evalueringen fra CARE at 74 % av barna ble anbefalt to eller flere tjenester og 56 % ble anbefalt tre eller flere tjenester. Spekteret av tjenester som barnet videre ble anbefalt inn i var meget bredt og inkluderte eksempelvis fysioterapi, helsestasjon, tannlege og PPT. Dette vil ikke en enkeltstående utredning fra en tjeneste kunne ivareta på samme måte. En utredning fra eksempelvis BUP vil derfor kun være en viktig kilde til informasjon om barnet, men vil aldri kunne dekke totaliteten i barnets helse- og omsorgsbehov, slik en tverrfaglig helsekartlegging vil gjøre.

I tillegg vil en tidligere utredning/kartlegging alltid ligge lenger tilbake i tid enn helsekartleggingen, og den vil derfor ofte ha blitt gjennomført før barnet er flyttet ut av hjemmet. Gjennom en rutinemessig helsekartlegging vil det alltid sikres at det foreligger oppdatert og tverrfaglig informasjon om barnets behov for helseoppfølging, fungering og særlige behov sett opp mot forhold barnet har vært utsatt for i hjemmet.

5.2.5 Betydningen av finansieringsansvaret

I tilleggsutredningen til Bufdir vises det til at det er *lav risiko* for at kartleggingen ikke vil bli gjennomført for målgruppen dersom staten har finansieringsansvaret.

Vi er uenige med Bufdir i at risikoen er lav for at barn i målgruppen ikke henvises til kartlegging, selv om staten har finansieringsansvaret. Som vist til over er det etter vårt syn andre forhold enn finansieringen, som vil påvirke om barnevernet velger å henvise et barn til en kartlegging eller ikke.

Vi finner i denne sammenheng også grunn til å bemerke at lovverk som skal sikre barns grunnleggende rettigheter bør stå på «egne bein», og ikke bygge på en forutsetning om et bestemt finansieringsansvar. Dette fordi det er en risiko for at finansieringsansvaret vil kunne endres i fremtiden, slik vi nå har sett i ny barnevernsreform.

Departementet skriver i høringsnotatet at de ønsker innspill på om det bør innføres en kommunal egenandel. I tråd med våre argumenter mener vi dette vil være uheldig og støtter ikke at dette innføres.

Etter vår oppfatning er det derfor et klart behov for å lovfeste en plikt for barnevernstjenesten selv om staten har finansieringsansvaret, siden det fortsatt vil være en ikke ubetydelig risiko for

at flere barn i målgruppen ikke får den helsekartleggingen de har behov for.

5.2.6 Undersøkelse blant barnevernledere

I en nylig gjennomført undersøkelse av SOS-barnebyer blant landets barnevernledere, var et av spørsmålene: «I høringsbrevet fra departementet er det foreslått at staten skal dekke kostnadene ved helsekartlegging, slik at kommunen ikke må betale for å få barnets helse kartlagt. Departementet har foreslått at en slik helsekartlegging bør være valgfri for kommunen å benytte seg av. Mener du at en slik helsekartlegging bør være obligatorisk ved plassering?» Her er de bedt om å svare enig, delvis enig, uenig, delvis uenig eller vet ikke. Av 80 respondenter svarte 44 enig og 25 delvis enig.

5.3 Barneombudets begrunnelse for at en pliktbestemmelse for Bufetat og helseforetakene best ivaretar barns rettigheter

5.3.1 Nærmere om hvorfor hovedregelen må være en plikt for Bufetat til å tilby og gjennomføre helsekartleggingen

Dersom Bufetat ikke får en plikt til å gjennomføre kartleggingen, vil dette medføre en enda større risiko for at barn med uavdekkede utfordringer og behov ikke får den nødvendige kartleggingen.

Barneombudet stiller spørsmålstegn ved hvorfor departementet velger å ikke følge Bufdirs anbefaling når det gjelder en plikt for Bufetat til å gjennomføre kartleggingen. Det er i høringsnotat heller ikke gitt en begrunnelse hvor hvorfor departementet velger en annen løsning enn Bufdirs anbefalinger. Barneombudet tiltrer de vurderingene som er gjort av Bufdir under dette punktet, og vil trekke frem følgende avsnitt fra tilleggsutredningen av oktober 2020:

«Barneverntjenestens rett til å be om tverrfaglig kartlegging må, etter vår vurdering, utøse en plikt/et ansvar for Bufetat til å følge opp og gjennomføre den tverrfaglige kartleggingen barneverntjenesten anmoder om. En hjemmel som pålegger Bufetat å gjennomføre tverrfaglig kartlegging, vil også hjemle en rett for Bufetat til å gjennomføre kartleggingen. Legalitetsprinsippet krever klar hjemmel i lov dersom det skal foretas inngripende tiltak fra myndighetenes side. Det å gjennomføre en tverrfaglig kartlegging er inngripende, og slik vi vurderer det vil det være nødvendig med en klar hjemmel. Vi anbefaler derfor at det lovfestes en klar hjemmel som gir Bufetat plikt og rett til å foreta tverrfaglige kartlegginger.»

