

Helsedirektoratets svar på oppdrag om tverrfaglig helsekartlegging

Først publisert: 23.06.2021

Sist faglig oppdatert: 23.06.2021



Innhold

1. Oppdraget	3
2. Innledning	4
3. Anmodning om helsekartlegging	13
4. Rettsgrunnlag og tilsyn	16
5. Formål	17
6. Målgruppe	20
7. Tidspunkt	21
8. Organisering	24
9. Kartleggingsteam	28
10. Helsekartleggingen	31
11. Ressursbruk	44
12. Helsekartlegging og pakkeforløp for tidlig kartlegging og utredning av psykisk helse og rus hos barn i barnevernet	47
13. Vedlegg	52

Oppdraget

"Helsedirektoratet skal i samarbeid med BUFdir legge til rette for at nødvendig kartlegging av helsesituasjon og vurdering av fungering, i tilknytning til barn som plasseres utenfor hjemmet, kan gjennomføres som en fast rutinemessig ordning, jf. høringsnotat fra BFD. Målet er at tiltaket skal starte opp 2. halvår 2021, innenfor rammen av de midler som stilles til disposisjon.

Oppdraget innebærer:

1. Helsedirektoratet skal i samråd med BUFdir vurdere hvilke helseopplysninger som er relevante og viktige for barnevernets vurdering av barnets fungering, herunder hvilke utredninger/tester/observasjoner mv. som anbefales utført i henhold til formålet med kartleggingen. Direktoratet skal videre i samråd med BUFdir vurdere hvilken del av kartleggingen som kan utføres av ansatte i det statlige barnevernet og hvilken del av kartleggingen som forutsetter kompetanse fra spesialisthelsetjenesten. Det forutsettes vurdert hvilke medisinske spesialiteter som bør involveres og hvilken rolle kommunehelsetjenesten eventuelt bør ha.
2. Helsedirektoratet skal bidra til at kartlegging og rapportskriving kan gjøres mest mulig effektivt i forhold til kapasitet og prioriteringer i helsetjenesten. Det bes om et anslag for ressursbruk for psykiater/lege og for psykolog, f. eks regnet per barn som kartlegges.
3. Helsedirektoratet skal i samarbeide med BUFdir fremme forslag til følgeevaluering som kan igangsettes fra 2022.
4. I samråd med BUFdir skal Helsedirektoratet fremme forslag til disponeringen av 2 mill. kr. til evaluering og erfaringsspredning av arbeidsmodellen "Stillasbyggerne" på Ahus, herunder vurdere erfaringene derfra inn i oppdraget omtalt ovenfor. Jf bevilgning i statsbudsjettet for 2021, kap 765.
5. Helsedirektoratet er tildelt 5 mill. kr. over kap. 765 post 70 med formål å iverksette helsekartleggingen av barn som plasseres utenfor hjemmet. Forslag til disponering og fordeling av midlene forelegges HOD

På sikt skal det vurderes om helsekartleggingen bør inkorporeres i pakkeforløp barnevern-helse.

Det forutsettes at helseregionene involveres i arbeidet.

Frist 1. juni 2021.

Helsesatsingen i barnevernet – samhandlingsforløpet barnevern - BUP

Helsedirektoratet gis i oppdrag i samarbeid med BUFdir å gjennomgå/videreutvikle samhandlingsforløpet til å omfatte somatiske undersøkelser og behandling"

Innledning

Helsedirektoratet vil i denne rapporten besvare deloppdrag 1 og 2 om helsekartlegging.

Deloppdrag 3 og oppdraget om utvidelse av Pakkeforløp for tidlig kartlegging og utredning av psykisk helse og rus hos barn i barnevernet, vil starte opp våren 2022. Direktoratet legger til grunn at helsekartlegging omfatter psykisk helse og rus, somatisk helse, tannhelse og seksuell helse. Når det gjelder seksuell helse er det manglede forskning og kunnskapsgrunnlag for å si om en systematisk kartlegging av dette er hensiktsmessig i denne konteksten (vedlegg 1). Helsedirektoratets vurdering er at seksuell helse bør tematiseres i en helsekartlegging, men at det bør evalueres for å vurdere nytteverdi og bidra til kunnskapsutvikling.

Deloppdrag 4 leveres separat, i henhold til avtale.

Ang. deloppdrag 5 vil midlene på kr 5 mill. disponeres av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). For oppdraget om pakkeforløp, se over.

Når det gjelder punktet om at det på sikt skal vurderes om helsekartleggingen bør inkorporeres i Pakkeforløp for tidlig kartlegging og utredning av psykisk helse og rus hos barn og unge i barnevernet (heretter kalt Pakkeforløpet), omtales dette nærmere i et eget kapittel. Det vil være aktuelt når Pakkeforløpet er utvidet med somatisk helse, tannhelse og seksuell helse.

Rapporten beskriver en mulig prosess for helsekartlegging fra anmodning til endelig rapport, basert på Helsedirektoratets vurderinger og anbefalinger. Endelig løsning bør avklares lokalt, jf. anbefaling om en kombinasjon av barneavdelinger og Statens barnehus i kapittel Alternative modeller til organisering.

Grunnlag for rapporten

Helsedirektoratet har i rapporten lagt til grunn høringsnotat fra Barne- og familiedepartementet (BFD) av 22. desember 2020, og vi har sett hen til høringsinnspillene som har kommet inn, da høringsnotatet fortsatt er til behandling i departementet. Det har også vært tett dialog med HOD underveis i prosessen. Bufdir og Helsedirektoratet leverte i april 2020 en rapport: "Helsekartlegging av barn i barnevernet - Vurdering av behov for presisering og/eller endring i barnevernloven og helselovgivningen". Det er ikke vist til konkrete vurderinger og anbefalinger i rapporten fra april 2020, ettersom denne rapporten er en del av grunnlaget for høringsnotatet. Aktuelle problemstillinger er imidlertid omtalt med bakgrunn i høringsnotatet.

Bufdir har fått tilsvarende oppdrag som Helsedirektoratet. Som omtalt i kapittel om Arbeidsprosess, har Bufdir og Helsedirektoratet avklart at vi leverer separate rapporter. Direktoratene er kjent med hverandres rapportutkast og Helsedirektoratet viser til Bufdirs utkast til rapport der det er relevant.

Helsedirektoratet vil understreke utfordringer knyttet til tidspunktet for leveransen, med bakgrunn i at det parallelt pågår arbeid med å utvikle de rettslige rammene for helsekartlegging. Det er i dialog med HOD opplyst at BFD arbeider med oppfølging av høringsinnspillene og tar sikte på å legge frem en lovproposisjon om bl.a. helsekartlegging av barn i barnevernet i juni 2021. Dette fremgår også av Prop. 133 L (2020-2021) punkt 1.3 hvor helsekartlegging omtales.

Overordnet vil Helsedirektoratet påpeke betydningen av at mange forhold som kan påvirke innretning og innhold i en helsekartlegging fortsatt er uavklarte og dermed kan få implikasjoner for de anbefalingenes som gis i denne rapporten. Dette er også bakgrunnen for at vi anbefaler at departementene benytter høsten 2021 til

nødvendige avklaringer og vurdere behov for ev. justeringer i våre anbefalinger på bakgrunn av dette. Helsedirektoratet er innforstått med at Bufdir har i oppdrag å igangsette en utprøving av helsekartlegging høsten 2021. Helsedirektoratet stiller spørsmål ved tidspunktet for dette oppdraget ettersom regelverket ikke er avklart og at det dermed blir kort tid til å utarbeide en helhetlig modell for helsekartlegging - etablere systemer og rutiner, sikre god forankring og organisering og ikke minst rekruttere kvalifisert personell. Helsedirektoratet legger for øvrig til grunn at anbefalingene i denne rapporten vil være grunnlag for modellen(e) som ev. skal prøves ut fra høsten 2021.

En utvidelse av Pakkeforløpet og integrering av helsekartlegging, kan bidra til å skape gode rammer for innføring av en helsekartlegging. Dersom det ikke blir aktuelt å integrere helsekartlegging i Pakkeforløpet, kan det ev unntas eller tilpasses de som inngår i helsekartlegging.

Som påpekt i kapittel om rekruttering vurderer Helsedirektoratets at det kan bli utfordringer knyttet til rekruttering av kvalifisert personell, selv med øremerkede midler. Dersom dette blir tilfelle, og helsekartlegging innføres fra høsten 2021, kan det medføre en betydelig belastning på ulike helsetjenester, bl.a. psykisk helsevern for barn og unge. Det kan igjen få konsekvenser for andre sårbare grupper. For å sikre et forsvarlig og godt tilbud om helsekartlegging, bør det også tilrettelegges for god opplæring av kartleggingsteamene før tilbudet etableres.

Helsedirektoratet vil også minne om at helsetjenesten fortsatt er i en situasjon hvor de skal håndtere en pandemi. Hele helsetjenesten er påvirket av dette, og det stilles spørsmål ved tidspunktet for innføring, og også en utprøving.

Anbefaling om helsekartlegging på et tidligere tidspunkt

Rapporten legger til grunn at oppdraget om helsekartlegging omfatter barn som plasseres utenfor hjemmet, jf. høringsnotatet. Helsedirektoratet anbefaler imidlertid at helsekartleggingen på sikt legges til et tidligere tidspunkt i barnevernsforløpet og dermed vil omfatte en større målgruppe. Rapportens faglige vurderinger og anbefalinger om organisering, innhold og innretning av helsekartleggingen vil imidlertid i all hovedsak gjelde, uavhengig av målgruppe.

Bakgrunnen for en anbefaling om utvidelse av målgruppen på sikt, er at barn i barnevernet har flere helseutfordringer enn andre barn og at en kartlegging av helsetilstand tidlig i et barnevernsforløp kan bidra til å unngå at barn lever med ubehandlede helsemessige utfordringer, samt at det kan være viktig informasjon mht. innretning og iverksettelse av tiltak og oppfølging.

Rapporten tar utgangspunkt i målgruppen beskrevet i høringsnotatet. Drøfting av en mulig utvidelse av målgruppen og ev implikasjoner omtales i kapittelet om Helsekartlegging som del av Pakkeforløp for tidlig kartlegging og utredning av psykisk helse og rus hos barn i barnevernet.

Anbefalingene i rapporten kan få implikasjoner for anbefalingene som ligger i Pakkeforløpet p.t.

Helsedirektoratet anbefaler at helsekartlegging på sikt integreres i Pakkeforløpet, når dette er utvidet til å omfatte somatisk helse, tannhelse og seksuell helse. Kunnskapsoppsummeringen fra NKVTS viser at somatisk helse og tannhelse bør inngå da barn og unge utsatt for vold og overgrep har mer helseplager enn andre barn (vedlegg 1). Anbefalingene i Pakkeforløpet er p.t. at barneverntjenesten bør vurdere behov for kartlegging av psykisk helse og rus for alle barn hvor det åpnes undersøkelsessak. En helsekartlegging kan først bli aktuell på et senere tidspunkt, men vurderingen bør gjøres så tidlig som mulig i barnevernsforløpet og ev gjentas.

Arbeidsprosess

Rapporten er utarbeidet av Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet har fått innspill fra en arbeidsgruppe bestående av representanter fra regionale helseforetak (RHF-ene), Bufetat, brukerorganisasjoner, Legeforeningen, Landsgruppen for helsesykepleiere og ulike kompetansemiljø. De ulike representantene har lang og bred erfaring fra somatisk spesialisthelsetjeneste, allmennhelsetjeneste (fastlege), tannhelsetjeneste, helsestasjons- og skolehelsetjeneste, psykisk helsevern for barn og unge og voksne, samt barnevern.

Videre er det en referansegruppe med representanter fra ulike tjenester og organisasjoner med supplerende kompetanse, samt ulike kunnskapsmiljø.

Helsedirektoratet har hatt regelmessige samarbeidsmøter med Bufdir hvor oppdraget har vært drøftet. Bufdir er forespurt om deltakelse i arbeids- og referansegruppe og har utnevnt representanter fra Bufetat til å delta i arbeidsgruppen. Disse har også deltatt i tilsvarende arbeidsgruppe nedsatt av Bufdir. Grunnet bl.a. kort frist har direktoratene i dialog med sine respektive departementer avklart å utarbeide og levere hver sine rapporter. Direktoratene har imidlertid vært orientert om hverandres leveranser underveis.

NKVTS har bistått med en kunnskapsoppsummering om effekter av helsetjenester til barn i barnevernet.

FHI har bistått med en gjennomgang og vurdering, samt innspill knyttet til kunnskapsoppsummering fra NKVTS, modeller fra andre land og CARE-modellen. Videre har de gitt generelle innspill til rapporten.

RBUP har bistått med metodevurdering og anbefalinger knyttet til kartlegging av sped- og småbarn.

For fullstendig oversikt over arbeids- og referansegruppe, se vedlegg 2.

Statens ansvar for å tilby helsekartlegging

Helsedirektoratet slutter seg til høringsnotatets vurdering om at staten har et særlig ansvar for barn når den overtar omsorgen. Vi støtter derfor at det innføres en helsekartlegging for barn som plasseres utenfor hjemmet, samt at det må sikres at helsekartlegging blir et likeverdig tilbud for denne gruppen.

Helsedirektoratet har fått opplyst at Bufdir vurderer at tverrfaglig helsekartlegging gjennomføres fordi barnet tilhører en indikert målgruppe, men uavhengig av indikasjon hos det enkelte barn. Vi slutter oss til denne vurderingen.

Vi vil komme tilbake til erfaringer med helsekartlegging fra andre land, men fremhever det Norsk Tourettes forening skrev i sitt høringsinnspill;

"I Sverige ble det i 2017 vedtatt å innføre en ny lov som pålegger sosialstyrelsen (barneverntjenesten) å melde behov for helseundersøkelse til helsemyndighetene ved plassering utenfor hjemmet. Helsemyndighetene har tilsvarende plikt til å tilby en særlig helseundersøkelse til barn og unge som blir tatt under offentlig omsorg. Det er ikke grunnlag for at Norge skal ha et svakere lovverk".

Hvordan helsekartlegging bør lovfestes for både barneverntjeneste og Bufetat og ev. helsetjenesten må vurderes nærmere, jf. Helsedirektoratets anbefalinger i kapittel om Anmodning om helsekartlegging. Lovproposisjonen som det er varslet at BFD vil fremme i juni 2021 omhandler bl.a. lovfesting av helsekartlegging.

Å avklare helsetilstand og avdekke behov for helsehjelp bør som utgangspunktet sikres for alle barn i barnevernet.

Kunnskapsgrunnlaget for helsekartlegging

Barn i barnevernet har en høyere forekomst av helseutfordringer og særlig barn som er plassert utenfor hjemmet. Adverse Childhood Experiences ([ACE-studien](#)) viser en klar sammenheng mellom (ACEs - uønskede barndomsopplevelser) belastninger i barndommen og negative utfall senere i livet. Jo flere belastninger i barndommen, jo flere negative utfall innenfor helse og livskvalitet senere i livet.

NKVTS har på oppdrag fra Helsedirektoratet gjort en kort kunnskapsoppsummering (vedlegg 1).

Rapporten består av tre deler:

1. Helsekonsekvenser av vold, overgrep og omsorgssvikt mot barn på kort og lang sikt.
2. Helseeffekter av medisinske undersøkelser for barn, på kort og lang sikt, ved mistanke om vold, overgrep og omsorgssvikt.
3. Hvilken nytte har barnevernet av at barn i barnevernet er til medisinsk undersøkelse/utredning (Hvordan medisinsk kunnskap om barnet hjelper barnevernet i deres vurderinger, tiltak og oppfølging).

1. Helsekonsekvenser av vold, overgrep og omsorgssvikt

Her finnes et omfattende kunnskapsgrunnlag. NKVTS har summert det opp i følgende hovedpunkter:

- Kunnskapsgrunnlaget viser at vold, overgrep og omsorgssvikt i barndommen øker risikoen for somatiske og psykiske helseplager, både på kort og lang sikt.
- Det å være utsatt for flere former for barnemishandling vil øke risikoen ytterligere for psykiske og fysiske helseplager senere i livet.
- Kunnskapsgrunnlaget er sterkest for angst og depresjonstilstander, som også står for den største psykiske sykdomsbyrden verden over.
- Fysisk og seksuell vold ser ut til å kunne gi utslag i mer konkrete fysiske tilstander (for eksempel smertetilstander og underlivsplager), mens psykisk vold er forbundet med et bredt spekter av psykiske lidelser.
- Alvorlig omsorgssvikt i institusjon var forbundet med en rekke vansker senere, som for eksempel fysisk utvikling, kognitiv utvikling, tilknytning og psykiske helseplager. Varigheten og alvorligheten av omsorgssvikten påvirket hvor alvorlige de negative konsekvensene ble.
- For mange utsatte er oppvekstsituasjonene sammensatt med mange risikofaktorer til stede i tillegg til vold, noe som gjør det vanskelig å skille ut den rene effekten av vold. Det som er viktig er uansett at disse barna har langt dårligere utsikter til et friskt og godt liv enn barn som ikke lever i denne.

Studier av seksuell helse viser at seksuelle overgrep i barndommen er relatert til seksuell risikoatferd i ungdomsalder eller voksen alder. Seksuell risikoatferd beskrevet i disse studiene inkluderer lav debutalder, høyere antall partnere, kombinasjon av rus og sex, manglende prevensjonsbruk, sex for betaling og kombinasjonen rus og sex.

2. Helseeffekter av medisinske undersøkelser

Det finnes ikke studier som har fulgt opp barn over lang tid eller som har sammenlignet grupper av barn som har blitt undersøkt, med barn som ikke er blitt undersøkt. Studiene som er gjort viser imidlertid entydig at en stor andel av de undersøkte barna har uoppdagede helseproblemer og dårlig tannhelse. Det er vanskelig å se for seg at det *ikke* skulle være nyttig for barna å få disse problemene kartlagt og fulgt opp. Den norske CARE-studien fant også at en stor del av barna hadde uoppdagede helseproblemer. Det samme er funnet i

kvalitetsregisteret i sosialpediatri på St. Olavs hospital. Blant pasientene på St. Olav var mange av helseproblemene ikke relatert til forholdet som lå til grunn for undersøkelsen.

3. Nytte av medisinske undersøkelser for barnevernet

Studiene som ble identifisert som relevante var svært få. De få studiene som ble identifisert viste imidlertid at det er en sammenheng mellom medisinske undersøkelser og utfall i saken, og at anbefalinger knyttet til medisinske forhold ved barnet i stor grad ble fulgt opp av barnevernstjenesten etter en tverrfaglig helseundersøkelse. Videre viste den norske CARE-studien at rapporter fra den tverrfaglige helseundersøkelsen ble aktivt brukt i beslutningstaking i barnevernet, og viste seg særlig relevante når saken ble lagt frem for fylkesnemnda eller retten. Samtidig viste alle de aktuelle studiene at det er noen praktiske forhold som står i veien for at samarbeidet mellom helsetjenesten og barnevernet skal være smidig og for mest effektiv bruk av helseundersøkelsen. Portvoktere i barnevernet, barnevernets vurderinger for behov for helsekartlegginger og hvordan rapporter skrives og hvem som er ansvarlig for oppfølging, er alle vesentlige punkter som potensielt fremmer eller hindrer effektiv bruk av helseundersøkelser i barnevernets arbeid. Det er mangel på systematisk forskning på modeller for helseundersøkelser, og dermed er det også vanskelig å konkludere med hvilken modell som best vil kunne ivareta de identifiserte barrierene for god samhandling og skape best mulige forutsetninger for at medisinske undersøkelser skal oppleves som nyttig i barnevernets beslutningsarbeid.

Modeller for helsekartlegging i andre land

I høringsnotatet fremkommer det at: "Ifølge en systematisk oversikt fra 2012, er kunnskapsgrunnlaget for effektive tiltak for forbedret helse og tilgang til helsetjenester for barn og unge som plasseres utenfor hjemmet, på et tidlig stadium".

"I en ny systematisk oversikt (Mensah et al., 2020) påpekes nødvendigheten av å øke kunnskapsgrunnlaget rundt effekter av organisatoriske modeller for helsefremmende tjenester til barn og unge som plasseres utenfor hjemmet. I gjennomgangen blir det ikke funnet et godt nok grunnlag for å kunne si noe om hva som er gode modeller å anbefale, og dermed anbefales det at når modeller implementeres må disse evalueres og slik bidra til et større kunnskapsgrunnlag på feltet. I en publikasjon tilknyttet CARE-prosjektet, peker forskerne på nødvendigheten av videre forskning for å få mer kunnskap om hvordan best kombinere instrumenter for kartlegging og screening av barn og unge som plasseres utenfor hjemmet. CARE-studien fremheves som særlig sentral ved at den vil tilby unik kunnskap om behov for helsehjelp og utvikling for barn og unge med høy risiko for problemutvikling".

I Europa er ulike systemer for helsekartlegging beskrevet i rapporten "[Health care in Europe for children in societal out-of-home care](#)". Rapporten er basert på en spørreundersøkelse gjennom det EU-finansierte prosjektet Models of Child Health Appraised (MOCHA). Kartleggingen omfattet 24 europeiske land.

Modeller i Europa

Flere europeiske land har pålegg om helsekartlegging av barn som myndighetene overtar omsorgen for. Disse landene har retningslinjer for hva helsekartleggingen skal inneholde, men det er liten grad av standardisering.

De viktigste funnene fra kartleggingen:

- Somatisk helse: Kartlegging er pålagt eller anbefalt i 12 land. Av disse har 5 land standardiserte prosedyrer.
- Tannhelse: Kartlegging er pålagt i ett land (England).
- Psykisk helse: Screening for psykiske vansker er pålagt i ett land (England). Ingen land har pålegg om kartlegging av vold og overgrep, kriminalitet eller seksuell helse.

- Vaksinasjoner: Kun ett land (England) gir eksplisitt anbefaling om å kartlegge vaksinasjonsstatus.
- Forebyggende helsetjeneste: Ett land (Irland) har obligatorisk veiledning av fosterforeldre.

England: The Systematic Comprehensive Approach

I Europa er det England som har de mest spesifikke retningslinjene og det høyeste ambisjonsnivået. Ansvar for helsekartleggingen ligger på nasjonalt nivå og utføres av egne leger og sykepleiere med spesialkompetanse. Retningslinjene anbefaler bruk av spørreskjemaet Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) som screening for psykiske vansker. Det gis ikke konkrete anbefalinger om andre instrumenter, men det er definert fem kvalitetsindikatorer for helsekartleggingen:

- Andel med utført somatisk helsekontroll
- Andel med utført tannlegeundersøkelse
- Andel med komplette vaksinasjoner
- Andel screenet for utviklingsproblemer
- Andel screenet for psykiske vansker (SDQ)

The Systematic Comprehensive Approach inkluderer også videre oppfølging av barn og ungdommer som gjennomgår helsekartlegging.

Danmark: Mariagerfjord – lokal modell

Mariagerfjord-modellen består av kontroller som utføres av helsesykepleiere, som samarbeider med barneleger. Ut fra beskrivelsen fremstår modellen som utilstrekkelig i forhold til ambisjonsnivået som er satt for den nye norske modellen.

Sverige: Uppsala län

Uppsala Län har utviklet en egen modell som består av somatisk legeundersøkelse og innhenting av informasjon fra tannlege. Det gjøres tannlegeundersøkelse hvis det er gått mer enn et år siden forrige undersøkelse. Klinikken står i kontakt med barne- og ungdomspsykiatrisk kompetanse som kan kalles inn ved behov. Undersøkelsen inkluderer ikke systematisk kartlegging av psykisk helse. Det gjøres heller ikke kartlegging av evnenivå, daglig fungering, traumer eller tilknytning.

USA: The Medical Home for Children in Foster Care

I USA foregår helsekartlegging etter retningslinjer fra American Academy of Pediatrics. Disse ble laget i 1988 og er fortsatt i bruk. Kartleggingen består av to deler, en «initial health screening visit» som skal utføres innen 72 timer etter omsorgsovertagelse og en «comprehensive health assessment» som skal utføres innen 30 dager.

«Comprehensive health assessment» består av følgende:

- Somatisk sykehistorie og legeundersøkelse
- Screening for mishandling og omsorgssvikt
- Screening for utviklingsproblemer
- Psykiatrisk screening
- Kartlegging av traumer
- Kartlegging av skoleprestasjoner
- Kartlegging av tannhelse
- Kartlegging av vaksinasjonsstatus
- Undersøkelse av syn og hørsel

Det finnes ikke noen standardisert protokoll for kartleggingen, og det anbefales ikke spesifikke undersøkelsesinstrumenter.

Læring for Norge fra utenlandske modeller

Det er solid evidens fra mange land for at barn under myndighetenes omsorg har høy forekomst av helseproblemer og stort behov for helsekartlegging. Det finnes imidlertid ikke standardiserte modeller, og det er i liten grad gjort systematiske evalueringer. Når en konkret modell for helsekartlegging skal utformes i Norge, er det begrenset med kunnskap å bygge på fra utlandet.

Premisser for helsekartlegging

Informasjon og medvirkning

Målet med en helsekartlegging må være barnets beste. Helsekartlegging må derfor gjøres oversiktlig, tydelig og forståelig for barn og foreldre/omsorgspersoner, og barnet må oppleve å få medvirke. Kartlegging og oppfølging bør skje i et nært og tillitsbasert samarbeid med barnet og omsorgsgiver.

Det bør utarbeides standardisert skriftlig informasjon til barn og foreldre/omsorgspersoner om hva en helsekartlegging innebærer, hva den kan si noe om (og begrensninger), hva den skal brukes til, samt skjema for informert samtykke. Videre må det sikres at denne informasjonen meddeles barn og unge på en slik måte at barnet forstår intensjonen med kartleggingen og hvordan den skal gjennomføres og benyttes.

For å unngå tillitsbrudd, må det sikres at informasjonen ikke benyttes utover det barnet og foreldre/omsorgspersoner har fått informasjon om. Der barn og/eller foreldre/omsorgspersoner ikke samtykker til helsekartlegging, må det jobbes med å motivere dem, samtidig som barneverntjenesten må vurdere hvordan barnets mulige helseutfordringer best kan ivaretas.

Tverrfaglig helsekartlegging

I utkastet sitt til rapport fremholder Bufdir at formålet med kartleggingen er en helsestatus ved plasseringstidspunkt og tilstrekkelig informasjon til å avdekke eventuelle behov for tiltak. I motsetning til en ren helsefaglig kartlegging, med mål om å kartlegge behov for utredning, diagnose og helsehjelp, skal en tverrfaglig tilnærming samtidig sikre en vurdering av helse og utvikling også fra et sosial, oppvekst og miljøperspektiv. De påpeker at sentrale elementer, som barnets adferd eller reaksjoner er fenomener hvor *perspektivet i seg selv*, er avgjørende for om det dreier seg om en helse eller barnevernfaglig vurdering.

Helsedirektoratets vurdering er at tverrfaglighet i helsekartlegging kan forstås på ulike måter, men understreker betydningen av helsefaglig kompetanse. Gitt disse barnas økte risiko for særlige helseutfordringer, anbefaler Helsedirektoratet at barnets helhetlige helsetilstand vurderes, herunder psykisk helse og rus, somatisk helse, tannhelse og seksuell helse. Deretter blir det viktig å benytte barnevernfaglig kompetanse til å gjøre disse helseopplysningene nyttige for både barneverntjeneste og andre.

Oppfølging av helsekartlegging

Mange av barna i målgruppen har allerede mistet tillit til hjelpeapparatet etter ulike utredninger som ikke har resultert i endring. En helsekartlegging og ev videre helsehjelp må derfor innebære konkrete tiltak, som oppleves nyttige for barnet og foreldre/omsorgspersoner. Som en følge av dette, er Helsedirektoratets vurdering at en helsekartlegging bør medføre en forpliktelse for barneverntjenesten til å følge opp anbefalingene som gis etter en helsekartlegging. Videre må det legges til rette for at foreldre/omsorgspersoner/institusjon og ev andre relevante aktører/tjenester får tilgang til nødvendige resultater av kartleggingen, slik at de er best mulig rustet til å ivareta omsorgen for barnet og ev oppfølgingsbehov.

Tilrettelegging og oppfølging av anbefalinger påpekes også i Autismeforeningen sitt høringsinnspill:

"Barn flyttes i dag på feil grunnlag; av mangel på tilrettelegging/tjenester som ender i omsorgsoverdragelse. Barn skal ikke flyttes pga. mangel på kommunale tjenester og før tiltak er igangsatt".

Uavhengig av om barnet bor hjemme eller ikke, bør barneverntjenesten ha ansvar for å legge til rette for at barnet møter til konsultasjoner i helsetjenesten for å sikre nødvendig utredning og/eller behandling. Dette ansvaret vil naturligvis delegeres til foreldre/omsorgspersoner, fosterhjem eller institusjon som utøver den daglige omsorgen, avhengig av hvor barnet bor. Men det overordnede ansvaret bør tillegges barneverntjenesten. For barn over 16 år og som er helserettslig myndige, kan det være en utfordring dersom de ikke ønsker helsehjelp. Det er likevel viktig å jobbe med å motivere og tilrettelegge for både helsekartlegging og videre helsehjelp som gjør det mulig for barnet å ta imot hjelp.

Helsedirektoratet anbefaler at det inngås samarbeidsavtaler mellom de aktuelle tjenestene om å følge opp anbefalinger fra helsekartleggingen. Dette innebærer at helsepersonell som bistår i kartleggingen forpliktes til å henvise videre dersom de vurderer at det er behov for helsehjelp (vedlegg 1). Det kan være til fastlege og/eller tannhelsetjeneste eller til spesialisthelsetjeneste.

Når det gjelder videre oppfølging, må det tilrettelegges for strukturer som sikrer barnet kontinuitet i helsehjelpen og at anbefalinger fra helsekartleggingen følges opp. Det bør derfor også avklares, ev i samarbeid med barnet, hvorvidt det er hensiktsmessig at barnet ev bytter til fastlege som er geografisk nærmere der barnet befinner seg.

Når det gjelder plasseringer som fører til brudd i fosterhjem, bør dette også ses i sammenheng med rekruttering og oppfølging av fosterhjemmene. Kartleggingsteamene vil etter hvert opparbeide seg erfaring med og få god kompetanse i hvordan informasjon om barnets helsetilstand kan bidra til bedre hjelp til barnet og familien. På sikt bør det vurderes om denne kompetansen kan benyttes også ved rekruttering av fosterhjem og i bistand til veiledning og oppfølging av fosterhjem.

Mulige utfordringer

Helsedirektoratet vil også påpeke mulige risiko ved å innføre rutinemessig helsekartlegging. En risiko kan være at helsemessige årsaksforklaringer vender søkelyset bort fra barnets reaksjoner og kompenserende tilpasning til mulige utviklingshemmende omsorgsbetingelser. Og at synlige helseproblemer hos barnet får oppmerksomhet på bekostning av andre faktorer som kan true barnets utvikling og helse. Helsedirektoratets vurdering er at det er en mulig risiko for at helsekartlegging kan bidra til fokus på sykdom og symptomer, heller enn et friskhetsfokus. Ev symptomer kan være en normalreaksjon på en unormal situasjon. Videre er det en fare for at reaksjoner på omsorgssvikt tolkes som uttrykk for atferdsproblemer. Dette påpekes også i flere høringsinnspill, bl.a. Bufetat Øst som vektlegger betydningen av en multisystemisk (helhetlig undersøkelse som omfatter hele barnets livssituasjon, herunder barnet selv, familien, nærmiljø og skolesituasjon, samt venner og fritid) og Forandringsfabrikken som påpeker at for stort fokus på psykisk helse kan bidra til en sykeliggjøring av barnet. Dette understreker betydningen av høy kompetanse. Helsedirektoratet anbefaler derfor at kartleggingsteamet sikres høy kompetanse i differensialdiagnostikk knyttet til sykdom og traumebaserte symptomuttrykk.

Det vil likevel være slik at noen barn og/eller foreldre/omsorgspersoner eller barneverntjenester kan være uenige i vurderinger og anbefalinger etter en helsekartlegging. Det legges til grunn at kartleggingsteamet gjennomgår rapporten med barn og foreldre/omsorgspersoner/institusjon og barneverntjeneste i tilbakemeldingsmøter. Dersom det oppstår uenighet om resultat av kartleggingen og/eller anbefalingene, kan barnet og foreldre/omsorgspersoner eller barneverntjenesten be om at deres vurderinger eller kommentarer, legges inn i rapporten. Slik vil barnets og foreldre/omsorgspersoners tilbakemeldinger foreligge, dersom rapporten benyttes på et senere tidspunkt.

En «second opinion» vil være ressurskrevende og bør være unntaket. I særlig krevende saker med stor uenighet, kan det være grunnlag for å vurdere sakkyndig utredning.

Helsedirektoratets vurdering er at innføring av en helsekartlegging fordrer oppbygging av kompetanse til å ivareta de behovene disse barna har både i barneverntjeneste, Bufetat, fosterhjem og institusjoner. En helsekartlegging må innrettes slik at den sikrer kunnskap om barnets helse som fører til konkrete tiltak og dermed oppleves meningsfull. Det fremgår ikke av høringsnotatet hvilke konkrete tiltak som følger av innføring av helsekartlegging mht. utfordringer knyttet til å rekruttere tilstrekkelig med fosterhjem og institusjoner med tilstrekkelig kompetanse. Flere høringsinstanser påpeker også utfordringer med mangel på egnede tiltak og valgmuligheter. Og behovet for å videreutvikle tilstrekkelig spesialisert og differensiert kompetanse og tjenestetilbud innen barnevernet, slik at barn og unge kan få de tiltak og tjenester som ivaretar behovene helsekartleggingen avdekker. Dette henger sammen med de forpliktelser ulike sektorer må ha til oppfølging av anbefalinger fra en helsekartlegging. Det kan også omfatte nødvendig oppfølging og veiledning til fosterhjem og institusjoner for å redusere utilsiktede flyttinger.

Helsetilsynet understreker også dette i sitt høringsinnspill; innføring av en helsekartlegging kan ha negative konsekvenser dersom det avdekkes behov som i liten grad kan avhjelpes av helsetjenestene, men medfører større utfordringer med å finne rett tiltak og fosterhjem. De sier videre:

- Helsetjenesten har en etisk forpliktelse til å tilby riktig behandling i helsetjenesten når det avdekkes og identifiseres helsemessige behov hos barn.
- Bufetat har en forpliktelse til å overholde bistandsplikten og finne et omsorgstilbud som ivaretar barnets behov.

Dersom helsekartleggingen ikke avdekker behov for videre helsehjelp, bør ev senere indikasjon følges opp via ordinære tjenester.

Oppgaver som i rapporten tillegges psykologspesialister kan i noen grad ivaretas av barne- og ungdomspsykiatere. Pga. særlige utfordringer med tilgang på barne- og ungdomspsykiatere benyttes i hovedsak psykologspesialist i rapporten. Det er også begrenset tilgang til barneleger med sosialpediatrisk kompetanse. Her vil det være behov for å satse på økt rekruttering og opplæring. Mulige utfordringer med å rekruttere kvalifisert personell blir nærmere omtalt i kapittel om Ressursbruk.

Anmodning om helsekartlegging

I høringsnotatet fremkommer det at " Statlig bistandsplikt vil innebære at det er kommunen alene som avgjør hvilke barn innenfor målgruppen som skal kartlegges, og dermed også hvor stort omfanget av det statlige tilbudet skal være. En statlig bistandsplikt for kartlegging vil kunne føre til et uklart ansvarsforhold, med risiko for at Bufetat oppfattes å overta kommunens ansvar for undersøkelser av barn i målgruppen".

I høringsinnspillet fra Helsedirektoratet konkluderte vi ikke mht. om barneverntjenesten bør ha plikt til å vurdere eller plikt til å tilby helsekartlegging. Høringsnotatet legger til grunn en plikt til å vurdere. Helsedirektoratet har i arbeidet med oppdraget vurdert spørsmålet nærmere og konkludert med at barneverntjenesten bør ha en plikt til å tilby helsekartlegging, for å sikre et likeverdig tilbud om at barns helseutfordringer og funksjonsvansker blir fanget opp. Samt å sikre at det ikke er økonomiske vurderinger som blir førende for hvem som innvilges helsekartlegging fra Bufetat.

Dette er også i samsvar med Barneombudets høringsinnspill, hvor det påpekes at varierende kompetanse i barneverntjenesten, samt liten sannsynlighet for å bruke tid og ressurser på dette etter Barneverns- og helsenemnda, tilsier at helsekartleggingen bør gjøres rutinemessig for alle barna i målgruppen. Barneombudet sier videre at bakgrunnen for å innføre helsekartlegging er å sikre barnevernet mer kunnskap for bedre tiltak.

Dersom verken barneverntjenesten eller Bufetat har en plikt til å tilby og gjennomføre en tverrfaglig helsekartlegging, kan dette medføre at aktuelle barn i målgruppen ikke får nødvendig helsekartlegging. Helsedirektoratets vurdering er derfor at alle barn som plasseres utenfor hjemmet bør tilbys helsekartlegging. Men det kan variere hvor omfattende en helsekartlegging skal være, f.eks. der barnet allerede har et tilbud/følges opp av spesialisthelsetjenesten, jf. forløpsmodeller i kapittel om Helsekartlegging. For barn som allerede følges opp av helsetjenesten, må helsekartleggingen tilpasses og avklares med oppfølgende helsetjenester.

Barneverntjenestens ansvar

Høringsnotatet legger til grunn at barneverntjenesten vurderer behovet for en helsekartlegging og anmoder Bufetat om en slik kartlegging. Helsedirektoratet ser at en rekke høringsinstanser stiller spørsmål ved om dette er en hensiktsmessig modell.

Barneverntjenesten er nærmest barnet og familien. Dersom de skal ha plikt til å vurdere behovet for og ev anmode om en helsekartlegging, er Helsedirektoratets vurdering at barneverntjenesten bør sikres kompetansehevende tiltak som gir dem opplæring i hva de bør være oppmerksomme på, og dermed bidra til å sikre målgruppen et likeverdig tilbud. Dette er i samsvar med Stillasbyggerne sitt innspill om helseansvarlige, jf. kapittelet Helsekartlegging og sammenheng med Pakkeforløpet.

Tiltak som kompetanseheving, etablering av helseansvarlig eller rutiner hvor helsetjenesten bistår barneverntjenesten med vurderinger av helseopplysninger, kan tilsi at det er tilstrekkelig at barneverntjenesten har plikt til å vurdere behov for helsekartlegging og at vurderingen dokumenteres.

Gitt de helseutfordringene disse barna har, er imidlertid Helsedirektoratets vurdering at det er en risiko for at målgruppens helseutfordringer ikke blir tilstrekkelig ivarettatt, jf. vår vurdering av Stillasbyggernes forslag. Helsedirektoratet anbefaler derfor at barneverntjenesten får en plikt til å tilby helsekartlegging til barn som plasseres utenfor hjemmet.

Bufetats ansvar

Helsedirektoratets vurdering er at Bufetat ikke bør ha anledning til å overprøve barneverntjenestens vurdering. Bufetat bør ha en bistandsplikt og legge til rette for å bistå i barneverntjenestens anmodninger.

Slik kan utfordringer knyttet til at økonomiske vurderinger legges til grunn fremfor forsvarlighet og barnets beste unngås.

Helsetjenestens ansvar

Ved anmodning om helsekartlegging, er Helsedirektoratets anbefaling at helsetjenesten på tilsvarende måte som Bufetat bør ha en plikt til å bistå med gjennomføring av helsekartlegging.