Barneombudet mener løsningen som Bufdir legger opp til i sin tilleggsutredning er god, ved at Bufetat i noen tilfeller må kunne prioritere helsekartlegging av barn som skal tvangsplasseres, foran de frivillige plasseringene. Vi vil imidlertid peke på at dette kun må gjelde tidspunktet for kartleggingen, og ikke om kartlegging faktisk skal gjennomføres på et senere tidspunkt. Utover dette mener vi det ikke bør legges opp til skjønnsmessige vurderinger.

Vi er uenige i at Bufetat skal kunne foreta prioriteringer ut ifra økonomiske hensyn slik departementet legger opp til. Selv om vi er imot at loven i det hele tatt skal åpne for et skjønn hos Bufetat, kan økonomi uansett ikke være et relevant hensyn å vektlegge i en slik vurdering. Dette vil kunne føre til at mange barn nedprioriteres som følge av økonomiske forhold, og at

vurderingene ikke vil foretas ut ifra hva som er det beste for barnet. Dette er i strid med barnekonvensjonens artikkel 3, da økonomi ikke vil være et relevant hensyn ved vurderingen av hva et barn har behov for av hjelp og oppfølging.

Også i denne sammenheng vil vi trekke frem vår bekymring for de barna som ikke viser lett synlige utfordringer, og de barna som ikke er kartlagt før fylkesnemndas behandling av saken. Gjennom en så vid skjønnsbestemmelse for Bufetat som departementet legger opp til, vil det være en reell risiko for at helsekartlegging ikke gjennomføres selv der det er behov for det. Særlig dersom vurderingene skal kunne foretas ut ifra økonomi og prioritering. Kombinert med at avgjørelsen om å avslå helsekartlegging ikke skal anses som et enkeltvedtak med klagemuligheter, vil barnas rettssikkerhet svekkes betraktelig ved en vid skjønnsbestemmelse for Bufetat.

I tillegg vil et vidt skjønn for Bufetat (som for barneverntjenesten), åpne for ulike vurderinger mellom saksbehandlere selv om det gis faglige retningslinjer. Dette vil gjelde både innad i regionen, men særlig mellom de ulike regionene. Dette vil kunne føre til ulik ivaretagelse av barns rettigheter i Norge, noe som ikke er i tråd med barnekonvensjonen.

Under punkt 6.7.1 i høringsnotatet skriver departementet at *«en plikt til alltid å be om helsekartlegging fra staten kan gi utilsiktede konsekvenser for ansvarslinjene mellom stat og kommune»*. Barneombudet er ikke enig i dette, og mener derimot at pliktbestemmelser i langt større grad vil være egnet til å skape forutberegnelighet og samarbeid. I et tenkt scenario vil barneverntjenesten etter departementets forslag kunne henvise til helsekartlegging, mens Bufetat vil kunne si nei, eksempelvis grunnet økonomi. Dette vil kunne stille barneverntjenesten i en vanskelig posisjon, og vil kunne gi grunnlag for konflikt mellom barneverntjenesten og Bufetat.

Et avslag på helsekartlegging i Bufetat vil også kunne føre til at barneverntjenesten ikke vil kunne ivareta sine lovpålagte oppgaver på en god nok måte. Det kan oppstå tilfeller der barneverntjenesten ha gjort alt de kan for at barnet skal få den nødvendige kartleggingen, men likevel risikere at tilsynsmyndighetene påpeker lovbrudd grunnet manglende kartlegging av barnets hjelpebehov. Departementets forslag vil derfor kunne skape uklare ansvarsforhold.

Bufetat har i motsetning til barneverntjenesten heller aldri møtt barna, og vil derfor ha vanskeligere for å kunne vurdere om barnet har behov for kartlegging. Å legge opp til et skjønn for Bufetat er derfor etter barneombudets syn høyst problematisk. Dette vil føre til at store deler av formålet bak en rutinemessig kartlegging bortfaller.

Etter vårt syn er det få argumenter som taler mot en plikt for Bufetat til å gjennomføre kartleggingen når barneverntjenesten ber om dette. Barneombudet mener den løsningen departementet legger opp til i høringsnotatet ikke i tilstrekkelig grad sikrer de rettighetene barn har etter Grunnloven og FNs Barnekonvensjon. Vi ber derfor departementet om at Bufdirs anbefaling fra tilleggsutredning av 19. oktober 2020 legges til grunn i det videre lovarbeidet.

5.3.2 Det bør lovfestes en plikt for de regionale helseforetakene til å sørge for en helsekartlegging av barn i barnevernet.

Under punkt 6.4 i høringsnotatet skriver departementet: *Det er behov for faglige bidrag fra spesialisthelsetjenesten inn i kartleggingsteamene og at de regionale helseforetakene forpliktes, gjennom styringslinjen, til å bidra med nødvendige ressurser inn i kartleggingene.*

Karl Johans gate 7,
0154 Oslo

Postboks 8889 Youngstorget,
0028 Oslo

Barneombudet stiller spørsmålstegn ved hvorfor departementet her velger å ikke følge direktoratenes anbefaling om en regulering i spesialisthelsetjenesteloven som vil sikre en klar og tydelig ansvarsfordeling.

Bufdir og Helsedirektoratet behandlet dette spørsmålet i rapport av 30. april 2020 «Helsekartlegging av barn i barnevernet Vurdering av behov for presisering og/eller endring i barnevernloven og helselovgivningen». Her argumenterer direktoratene for at det bør lovfestes en plikt for de regionale helseforetakene til å sørge for en helsekartlegging av barn i barnevernet. Direktoratene viser til at gjeldende rett ikke gir hjemmel for å pålegge helsepersonell en plikt til å gjennomføre en rutinemessig tverrfaglig helsekartlegging. En lovfesting vil føre til en klar og tydelig ansvarsfordeling. Under punkt 7.3 skriver de:

«En presisering i lovs form gir en klar og tydelig ansvars plassering, som vil gi trygghet og forutsigbarhet overfor spesialisthelsetjenesten selv, men også overfor de andre aktørene som helsekartleggingen er relevant for. Dette kan særlig gjelde for barneverntjenesten og for barna og deres familie/pårørende, samt for relevante aktører som fylkesnemndene og tilsynsmyndighetene.»

Barneombudet er enig med direktoratene og mener en forpliktelse av de regionale helseforetakene gjennom styringslinjen ikke i samme grad gir den forutsigbarhet og trygghet som en lovfesting i spesialisthelsetjenesteloven. Dette er et typisk eksempel på et sted hvor departementet burde vurdert hvilken løsning som ville være til barnets beste. Barneombudet mener det vil være til barnets beste at man velger den løsningen som sikrer trygghet og kontinuitet for barnets rettighet, i dette tilfelle en lovregulering.

Erfaring fra medisinske undersøkelser ved Statens barnehus ved mistanke om vold eller overgrep mot barn har vist at det er utfordringer ved forpliktelse via styringslinjen. Det har ikke vært mulig å tilby alle barn medisinsk undersøkelse på barnehusene til tross for at denne oppgaven er gitt de regionale helseforetakene gjennom oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet. I tillegg uttaler Helsedirektoratet i punktene referert over, til at helsekartlegging ikke vil være en del av «sørge for» ansvaret, men bli kategorisert som sakkyndigoppdrag. Samlet sett mener Barneombudet at dette setter barns rett til helsekartlegging i risiko for ikke å bli prioritert i den grad som er nødvendig.

Barneombudet mener det bør lovfestes en plikt for de regionale helseforetakene til å sørge for en helsekartlegging av barn i barnevernet. En kartlegging av barnets helse og omsorgsbehov krever en kompetanse barnevernet ikke selv besitter, og en etterlevelse av barnevernstjenestens omsorgsansvar forutsetter derfor at helsesektoren bidrar med sin fagkompetanse overfor barnevernstjenesten. Det bør derfor i helselovgivningen presiseres at helsesektoren plikter å bidra med sin fagkompetanse ved en helsekartlegging. Det er som kjent Norge som stat som er bundet av Barnekonvensjonen, og forpliktelsene er upåvirket av hvordan vi i Norge har valgt å organisere barnevern- og helsetjenestene.

5.4 Gevinstene ved helsekartlegging tilsier at det bør innføres pliktbestemmelser

I punktene 8.1.5, 8.1.6 og 8.1.7 viser departementet til at helsekartlegging kan gi stor gevinst for både barna, familiene kommunene, Bufetat og for spesialisthelsetjenestene. Det vises eksempelvis til at:

Karl Johans gate 7,
0154 Oslo

Postboks 8889 Youngstorget,
0028 Oslo

«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»

Det pekes også på at det offentlige vil kunne spare store summer på kostbare institusjonsplasseringer og under punkt 8.1.7 skrives følgende:

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

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

Når gevinstene av en helsekartlegging potensielt vil kunne være så store for alle involverte parter, er det etter vårt syn uheldig at departementet ikke foreslår et regelverk som i best mulig grad sikrer etterlevelse av barns rettigheter.

6. Økonomiske konsekvenser av at det ikke innføres plikt-bestemmelser

I høringsnotatet viser departementet til at det anslås å være i underkant av 2000 barn som hvert år vil falle inn under målgruppen for helsekartlegging. Dette gir behov for 40 team og en totalkostnad på 164 millioner kroner per år.

Dersom barneverntjenesten og Bufetat ikke får en plikt til å henvise og gjennomføre helsekartlegging, frykter Barneombudet at dette også vil ha betydning for hvor mye penger som bevilges på fremtidige budsjetter. I budsjettet for 2021 er det kun avsatt 25 millioner kroner til helsekartlegging.

Dersom loven åpner for en vid skjønnsmessig vurdering hos både barneverntjenesten og Bufetat, vil dette kunne føre til at færre barn i målgruppen får den kartleggingen de har behov for, fordi det da ikke vil legges det samme «presset» på at det bevilges tilstrekkelig midler til å kunne kartlegge hele målgruppen barn. Uten en plikt er det derfor en reell fare for at det ikke prioriteres nok midler til utviklingen av den tverrfaglige kartleggingen.