Det er særlig behov for å avklare spesialisthelsetjenestens rolle og ansvar for å sikre tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å bistå med gjennomføring av helsekartlegginger. Det er i høringsnotatet forutsatt at spesialisthelsetjenesten skal forpliktes gjennom helseforetakenes styringslinje. Helsedirektoratet mener det kan være grunn til at oppgaven bør fastsettes ved regelendring, slik at ansvaret og forpliktelsen blir tydelig forankret. Det forutsettes at dette vurderes i forbindelse med aktuelt arbeid i BFD med lovproposisjon.

Sakkyndig oppdrag?

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

Helsedirektoratets vurdering er at det fortsatt er behov for en avklaring av hva som skal være formålet med undersøkelsen i helsekartleggingen og helsepersonells rolle, sett i forhold til å yte helsehjelp og utføre et sakkyndig oppdrag. Det er viktig at dette klargjøres. Det vises i denne sammenheng til [Faglige råd om medisinske undersøkelser i Statens barnehus](#), hvor forholdet mellom helsehjelp og sakkyndig oppdrag er beskrevet.

Dersom helsekartlegging defineres som sakkyndig oppdrag, må den også ha et formål om helsehjelp for å sikre god oppfølging og formidling av nødvendig og relevant informasjon til helse- og tannhelsetjenesten. Det er også viktig at forhold knyttet til bruk av journalsystemer tilpasses formålet, slik at en ikke risikerer at en ev sakkyndig helsekartlegging skrives i ett system, og henvisninger og helsehjelp i et annet.

Dette samsvarer med flere høringsinnspill, bl.a. fra Helse Bergen, som etterlyser avklaring av utfordringer med systemer for journalføring og hvordan helseopplysninger skal deles videre i helsetjenesten, dersom kartleggingsteamene kun skal gjøre et sakkyndig arbeid.

Som det fremgår av kapittel om premisser for helsekartlegging, er det helsetiske dilemma ved å avdekke helsebehov, men ikke yte helsehjelp. Det vises i denne forbindelse til «[Faglige råd om medisinske](#)

[undersøkelser ved Statens barnehus](#)», der det understrekes at helseundersøkelse ved barnehuset er å anse som spesialisthelsetjenester og dermed reguleres av Helsepersonelloven: «Alle medisinske undersøkelser som gjennomføres av helsepersonell fra helseforetaket ved Statens barnehus har et helsemessig formål, og anses som helsehjelp, jf. Helsepersonelloven § 3», og videre «Ved avsluttet medisinsk undersøkelse, bør det gjøres en vurdering av hvilket behov det enkelte barn har for videre helsehjelp. Helsepersonellet (...) bør sørge for at barnet, ved behov, henvises til relevante helsetjenester for oppfølging».

I «[Faglige råd om medisinske undersøkelser ved Statens barnehus](#)» omtales også innsynsbestemmelser, skjerming av journal mv. Helsedirektoratet mener det kan være grunn til å se hen til dette også for helsekartleggingen, da det er likhetstrekk.

Helsedirektoratet ser også at helsekartlegging som sakkyndig oppdrag vurderes opp mot *fagkyndige oppdrag*. Sistnevnte er bl.a. oppdrag på foreldre-barn-institusjoner som er en del av hjelpetiltak/kompenserende hjelpetiltak i barneverntjenestens undersøkelsessaker. Disse oppdragene kan bestå av en utredning av barnets helse og fungering, på mandat fra barneverntjenesten. Fagkyndige forstås her som en fagperson som har innsikt i et bestemt fagområde. Rapporter fra disse oppdragene fremlegges *ikke* for Barnesakkyndig kommisjon. Se også kapittel om Sakkyndig rapport for nærmere vurdering av Barnesakkyndig kommisjons mulige rolle.

Det er også viktig å avklare hvorvidt en helsekartlegging er å betrakte som et sakkyndighetsoppdrag med tanke på hvilke implikasjoner dette ev kan ha dersom helsekartleggingen legges tidligere i barnevernsforløpet og en omsorgsovertakelse kanskje ikke er aktualisert, jf. kapittelet om Helsekartlegging og sammenheng med Pakkeforløp for tidlig kartlegging og utredning av psykisk helse og rus hos barn og unge i barnevernet.

Helsedirektoratets anbefaling er at det på sikt bør vurderes hvordan helsekartlegging og sakkyndig utredning i større grad kan ses i sammenheng. En helsekartlegging kan ikke erstatte en sakkyndig utredning. Men det er et spørsmål om helsekartlegging bør være en del av en sakkyndig utredning, herunder en vurdering av hvordan den samlede informasjonen om barnets situasjon kan ses i sammenheng før det tas beslutning om å fremme sak for Barneverns- og helsenemnda.

Rettsgrunnlag og tilsyn

I høringsnotatet fremkommer det at "Departementet foreslår en klar hjemmel for helsekartlegging. Videre skal kartlegging være samtykkebasert og er nødvendig for å kunne gi barn riktig hjelp, omsorg og beskyttelse, jf. blant annet FNs barnekonvensjon artikkel 3 nr. 2". Departementet sier videre at en anmodning om helsekartlegging anses som en del av barnevernstjenestens undersøkelse og at i tilfeller hvor det ikke er hensiktsmessig eller mulig å be om kartlegging i undersøkelsesfasen, for eksempel fordi barnet eller foreldre/omsorgspersoner motsetter seg kartlegging, kan det bli aktuelt å anmode om helsekartlegging etter at fylkesnemnda har fattet vedtak om omsorgsovertakelse eller atferdsplassering.

Helsedirektoratet støtter høringsnotatet når det gjelder samtykkebasert helsekartlegging og en fleksibilitet når det gjelder tidspunktet for gjennomføring av helsekartleggingen.

I saker som omhandler mistanke om vold eller seksuelle overgrep bør imidlertid en helsekartlegging igangsettes uten samtykke, ev undersøkelse ved barneavdeling eller Statens barnehus dersom det foreligger en anmeldelse jf. barnevernloven § 4-3. Der det gjøres medisinske og odontologiske undersøkelser ved barneavdeling eller Statens barnehus må det av hensyn til barnet, men også for å unngå dobbeltarbeid avklares hvordan disse kan inngå som en del av helsekartleggingen.

Dersom det besluttes at Bufetat kan avslå barneverntjenestens anmodning om helsekartlegging, anbefaler Helsedirektoratet at avslaget må begrunnes, ev ut fra fastsatte vurderingskriterier, og at avslaget anses som et enkeltvedtak for å sikre barnets og familiens rettssikkerhet, jf. bl.a. også Advokatforeningens og Helsetilsynets høringsinnspill om mulighet for å påklage vedtaket.

Helsetilsynet påpeker også at dersom kartleggingen legges til Bufetat, bør det være en skal-bestemmelse, slik at de får en plikt til å utføre den. Dette vil også kunne sikre forsvarligheten og rettsvernet til barn og unge ved at det kan føres tilsyn med at forpliktelsene overholdes.

Helsedirektoratet anbefaler videre at det legges til rette for at det kan føres tilsyn med de ulike tjenestene som er involvert i en helsekartlegging for å sikre at de følger opp i tråd med intensjonen. Helsedirektoratet støtter dette. Helsetilsynet påpeker også at dersom Bufetat ikke har plikt til å tilby helsekartlegging, vil det vanskeliggjøre tilsynsmyndighetens oppgave ved å føre tilsyn med om forpliktelsene overholdes eller ikke. Dersom barneverntjenesten vurderer at det er behov for helsekartlegging, men Bufetat avslår anmodningen etter økonomiske vurderinger, vil det være vanskelig for tilsynsmyndigheten å ta stilling til hvem som er ansvarlig for at saken ikke er tilstrekkelig utredet til at barnet har fått et forsvarlig tiltak. Helsetilsynets vurdering er videre at ansvaret og plikten til å gjennomføre kartleggingen bør ligge hos helseforetakene, for å tydeliggjøre at det er barn og unges helsemessige behov som skal kartlegges.

Formål

Helsehjelp en del av formålet

I høringsnotatet fremkommer det at formålet med tverrfaglig helsekartlegging er å bidra til at kommunal barnevernstjeneste, fosterhjem og institusjon settes i bedre stand til å gi barn som plasseres utenfor hjemmet forsvarlig omsorg og oppfølging. Det er videre presisert at målet alltid må være å identifisere barnets behov. Videre står det at "Helsekartleggingen skiller seg fra pakkeforløpet, som iverksettes på bakgrunn av indikasjon om foreliggende helse eller rusutfordring og hvor formålet med utredningen er å gi nødvendig helsehjelp".

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

Helsedirektoratets vurdering er at oppfølging av ev behov for helsehjelp også må være et tydelig formål med helsekartleggingen. Omtalen av at barneverntjenesten må følge opp indikasjon og vurdere igangsetting av Pakkeforløpet, ivaretar ikke behovet for helhetlig helsehjelp, f.eks. når det gjelder somatisk helse og tannhelse. Pakkeforløpet utløses p.t. kun ved behov for kartlegging av psykisk helse og rus.

I Bufdirs utkast til rapport fremholder de at de ikke anser tverrfaglig helsekartlegging som helsehjelp i seg selv, men som et verktøy for å avdekke hvorvidt det er indikasjon for blant annet helsehjelp. Helsedirektoratets vurdering er at oppfølging av behov for helsehjelp bør være en del av formålet med helsekartleggingen, men påpeker at helsekartlegging også kan være helsehjelp i seg selv ved f.eks. henvisning videre der det avdekkes behov.

Helsedirektoratet legger til grunn at helsekartleggingen sitt overordnede formål er;

- Å sikre barnets beste ved å avdekke om barnet har behov og utfordringer som krever videre oppfølging av helse- og omsorgstjenester, barnehage/skole mm. På grunnlag av dette får barneverntjenesten og foreldre/omsorgspersoner informasjon om hvilke omsorgsbehov barnet har, med sikte på å forebygge og forhindre videre skjevutvikling, og sikre ev behov for helsehjelp.

Både i Pasient- og brukerrettighetsloven (PRL) §1-3 bokstav c) og Helsepersonelloven (HPL) § 3-3, tredje ledd defineres helsehjelp som handlinger som har diagnostisk mål og som utføres av helsepersonell. Dette taler i retning av at undersøkelse med formål om å avdekke og avklare en eventuell diagnostisk tilstand, er å anse som helsehjelp. I og med at ett av formålene med helsekartleggingen er å oppdage eventuelle ikke-identifiserte helseproblemer, samt avklare mulige forklaringer på symptomer og atferd opp mot hverandre, vil man måtte benytte seg av fremgangsmåter som er nær identiske med ordinær klinisk diagnostikk, dvs. helsehjelp.

Helsedirektoratets vurdering er videre at det er helseetisk problematisk å samle helseinformasjon uten at denne benyttes til å tilby og sikre nødvendig helsehjelp videre. For å ivareta intensjonen i barnekonvensjonen om "barns beste", og for å ivareta forsvarlig yrkesutøvelse for helsepersonell, mener Helsedirektoratet derfor at funnene i kartleggingen må følges opp med konkret helsehjelp der det avdekkes behov for det.

Dette kan anses som en naturlig del av forsvarlig oppfølging for barneverntjenesten, men Helsedirektoratet mener i tillegg at det må legges til rette for rutiner og systemer som ivaretar helsetjenestens ansvar for å sikre videre helsehjelp. Helsedirektoratets anbefaling om at formålet utvides med å sikre helsehjelp der det avdekkes behov for det, oppfattes også å være i samsvar med mange av høringsinnspillene.

Helsedirektoratet anbefaler og vil videre i rapporten legge til grunn at å sikre videre helsehjelp der det avdekkes behov, bør være en del av formålet med helsekartlegging (vedlegg 1). En utvidelse av formålet har implikasjoner for anbefalinger om organisering og forankring av helsekartlegging og kartleggingsteam. Dette vil vi komme tilbake til under kapittelet om Organisering.

Tvetydig formål

Ut fra høringsnotatet er det noe uklart hva rapporten fra helsekartleggingen skal benyttes til. Dette medfører usikkerhet om hva som bør kartlegges og hvordan, fordi det vil være avhengig av hvordan informasjonen benyttes.

Høringsnotatet sier "Helsekartlegging har som formål å skaffe ulike instanser i barnevernet tilstrekkelig informasjon om barnet i forbindelse med valg av plasseringssted, innhold i tiltak og oppfølging". Litt senere fremkommer det at "Helsekartlegging vil dermed bidra til et bedre beslutningsgrunnlag for fylkesnemnd og domstoler". Videre står det: "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".

Helsedirektoratets vurdering er, i samsvar med bl.a. Helsetilsynets høringsinnspill; *"Helsekartlegging som sakkyndig vurdering synes å underbygge vilkårene for omsorgsovertakelse, noe som kan bidra til å undergrave opprinnelig formål. Dette kan føre til usikkerhet om det er barnets eller tjenestenes behov for helsekartlegging som blir styrende"*.

Et barns fungering kan forårsakes av ulike forhold, deriblant medfødt somatisk eller nevrokognitiv sykdom/tilstand, omsorgssvikt og relasjonstraumer eller pågående overgrep fra personer i eller utenfor familien. Barn og unge med funksjonsnedsettelse er mer utsatt for vold, overgrep og/eller omsorgssvikt enn funksjonsfriske barn. En grundig utredning, bl.a. av barnets helse, bør foreligge før en beslutning om omsorgsovertakelse. Det blir dermed uklart når det står at formålet med helsekartleggingen ikke skal underbygge behovet for en omsorgsovertakelse.

Informasjon om barnets somatiske, psykiske, seksuelle og orale helse og foreldre/omsorgspersoners kapasitet til å ivareta disse vil være en del av grunnlaget dersom barneverntjenesten vurderer plassering utenfor hjemmet, ev i tillegg til en sakkyndig utredning. Sammen med utredning av foreldre/omsorgspersonenes omsorgskompetanse og relasjonen mellom foreldre/omsorgspersoner og barn, vil dette gi barneverntjenesten et fylldig grunnlag til å vurdere barnets omsorgs- og utviklingsbehov, og hvorvidt foreldre/omsorgspersonene er eller kan bli satt i stand til å møte disse behovene.

Det vil derfor ikke være et tydelig skille mellom formålet med helsekartlegging, sakkyndig utredning og barneverntjenestens ordinære undersøkelses- og tiltaksarbeid. Formålet med helsekartlegging er dermed heller ikke vesensforskjellig fra den kartleggingen som gjøres av sped- og småbarn i foreldre-barn-sentre, når det er stor bekymring for omsorgssituasjonen, jf. spørsmål om sped- og småbarn bør omfattes av målgruppen.

Rammen for klinisk rettsmedisinske undersøkelser av barn på Statens barnehus kan være et utgangspunkt for utforming og utprøving av en modell der helsepersonellet både innehar sakkyndighetsrollen og yter helsehjelp til barnet. Statens barnehus kan fungere som en modell for hvordan en helsekartlegging kan inneha begge

disse formålene. Det gjøres i dag kliniske rettsmedisinske undersøkelser og andre medisinske undersøkelser ved Statens barnehus, som delvis overlapper med målene i en helsekartlegging. I saker hvor barn tidligere har vært på Statens barnehus og det blir aktuelt med omsorgsovertakelse, vil resultater fra undersøkelser og kartlegginger fra barnehuset være aktuell informasjon i en helsekartlegging.

Målgruppe

Helsekartlegging vil være verdifullt for videre oppfølging og tiltak overfor både barnet og omsorgspersoner, uavhengig av hvor barnet bor. En helsekartlegging kan ha stor betydning både for barnet, foreldre/omsorgspersoner og barneverntjenesten som ev. skal gi hjelpetiltak inn i hjemmet, inkl. sped- og småbarn og ved andre plasseringshjemmer enn de høringsnotatet legger til grunn.

Helsedirektoratet har kommet med følgende høringsinnspill:

"Helsedirektoratet mener det bør vurderes om sped- og småbarn bør inkluderes i målgruppen for helsekartlegging når det er stor usikkerhet rundt omsorgen og disse barna/familiene mottar tilbud om utredning på sped- og småbarnsentre. Disse barna kan også ha uavdekkede helsebehov som trenger videre oppfølging eller behandling og som kan medføre økt risiko for utilsiktede flyttinger". (...).

Helsedirektoratets anbefaling er at barn som mottar tilbud om utredning på sentrene for foreldre og barn, når det er stor usikkerhet om omsorgen, også bør inngå i målgruppen for helsekartlegging på sikt. Sped- og småbarn kan ha like store helsemessige utfordringer og problemer som eldre barn, og bør derfor likestilles i denne situasjonen. Det er imidlertid viktig å avklare hva som kan gjøres av kartlegging/utredning på sentrene for foreldre og barn og hva et kartleggingsteam ev kan bistå med.

Det er dokumentert gjennom forskning at både sped- og småbarn (særlig under 2 år, jf. [Kripo-rapport](#)) og barn og unge med funksjonsnedsettelse har økt risiko for å bli utsatt for vold. Videre er det økt risiko for seksuelle overgrep hos barn med funksjonsnedsettelse, jf. [rapport](#) fra NKVTS.

Den internasjonale forskningslitteraturen viser at jo yngre barna er når de utsettes for vold

første gang, desto flere voldshendelser vil de oppleve senere i barndoms- og ungdomstiden. Jo yngre barna er, desto mer alvorlige blir konsekvensene (vedlegg 1). At barn som utsettes for fysisk og psykisk vold i barndommen har økt sårbarhet for en rekke psykiske og somatiske helseplager, i tillegg til tilpasningsproblemer, risikoatferd eller selvdestruktiv atferd senere i livet, understreker viktigheten av å identifisere barn som opplever vold og omsorgssvikt tidlig.

En gruppe som ikke er del av målgruppen som er beskrevet i høringsnotatet er barn som akutt plasseres til beredskapshjem. Helsedirektoratet anbefaler at disse får et tilbud om forenklet sosialpediatrisk undersøkelse (med tanke på tilstander som kan være utløst/resultat av sosiale relasjoner, livssituasjon eller levekår, jf. vedlegg 3) og odontologisk undersøkelse (av tenner og munnhule og tilhørende sykdommer) innen 72 timer etter flytting. Formålet er å identifisere akutte helseproblemer som krever akutte tiltak og som kan betydning for plassering, samt avdekke og dokumentere tegn på vold, overgrep og omsorgssvikt.

Med henvisning til Bufdirs oppdrag om innføring av helsekartlegging fra høsten 2021, er Helsedirektoratets vurdering at det kan være hensiktsmessig å starte med innføring av helsekartlegging for den opprinnelige målgruppen, dvs. barn som plasseres utenfor hjemmet. En avgrenset målgruppe vil gi mulighet for å få på plass rutiner og systemer og evaluere, før målgruppen ev utvides, jf. anbefaling om utvidelse av målgruppen.

Tidspunkt

Helsekartleggingen må utføres og organiseres slik at det ikke medfører ytterligere belastning for et barn i en allerede vanskelig situasjon. Dette må være sentralt i vurderingen av når kartleggingen bør gjennomføres.

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

Helsedirektoratet støtter høringsnotatets vurdering om at anbefalt tidspunkt for kartleggingen bør vurderes ut fra situasjonen i barnevernssaken og vurderes individuelt. Vår anbefaling er at målgruppen bør tilbys helsekartlegging så tidlig som mulig. Der barnet eller foreldre/omsorgspersoner ikke samtykker, bør det tilbys på et senere tidspunkt, ev etter plassering. Tidspunkt må da tilpasses til når det vurderes hensiktsmessig å gjøre en helsekartlegging ut fra barnets situasjon. Det foreligger ikke noen entydig dokumentasjon på når det er hensiktsmessig å gjennomføre kartleggingen da ingen studier sammenlignet to tidspunkt (vedlegg 1).

Barn med særlige behov og tilstander som kan ha en biologisk komponent bør avklares så tidlig som mulig for å iverksette konkrete hjelpetiltak til familien.

Flere høringsinnspill påpeker at en kartlegging kan bidra til å igangsette tiltak som kan forhindre og forebygge en mulig omsorgsovertakelse, eller gi et bedre grunnlag for valg av ny omsorgsbasis. Foreningen FRI peker bl.a. på at kunnskap om barnets kjønnsidentitet eller seksuelle orientering kan gi viktig informasjon om barnet og bidra til tiltak som står i forhold til barnets behov.