Dersom det innføres en plikt for både Bufetat og for barneverntjenesten, må Stortinget bevilge de nødvendige midlene for at alle barn som plasseres ut av hjemmet skal få en slik kartlegging. Som vist til over vil 164 millioner kroner være en lav kostnad, sammenlignet med de utgiftene man vil kunne spare ved å gjennomføre en helsekartlegging.

Dersom departementet ikke ønsker å innføre en plikt før den tverrfaglige kartleggingen er etablert over hele landet, vil Barneombudet foreslå at det nå lovfestes en plikt for barneverntjenesten og Bufetat, men at loven gis utsatt iverksettelse. På denne måten sikres det at systemet er på plass, før pliktbestemmelsen i loven trer i kraft. Barneverntjenesten og Bufetat kan i mellomtiden tilby helsekartlegging til de barn det er kapasitet til å kartlegge allerede det første året, selv om loven ikke er trådt i kraft.

7. Helsekartlegging etter flytting sikrer best ivaretagelse av barns rettigheter

7.1 Departementets vurderinger i høringsnotatet

Under punkt 6.7.2 i høringsnotatet skriver departementet at helsekartleggingen bør

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

Under punkt 6.2 i høringsnotatet fremholder departementet følgende:

«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 barnevernet. Helsekartlegging vil dermed bidra til et bedre beslutningsgrunnlag for fylkesnemnd og domstoler.»

Under punkt 6.7.2 vises det til at:

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

barnets beste og retten til medvirkning må ivaretas i vurderingen om og eventuelt barnet skal kartlegges.

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

Slik Barneombudet leser høringsnotatet legger departementet stor vekt på at det vil være en fordel å ha rapporten fra kartleggingen når saken skal behandles i fylkesnemnda. Selv om departementet understreker at dette ikke er rapportens primære formål, legges det vekt på at rapporten vil kunne få betydning for om vilkårene for plassering er oppfylt og for plasseringssted.

Selv om departementet peker på at det kan være vanskelig å gjennomføre en helsekartlegging i tilfeller hvor barnet fremdeles bor hos biologiske foreldre, legges det opp til at helsekartlegging vil kunne gjennomføres også i tilfeller hvor barnet fremdeles bor hos biologiske foreldre.

7.2 Barneombudets vurderinger av tidspunktet for kartlegging

7.2.1 Barna bør som en hovedregel ikke kartlegges når de fremdeles bor med biologiske foreldre

Hovedformålet med en helsekartlegging må være at barnet skal få best mulig oppfølging og hjelp under offentlig omsorg, samt veiledning til nye omsorgsgivere om hvordan den daglige omsorgen bør innrettes. Det er derfor en forutsetning at kartleggingen gjennomføres på et tidspunkt der det er sannsynlig at kartleggingen kan gi gode og riktige opplysninger om barnet. I tillegg må det være en klar forutsetning at kartleggingen ikke må være en uforholdsmessig belastning for barnet.

Hensynet til det enkelte barn og kvaliteten på kartleggingen tilsier at kartleggingen som hovedregel ikke bør skje før barnet er flyttet ut av hjemmet.

Vi har stor bekymring knyttet til at helsekartlegging av barn skal kunne skje mens de fremdeles bor hjemme i et presumtivt skadelig omsorgsmiljø. I disse tilfellene vil det være de biologiske foreldrene som vil følge barnet til helsekartlegging. Hvordan dette skal kunne gjennomføres i praksis og samtidig være til barnets beste stiller vi oss spørrende til.

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.

Vi vil i denne sammenheng vise til vårt brev til departementet, datert 25. november 2020 hvor vi peker på følgende utfordringer ved å gjennomføre en kartlegging mens barnet fremdeles bor hjemme:

«Utfordringer i disse tilfellene kan da eksempelvis være:

- *Barna bor fortsatt i et potensielt skadelig omsorgsmiljø utsatt for omsorgssvikt og/eller mishandling*
 - *Kartleggingen vil kunne reflektere det aktuelle stresset barna er utsatt for, og det blir vanskelig å kartlegge fremtidige behov*
 - *Barna kan være utsatt for press fra foreldre om hva de kan rapportere under kartleggingen*
- *Biologiske foreldre står i et dilemma som påvirker deres evne til å medvirke til kartleggingen*
 - *Det kan skade deres ønske om å beholde omsorgen hvis de rapporterer vansker hos barnet*
- *Man mister barnets nye omsorgsgivere som en viktig informasjonskilde*

Vi er på denne bakgrunn skeptisk til at Bufdir på side 15 i rapporten (av 19. oktober 2020) oppfordrer til et «stadig motivasjonsarbeid for å få gjennomført kartleggingen», også der barnet bor hjemme frem til fylkesnemndas behandling av saken.»

En helsekartlegging vil bygge på en totalvurdering av flere forhold. Herunder tester, kliniske vurderinger, samtaler med barna, omsorgspersoner og med barneverntjenesten.