Helsedirektoratet vil i det følgende omtale noen problemstillinger knyttet til ulike alternative tidspunkt for en helsekartlegging.

Helsekartlegging før Fylkesnemndsak

Før det vurderes å flytte et barn eller ungdom ut av hjemmet, bør det gjennomføres en multisystemtisk undersøkelse som omfatter hele barnets livssituasjon, herunder barnet selv, familien, nærmiljø og skolesituasjon, samt venner og fritid. Som en del av en slik undersøkelse, bør også barnets fysiske, psykiske, seksuelle og orale helsetilstand vurderes. Barneverntjenesten har et overordnet ansvar for å sikre en slik helhetlig undersøkelse og vurdering. En helsekartlegging kan være en del av undersøkelsen og bistå med vurdering av og ev supplerende kartlegging av helsetilstand.

En helsekartlegging i påvente av at det vurderes å flytte barnet ut av hjemmet, kan gå på bekostning av hensynet til barnet og kvaliteten på kartleggingen og kan gjøre det vanskelig å tolke resultatene. Dette fremkommer også i flere høringsinnspill hvor det påpekes en betydelig risiko for feilvurdering når utredningen foregår i en periode hvor mye er usikkert, og hvor de som utfører kartleggingen har tidspress. Det gjelder for typiske symptomer på psykisk uhelse, så vel som ved fravær av slike symptomer. Noen barn reagerer på

belastning ved tilsynelatende tilpasning og en ev psykisk lidelse blir synlig først på senere utviklingstrinn. Det er også en risiko for at både barn og foreldre/omsorgspersoner vil underrapportere på grunn av kommende behandling av saken i Fylkesnemnda.

Samtidig kan en helsekartlegging i forkant av en fylkesnemndsak gi viktig informasjon og bidra til å styrke/redusere en mulig mistanke om overgrep og/eller omsorgssvikt. Resultatene fra en helsekartlegging vil, uavhengig av funn, bidra til å belyse barnets sak og dermed være en del av beslutningsgrunnlaget og ha betydning for Fylkesnemnda sin avgjørelse.

Mange barn og foreldre/omsorgspersoner vil være i en krisesituasjon når det planlegges omsorgsovertakelse. For andre kan det være en planlagt flytting og familien kan oppleve avklaring og ro. Dette viser behovet for fleksibilitet når det gjelder tidspunkt for helsekartlegging, noe også høringsnotatet understreker.

Høringsnotatet sier at en forsvarlig helsekartlegging forutsetter samtykke. Tidspunktet rundt en fylkesnemndsak kan imidlertid være utfordrende mht. samtykke fra foreldre/omsorgspersoner, og det kan stilles spørsmål ved om det oppleves som et reelt samtykke.

Helsedirektoratet støtter Fylkesnemndenes vurdering av at barneverntjenestens beslutning om å plassere barnet utenfor hjemmet, bør være fattet på et så bredt grunnlag som mulig. En helsekartlegging i etterkant av flytting kan medføre at Fylkesnemndas beslutning blir fattet på noe svakere grunnlag enn hvis kartleggingen ble gjort i forkant. Helsedirektoratets vurdering er imidlertid at Bufdir sitt høringsinnspill om: *"Kartleggingen bør gjennomføres før saken skal behandles i fylkesnemnda. og kommunen må på selvstendig grunnlag vurdere og avgjøre hvordan de vil bruke helsekartleggingen"*, bidrar til å skape usikkerhet rundt helsekartleggingens faktiske formål. Dette kan medføre utfordringer med å gi god informasjon til barn og foreldre/omsorgspersoner om formålet med helsekartleggingen. Uklarhet om hvordan helsekartleggingen vil benyttes kan bidra til at barn og/eller foreldre/omsorgspersoner ikke vil samtykke, og medføre at kartleggingen først blir aktuell etter flytting. Dette vil i så fall innebære at informasjon som kunne vært benyttet til valg av mer tilpassede tiltak, ikke blir tilgjengelig før etter valg av tiltak.

Bufdir viser videre til at undersøkelsesaktiviteter ikke krever samtykke. Det er ikke mer inngripende med en tverrfaglig helsekartlegging enn en sakkyndig utredning eller en familieutredning. Det er derfor ikke gode grunner for behov for samtykke, dersom kartleggingen er en del av undersøkelsen. Videre kan et krav om samtykke føre til at barn ikke får den helsekartleggingen de har behov for.

Helsedirektoratets anbefaler at høringsnotatets omtale av samtykke som forutsetning for helsekartlegging, legges til grunn, selv om andre aktiviteter i undersøkelsessaker ikke fordrer samtykke, jf Bufdirs høringsinnspill. Som høringsnotatet påpeker, kan dette ha betydning for samarbeidet med barnet og foreldre/omsorgspersoner og dermed for kvaliteten på en helsekartlegging.

Ved behov for ytterligere undersøkelser, jf. kapittel om Helsekartlegging, vil kvaliteten av en helsekartlegging være avhengig av barnets og foreldre/omsorgspersonenes deltakelse. Det bør derfor tilstrebes å innhente samtykke, slik at kartleggingen kan gjøre på et tidspunkt og en form som sikrer at barnet og foreldre/omsorgspersonene bidrar mest mulig.

Å sikre et godt samarbeid med familien, gjør at det oppleves som mindre belastende for både barn og foreldre/omsorgspersoner, og de vil sannsynligvis ha større tillit til at en slik kartlegging kan være nyttig med tanke på konkrete hjelpetiltak. Det kan også gjøre barnet tryggere at foreldre/omsorgspersoner gir "tillatelse" til å fortelle om hjemmesituasjonen. Tiltak som kan oppleves belastende, oppleves lettere når barn og foreldre/omsorgspersoner får medvirke og således opplever mulighet til å påvirke sin egen situasjon.

Dersom barn og/eller foreldre/omsorgspersoner motsetter seg en helsekartlegging, bør det jobbes med å motivere dem og gi god informasjon om formålet. Dersom dette ikke lykkes, kan det være aktuelt med

helsekartlegging først etter at barnet er flyttet ut av hjemmet. Barnets alder kan også tilsi at helsekartlegging kan gjøres uavhengig av foreldre/omsorgspersoners samtykke fra 16 år. Det må også gjøres en vurdering av hvilke deler av en helsekartlegging barnet ev. kan samtykke til selv, og hva det er nødvendig at foreldre/omsorgspersoner samtykker til.

Ved mistanke om vold og seksuelle overgrep kan helsekartlegging pålegges uten samtykke fra foreldre/omsorgspersoner, jf. kapittel om Rettsgrunnlag og tilsyn , og det må vurderes om barnet kan samtykke til deler av helsekartleggingen. For å gjennomføre en helsekartlegging forutsettes det enten at barnet samtykker eller ikke motsetter seg helsekartleggingen. Før en sosialpediatrisk helseundersøkelse vil barnet bli forklart formålet og spurt om samtykke.

Dersom resultater fra en helsekartlegging benyttes i en fylkesnemndsak på et senere tidspunkt, bør det vurderes om barneverntjenesten bør ha en plikt til å dokumentere hvordan helsekartleggingen ble fulgt opp og om det skal foretas en evaluering av iverksatte tiltak. Dette vil synliggjøre om aktuelle tjenester har fulgt opp helsekartleggingen i tråd med anbefalingene.

Helsekartlegging etter Fylkesnemndsak

Helsedirektoratet anbefaler fleksibilitet og individuell vurdering som grunnlag for tidspunkt for helsekartlegging.

CARE-studien la opp til helsekartlegging i etterkant av plassering. Dette har noen fordeler ved at barnet har en mer stabil omsorgsbasis. Men plasseringsstedet er i en del tilfeller ikke varig omsorgsbasis. Det kan være beredskapshjem eller andre midlertidige plasseringer, noe som utfordrer tidsvinduet for en helsekartlegging med tanke på å unngå videre utilsiktede flyttinger.

For den nye omsorgsbasen, kan en helsekartlegging bidra til å bygge en relasjon og kjennskap til barnet. Det vil i større grad også være mulig å gjøre en kartlegging som kan skille symptomer på helsemessige utfordringer fra symptomer på en ev. krisesituasjon eller turbulent omsorgssituasjon. Det vil imidlertid, jf. flere høringsinnspill, være uheldig dersom det i en helsekartlegging fremkommer opplysninger som kunne medført at flytting ut av hjemmet ikke var nødvendig og at beslutningen ble fattet på feil eller manglende grunnlag. Selv om barnet tilbakeføres til foreldre/omsorgspersoner, kan det for mange oppleves som traumatisk.

Helsedirektoratet anbefaler også at det bør vurderes om barn som allerede er plassert i fosterhjem eller på institusjon, og kanskje har vært det en periode, kan tilbys helsekartlegging, for å unngå nye utilsiktede flyttinger. Dette kan være tilfeller hvor det ved plassering ikke forelå tilstrekkelig informasjon om barnets helse til å gi anbefalinger om nødvendig omsorg og oppfølging.

Generelt er Helsedirektoratets anbefaling at en helsekartlegging bør tilbys så tidlig som mulig i barnevernsforløpet. Valg av tidspunkt må vurderes ut ifra hva som vil være til det beste for barnet, men at det bør tilbys tidlig i forløpet og ev. gjenta tilbudet dersom barnet og/eller foreldre/omsorgspersoner ikke ønsker helsekartlegging.

Organisering

I høringsnotatet legges det til grunn at "Kartleggingene legges organisatorisk og fysisk til det statlige barnevernet, eksempelvis i egne avdelinger tilknyttet sentre for foreldre/omsorgspersoner og barn og eksisterende akuttinstitusjoner". Bufdir skriver også i utkast til rapport at det på sikt vil være naturlig og hensiktsmessig å justere tilbudet slik at det i større grad organiseres som en del av Bufetats ordinære tjenestetilbud. Helsedirektoratets vurdering er at innspillene som kom i høringen knyttet til rolle- og ansvarsutfordringer mellom kommune og stat bør avklares og et kunnskaps-, ev erfaringsgrunnlag bør foreligge, før en slik beslutning tas.

Helsedirektoratet legger til grunn at organiseringen av en helsekartlegging må sikre kvalitet og tilstrekkelig kompetanse i kartleggingen, overlevering av informasjon videre til rette instans og sikre koordinert oppfølging av barnet, samt bidra til hensiktsmessig og effektiv ressursbruk.

På bakgrunn av dette anbefaler Helsedirektoratet at kartleggingsteamene forankres i RHF-ene, for å sikre tilknytning til somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern for barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Det må også tilrettelegges for gode systemer for informasjonsflyt mellom de ulike aktørene.

Helsedirektoratet anbefaler videre at en helsekartlegging så langt som mulig tar utgangspunkt i etablerte strukturer, og benytter eksisterende informasjon fra helsestasjons- og skolehelsetjeneste, fastlege, tannhelsetjeneste, barnehage/skole og PPT og ev andre. Dette er tjenester som har gode rutiner for å avdekke skjevutvikling hos barn, samt kompetanse til å vurdere når det er behov for ytterligere bistand. Dette er også i samsvar med høringsnotatets beskrivelse av barnevernets adgang til å innhente opplysninger om barnet og aktuelle instanser.

Bufetats rolle

I høringsnotatet legges det til grunn at formålet med helsekartlegging er at barneverntjenesten og fosterhjem skal få hjelp til å identifisere om og i hvilken grad barnets helsetilstand og utfordringer innebærer særlige behov for oppfølging og tilrettelegging i omsorgssituasjonen. For å sikre at rapport og anbefalinger fra helsekartleggingen tilpasses barnets, barneverntjenestens og omsorgspersoners behov, anbefaler Helsedirektoratet at Bufetat med barnevernfaglig kompetanse bør delta i kartleggingsteamene. Barnevernfaglig kompetanse kan bidra til å belyse helseopplysninger om barnet ut fra omsorgssituasjonen barnet har/har hatt og ivareta en tverrfaglig helsekartlegging, jf. høringsnotatet.

Helsedirektoratet anbefaler videre at det avklares hvilke oppgaver helsepersonell (f.eks. psykologer) i Bufetat kan ha i helsekartleggingen, jf. Bufdir sitt høringsinnspill om at det ikke er hjemler i barnevernloven, og det ligger ikke innenfor kommunalt og statlig barneverns mandat, å foreta helseundersøkelser av barn ved bruk av ansatte i barnevernet.

Høringsnotatet legger til grunn at helsekartlegging kan organiseres og bygge på strukturer og kompetanse som finnes i Bufetat. Helsedirektoratet merker seg at flere høringsinstanser stiller spørsmål ved om dette faktisk finnes i Bufetat. Samtidig er det flere som påpeker at Bufetat administrativt kan ta imot anmodninger fra barneverntjenesten og sørge for å aktivere kartleggingsteamet. Noen anbefaler også at kartleggingsteamene bør forankres kommunalt eller i statlig barnevern og ha en mer helhetlig tilnærming, og ikke kun ha fokus på helse.

Argumentene mot å forankre teamene i Bufetat er bl.a. at barnevernet står for utredningen og samtidig har ansvar (også økonomisk) for tilbudet som barna skal plasseres i. Helsekartlegging må ikke bli et tiltak for å få ned utgifter, da dette kan komme i konflikt med barnets beste. Kartlegging i regi av Bufetat kan oppleves som barnevernets forlengede arm, og kan redusere foreldre/omsorgspersoners tillit til kartleggingen.

Bruk av psykologer i Bufetat

Bufetat har psykologfaglig kompetanse med en fleksibilitet som legger til rette for at de kan bidra i en helsekartlegging, særlig med kartlegging av psykisk helse og rus. Psykologer i Bufetat har særlig kompetanse på målgruppen, noe som er et viktig bidrag i en slik kartlegging og vurdering.

Med henvisning til Bufdirs høringsinnspill om begrensninger mht. hva helsepersonell i Bufetat kan utføre, er det også viktig å avklare hvilken rolle og oppgaver psykologer i Bufetat kan ha i en helsekartlegging. På bakgrunn av Bufdirs høringsinnspill, er Helsedirektoratets forståelse at de kan gjøre barnevernfaglige kartlegginger og vurderinger med hjemmel i barnevernsloven, f.eks. utredning av samspill, utviklingsstatus, fungering mm. Her er det behov for å tydeliggjøre grenseoppganger mht. helsekartlegging.

Helsetjenestens rolle

Helsedirektoratets anbefaling er at kartleggingsteamene bør forankres i spesialisthelsetjenesten, organisatorisk plassert i Barneavdelingene. I tillegg til tilknytning til somatisk, psykisk og rusfaglig spesialisthelsetjeneste, har mange barn i barnevernet betydelig større risiko for å utvikle helseutfordringer og de sikres bedre kontinuitet i helsehjelpen dersom de allerede er kartlagt innenfor helsetjenesten. Anbefalingen om forankring av kartleggingsteamene i spesialisthelsetjenesten er også i samsvar med mange av høringsinnspillene.

Ved å legge ansvaret for tverrfaglige helsekartlegginger til helsetjenesten, vil en også bidra til å fremme et nødvendig samarbeid mellom barnevern og helsetjeneste (vedlegg 1).

Kunnskapsoppsummeringen viser at disse barna har et bredt spekter av helseplager som vil kreve tverrfaglig kompetanse og videre oppfølging (vedlegg 1). Når det gjelder kartlegging knyttet til seksuell helse, bør dette ivaretas av fagpersoner med sexologisk kompetanse, ev. av sosialpediatrisk/gynekologisk/urologisk kompetanse.

Videre er Helsedirektoratets vurdering at forankring av kartleggingsteam i spesialisthelsetjenesten vil ivareta følgende forhold:

- Sikrer faglig tilhørighet, rekruttering og gjenkjenningskompetanse for en rekke tilstander.
- Tverrfaglige fagmiljø (barneavdelinger, BUP, habiliteringstjeneste, ruskompetanse/TSB, fysioterapeut, blodprøver mm.) øker sannsynlighet for effektiv helsehjelp til barnet.
- Lokaler og utstyr er tilrettelagt.
- Tilknytning til et større klinisk fagmiljø som sikrer faglig oppdatering.
- Gode systemer for planlegging av ressursbruk.

Forankring utenfor spesialisthelsetjenesten gir unødvendige mellomledd og mindre effektiv utnyttelse av helsepersonell.

Alternative modeller for organisering

I høringsinnspillene fremkom det ulike alternative løsninger for organisering:

- Helsekartlegging administreres og koordineres av barnets fastlege. Helsedirektoratet eller annen helsefaglig instans fastsetter innhold og rammer for kartleggingen i samarbeid med brukerorganisasjoner.
- Kartlegging av psykisk helse gjøres normalt i førstelinjen og er en naturlig del av det kommune ansvaret, der det kan gjøres raskere, enklere og billigere. Bør ikke bruke spesialisert kompetanse til å gjøre en generell kartlegging.
- Kartleggingsteam bør forankres lokalt/interkommunalt.
 - Tjenester nærmere og som kjenner barna.
 - Barneverntjenesten styrkes med kompetanse til helsekartlegging.
 - Kan bistå barneverntjeneste og fosterhjem/institusjon etter plassering, bl.a. for veiledning.
- Etablering av Barnesakkyndige enheter og helsekartlegging bygges inn i slike enheter. Større fagmiljø og mer helhetlig blikk.
- Helsekartlegging organisert under Statens barnehus med henvisning direkte dit, framfor via Bufetat.

Helsedirektoratet vurderer fastlege og kommunen som lite robuste løsninger som ikke sikrer et likeverdig tilbud. Det er stor variasjon i hva slags kompetanse som er tilgjengelig i kommunene og det vil ta tid å bygge opp et nasjonalt tilbud, ev. interkommunalt i alle kommuner. Den kompetansen som finnes i kommunen, med fastleger, helsesykepleiere, PPT mm., vil utgjøre et viktig bidrag i helsekartleggingen, selv om teamene ikke er forankret i kommunene.

Når det gjelder det siste punktet anbefaler Helsedirektoratet at det bør vurderes å utrede nærmere om helsekartlegginger på sikt bør legges til Statens barnehus. Dette ble også foreslått som en mulig modell i Bufdir og Helsedirektoratet sin rapport fra april 2020. En kombinasjon av barneavdelinger og Statens Barnehus kan også vurderes. En slik vurdering bør imidlertid avvente [evalueringen av Statens barnehus](#), som vil foreligge høsten 2021, herunder helsepersonell sine erfaringer med Barnehusene.

Dette vil ha mange implikasjoner som må avklares før en vurdering, bl.a. hvilket lovverk som vil gjelde og ev implikasjoner av dette.

En slik organisatorisk plassering bør også omfatte en vurdering av tilgjengelighet til undersøkelser for barn og foreldre/omsorgspersoner. En fleksibilitet mht. bruk av barneavdelinger og Statens barnehus, vil være til det beste for barn og foreldre/omsorgspersoner og gi best mulig utnyttelse av ressurser. En mulig utredning av organisering under Statens barnehus må også vurdere om det ev. vil være hensiktsmessig å benytte Barnehusene for undersøkelser, og at spesialisthelsetjenesten har ansvaret for helsekartleggingene, vs. at Barnehusene har ansvaret for helsekartlegginger i sin helhet.

Helsekartlegging innenfor rammen av den etablerte helsetjenesten vil bidra til å lette innhenting av informasjon, henvisning videre og eventuell behandling, sikre pasientrettigheter, felles journalsystem, kontinuitet av eventuell videre helseoppfølging mm. Et system på utsiden av helsetjenesten kan føre til et fragmentert og dårlig koordinert system, samt ulike juridiske problemstillinger knyttet til pasientrettigheter, personvern, behandling av helseopplysninger, journalsystem mm.

Helsedirektoratets vurdering er for øvrig i samsvar med Helsetilsynets høringsinnspill om at ansvaret for kartleggingen bør legges til helsetjenesten, med en plikt til å gjennomføre helsekartlegging på anmodning fra barneverntjenesten. Dette vil bidra til å sikre et likeverdig tilbud på tvers av regioner, men også tydeliggjøre at det er barn og unges helsemessige behov som skal kartlegges. Dette vil også sikre at formålet handler om hvordan barn og unge skal få rett hjelp, fremfor at kartleggingen handler om å innhente nok informasjon for å oppfylle vilkårene for omsorgsplassering eller flytting.

Tannhelsetjenestens rolle

Barn i barnevernet har generelt nedsatt oral helse og flere timer med ikke møtt til tannhelsetjenesten. En helsekartlegging kan avdekke ev smertetilstander relatert til oral helse, avklare status for oral helse med bakgrunn i eventuell omsorgssvikt og avdekke mulige behov for videre oppfølging av oral helse. Ved skader etter fysisk mishandling er ofte hode-/halsregionen utsatt for skader.

Helse- og omsorgsdepartementet anser rettsodontologiske tann- og munnundersøkelser på barn og unge ved Statens barnehus som en del av det fylkeskommunale ansvaret for å tilby nødvendig tannhelsehjelp etter tannhelsetjenesteloven § 2-1. I den sammenheng er fylkeskommunene forpliktet til å sørge for at det i rimelig grad er tannleger tilgjengelig for å kunne gjennomføre slike undersøkelser på barnehusene, jf. tannhelsetjenesteloven § 1-1. Lovkravet om at "Fylkeskommunen skal sørge for at tannleger er tilgjengelige for å gjennomføre undersøkelser ved Statens barnehus" er fremhevet og beskrevet i ["Nasjonal faglig retningslinje for tannhelsetjenester til barn og unge 0–20 år"](#).

Det finnes erfaring med at den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) bistår inn i Statens barnehus sine undersøkelsesteam etter oppdrag fra Barnehusene. Ut fra tannhelsetjenesteloven mener Helsedirektoratet at ledere for DOT i hvert fylke også skal ha ansvar for få bistå med tannleger til de tverrfaglige helsekartleggingsteamene. Disse tannlegene bør få opplæring i kartleggingsundersøkelser og kommunikasjon med utsatte barn.

Det finnes barnetannleger (spesialister i pedodonti) ved de Regionale odontologiske kompetansesentrene og noen sykehus. De siste inngår i *forsøksordningen Orale helsetjenester organisert i tverrfaglig miljø på sykehus*. Om forsøksordningen videreføres kan det vurderes om barnetannlegene skal inngå i tverrfaglig kartleggingsteam, der de finnes. Det er likevel viktig med god forankring i den offentlige tannhelsetjenesten, spesielt med tanke på tilgang til journaldata. Det bør vurderes i hvilket journalsystem tannhelsesdata skal føres. Noen sykehus benytter Odontologisk EPJ for registrering av tannhelsesdata. Det er da laget avtaler om journalsamarbeid mellom Fylket og RHF. Dette gir et godt verktøy for gjensidig informasjon om når barnet er undersøkt.

Helsedirektoratet anbefaler at det vurderes hvordan erfaringer fra Statens barnehus og forsøksordning med tannhelsetjenester i sykehus kan benyttes inn i helsekartlegging også med tanke på journalføring.

Det orale behandlingsbehovet til de undersøkte barna bør vurderes av tannlege i samarbeid med kartleggingsteamet. Det bør vurderes om lokal tannklinikk kan følge opp videre behandling eller om barnet har behov for oppfølging av barnetannlege og ev. behov for generell anestesi. Om barnet kan følges opp av desentraliserte team TBIT (Trygge barn i tannbehandling), bør også vurderes. Nødvendig tannbehandling må få høy prioritet og koordineres med ev annen nødvendig medisinsk behandling.

Kartleggingsteam

Sammensetning

Helsedirektoratet legger som nevnt til grunn at formålet med en helsekartlegging utvides med å sikre helsehjelp der det avdekkes behov. Det er samtidig viktig å avgrense hva en helsekartlegging kan og bør omfatte og tydeliggjøre de begrensningene som ligger i hva som kan gjennomføres og utledes av en kartlegging. Eksisterende helseopplysninger vil være sentrale, sammen med samtale med barnet og foreldre/omsorgspersoner og ev undersøkelser.

Kartleggingsteamet må inneha kompetanse som kan ivareta de områdene som anses som sentrale.

I kommuner som har opprettet Flexible Assertive Community Treatment for barn og unge ([FACT- Ung](#)) kan representanter fra dette teamet inngå i kartleggingsteamet. FACT- Ung følger opp ungdom mellom 12-24 år. Målgruppe for FACT- Ung er ungdom som har behov for langvarige og sammensatte tjenester fra spesialisthelsetjenesten og kommunen. Ikke alle barn vil være i målgruppen, men teamet kan trekkes inn i aktuelle helsekartlegginger.

Helsedirektoratet anbefaler at det organiseres kartleggingsteam med tverrfaglig kompetanse som kan bidra til å sikre et helhetlig bilde av barnets helsetilstand.

Kjernekompetansen i et kartleggingsteam bør bestå av barnesykepleier/sykepleier med sosialpediatrisk kompetanse, barnelege med sosialpediatrisk kompetanse, psykolog og psykologspesialist, ev. barne- og ungdomspsykiater, tannlege med utvidet pediatrisk kompetanse/spesialist i pedodonti og minimum én med barnevernfaglig kompetanse.

Alle som utgjør kjernekompetansen i teamet bør ha kompetanse om/erfaring med barn som har vært utsatt for vold og seksuelle overgrep, og ha bred erfaring fra tjenesten, herunder også arbeid med barn og unge med selvskading og selvmordsatferd. Videre bør det sikres at hvert team har minst én fagperson med sexologisk kompetanse. I tilfeller hvor det er vanskelig å rekruttere slik kompetanse bør det etableres samarbeid mellom teamene, ev benytte eksterne fagpersoner med sexologisk kompetanse.

Ved helsekartlegging av eldre barn og ungdom bør rusfaglig kompetanse være en del av kjernekompetansen, også mht. differensialdiagnostikk. Barn i barnevernet har generelt flere helseutfordringer, bl.a. også rusmiddelproblemer. Dette fremkommer også i Actis i sitt høringsinnspill, som påpeker et behov for styrking av ruskompetanse i barnevernet og i kartleggingsteamene.

I tillegg til en kjernekompetanse vil det i mange tilfeller være behov for annen og supplerende kompetanse, f.eks. barnefysioterapeut, rus- og sosialfaglig kompetanse, spesialpedagogisk kompetanse, habiliteringstjeneste mm. Teamet kan også ha behov for nevropsykologisk kompetanse og testkompetanse, noe det kan tilrettelegges for ved forankring i spesialisthelsetjenesten.

Vold, seksuelle overgrep, og problematisk og skadelig seksuell atferd kan fordre spesialisert kompetanse og erfaring, utover kjernekompetansen i teamet. Det bør derfor vurderes nærmere hvordan kompetansen ved Statens barnehus og andre kompetansemiljø kan benyttes inn i dette arbeidet.

For noen særlige grupper, som barn med sjeldne diagnoser, kan det ikke forventes av kartleggingsteamene har tilstrekkelig kompetanse. Kartleggingsteamet kan da kontakte Nasjonalt kompetansesenter for sjeldne diagnoser (NKSD). Dersom de ikke har kompetanse på barnets tilstand, kan de ev vise til andre fag-/kompetansemiljø.

For å sikre mengdetrening og tilknytning til et større fagmiljø for faglig oppdatering, anbefales det at psykolog og psykologspesialist er tilknyttet psykisk helsevern for barn og unge.

Helsedirektoratet anbefaler videre at det etableres faste team for å sikre mengdetrening, og at teamene skal bli samkjørte. Teamene vil etter hvert opparbeide seg erfaringer som blir viktige å ta med i evalueringen, samt inn i et mulig etterutdanningstilbud for personell som ønsker å jobbe i kartleggingsteam.

Evaluerer av Care-prosjektet anbefalte at deltakerne i teamene jobbet 50% og ikke 100% i teamene, for å sikre variasjon i oppgaver, mengdetrening, sammenligningsgrunnlag og at fagpersonene opplever at de får tilstrekkelig klinisk erfaring og del av et større fagmiljø. Delte stillinger kan imidlertid være krevende og kan medføre noe mindre fleksibilitet. Utover en anbefaling om faste team, bør det tilrettelegges for å sikre stabilitet og kontinuitet.

I kapittelet om Ressursbruk omtales bruk av allerede knappe ressurser, bl.a. barneleger med sosialpediatrisk kompetanse, psykologspesialister og barne- og ungdomspsykiatere. Helsedirektoratet er godt kjent med denne problemstillingen og anbefaler derfor at sykepleier og psykolog gjennomgår helseopplysninger og sammenstiller disse. Deretter kan barnelege/sosialpediater og psykologspesialist gjøre en vurdering på bakgrunn av sammenstillingen, ev en gjennomgang av grunnlagsmaterialet. Dette medfører mindre bruk av spesialistkompetanse, men bidrar likevel til kvalitetssikring. Tannlege i kartleggingsteamet vil vurdere tannhelsesdata og bør sikres tilgang til barnets fylkeskommunale EPJ.

Helsedirektoratets anbefaling er i samsvar med flere høringsinnspill, som ser utfordringer med rekruttering og bruk av spesialister til kartlegging, jf. også vår anbefaling om utsatt oppstart til 2022.

Kompetansekrav

Å vurdere funn i lys av barnets aktuelle omsorgssituasjon er vesentlig, men det er komplekst og krever høyspesialisert kompetanse. Å skille symptomer på relasjonstraumer og nevrobiologiske forstyrrelser, krever psykologkompetanse på spesialistnivå. Videre er det behov for spesialistkompetanse i pediatri, primært sosialpediatri, for å fortolke fysiske tegn og symptomer på vold, overgrep og omsorgssvikt. Som beskrevet i NOU 2017:12, er det vesentlig å sikre kompetanse på hvordan atferdsuttrykk og psykologisk fungering kan skyldes underliggende, traumerelaterte reguleringsvansker.

For å ivareta målgruppens behov best mulig, anbefaler Helsedirektoratet at samtlige medlemmer i kartleggingsteamet har spesialkompetanse på traumer. Manglende kompetanse kan innebære en risiko for at helsebehov ikke avdekkes hos de barna som trenger videre helsehjelp, f.eks. barn med fravær av typiske symptomer (overflatefungering). Kjernekompetansen i kartleggingsteamet forutsettes derfor også å ha kunnskap og erfaring med arbeid med barn som har vært utsatt for vold og overgrep.

For å sikre riktig og tilstrekkelig kompetanse til å gjennomføre helsekartlegginger, anbefaler Helsedirektoratet at det bør etableres et etterutdanningstilbud og ev en godkjenningsordning, som dekker dette kompetansebehovet. Felles opplæring sikrer felles kompetanse og gir gode muligheter for nettverksbygging og robuste fagmiljøer, og kan bidra til å sikre videre rekruttering. Dette kan også ses i sammenheng med NOU 2017:12 "Svikt og svik". Her var utvalgets vurdering: "Alle yrkesutøvere som kommer i kontakt med barn bør få en basiskunnskap fra grunnutdanningen slik at de er i stand til å hjelpe barn som trenger det". Utvalget anbefaler "å vurdere og prøve ut et fellesfag om vold mot barn for alle studenter på relevante utdanninger. Slik

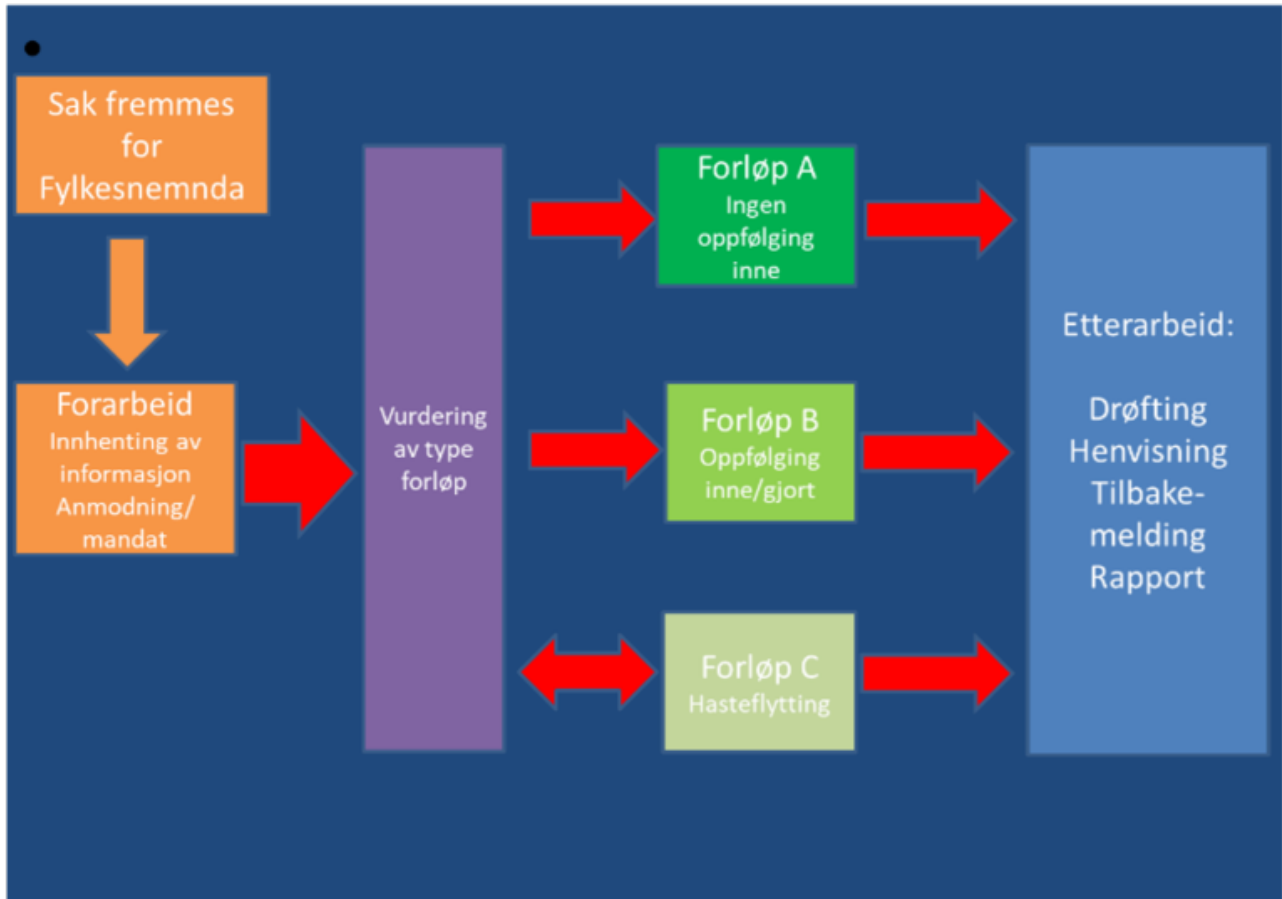
sikrer man at alle lærer det samme. Det kan i tillegg føre til en felles forståelse for arbeidet og for hverandres arbeidsoppgaver, og det vil kunne fremme det tverrfaglige arbeidet".

Tema som belyses i en helsekartlegging, samt de helsefaglige anbefalingene som følger av helsekartleggingen, skal ha en tilnærming som også barnevernet kan nyttiggjøre seg. Derfor er kjennskap til barnevernet, inklusive de særlige lovreguleringene, viktig. Dette kan og bør vektlegges i opplæring av de som skal gjennomføre helsekartlegginger.

Innen medisin har Helsedirektoratet foreslått etablering av kompetanseområder. Et kompetanseområde er karakterisert ved at spesialister med en særlig interesse og kompetanse arbeider innenfor et område som griper inn i tre eller flere spesialiteter. Det kan også vurderes om helsekartlegging kan være aktuelt som et kompetanseområde.

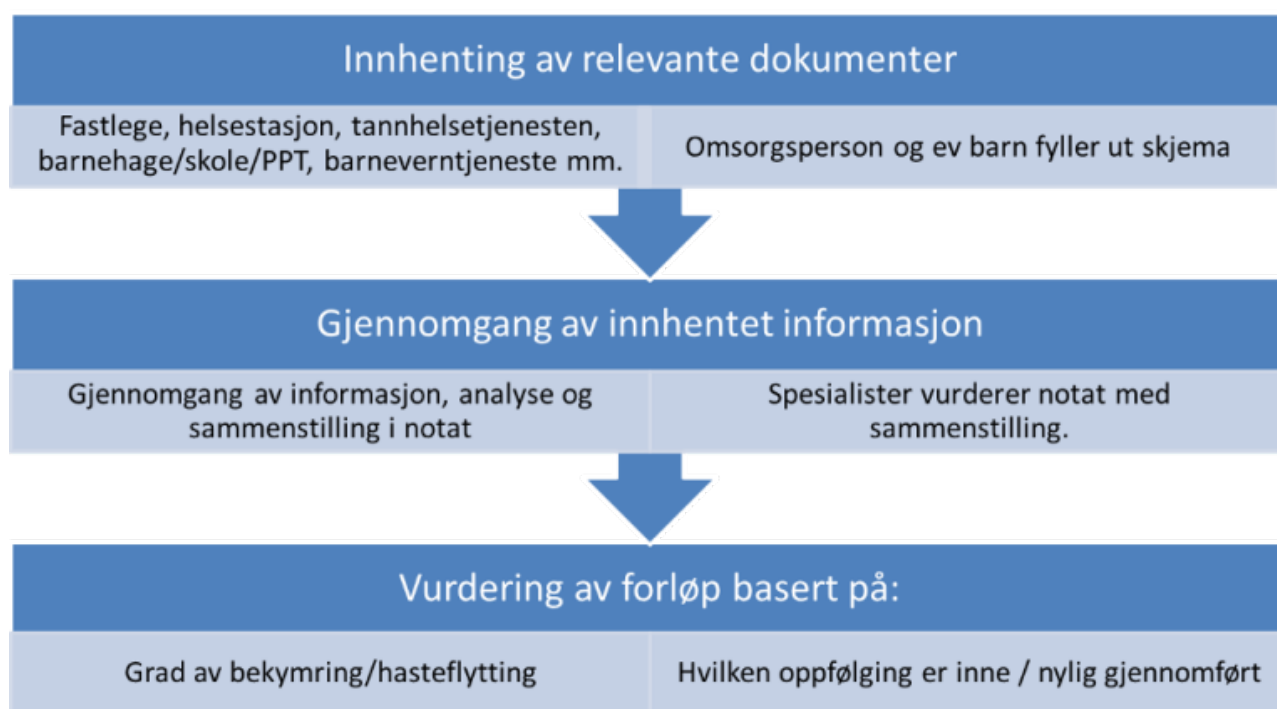
Helsekartleggingen

Under følger en fremstilling av et mulig felles rammeverk for ulike helsekartleggingsforløp. I figuren under benyttes begrepet "oppfølging inne". Dette innebærer at helsetjenesten allerede følger opp barnet i form av utredning og/eller behandling/oppfølging. Se vedlegg 3 (protokoll) for detaljert beskrivelse av de ulike fasene.