De som skal gjennomføre kartleggingen er avhengig av opplysninger fra barnets omsorgspersoner om hvordan barnet fungerer i hverdagen. Kartleggingsteamene har ingen mulighet til å observere barna over tid i hverdagen, og de er derfor avhengig av beskrivelser fra andre for å få mest mulig informasjon om barna. CARE-teamet har beskrevet informasjonen fra beredskapsforeldre og fosterforeldre som «avgjørende» ved de faglige vurderinger de foretok. I Care prosjektet var alle barn flyttet ut av hjemmet på tidspunktet for gjennomføringen av kartleggingen.

Foreldre som barnevernet mener ikke lenger 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 en omsorgsovertakelse, og vil etter vårt syn ikke være i stand til å gi en objektiv beskrivelse av barnets fungering i hverdagen. Det er som nevnte i tillegg stor risiko for at barn i disse situasjonene presses til å underrapportere om hvordan forholdene hjemme har vært og hva han/hun har opplevd.

Det er verdt å merke seg at det er ingen av de internasjonale studiene eller retningslinjene som anbefaler at barn bør kartlegges mens de fremdeles bor hjemme. Den klare anbefalingen er at kartlegging bør skje 1-2 måneder etter flytting ut av hjemmet.

Selv om departementet også trekker frem utfordringer med helsekartlegging før barnet er flyttet ut av hjemmet, mener vi at høringsnotatet i for stor grad legger opp til at dette skal være en mulighet. Vi mener det må gå klart frem av loven at helsekartlegging skal skje når barnet er flyttet ut av hjemmet.

Når kartleggingen ikke skal gjennomføres før barnet har flyttet ut av hjemmet vil det føre til at der barnet ikke er midlertidig plassert ut av hjemmet før nemndsbehandlingen, vil ikke resultatene fra kartleggingen foreligge før etter nemndsbehandling. Som vi skal komme tilbake til nedenfor mener vi departementet legger for stor vekt på behovet for å ha informasjonen fra kartleggingen ved nemndsbehandlingen, og at dette går på bekostning av hensyn til barnet og kvaliteten på kartleggingen.

I noen saker mener vi imidlertid at det bør være en åpning for å kunne gjennomføre helsekartlegging, selv om barnet fremdeles bor hjemme. Dette vil kun gjelde saker etter barnevernloven §§ 4-24 og 4-26. I disse tilfellene vil plasseringen skje med grunnlag i atferdsutfordringer hos barnet, og det vil ikke alltid være de samme utfordringene knyttet til foreldrenes omsorgsevner, slik det vil være i sakene etter barnevernloven § 4-12. Det er viktig at det i loven legges inn en forutsetning om at helsekartleggingen må anses forsvarlig og til det beste for barnet dersom den skal kunne gjennomføres før flytting ut av hjemmet i saker etter barnevernloven §§ 4-24 og 4-26.

Dersom barnet bor hjemme frem til fylkesnemndas behandling av saken, må barneverntjenesten og Bufetat ha en plikt til å sørge for at barnet får en helsekartlegging etter at fylkesnemnda har truffet en beslutning og barnet er plassert i fosterhjem/institusjon. Dette bør fremgå av loven.

7.2.2 Rapportens primærformål er ikke som bevis i fylkesnemnda/domstol

Barneombudet er enig med departementet i at helsekartlegging bør besluttet samtidig som barneverntjenesten sender begjæring til fylkesnemnda.

Som departementet selv skriver under punkt 6.2 i høringsnotatet er det primære formålet med rapporten «ikke å underbygge behovet for en omsorgsovertakelse eller plassering i institusjon». Departementet understreker også på side 37 i høringsnotatet at «kartleggingsteamene (*ikke*) skal gi konkrete anbefalinger til barneverntjenesten om valg av omsorgsbasis».¹²

Barneombudet mener at departementet i større grad burde holdt fast ved rapportens primærformål og tilpasse regelverket etter dette. Formålet bak kartlegging blir etter vårt syn uklart når departementet først skriver at rapporten ikke skal underbygge behovet for plassering eller valg av omsorgsbasis, men samtidig fremholder at kartleggingen vil kunne få betydning for hvorvidt vilkårene for omsorgsovertakelse eller atferdsplassering er til stede, og at kartleggingen kan avdekke at barnet har behov for døgntilbud i helsetjenesten, fremfor barnevernet.

Det bør komme tydelig frem at rapporten fra helsekartleggingen skal ha som primært formål å avdekke om barnet har utfordringer som krever videre oppfølging av helse- og omsorgstjenester, samt gi informasjon til barneverntjenesten og nye omsorgsgivere etter plassering om hvilke omsorgsbehov barnet har. Rapporten skal kunne peke på konkrete behov for oppfølging både når det gjelder helse- og omsorgsbehov. Rapportene skal omhandle oppfølging og anbefalinger hos førstelinjetjenester som fastlege, helsestasjon/skolehelsetjeneste, PPT og andre tiltak i skole og barnehage, også kunne gi grunnlag for nærmere utredning eller behandling i psykisk helsevern der det er behov for det.

¹² Høringsnotatet mangler ordet «ikke». Det er avklart med departementet at dette er en inkurie.

Som nevnt legger departementet etter vår oppfatning for stor vekt på at resultatene fra kartleggingen bør foreligge før fylkesnemndsbehandlingen, og at dette i for stor grad blir førende for lovforslaget.

Når det besluttes at et barn skal gjennomføre en helsekartlegging skal det allerede være truffet en avgjørelse hos barneverntjenesten om at barnet bør flyttes ut av hjemmet. Rapporten skal derfor ikke være et supplement til om vilkårene for plassering utenfor hjemmet er oppfylt. Videre vil barneverntjenesten på tidspunktet for beslutning om plassering utenfor hjemmet også ha truffet en avgjørelse om valg av plasseringssted. Dette bestemmes i stor grad ut ifra plasseringshjemmel i barnevernloven, hvor barn som plasseres etter § 4-12 i all hovedsak plasseres i fosterhjem, mens barn som plasseres etter §§ 4-24 eller 4-26 skal på institusjon. Til illustrasjon var det i CARE-prosjektet ingen rapporter som sa noe om barnet skulle i fosterhjem eller institusjon, eller om lovens vilkår var oppfylt.

Vi vil i denne sammenheng påpeke at det i dag ikke eksisterer et register eller noen database over fosterhjem som er spesielt tilpasset barn med ulike utfordringer. Det vil derfor ikke være slik at barneverntjenesten har mulighet til å «matche» barnet med et fosterhjem, basert på det som kommer frem i rapporten. Målet må være å gi alle fosterhjem god opplæring, veiledning og støtte, slik at de er rustet for oppgaven med å være fosterforeldre. For barn som skal plasseres på institusjon vil dette i stor grad bestemmes ut ifra målgruppedifferensieringen, og ikke i hovedsak ut ifra informasjon i rapporten. Rapporten skal derimot gi mer informasjon om barnet og gjøre det enklere for både fosterforeldre og institusjoner å tilpasse omsorgen etter barnas behov. Den skal også bidra til å avdekke hvilke faktorer man særlig må være oppmerksom på, innenfor de omsorgsrammene som barneverntjenesten har bestemt.

Barneombudet er enig med departementet i at kartleggingen vil kunne være et supplement i fylkesnemnda, og i noen tilfeller kunne gi et bedre og bredere bilde av barnet. Vårt hovedpoeng er at regelverket må utformes slik kartleggingen ikke blir en uforholdsmessig belastning for barnet og at kartleggingen gjennomføres på et tidspunkt som sikrer best mulig kvalitet av opplysningen som innhentes. At rapporten kan ha bevisverdi i fylkesnemnda, vil alltid være en bieffekt – ikke et hovedmål.

Vi mener det er viktig at departementet i det videre holder fast ved rapportens primære formål, og lager et regelverk til det beste for barna tilpasset dette.

8. Samtykke som hjemmelsgrunnlag

I høringsnotatet legger departementet til grunn at samtykke vil være hjemmelsgrunnlaget for gjennomføring av helsekartlegging. Barneombudet er enig i dette, men har enkelte kommentarer.

Som nevnt i punkt 5 mener Barneombudet at helsekartlegging ikke kan skje så lenge barnet bor hjemme i saker etter § 4-12. Kartleggingen må skje etter at barnet er flyttet ut fra hjemmet, enten etter at fylkesnemnda har truffet et vedtak eller ved en akutt plassering. Det vil i disse tilfellene derfor ikke bli aktuelt for foreldrene å samtykke til helsekartleggingen.

Det er imidlertid viktig at loven ikke åpner for uklarheter rundt hvem som kan samtykke til en helsekartlegging når barnet er plassert utenfor hjemmet. I saker hvor barnet er plassert utenfor

hjemmet etter §§ 4-6 annet ledd, 4-4 sjette ledd, 4-24 eller 4-26 må samtykkekompetansen ligge hos barneverntjenesten, ikke hos foreldrene. Det er viktig at dette fremgår uttrykkelig av lovbestemmelsen, slik det eksempelvis er gjort for samtykke til helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4 fjerde ledd.

Dersom det i enkelte tilfeller anses forsvarlig og til barnets beste å gjennomføre helsekartleggingen mens barnet fremdeles bor hjemme etter §§ 4-24 eller 4-26, er vi enige i at foreldrene skal samtykke til dette. Det er imidlertid viktig at barneverntjenesten og Bufetat har en plikt til å gjennomføre kartleggingen etter at barnet har flyttet ut, dersom foreldrene ikke samtykker før flytting.