Figur: Mulig felles rammeverk for ulike helsekartleggingsforløp

Forarbeid = «Fase 1»



Figur: Forarbeid = "fase 1"

Forløp A: Ingen oppfølging inne - Kartleggingsfase



Forløp A – Etterarbeid



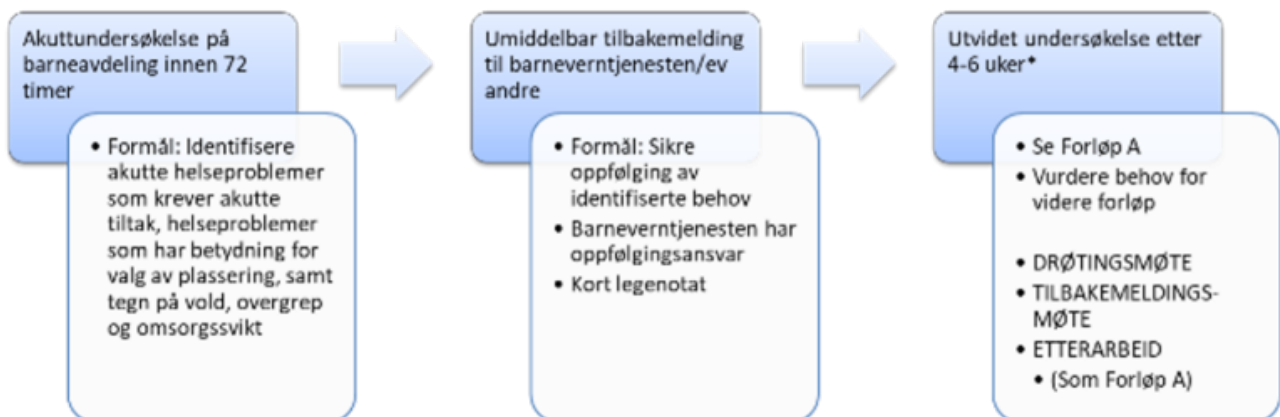
Figur: Forløp A - Etterarbeid

Forløp B: Oppfølging inne - Kartleggingsfase



Figur: Forløp B: Oppfølging inne - Kartleggingsfase

Forløp C: Barn som hasteflyttes



Figur: Forløp C: Barn som hasteflyttes

Høringsnotatet og høringsinnspillene reiste mange viktige problemstillinger, bl.a. om skillet mellom kartlegging og utredning. Helsedirektoratet ønsker derfor å understreke at hensikten er en helsekartlegging og ikke en utredning, men det kan være utfordringer med å skille disse.

En utredning gjøres primært på indikasjon, mens en kartlegging kan i større grad gjøres uten indikasjon, ev en screening. En helsekartlegging vil være noe midt mellom kartlegging og utredning, fordi målgruppen er særlig utsatt for helseutfordringer. Det er derfor nødvendig å kartlegge helsetilstand, men også tilstrebe å avdekke helseforhold som kan ha betydning for videre omsorgsbehov og behov for helsehjelp. Det må gjøres en individuell vurdering av behov for undersøkelser utover de helseopplysningene som allerede foreligger. Behov for undersøkelser kan bygge på indikasjoner fra helseopplysninger som foreligger.

Eksisterende helseopplysninger kan være alt fra anamnese (utviklingshistorie) til konsultasjoner hos fastlege eller andre kommunale helsetjenester, helsestasjons-, skolehelse- og tannhelseundersøkelser og utredning og/eller behandling i spesialisthelsetjenesten. Barnehage/skole og PPT kan også være sentral mht. informasjon om barnets språkutvikling og funksjonsnivå på ulike områder.

Fasene i en helsekartlegging

1. Anmodning om helsekartlegging og innhenting av informasjon

Informasjon til barn og foreldre/omsorgspersoner

Før barneverntjenesten anmoder om en helsekartlegging må barnet og foreldre/omsorgspersoner få tydelig og god informasjon om hvorfor en helsekartlegging kan være nyttig for barnet, jf. kapittel om Informasjon og medvirkning. Det er viktig å understreke at hensikten med helsekartleggingen ikke er å finne feil ved barnet eller familien, men skal gi et grunnlag for å gi hjelp til barnet og familien.

Anmodning om helsekartlegging fra barneverntjenesten

Helsedirektoratet legger her til grunn tidligere anbefaling om bistandsplikt for Bufetat ved anmodning fra barneverntjenesten om helsekartlegging.

Anmodningen fra barneverntjenesten sendes til Bufetat og koordinator for helsekartlegging.

Anmodningen bør følge en mal hvor barneverntjenesten kan konkretisere og ev utdype særlige tema de ønsker vurdert. I anmodningen bør det også fremgå hvilke helseopplysninger mv. barneverntjenesten allerede har innhentet, tidspunkt for innhenting. Disse opplysningene bør være vedlagt anmodningen. Maler for Henvisning til Bufetat og Vedlegg til henvisning behandlingsinstitusjon på bufdir.no kan ev tilpasses dette formålet.

I malen for Henvisning til Bufetat kan Helsekartlegging legges til som et alternativ under Ønsket bistand. I Vedlegg til henvisning behandlingsinstitusjon kan denne tilpasses til også å samsvare med vurdering av behov for helsekartlegging. En ev tilpasning bør også ses i sammenheng med mal for innhenting av opplysninger (vedlegg 3).

Anmodningen vurderes deretter av kartleggingsteamets koordinatorene, som bør bestå av helsefaglig og barnevernfaglig kompetanse. Koordinatorene bør tidlig vurdere om det er behov for bistand fra kompetanse utover kjernekompetansen i kartleggingsteamet.

Innhenting av informasjon

En helsekartlegging bør ta utgangspunkt i barnets situasjon og barnet selv og foreldre/omsorgspersoner er viktige informanter. Videre bør informasjonsinnhenting omfatte informasjon som allerede foreligger hos barnevernet, ev. innhente oppdatert informasjon om undersøkelser, utredninger, tester og observasjoner fra helsetjenesten. Aktuelle tjenester er fastlege, helsestasjons- og skolehelsetjeneste, annen kommunal helsetjeneste og spesialisthelsetjeneste, ev Statens barnehus og private behandlere, tannhelsetjeneste, samt barnehage/skole og PPT og ev. fritidsarenaer/annet nettverk. Det bør fremgå tydelig hva som er formålet med innhenting av informasjon, ev oppdatert informasjon, slik at innhenting av informasjon går så raskt som mulig.

For å sikre en effektiv informasjonsinnhenting og at sentrale områder om barnets helse er dekket anbefales en mal for innhenting av informasjon (vedlegg 3). Malen er mer utfyllende enn den barneverntjenesten benytter i undersøkelsessaker, men bør ses i sammenheng med barneverntjenestens innhenting av informasjon i undersøkelsessaker. Det kan vurderes om malen kan benyttes av barneverntjenesten, for å sikre at aktuelle helseopplysninger innhentes allerede i undersøkelsessaken. Det bør ikke innhentes mer informasjon enn nødvendig, men samsvare med et minimum av hvilke helseopplysninger teamet bør ha om barnet for å gi anbefalinger til barneverntjenesten, samt sikre videre helsehjelp ved behov.

I tillegg til skriftlig informasjonsinnhenting bør psykolog eller sykepleier fra kartleggingstemaet følge opp med telefon for supplerende informasjon og avklaring ved behov.

Det må også avklares hvilke selvrapporteringsskjema som ev skal sendes ut til barn og foreldre/omsorgspersoner, som del av informasjonsinnhenting. Avklaring av aktuelle skjema kan ev gjøres etter en gjennomgang av opplysninger som innhentes. Se protokoll for oversikt over aktuelle kartleggingsskjema.

Informasjonsinnhenting og systematisering av denne er en sentral del av en helsekartlegging, samt en oppsummering av hvordan informasjon om barnets helsetilstand kan og bør benyttes for mer målrettede og tilpassede tiltak for barnet og ivareta ev behov for videre helsehjelp.

Noen familier flytter flere ganger, noe som kan skape en utfordring for informasjonsinnhenting. Det må i samarbeid med barneverntjenesten sikres at det så langt som mulig innhentes oppdatert informasjon fra journaler hos tidligere helsetjenester og ev. andre tjenester. På sikt vil det være hensiktsmessig om det kan tas utgangspunkt i Helseanalyseplattformen eller andre registerdata, som et utgangspunkt for innhenting av informasjon.

Helseopplysningene bør legges i journalsystemet til spesialisthelsetjenesten og tannhelsesdata fra barnets tannhelsejournal bør tilgjengeliggjøres for tannlege i kartleggingsteamet. Det bør avklares om koordinator og ev. annen barnevernfaglig kompetanse fra Bufetat som deltar i kartleggingsteamet kan få tilgang til journalsystemet til spesialisthelsetjenesten, jf. vår anbefaling om forankring av kartleggingsteamet i spesialisthelsetjenesten.

2. Helsekartlegging

Vurderingsfase

Når (oppdatert) informasjon foreligger, gjennomgår psykolog og sykepleier de opplysningene som foreligger, i samarbeid med koordinator og ev annen barnevernfaglig kompetanse fra Bufetat og sammenstiller dette i et notat. Det anbefales at psykolog som har erfaring med å vurdere og analysere ulike typer informasjon, ev sykepleier er koordinator for kartleggingsteamet. Dersom det foreligger opplysninger disse ikke har kompetanse til å vurdere, bør relevant kompetanse kobles på for vurdering. Tannlege i kartleggingsteamet gjennomgår tannhelseinformasjon. Kompetansesammensetning i kartleggingsteamet er for øvrig beskrevet nærmere i kapittel om Kartleggingsteam – sammensetning.

For å sikre et tilstrekkelig grunnlag for å vurdere barnets helsetilstand, bør det foreligge opplysninger om noen sentrale områder som omtalt under. Dersom områdene er mangelfullt dekket i opplysningene som innhentes, bør behovet for ytterligere undersøkelser vurderes. Det bør også vurderes hvem som er best egnet til å gjøre denne kartleggingen. Ved behov for kartlegging av f.eks. intellektuelle ferdigheter og språk, kan f.eks. både PPT og psykisk helsevern for barn og unge være aktuelle.

Når sammenstillingen foreligger, oversendes denne til psykologspesialist og barnelege/sosialpediater, tannlege og ev annen kompetanse for gjennomgang og vurdering. Det gjøres en foreløpig vurdering av behov for ytterligere undersøkelser og det avtales tidspunkt for samtaler med barn og foreldre/omsorgspersoner og ev. undersøkelser. Vurderingen av behov for ytterligere undersøkelser bør dokumenteres og det bør utarbeides tydelige kriterier for vurderingen. Mangelfulle opplysninger om barnets helse kan være en indikasjon på behov for ytterligere kartlegging.

Helsedirektoratet støtter for øvrig Bufdir i deres utkast til rapport om at "Gjennomgang og vurdering av kvaliteten på denne informasjonen vil gi et grunnlag for vurderingene av barnet, og tilrettelegging av kartleggingsdagen, og det vil kunne avdekke behov for ytterligere undersøkelser av konkrete problemstillinger".

En helsekartlegging må vurderes ut fra bestillingen fra barneverntjenesten, men kartleggingsteamet må i tillegg gjøre en selvstendig vurdering av behovet for helsekartlegging for å sikre helsehjelp, ved indikasjon på behov. Innretning av en helsekartlegging bør imidlertid også vurderes ut fra barnets alder. For de minste barna vil informasjon fra omsorgspersoner via samtale eller kartleggingsverktøy være viktig.

Dersom de innhentede helseopplysningene indikerer behov for helsehjelp, må det vurderes om det er behov for akutt utredning/behandling eller om henvisning kan avvente til etter samtaler med barn og foreldre/omsorgspersoner og anbefalinger om videre oppfølging foreligger i rapporten etter helsekartleggingen.

Kartleggingsfase

Helsedirektoratet anbefaler at en helsekartlegging alltid bør inneholde samtaler med barnet og foreldre/omsorgspersoner. Dersom barnet er plassert utenfor hjemmet, møter barnet med omsorgsperson. Det kan i tillegg være aktuelt med en samtale med foreldre, dersom det er mulig. Tema som bl.a. anamnese, rusmiddelbruk mm. bør kartlegges gjennom samtale. Samtaler kan også avdekke ev. endringer i helsetilstand og avklare barnets og/eller foreldre/omsorgspersoners vurdering av de opplysningene som foreligger. Det bør i tillegg vurderes ev indikasjon på behov for videre helsehjelp.

Det bør tas hensyn til at noen tema kan være vanskelige å snakke om med foreldre/omsorgspersoner til stede og tilrettelegges for en samtale med barnet alene. Dette må veies opp mot hensyn til om informasjon er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret.

Samtalene vil sikre at både barn og foreldre/omsorgspersoner får god informasjon om hensikten med kartleggingen, men også innhente oppdatert informasjon fra dem og kartlegge ulike områder, som beskrevet i protokoll (vedlegg 3). Dette er i samsvar med høringsinnspill fra Organisasjonen for barnevernsforeldre og ADHD Norge som påpeker betydningen av å involvere barnet og foreldre/omsorgspersoner fordi disse kan ha viktig informasjon om barnets helseutfordringer, også over tid.

I samtalene med barn og foreldre/omsorgspersoner eller ev undersøkelser, kan det fremkomme opplysninger som indikerer behov for videre utredning. Ved slik indikasjon, bistår kartleggingsteamet med henvisning til aktuell tjeneste, jf. anbefaling om å utvide formålet for helsekartlegging med helsehjelp.

Barn og foreldre/omsorgspersoner har ulike behov og det å gjøre alt på én dag kan oppleves som belastende. For andre kan det oppleves godt å få gjort alt på kort tid. Det er viktig at helsekartleggingen tilpasses barnets behov og situasjon. Noen barn vil også ha behov for individuell tilrettelegging av kartleggingen.

Noen barn kan ha lite tillit til nye voksenpersoner. Det kan særlig, være tilfelle der barn står i en tydelig lojalitetskonflikt overfor foreldre/omsorgspersoner eller andre. En norsk [studie](#) viser at for barn som har vært utsatt for overgrep tar det mange år før de ev forteller om det, bl.a. fordi de opplever skam knyttet til det de har blitt utsatt for. Dette synliggjør betydningen av høy kompetanse i kartleggingsteamet, som kan etablere tillit og legge til rette for å avdekke tegn på vold og overgrep.

Å kartlegge kognitiv og emosjonell fungering mens barn lever under pågående omsorgssvikt, gjør at resultatene må tolkes, og ikke minst brukes med forsiktighet. Det bør vurderes å innføre oppfølgende undersøkelser etter at omsorgssituasjonen er endret og har vært stabil over tid, for å vurdere effekt av tiltaket. Hvorvidt dette skal være en del av helsekartleggingen eller defineres som oppfølgende tiltak, må avklares. Det bør også avklares hvordan resultater fra en helsekartlegging tilbake i tid, kan benyttes ved en ev ny fylkesnemndsak og om en ny sak fordrer en ny helsekartlegging.

Høringsnotatet redegjør ikke for om barneverntjenesten kan be om utvidet kartlegging av barnet ved behov. Helsedirektoratet legger derfor til grunn at dersom det vurderes behov for utvidet kartlegging, skjer dette i form av ordinære tjenester og f.eks. henvisning til psykisk helsevern for barn og unge, ev oppfølging fra fastlege. Ved behov for en ny helsekartlegging på et senere tidspunkt, anbefales det at barneverntjenesten sender ny anmodning til Bufetat.

Kartleggingsfasen kan deles inn på ulike måter.

Jf. modeller for ulike forløp innledningsvis i kapittelet knyttet til ev oppfølging og omstendigheter rundt flytting, kan en kartleggingsfase deles i ulike forløp.



Figur: Ulike forløp

- Forløp A – Ingen (helse)tjenester er koblet på og følger opp barnet.
- Forløp B – (Helse)tjeneste(r) er koblet på og følger/har fulgt opp barnet.
- Forløp C – Hasteflytting – det oppstår en situasjon hvor barnet må flyttes ut av hjemmet på kort varsel. Uavklart om og ev hvilke tjenester som ev. er koblet på.

Undersøkelse av somatisk helse og tannhelse vil i hovedsak være lik uavhengig av barnets alder, men innholdet i forløpene må tilpasses barnets alder.

Når det gjelder kartlegging av psykisk helse og rus, vil det være hensiktsmessig å dele mht. aldersgrupper ettersom tilnærming, herunder kartleggingsverktøy og metoder, vil være ulik for ulike aldersgrupper. Dette gjelder særlig sped- og småbarn, men også for skolebarn og ungdom (f.eks. 0-5 år, 6-12 år og 13-17 år, ev 6-17 år).

Tilnærming og metode for kartlegging kan være lik uavhengig av barnets situasjon, men resultater og vurderinger bør tolkes i lys av barnets situasjon.

Sentrale områder som bør dekkes i en helsekartlegging

- Samtaler med barn og foreldre/omsorgspersoner
- Kartlegging av psykisk helse og rus, herunder selvskading og selvmordsatferd
- Kartlegging av somatisk helse
- Kartlegging av voldsrisiko og tidligere kriminalitet
- Tannhelseundersøkelse

I Bufdirs utkast til rapport står det at "Kartleggingsdagen planlegges slik at teamets medlemmer kan observere barnet over noe tid, i ulike situasjoner og overganger. Teamet gjennomfører tverrfaglig drøfting om barnets styrker og behov, faglige vurderinger og anbefalt oppfølging. På denne måten kan teamet nyttiggjøre seg ulike perspektiv på felles observasjoner. Barnet vil bli vurdert helhetlig og få en god tverrfaglig vurdering som kan inngå som en del av en multisystemisk forståelse av barnets situasjon og behov". Helsedirektoratets vurdering er at det kan stilles spørsmål ved om dette er hensiktsmessig tidsbruk knyttet til kartlegging, eller i større grad gjenspeiler en utredning.

I Bufdirs utkast til rapport er det i hovedsak CARE-modellen som legges til grunn. Helsedirektoratets vurdering er at modellen generelt er god, men at den ikke ivaretar bl.a. somatisk helse i tilstrekkelig grad.

Bufdir viser videre til prinsipper for valg av metodikk og kartleggingsverktøy. Helsedirektoratet støtter at det legges til grunn noen prinsipper, men etterlyser noe utdyping av kunnskapsgrunnlaget for ulike verktøy og hva som menes med anerkjente metoder. Helsedirektoratets vurdering er at metoder og verktøy må ha gode måleegenskaper (måle det de er ment å måle og konsistent), opphavsrettigheter må være avklart og der det ikke foreligger norske normdata, bør det tilstrebes å innhente dette. Se nærmere omtale av metodiske utfordringer i protokoll (vedlegg 3).

Jf. Bufdirs oppdrag om utprøving fra høsten 2021 legges det til grunn at utprøvingen vil gi erfaringer med bruk og effekt av ulike verktøy og at det på bakgrunn av dette kan vurderes alternative verktøy. Helsedirektoratet anbefaler at det avklares nærmere hvordan effekt kan måles og at dette tydelig fremkommer i plan for evaluering.

FHI har vurdert viktige momenter som må tas hensyn til når en endelig kartleggingsmodell blir utformet:

Helsekartlegging må kunne tilpasses ulike omsorgsgivere: Hvis foreldrene ikke bidrar i helsekartleggingen, må modellen ta høyde for at andre kan fungere som primærkilder til informasjon om barnet eller ungdommen.

- *Voldsrisiko bør kartlegges:*
Ifølge en høring om oppfølging av fosterforeldre som ble utført for noen år siden, var voldsutøvelse hos fosterbarna en av hovedårsakene til at fosterhjem overførte omsorgen av barnet tilbake til barnevernet.
- *Tidligere kriminalitet bør kartlegges:*
Fosterforeldrene trenger kunnskap om ev kriminalitet og/eller rusbruk/narkotikabruk. Denne kunnskapen er nødvendig for å forebygge lignende atferd i nytt miljø. Kartleggingen bør inkludere opplysninger fra kriminalitetsregistre, intervju av foreldre og helsearbeidere, og intervju av ungdommene selv.
- *Fokus for utredningen bør utvides:*
CARE-modellen er fokusert på traumer og psykiske vansker. Fjorårets høring om hvordan man kan bedre situasjonen for fosterforeldre konkluderte med at de trenger mer kunnskap om barnet før det kommer til familien. De trenger ikke bare kunnskap om psykiske vansker, men også mer generell kunnskap om hvordan de best kan ivareta barnet. Vi savner omtale av andre karakteristika som det er viktig å vite noe om, blant annet personlighet, temperament, væremåte, språklige evner, konsentrasjon, atferd, sosial fungering, interesser, skolefungering og akademiske evner. Helsekartlegging bør identifisere sterke sider hos barna og ungdommene, ikke bare vansker. Det er viktig for fosterforeldre å vite hvilke ressurser og interesser barna og ungdommene har, slik at de kan bruke denne kunnskapen til å styrke dem.