Hva gjelder barns samtykkekompetanse er det viktig å være bevisst på at det for barn i alderen 15 – 18, som er i en svært vanskelig livssituasjon, vil kunne være vanskelig å se nytten av en helsekartlegging. Disse barna har ofte vært gjennom mye og for mange er det det siste de ønsker å snakke med enda flere personer. Dette kan føre til at en del ungdommer vil motsette seg en helsekartlegging, og at de av den grunn ikke vil få oppfylt de rettighetene de har etter barnekonvensjonen. Barneombudet mener det i tilfeller der ungdom ikke samtykker bør jobbes med å motivere ungdommene samt gi dem god informasjon om tilbudet. Vi mener det bør være anledning til å gjennomføre helsekartleggingen på et senere tidspunkt dersom barnet i første omgang ikke samtykker til en kartlegging, men senere ombestemmer seg.

9. Hva sier barna som har gjennomført en helsekartlegging?

9.1 Barna som deltok i CARE-prosjektet

Barnekonvensjonen artikkel 12 forplikter staten til å legge vekt på barn og unges egne meninger og synspunkter. I denne sammenheng er det barna/ungdommene som allerede har deltatt i CARE-prosjektet som best kan beskrive barn og unges synspunkter. Dette er de eneste barna i Norge som har gjennomført en lignende form for helsekartlegging. I all hovedsak viser tilbakemeldingene fra barna som har deltatt i CARE-prosjektet at de har opplevd kartleggingen som noe positivt.

Blant annet ga de tilbakemelding om at kartleggingen var en positiv opplevelse, men som også for noen kunne føles lang og tidvis litt krevende. Også de som opplevde dagen, eller deler av den, som kjedelig, fortalte om gode stunder og greit opplegg. En gjennomgående tilbakemelding var at barna opplevde at fagpersonene møtte dem med vennlighet og respekt. Flere av barna fortalte om positive erfaringer fra den delen av kartleggingen som omhandlet kognitive tester. Selv om barna fortalte at de hadde gruet seg til legeundersøkelsen, var det ingen som i etterkant hadde noen ubehagelige opplevelser knyttet til denne.

Et gjennomgangstema i intervjuene var at barna opplevde fagpersonene som trygge og respektfulle da vanskelige temaer ble tatt opp. Dette gjaldt uavhengig av om de valgte å dele tankene sine. Noe forklarte at det føltes greit, og også bra, å prate med om det som var vondt og vanskelig. Andre ga uttrykk for en ambivalens når det gjaldt å gå inn i disse temaene, og fortalte at de unngår å prate om det.

9.2 Upresise fremstillinger av barnas erfaringer i høringsnotatet

Vi finner i tillegg grunn til å peke på enkelte punkter i departementets høringsnotat angående

Karl Johans gate 7,
0154 Oslo

Postboks 8889 Youngstorget,
0028 Oslo

tilbakemelding fra barna, som vi opplever som upresise.

På side 20 i høringsnotatet skriver departementet om «De ulike aktørenes erfaringer». Her vises det for det første til at «en generell erfaring er at barna opplever at de ikke får tilstrekkelig informasjon på forhånd». Etter det Barneombudet har fått innsyn i av evalueringer og rapporter fra CARE-prosjektet, stemmer ikke dette med det inntrykket vi har fått av evalueringen. Slik dette er beskrevet hadde barna ulike antakelser og tanker rundt det som skulle skje under kartleggingen. Dette er noe annet enn at de ikke har fått nok informasjon.

Videre viser departementet til at barnas omsorgspersoner sier at barnas medvirkning får mindre god skåre, og at dette kommer fra intervjudata. Slik vi leser evalueringen av CARE, viser den langt på vei det motsatte. Det er her utelatt fra departementets side å vise til at intervjuene med omsorgspersonene viste at de kunne fortelle om at barna hadde mange positive erfaringer med kartleggingen. Av Evalueringsrapportens punkt 4.4 følger eksempelvis at omsorgspersonene opplevde at «teammedlemmene snakket slik at barna forsto dem, og lyttet til det barna hadde å si. Også omsorgspersonene selv opplevde at de fikk sagt det de ønsket å si, og at de ble lyttet til». Videre kommer det frem i punkt 5.6 at «Omsorgspersonene fortalte at det virket som om ungdommene fort følte seg trygge, til tross for det som potensielt sett kunne være en utfordrende situasjon. Fra flere av omsorgspersonenes side ble det opplevd som positivt, at det var et helt team som skulle gjøre kartleggingen. Dette kan forstås som at klinikerne raskt klarte å etablere en trygg samarbeidsrelasjon både til ungdommer og voksne»

10. Hvordan nye bestemmelser i barnevernloven kan se ut

Barneombudet mener lovens hovedregel bør være en plikt for barneverntjenesten til å be om helsekartlegging, med en snever unntaksregel. Vi er enige i at det i enkelte tilfeller kan være unødvendig å gjennomføre en helsekartlegging, for eksempel der det er helt klart at barnet kun skal plasseres ut av hjemmet for veldig kort tid. Videre mener vi Bufetat må gis en absolutt plikt til å gjennomføre kartleggingen der barneverntjenesten ber om dette.

Videre mener vi at det bør fremgå av lovbestemmelsen at kartleggingen som hovedregel skal gjennomføres etter at barnet er flyttet ut av hjemmet. Dette må alltid gjelde for saker etter barnevernloven § 4-12. For saker etter §§ 4-24 og 4-26 mener vi loven bør inneholde en snever unntaksregel som åpner for å gjennomføre kartleggingen på et tidligere tidspunkt.

En lovbestemmelse om plikt for barneverntjenesten kan etter vårt syn reguleres tilsvarende slik det er gjort i svensk lovgivning. I Sverige er det vedtatt en egen lov om helsekartlegging.¹³ Her fremgår det som et utgangspunkt at

«Regionen ska, utöver vad som följer av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och tandvårdslagen (1985:125), på initiativ av socialnämnden erbjuda en hälsoundersökning i anslutning till att vård utanför det egna hemmet av ett barn eller en ung person i åldern 18-20 år inleds. Lag (2019:975).»

¹³ https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2017209-om-halsundersokning-av-barn-och_sfs-2017-209

Loven legger derfor til grunn at helsekartlegging som et utgangspunkt skal gjennomføres for alle barn som barneverntjenesten flytter ut av hjemmet. Det er vedtatt en forskrift som nærmere regulerer hvordan helsekartleggingen faktisk skal gjennomføres.¹⁴

Unntaket for når helsekartlegging **ikke** skal gjennomføres fremgår av socialtjenstlagen, SoL. Enligt 11 kap. 3 a §.¹⁵ Her heter det at

Socialnämnden (skal), om det inte är obehövt, underrätta regionen om att ett barn eller en ung person i åldern 18–20 år ska erbjudas en hälsoundersökning i anslutning till att vård utanför det egna hemmet inleds.

Det betyr at helsekartlegging ikke skal gjennomføres dersom dette anses som unødvendig. I forarbeidene til loven uttales følgende om når en helsekartlegging kan anses unødvendig:

En hälsoundersökning kan anses obehövlig om barnet eller den unge under det senaste året har genomgått en hälsoundersökning eller om placeringen förväntas bli mycket kortvarig. En hälsoundersökning kan också anses obehövlig om barnet eller den unge har erbjudits hälsoundersökning enligt lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.

For at en helsekartlegging skal anses unødvendig med grunnlag i at barnet har fått en helsekartlegging det seneste året, må det legges til grunn at denne kartleggingen ivaretar de samme behov som en helsekartlegging ved plassering. Som nevnt i punkt 2.2.3 kan det vanskelig tenkes tilfeller i Norge hvor barn har fått en tilsvarende kartlegging tidligere. Selv om barnet har vært hos både BUP og fastlege vil denne type utredninger ikke ivareta det tverrfaglige aspektet som helsekartleggingen gir. I Norge vil derfor en slik unntaksbestemmelse stort sett kun komme til anvendelse der barn av ulike årsaker skal plasseres for korte perioder.

Barneombudet vil derfor foreslå at nye bestemmelser i barnevernloven kan se slik ut:

§ 2-3 tredje ledd ny bokstav c:

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

Ny § 4-3 a:

Dersom det er besluttet å fremme sak for fylkesnemnda etter §§ 4-12, 4-24, 4-26 eller 4-4 sjette ledd skal barnevernstjenesten be om en helsekartlegging i regi av Bufetat. Barnevernstjenesten kan unnlate å be om en helsekartlegging i tilfeller dette anses åpenbart unødvendig.

¹⁴ <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2019-9-6291.pdf>

¹⁵ https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453

I saker etter § 4-12 skal helsekartleggingen gjennomføres etter at barnet fysisk er flyttet ut av hjemmet. Det samme gjelder for saker etter §§ 4-24, 4-26, med mindre det anses forsvarlig og til det beste for barnet å gjennomføre kartleggingen på et tidligere tidspunkt.

Dersom helsekartleggingen ikke har blitt gjennomført før saken skal behandles i fylkesnemnda, plikter barneverntjenesten og Bufetat å gjennomføre helsekartleggingen etter at fylkesnemnda har truffet vedtak om plassering etter §§ 4-12, 4-24, 4-26 eller 4-4 sjette ledd.

Dersom barnet er plassert utenfor hjemmet etter barnevernloven §§ 4-6 annet ledd, 4-4 sjette ledd, 4-24 eller 4-26 kan barneverntjenesten samtykke til at barnet skal gjennomføre helsekartleggingen.

Det bør i forarbeidene komme tydelig frem at annet punktum er en snever unntaksregel, og det bør gis faglige retningslinjer/veiledere som følger opp dette. Det må i tillegg gis faglige retningslinjer eller veiledere som omtaler den snevre unntaksadgangen.

Videre bør det fremgå av forarbeider og faglige retningslinjer/veiledere at det er en snever adgang til å gjennomføre helsekartlegging før barnet er flyttet ut av hjemmet, og hvor det fremgår tydelig i hvilke tilfeller dette kan vurderes.

Med vennlig hilsen

Inga Bejer Engh
barneombud

Mathias Lia Nordmoen
seniorrådgiver

Brevet er godkjent elektronisk og har derfor ingen signatur.