- *En kartleggingsmodell bør være fleksibel:*
Det bør legges opp til løsninger hvor man kan begynne med kortversjoner av instrumenter, eller hvor noe kan velges vekk hvis det ikke er behov for det.
- *Psykomotorisk utvikling bør kartlegges bedre:*
CARE-modellen inkluderer evnetest og screening for utviklingsvansker. Vi mener at den også burde inkludert en enkel kartlegging av språk og motorikk. Utviklingsproblemer hos barnet kan medvirke til en utfordrende omsorgssituasjon for fosterforeldrene, så det er viktig å kjenne til dem.
- *En standardisert modell for hele landet er en fordel:*
Standardisering av modellen vil gi grunnlag for erfaringsutveksling mellom utredere og gjøre det lettere å evaluere effektene og bruke data til forskning. Det er et stort behov for bedre kunnskap om denne gruppen av barn og ungdom.
- *Barn og ungdom med minoritetsbakgrunn må ivaretas:*
For disse vil det være viktig å vurdere betydningen av etnisitet, kultur og religion. Det er også viktig å kartlegge morsmål og erfaringer med flukt, både fordi det kan forklare vansker hos barnet og fordi det må tas hensyn til i videre omsorg.
- *Forholdene ligger ikke alltid til rette for samspillsundersøkelse:*
Tolkningen/skåringen av samspillsobservasjon vil avhenge av hvem omsorgspersonen er. Hvis barnet og omsorgsgiveren ikke kjenner hverandre så godt, bør man kanskje avvente?
- *Symptomer under diagnosetærskel er også relevante:*
Hvis det brukes et standardisert instrument for å kartlegge psykiske lidelser, er det viktig at det også formidles informasjon om symptomer som ligger under terskel for å få en diagnose. Slike symptomer kan være av stor betydning.

3. Rapport

Alle anmodninger om helsekartlegging vil resultere i en rapport til barneverntjenesten (vedlegg 4). Rapporten vil komme med ev anbefalinger på bakgrunn av informasjon som er innhentet, ev informasjon fra ytterligere undersøkelser.

Rapporten skal være en beskrivelse og vurdering av de helseopplysninger som er relevante med tanke på videre tiltak i barnevernet. Hva betyr dette for barnets behov nå og på sikt? Hva trenger barnet og hvem kan ivareta dette? Ved utarbeidelse av rapporten bør det vektlegges å benytte språk og fagtermer på en måte som gjør innholdet lett tilgjengelig for de som skal benytte rapporten, ev gi konkrete eksempler. Rapporten skal kunne leses av personer uten helsefaglig utdanning og bør derfor inneholde vurderinger om barnets behov, men være forsiktig med tolkninger. Rapporten bør også inkludere barnets styrker og ressurser i tillegg til behov, for å skape et ressursfokus, jf. FHI.

Helsedirektoratet stiller spørsmål ved Bufdirs vurdering, jf. deres utkast til rapport, om at psykolog ansatt i Bufetat sammenfatter, oversetter og tilpasser resultater fra de andre teammedlemmene til barnevernfaglige rammer. Jf. Helsedirektoratets anbefaling om at en faggruppe ikke bør vitne på vegne av en annen faggruppe under, er vår vurdering at psykolog ikke bør oversette og tilpasse vurderinger fra bl.a. lege eller tannlege. Vi støtter imidlertid Bufdirs anbefalinger om hva rapporten fra en helsekartlegging bør inneholde.

Videre må det utarbeides tydelige anbefalinger knyttet til ev behov for videre helsehjelp. Her må det i rapporten fremgå tydelig hva barnet har behov for av helsehjelp. Psykolog eller lege kan henvise barnet videre til psykisk helsevern for barn og unge eller somatisk spesialisthelsetjeneste. Ved behov for annen helsehjelp, vil det være naturlig at dette oversendes fastlege og/eller tannlege for videre oppfølging. Det kan også være aktuelt med videre oppfølging fra helsestasjons- og skolehelsetjeneste eller annen kommunal helse- og omsorgstjeneste, ev barnehage/skole eller andre.

Jf. Bufdirs vurdering over, støtter Helsedirektoratet at utarbeidelse av anbefalinger om oppfølging bør gjøres i samarbeid med barnevernfaglig kompetanse, for å sikre at de blir nyttige for barnevernet.

Helsedirektoratet vil understreke at det primære formålet med helsekartleggingen ikke er å gi et godt beslutningsgrunnlag for Fylkesnemnda, jf. høringsnotatet. Vi ønsker derfor å kommentere på høringsinnspillet fra Fylkesnemndene om at de anbefaler at kartleggingsteamene organiseres slik at en person har et hovedansvar i hver sak og kan avgi vitnemål om alle aspekter ved rapporten.

Vår vurdering er at dette frarådes. Det forutsettes svært ulik faglig og spesialisert kompetanse for en helsekartlegging som omfatter psykisk helse og rus, somatisk helse, tannhelse og seksuell helse. Helsedirektoratets vurdering er at det ikke er tilrådelig å uttale seg om og vitne om undersøkelser og vurderinger på vegne av annen fagkompetanse.

Sakkyndig rapport?

I høringsnotatet fremkommer det: "Etter departementets vurdering er det derfor behov for et statlig andrelinjetilbud for helsekartlegging i tilfeller hvor barnevernstjenesten beslutter at et barn bør flyttes ut av hjemmet". Videre står det at "Departementet legger til grunn at undersøkelsene og vurderingene som gjøres av helsepersonell i kartleggingsteamene er å betrakte som en sakkyndigvurdering. (...). De sakkyndige teamene skal ikke gi behandling til barnet".

Å definere oppdraget som et sakkyndig oppdrag kan, i tråd med høringen «Regulering av bruk av sakkyndige i barnevernssaker» og anbefalingene fra NOU 2017:12 «Svikt og svik», bidra til å sikre økt kompetanse og kvalitet i arbeidet.

Helsedirektoratets vurdering er at det bør avklares nærmere hva som legges til grunn for et sakkyndig oppdrag, samt om henvisning videre omfattes av å gi behandling til barnet, jf. kapittelet om Sakkyndig vurdering.

Høringsnotatet sier videre: "... Sakkyndige rapporter skal være vurdert av Barnesakkyndig kommisjon før de legges til grunn for vedtak om barnevernstiltak".

Det fremgår ikke tydelig av høringsnotatet hvorvidt det legges til grunn at rapport fra en helsekartlegging skal forelegges Barnesakkyndig kommisjon. Dersom dette er tenkt, reiser det noen problemstillinger knyttet til kompetansen i Barnesakkyndig kommisjon. P.t. er det begrenset medisinskfaglig kompetanse og ingen tannhelsekompetanse i kommisjonen. Det må derfor avklares om kommisjonen kan ivareta/kvalitetssikre vurderinger og anbefalinger knyttet til somatisk helse og tannhelse. Rettsmedisinsk kommisjon har slik kompetanse, men kun for saker som behandles i strafferetten. Innføring av helsekartlegging som et sakkyndig oppdrag og ev kvalitetssikring av rapporter i Barnesakkyndig kommisjon, forutsetter endringer i dagens ordninger.

Barnesakkyndig kommisjon understreker også i sitt høringsinnspill at det er behov for en avklaring hvorvidt rapporten er likestilt med rapport fra en sakkyndig utredning og dermed bør vurderes av dem. De påpeker at dersom rapporten ikke skal vurderes av dem, bør det avklares hvilke kontroll- og tilsynsordninger som ev. skal gjelde for helsekartleggingsrapporter.

Ansvar for videre oppfølging av helsebehov

Helsedirektoratets vurdering er at helsefaglige anbefalinger om ev videre helsehjelp, ikke bør overprøves av barneverntjenesten eller Bufetat. Dette er helsefaglige vurderinger, hvor behovet for videre helsehjelp bør avklares i helsetjenesten. Det er barneverntjenestens ansvar å vurdere barnets omsorgsbehov, men omsorgsbehovet må også ses i lys av ev helseutfordringer hos barnet. Helsetjenesten har ansvar for de helsefaglige vurderingene og anbefalingene. Jf. høringsnotatet er imidlertid formålet med helsekartleggingen å gi anbefalinger om videre tiltak og oppfølging, med utgangspunkt i barnets helsetilstand og hvilke implikasjoner dette kan ha for tiltak som f.eks. ny omsorgsbasis. Helsedirektoratet anbefaler derfor at barneverntjenesten, ev Bufetat ved institusjoner, forpliktes til å sikre videre oppfølging av helsehjelp, jf. kapittelet om Barneverntjenestens ansvar.

Med bakgrunn i at barneverntjenesten anmoder om helsekartlegging og høringsnotatet legger til grunn at det er et sakkyndig oppdrag, er Helsedirektoratets vurdering at barneverntjenesten bør ha det overordnede ansvaret for å følge opp anbefalingene i rapporten og ev behov for videre helsehjelp.

Som nevnt anbefaler Helsedirektoratet at kartleggingsteamet henviser videre dersom det avdekkes behov for videre oppfølging. For barn som henvises til spesialisthelsetjenesten vil det være oppfølging i form av utredning og/eller behandling og spesialisthelsetjenesten innkaller barnet. For å sikre kontinuitet i oppfølgingen, er det viktig å sikre informasjonsflyt med epikriser til fastlege og helsestasjons- og skolehelsetjeneste, ev andre som skal følge barnet videre etter avsluttet utredning/behandling i spesialisthelsetjenesten.

Tannhelsetjenesten følger opp barn regelmessig, men det er behov for informasjon om status på behov, og informasjon dersom barnet f.eks. har flyttet.

Der fastlegen skal følge opp videre, må foreldre/omsorgspersoner bestille time selv. For barn som bor hjemme, vil det være foreldre/omsorgspersoner, mens for barn som plasseres vil det være nye omsorgspersoner/institusjon. Barneverntjenesten bør likevel ha det overoverordnede ansvaret for å sikre at videre helsehjelp blir fulgt opp, i tråd med anbefalinger fra helsekartleggingen de har anmodet om.

De fleste foreldre har fortsatt foreldreansvar når en helsekartlegging gjennomføres. Barneverntjenesten må da vurdere om det å sikre videre oppfølging, bør tilbys som et hjelpetiltak.

Helsedirektoratet anbefaler at det for barn som kartlegges i forbindelse med omsorgsovertakelse, bør vurderes å gjenta kartleggingen på et senere tidspunkt. Dette bør vurderes av helsetjenesten som ev følger opp barnet etter helsekartlegging. Dette kan bidra til å sikre en mer objektiv vurdering av tiltakets kvalitet og hensiktsmessighet og gir anledning til å følge med på utvikling av helseutfordringene under barnevernets omsorg.

Tilbakemeldingsmøte med barneverntjenesten og andre

Etter at rapporten fra helsekartleggingen er ferdig utarbeidet, må det settes av tid og ressurser til å gi tilbakemelding om funn og vurderinger både til barnet, foreldre/omsorgspersoner og barneverntjenesten. Helsedirektoratet anbefaler at det avholdes et tilbakemeldingsmøte med barneverntjenesten og barn og foreldre/omsorgspersoner, hvor de kan stille spørsmål og få nødvendige avklaringer om hva resultatene innebærer, hva de kan bidra til, samt få oversikt over hva som bør følges opp for å sikre ev videre helsehjelp. Det kan også være aktuelt med et tilbakemeldingsmøte før rapporten ferdigstilles, særlig i mer akutte saker, jf. forløpsmodell for hasteflytting.

I utkast til rapport mener Bufdir at representant for teamet deltar i tilbakemeldingsmøtet. Jf. tidligere omtale av at en faggruppe ikke bør uttale seg på vegne av andre faggrupper, er Helsedirektoratets vurdering at fagpersoner som har deltatt i kartleggingen også deltar i tilbakemeldingsmøtet.

Det bør også avholdes møter med relevante tjenester som fastlege, helsestasjons- og skolehelsetjeneste, tannhelsetjenesten og aktuelle tjenester dersom det anbefales videre helsehjelp.

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

Helsedirektoratet er kjent med Legeforeningen sitt høringsinnspill hvor de påpeker at informasjonsutveksling ikke må gå på bekostning av taushetsplikt og tilliten til tjenesten. De etterlyser en vurdering av hvordan

informasjon fra rapporten skal deles og viser til sitat fra høringsnotatet. Legeforeningen understreker at en rapport fra helsekartlegging kan inneholde svært sensitiv informasjon om barnet og barnets familie som det ikke bør være en "vid adgang til å formidle" og dele.

Helsedirektoratets vurdering er at Legeforeningens innspill synliggjør behov for nærmere avklaring mht. hvilken adgang kartleggingsteamet og barneverntjenesten har til å dele opplysninger fra rapporten, ev rapporten i sin helhet. Dette kan bl.a. være aktuelt i saker der barnet motsetter seg at informasjon deles med f.eks. foreldre/omsorgspersoner eller der foreldre/omsorgspersoner ikke samtykker til deling av informasjon.

Mange av barna i målgruppen har liten tillit til hjelpeapparatet. En helsekartlegging må ikke bidra til å svekke tilliten til hjelpeapparatet ytterligere, samt at disse barna må sikres samme rettigheter som andre barn.

Ressursbruk

På bakgrunn av CARE-modellen og høringsnotatet, er det lagt til grunn en beregnet kostnad per team på kr 4,1 mill. kroner, hvor hvert team kartlegger ca. 50 barn per år. Målgruppen antas da å være på ca. 2000 barn som gir et behov på ca. 40 team.

Herunder 20 lege/psykiater årsverk fra spesialisthelsetjenesten og 40 psykologårsverk. Sistnevnte kan være ansatt i Bufetat eller spesialisthelsetjenesten. Beregningen legger til grunn at alle barna blir kartlagt.

Oppdraget ber særlig om vurdering av ressursbruk knyttet til rapportskriving og bruk av spesialistressurser, ev. lege og psykolog.

Som omtalt i kapittelet Kartleggingsteam og sammensetning, anses følgende faggrupper som kjernekompetanse;

- Barnesykepleier/sykepleier med sosialpediatrisk kompetanse
- Psykolog med erfaring fra psykisk helsevern for barn og unge
- Psykologspesialist med spesialitet barn og unge/barne- og ungdomspsykiater
- Barnelege med sosialpediatrisk kompetanse
- Tannlege med sosialpediatrisk kompetanse/spesialist i pedodonti
- Barnevernfaglig kompetanse (barnevernspedagog, sosionom el.)

Teamet bør ha en fagperson med sexologisk kompetanse. I tillegg til denne kjernekompetansen vil annen kompetanse trekkes inn ved behov.

Helsedirektoratet har i kapittelet om Helsekartlegging beskrevet en mulig prosess fra barneverntjenesten sender en anmodning om helsekartlegging til Bufetat, som deretter kobler på kartleggingsteamet i spesialisthelsetjenesten.

Helsedirektoratet anbefaler bruk av psykolog og sykepleiefaglig kompetanse til å sammenstille helseopplysninger, for å redusere bruk av spesialistkompetanse, men benytter denne kompetansen primært til kvalitetssikring og undersøkelser/vurderinger og drøftinger.

CARE-modellen har begrenset fokus på barnets somatiske helse og har ikke benyttet sykepleier i teammodellen. Helsedirektoratets vurdering er at barnesykepleier eller sykepleier med sosialpediatrisk erfaring har gode forutsetninger for å bistå bl.a. med en sammenstilling av medisinskfaglige informasjon. Det er også noe begrenset tilgang på denne kompetansen, men likevel noe lettere tilgjengelig enn spesialistkompetanse, samt lavere kostnad.

Psykolog og sykepleier kan sammenstille informasjon og bistå med å lage rapportutkast som kan kvalitetssikres av lege- og psykologspesialist. Tannlege oppsummerer tannhelseopplysninger.

Det vil ta noe tid å sammenstille helseopplysninger og ev innhente oppdaterte opplysninger. Videre vil det ta noe tid for tverrfaglige drøftinger i teamet og gjennomføre samtaler med barn og foreldre/omsorgspersoner og ev undersøkelser. Til slutt bør det avsettes tilstrekkelig med tid til rapportskriving.

Det er vanskelig å estimere ressursbruk for den enkelte deltaker i teamet, men jf. anbefalingene over kan det forventes at det per barn er behov for ca. 1-2 dag(er) til å sammenstille foreliggende helseopplysninger per barn, samt innhente oppdatert informasjon. Lege- og psykologspesialist kan påregnes å benytte ca. ½ dag per

barn til kvalitetssikring og drøfting av sammenstilling, samt ½ dag til kvalitetssikring av rapportutkast. I tillegg bør spesialist delta i samtaler/undersøkelser, og delta i tilbakemeldingsmøter, som kan ta inntil 1 dag per uke. Rapportskriving kan grovt sett forventes å ta ca. 1-2 dager per barn, hvor psykolog, sykepleier, tannlege og barnevernfaglig kompetanse samarbeider om å utarbeide et utkast som drøftes og kvalitetssikres av spesialister. Ressursbruk knyttet til rapportskriving vil avhenge noe av hvorvidt rapporten anses å være et sakkyndig oppdrag og om den skal til Barnesakkyndig kommisjon for kvalitetssikring. På bakgrunn av estimater over kan det være mulig å vurdere, kartlegge og skrive rapport, samt delta i tilbakemeldingsmøter, på inntil 2-3 barn per uke per team.

Jf. anbefalinger om kjernekompetanse i kartleggingsteamet, kan økt bruk av psykologfaglig og sykepleiefaglig kompetanse, bidra til å øke gjennomstrømming uten å belaste spesialistressurser i altfor stor grad. Det understrekes at dette er et grovt estimat og det må påregnes ekstra ressursbruk per barn i starten, til teamet har opparbeidet seg noe erfaring og etablert gode rutiner og systemer. For å unngå at dette skal bli en belastning på barn og foreldre/omsorgspersoner, anbefales det å sette av tid til felles opplæring og samkjøring av teamene. Videre anbefales det at teamene får tid til å utvikle gode rutiner i fellesskap og få på plass journalsystemløsninger.

I tillegg til vurdering av helseopplysninger, ev kartlegging av barnet og utarbeidelse av rapport, anbefaler Helsedirektoratet at kartleggingsteamet også setter av tid til å vitne i Barneverns- og helsenemnda mm. Dette var også en anbefaling i evalueringen av CARE-modellen, som ikke hadde satt av ressurser til dette. Det kan være en ressurskrevende oppgave, så det bør vurderes nærmere hvordan dette kan gjøres på en ressurseffektiv måte. Jf. anbefaling i kapittel om Rapport er Helsedirektoratets vurdering at det ikke er faglig forsvarlig å vitne om undersøkelser og vurderinger på vegne av annen fagkompetanse.

Når rapporten er ferdigstilt, ev før ved mer akutte tilfeller, anbefales det å avholde tilbakemeldingsmøter med barnet og foreldre/omsorgspersoner, ev sammen med barneverntjenesten og andre aktuelle aktører. Dette var også en anbefaling etter evalueringen av CARE-modellen. Dersom det gis anbefalinger om videre helsehjelp bør det også avholdes møter med de tjenestene som skal følge opp barnet videre, f.eks. fastlege, helsestasjons- og skolehelsetjeneste.

Estimatene over fordrer at helsepersonellet har disponibel tid og fleksibilitet. Avhengig av hva som foreligger av helseopplysninger og hva det vurderes å være behov for, kan det være mulig med flere barn per uke, men også færre. Dette avhenger bl.a. av ev andre oppgaver som vitneførsel mm.

Det er utarbeidet en veiledende mal (vedlegg 4) for helsekartleggingsrapport. Malen vil bidra til å sikre mer enhetlige rapporter, bedre kvalitet og bidra til å redusere ressursbruk knyttet til rapportskriving.

Barne- og ungdomspsykiater er som nevnt en mulig del av kjernekompetansen. Helsedirektoratet er kjent med særlige utfordringer med rekruttering av denne kompetansen og anbefaler derfor å redusere bruk av disse og øke bruk av psykologfaglig kompetanse og sykepleier, samt psykologspesialist og barnelege. Dette vil også ivareta det samlede kompetansebehovet best mulig.

Når det gjelder utfordringen med begrensede spesialistressurser, er Helsedirektoratets anbefaling videre at det sikres øremerket finansiering av helsekartlegging, for å unngå at innføring av helsekartlegging går på bekostning av andre sårbare barn og unge, både i psykisk helsevern for barn og unge og annen helsetjeneste.

Juridisk fakultet påpeker også dette i sitt høringsinnspill; "Overføring av ressurser til kartleggingsteamene kan få negative følger for andre barn". De løfter også problemstillingen knyttet til behov for avklaring av hvorvidt barn som etter helsekartlegging anbefales videre helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, skal prioriteres.

Helsedirektoratets anbefaling er at barn som etter helsekartlegging anbefales helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, følger etablerte strukturer og henvises på vanlig måte. I prioriteringsveilederen for

psykisk helsevern for barn og unge er barn i barnevernet omtalt som en sårbar gruppe som kan gi kortere frist ved rett til nødvendig helsehjelp. Det skal også alltid gjøres individuelle vurderingen ved fristfastsettelse. Det kan likevel være behov for en nærmere vurdering av behov for regelverksendringer for å sikre disse barna videre helsehjelp.

Helsedirektoratet ønsker også å kommentere flere høringsinnspill som påpeker mulige utfordringer med rekruttering, særlig i psykisk helsevern for barn og unge og barnemedisin. Det er i dag utfordringer med tilgang på spesialistkompetanse og flere stiller spørsmål ved at spesialister skal jobbe med kartlegging. Helsedirektoratets vurdering er at målgruppen er særlig utsatt for helseutfordringer og har behov for å sikres bedre helsehjelp for å sikre et likeverdig tilbud med andre barn. Videre støtter vi høringsnotatets omtale av at staten har et særlig ansvar der staten overtar omsorgen for barn. Men selv med gode helsefaglige begrunnelser for å innføre helsekartlegging, er det likevel viktig å vurdere hvordan begrensede spesialistressurser kan benyttes best mulig.

Bufdirs vurderinger

Bufdir skriver i utkast til rapport at det lar seg gjøre å gjennomføre kartlegginger av god kvalitet med noe færre ressurser enn det som ble lagt til grunn i CARE-modellen. Helsedirektoratet støtter dette. Samtidig er det vanskelig å estimere ressursbruk før det er utarbeidet praktiske løsninger mht. kartleggingsteam, lokaler, journalsystemer mm.

Helsekartlegging og pakkeforløp for tidlig kartlegging og utredning av psykisk helse og rus hos barn i barnevernet

Det er igangsatt flere tiltak nasjonalt for å sikre bedre helsehjelp til barn i barnevernet. Disse tiltakene må ses i sammenheng, noe som er en forutsetning for at tiltakene skal få størst mulig effekt.

Helsedirektoratet fikk i TB2021 i oppdrag å utvide Pakkeforløp for tidlig kartlegging og utredning av psykisk helse og rus hos barn i barnevernet med somatisk helse. Helsedirektoratet har i tillegg vurdert at Pakkeforløpet, i likhet med helsekartleggingen, også bør omfatte tannhelse og seksuell og reproduktiv helse. Etter avtale med HOD er dette oppdraget utsatt til 2022.

I deloppdrag 5 om Helsekartlegging har Helsedirektoratet fått i oppdrag å vurdere om helsekartleggingen på sikt kan inkluderes i Pakkeforløpet.

Jf. kapittelet om Grunnlag for rapporten, er det utfordrende å beskrive en mulig integrering i et Pakkeforløp som ennå ikke er ferdigstilt mht. utvidelse av somatisk helse, tannhelse og seksuell helse.

Integrering av helsekartlegging for barn som plasseres utenfor hjemmet

Helsedirektoratet legger til grunn at en integrering av helsekartlegging i Pakkeforløpet forutsetter at helsekartleggingen igangsettes på et tidligere tidspunkt enn ved omsorgsovertakelse. Dermed vil en integrering i Pakkeforløpet ha implikasjoner for både tidspunkt og målgruppe. Endring av tidspunkt og målgruppe kan også utfordre formålet med helsekartlegging, men ikke det overordnede målet om å sikre barnet videre tiltak og oppfølging.

En mulig utvidelse av tidspunkt og målgruppe er noe som bør vurderes på sikt, når Pakkeforløpet er ferdigstilt. Under følger en kort beskrivelse av Helsedirektoratets vurderinger knyttet til integrering av helsekartlegging i Pakkeforløpet for barn som plasseres utenfor hjemmet.

For barn som er i Pakkeforløpet p.t., vil psykisk helse og rustjenester være koblet på og bistå barneverntjenesten med vurdering eller kartlegging/utredning og/eller behandling. Dersom omsorgsovertakelse blir aktuelt, vil barnet og foreldre/omsorgspersoner få tilbud om helsekartlegging. Anmodning går da fra barneverntjenesten til Bufetat og videre til spesialisthelsetjenesten som får ansvar for å gjennomføre helsekartleggingen, jf. anbefalinger i kapittel om Anmodning om helsekartlegging.

Pakkeforløpet anbefaler p.t. at barneverntjenesten har plikt til å vurdere behov for kartlegging/utredning av psykisk helse og rus når det åpnes undersøkelsessak, samt begrunne vurderingen. Jf. Helsedirektoratets anbefaling om at barneverntjenesten bør få plikt til å tilby helsekartlegging, kan denne anbefalingen få implikasjoner når det gjelder kriterier for igangsetting av Pakkeforløpet, slik disse er beskrevet p.t.

Dette er også en grunn til at det anbefales å utsette innføring av helsekartlegging til 2022, inntil utvidelsen av Pakkeforløpet er ferdigstilt og grunnlag for igangsetting av Pakkeforløpet er avklart. Bufdir skriver bl.a. i sitt utkast til rapport at tverrfaglig helsekartlegging gjennomføres fordi barnet tilhører en indikert målgruppe, men *uavhengig av indikasjon hos det enkelte barn*. Pakkeforløpet iverksettes p.t *ved indikasjon hos barnet*.

Helsekartlegging og Pakkeforløpet bør ses i sammenheng slik at de kan understøtte og utfylle hverandre. Ved å integrere helsekartleggingen i Pakkeforløpet, vil samarbeidet mellom helsetjenester og barnevernstjenester skje innenfor rammen av Pakkeforløpet der ansvar for de ulike tjenestene og nivåer av tjenester er beskrevet. I tillegg vil dette samarbeidet ytterligere forsterkes gjennom samarbeidsavtaler.

Integrering av helsekartlegging på sikt

Under følger Helsedirektoratets vurderinger mht. hvordan helsekartlegging kan integreres i Pakkeforløpet på sikt. Helsedirektoratet understreker imidlertid at arbeidet med å utvide Pakkeforløpet kan få implikasjoner for de vurderinger og anbefalinger som følger i dette kapittelet.

Helsedirektoratet anbefaler at helsekartlegging på sikt integreres i Pakkeforløpet, når pakkeforløpet er ferdigstilt og også omfatter somatisk helse, tannhelse og seksuell helse. Det bør da legges til rette for at barn og unge tilbys helsekartlegging tidlig i barnevernsforløpet. Barnets helse og fungering bør fortrinnsvis kartlegges før barneverntjenesten konkluderer sin undersøkelse med henleggelse, hjelpetiltak eller tvangstiltak.

Bakgrunnen for å anbefale en utvidelse av målgruppen på sikt, er som nevnt at en kartlegging av helsetilstand tidlig i et barnevernsforløp kan bidra til å unngå at barn lever med ubehandlede helseutfordringer, samt at det kan være viktig informasjon mht. innretning og iverksettelse av tiltak og oppfølging.

Dersom det blir besluttet at barneverntjenesten ikke får plikt til å tilby helsekartlegging, ev at Bufetat ikke får bistandsplikt ved anmodning fra barneverntjenesten, kan modellen fra Stillasbyggernes omtalt under, være hensiktsmessig. Men det bør vurderes nærmere om og ev hvordan helseansvarlige, som ikke er helsepersonell, kan ivareta psykisk helse og rus, seksuell helse, somatisk helse og tannhelse i tilstrekkelig grad.

Pakkeforløpet kan på sikt sikre barn og unge kartlegging og utredning av ev helseutfordringer, samt sikre videre helsehjelp dersom det avdekkes behov for dette. En integrering av helsekartlegging i Pakkeforløpet, bidrar til at vi unngår at barn må vente til vurdering eller beslutning om plassering utenfor hjemmet, før de sikres nødvendig kartlegging og utredning.

En helsekartlegging, uavhengig av tidspunkt, vil innebære at de helseopplysningene som finnes om barnet, og ev foreldre/omsorgspersoner, sammenstilles og behovet for supplerende opplysninger vurderes.

Jf. rapportens vurderinger og anbefalinger bør helsekartlegging resultere i vurderinger og anbefalinger av både somatisk helse, psykisk helse og rus, tannhelse og seksuell helse som kan ha betydning for barnets behov for tiltak og oppfølging videre. Generelt vil de faglige vurderingene og anbefalingene som er knyttet til barn som plasseres utenfor hjemmet også gjelde for andre barn i barnevernet.

Helsekartlegging som ledd i en undersøkelsessak kan få praktiske og økonomiske implikasjoner. Samtidig bør ikke økonomiske forhold bidra til å frata barn som har behov for en helsekartlegging et slikt tilbud, jf. NOU 2012:5 Bedre beskyttelse av barns utvikling.

Målgruppe og formål

Helsedirektoratet anbefaler at helsekartlegging på sikt legges til et tidligere tidspunkt i barnevernsforløpet. Dette innebærer en utvidelse av målgruppen. Formålet vil i hovedsak være det samme for både den opprinnelige

målgruppen og en ev utvidet målgruppe. En tidlig helsekartlegging vil i større grad innfri formålet om å sette barneverntjenesten bedre i stand til å sette inn tiltak som gir barn forsvarlig omsorg og oppfølging. Barn som bor hjemme med barneverntiltak har i stor grad de samme risikofaktorene for helseutfordringer som de barna som flyttes ut av hjemmet.

Tidspunkt

Informasjon om helsekartlegging, gjennomføring og videre oppfølging må settes inn i en sammenheng som fremstår som meningsfull og nyttig for barnet og familien. Helsekartleggingen skal hjelpe barnet og de rundt med å finne gode tiltak. En helsekartlegging på et tidligere tidspunkt, hvor omsorgsplassering ikke er aktualisert som tema, kan oppleves som en tryggere ramme. En tidlig helsekartlegging kan også bidra til at barnet ikke opplever ansvar for en beslutning om omsorgsovertakelse, dersom dette blir aktualisert på et senere tidspunkt.

En tidlig helsekartlegging kan bidra til at barneverntjenesten, men også barnet og foreldre/omsorgspersoner får informasjon om barnets helse, som kan ha stor betydning for hvordan foreldre/omsorgspersoner yter omsorg til barnet. Det vil også gjøre det mulig å iverksette konkrete og målrettede tiltak fra barnevernet tidligere, der det er behov for det, og potensielt bidra til å forhindre en omsorgsovertakelse.

Jf. anbefaling om tidspunkt for helsekartlegging og anbefaling om samtykkebasert helsekartlegging for barn som plasseres utenfor hjemmet, bør det legges til rette for fleksibilitet mht. når det er hensiktsmessig å gjennomføre en helsekartlegging, også i en undersøkelsessak.

Uavhengig av når og hvordan barn og unge kommer inn i barnevernet, bør helsekartlegging tilbys så tidlig som mulig. Dersom tidspunktet for helsekartlegging flyttes til tidlig i undersøkelsessaken, vil bl.a. sped- og småbarn bli en naturlig del av målgruppen, jf. høringsnotatets spørsmål om hvorvidt denne gruppen bør omfattes av helsekartlegging.

Målsetting for Pakkeforløpet

Pakkeforløpet p.t. beskriver ansvar, oppgaver og samarbeid mellom den kommunale barnevernstjenesten, kommunal helse- og omsorgstjeneste og psykisk helsevern for barn og unge. Pakkeforløpet beskriver en systematisk og rutinemessig måte å jobbe på, med formål å sikre kartlegging og utredning av psykisk helse og rus, slik at barnet kan få nødvendig helsehjelp ved behov. Kriterier for igangsetting av Pakkeforløpet p.t. følger under.

Barnevernstjenesten skal, som en del av sin undersøkelse, innhente informasjon om barnet og familien for å vurdere start av pakkeforløpet. Barnevernstjenesten skal skriftlig dokumentere hvorfor/hvorfor ikke forløpet har startet innen 12 uker etter det er besluttet undersøkelse. Det presiseres at vurdering av igangsetting av Pakkeforløpet skal vurderes så tidlig som mulig i perioden barnevernstjenesten foretar undersøkelse etter barnevernsloven § 4-3, eller når vilkårene er oppfylt også utover undersøkelsessaken der det ikke var grunnlag for oppstart av Pakkeforløpet i løpet av undersøkelsessaken. Dette innebærer at barnevernstjenesten er gitt et ansvar for fortløpende å foreta en vurdering av behovet for kartlegging og utredning av barnets psykiske helse og ev rusproblemer.

Ved en integrering av helsekartlegging, er Helsedirektoratets vurdering at barneverntjenesten bør tilby helsekartlegging i løpet av undersøkelsesperioden. Jf. anbefaling om at helsekartlegging bør være samtykkebasert, er dette et tilbud til barnet og foreldre/omsorgspersoner. Dersom de ikke ønsker en helsekartlegging, kan tilbudet gjentas i løpet av undersøkelsessaken, dersom det vurderes som aktuelt. Ev kan en helsekartlegging utebli eller gjennomføres i forbindelse med en plassering utenfor hjemmet, dersom det blir aktuelt.

Det ligger også i Pakkeforløpet at barn og unge skal få nødvendig helsehjelp (behandling og oppfølging) når det gjennom kartlegging og utredning avdekkes behov for dette. Ved integrering av helsekartlegging i Pakkeforløpet, bør helsekartlegging ha tilsvarende formål.

Beskrivelsen av Pakkeforløpet under tar utgangspunkt i Pakkeforløpet p.t., som omhandler psykisk helse og rus. Noen av beskrivelsene under kan endre seg i forbindelse med utvidelse med somatisk helse, tannhelse og seksuell og reproduktiv helse.

Pakkeforløpet sikrer nødvendig samarbeid mellom helse- og barnevernstjenester, og ivaretar samarbeid mellom de ulike nivåene i, både innen helse og barnevern. Ansvars- og oppgavedeling tydeliggjøres i et standardisert forløp.

Pakkeforløpet starter når barnevernstjenesten vurderer at ett eller flere av disse kriteriene er til stede:

- *Barnet ønsker hjelp for sine psykiske vansker eller rusmiddelproblemer, og/eller når foreldre/omsorgspersoner ønsker at barnet skal få hjelp for sine psykiske vansker eller rusmiddelproblemer.*
- *Akutte symptomer på psykiske vansker eller lidelser.*
- *Barnevernstjenesten vurderer at det er behov for at helsetjenesten kartlegger barnets behov for psykisk helsehjelp eller rusmiddelproblemer.*
- *Når bekymringsmeldingen til barnevernstjenesten kommer fra helsetjenesten, er det ofte grunnlag for å starte forløpet.*

Det er vesentlig at informasjon og vurderinger som allerede er innhentet og utarbeidet, legges til grunn for vurdering av behov for ytterligere undersøkelser. Dette er i samsvar med anbefalinger om første fase i en helsekartlegging.

Det understrekes også at Pakkeforløpet skal reaktiveres dersom behov for psykisk helsehjelp oppstår på et senere tidspunkt. Barneverntjenesten skal starte Pakkeforløpet, også utover undersøkelsessaken, der det er indikasjon på at barnet eller ungdommen kan ha behov for psykisk helsehjelp. Hvis barnet bor i barnevernsinstitusjon eller fosterhjem, bør barnevernsinstitusjonen eller fosterhjemmet kontakte den kommunale barnevernstjenesten for å ta initiativ til å starte eller reaktivere Pakkeforløpet ved behov.

Stillasbyggerne

Stillasbyggerne ved Ahus gjør i dag en helhetlig vurdering av helse- og omsorgsbehovene til barn som er plassert utenfor hjemmet, som grunnlag for sitt videre arbeid. De anbefaler at helsekartlegging gjøres på et tidligere tidspunkt og skisserer en modell for helsekartlegging som del av Pakkeforløpet.

Modellen legger til grunn at Pakkeforløpet starter når undersøkelsessak åpnes i barneverntjenesten. Videre ser de for seg at det etableres en funksjon som helseansvarlig i barneverntjenesten, tilsvarende det som finnes i barneverninstitusjoner.

Helseansvarlig er sammen med saksbehandler/kontaktperson og teamleder eller tilsvarende funksjon med fagansvar ansvarlig for innhenting av opplysninger, særlig i undersøkelsesfasen. Stillasbyggernes erfaring er at det finnes mye informasjon, men at det er behov for å samle og analysere informasjonen og nedtegne det i en rapport.

Helseansvarlig vil, sammen med leder ha ansvar for å bistå saksbehandler/kontaktpersoner med å analysere dokumentasjon og skrive oppsummeringsrapporter. Helseansvarlig kan bistå kontaktperson med å identifisere og vurdere sentrale kriterier i ulike helseopplysninger.

For at funksjonen helseansvarlig skal lykkes, vil det være behov for kompetanseheving på hvordan relevant og nødvendig informasjon kan innhentes. Stillasbyggerne kan på forespørsel bidra med veiledning og implementeringsstøtte via et planlagt kompetansesenter, men dette er ikke ferdig utviklet ennå. Det er også viktig å understreke at det ofte finnes kompetanse i kommunen og blant (tidligere) samarbeidspartnere til å bistå i dette arbeidet.

Hvem som vil være informanter i Stillasbyggernes helsekartlegginger vil variere, men et minimum er de som er i Gruppe 1. Ved behov benyttes også informanter fra Gruppe 2. Deretter gjøres det en vurdering av om denne kartleggingen gir tilstrekkelig informasjon eller om det er behov for ytterligere undersøkelser.

Gruppe 1	Gruppe 2
• Barnet • Helsestasjons- og skolehelsetjenesten • Fastlege • Tannhelsetjeneste • Barnehage/skole • Foreldre/omsorgspersoner	• Annet nettverk • Fritidsarenaer • Spesialisthelsetjeneste • PPT • NAV

Helsedirektoratet har vært i dialog med Stillasbyggerne underveis i prosessen og de har også deltatt i referansegruppen. Helsedirektoratets vurdering er at Stillasbyggerne sitt forslag til hvordan helsekartlegging kan integreres i Pakkeforløpet, i stor grad samsvarer med direktoratets anbefaling.

Dersom det blir besluttet at barneverntjenesten ikke får plikt til å tilby helsekartlegging, ev at Bufetat ikke får plikt til å bistå ved anmodning fra barneverntjenesten, vil som nevnt Stillasbyggernes modell være en god løsning for å sikre at helseopplysninger analyseres og sammenstilles for alle barn i barnevernet.

Helsedirektoratet ser imidlertid at det er en risiko ved at helseansvarlige ikke er helsepersonell og dermed ikke vil ha forutsetninger for å avdekke endel helseutfordringer når det gjelder psykisk helse og rus, seksuell helse, somatisk helse og tannhelse. Det bør derfor vurderes nærmere hvordan dette best mulig kan ivaretas i modellen deres.

Vedlegg

[Vedlegg 1: Kunnskapsoppsummering fra NKVTS](#)

[Vedlegg 2: Deltakerliste arbeids- og referansegruppe](#)

[Vedlegg 3: Protokoll for tverrfaglig helsekartlegging: Samlet oversikt over mal for innhenting av opplysninger, retningslinjer for gjennomføring og relevante kartleggingsverktøy](#)

[Vedlegg 4: Veiledende mal for oppbygging av rapport etter tverrfaglig helsekartlegging](#)

