

Medisinske undersøkelser ved Statens barnehus – utfordringer og anbefalinger

Først publisert: 28.10.2022

Sist faglig oppdatert: 28.10.2022



Innhold

1. Sammendrag	3
2. Bakgrunn for rapporten	5
3. Metodisk tilnærming	9
4. Hva er hovedutfordringene? ...	12
5. Rettslige spørsmål	18
6. Anbefalte tiltak	22
7. Situasjonen i andre land	31
8. Veien videre	33
9. Referanser	34
10. Lover og forskrifter	35

Sammendrag

Helsedirektoratet fikk i 2021 i oppdrag å vurdere hvordan flere barn hvor det mistenkes vold/overgrep skal bli medisinsk undersøkt som anbefalt i nasjonale retningslinjer, herunder vurdere mulige oppfølgende tiltak. Helsedirektoratet har derfor gjennomført et innsiktsarbeid med bred kartlegging av dagens tilbud om medisinske undersøkelser, det vil si både klinisk rettsmedisinske undersøkelser (heretter KRMU) og ordinære medisinske undersøkelser (heretter MU) ved Statens barnehus i Norge. Rapporten ser også på hvordan medisinske undersøkelser organiseres og tilbys i dag. Dette innsiktsarbeidet har vært nødvendig for å belyse mulige årsaker til at det utføres få medisinske undersøkelser, som igjen gir mulighet til å foreslå konkrete tiltak til forbedring.

Innsiktsarbeidet har vist at det er flere årsaker til at det gjennomføres få medisinske undersøkelser i barnehusene, og disse beskrives som utfordringer i denne rapporten.

Den største utfordringen er at straffesaken dominerer tilbudet ved barnehuset, noe som utfordrer intensjonen til barnehuset som et tverrfaglig enhetlig tilbud til barnets beste. En annen stor utfordring er at det ikke finnes rutiner for bestilling, organisering av MU ved barnehusene og en plan for oppfølging av barnet etter MU. Noe av forklaringen på dette er at det er rettslige uklårheter knyttet til bl.a. henvisning, samtykke og deling av opplysninger. Videre er det stor variasjon i tilgjengelighet og tilstedeværelse av kompetent helsepersonell på barnehusene, og det er utilfredsstillende fasiliteter og utstyr til medisinske undersøkelser inkludert IT-utstyr, ved flere barnehus. Mangelfull tverrfaglig samhandling, som ofte er forårsaket av ressursmangel og høyt arbeidspress, fører til varierende kunnskap om hverandres fagfelt, blant de som jobber inn på Statens barnehus. Innsiktsarbeidet har også vist at medisinsk undersøkelse sjeldnere blir begjært hvis påtalemyndighetene ikke har nok kunnskap om hva en slik undersøkelse kan avdekke. Logistikk knyttet til lang reisevei for barna fremkommer også som en utfordring. Det er også et behov for et bedre system for kvalitetsforbedring av medisinske undersøkelser i Statens barnehus, samt system for å fremskaffe et bedre kunnskapsgrunnlag om hvordan det medisinske tilbudet fungerer i barnehusmodellen.

Utfordringene er sammensatte og Helsedirektoratet mener at de må ses på hver for seg og helhetlig for å finne gode løsninger. Noen av utfordringene krever en rettslig vurdering, og de sentrale rettslige spørsmålene er omtalt i kapittel 4.

På bakgrunn av utfordringene som er beskrevet i rapporten har Helsedirektoratet anbefalt tiltak for at det kan gjennomføres flere medisinske undersøkelser, både KRMU og MU, i Statens barnehus.

Tiltakene som anbefales er satt i prioritert rekkefølge:

1. Styrke tverrdepartemental styring av barnehusene
2. helsepersonell må involveres i planlegging av saken
3. sikre en rutine for tilbud om MU
4. sikre at det er tilstrekkelig og tilgjengelig helsepersonell med riktig kompetanse på barnehuset
5. kompetanseheving og fagutvikling i sosialpediatri
6. tilrettelegging for tverrfaglig samarbeid
7. sikre system for kunnskapsoppbygging og kvalitetsforbedring
8. sikre tilfredsstillende fasiliteter og utstyr
9. forbedre logistikken der barna har lang reisevei

Hvert av de nevnte tiltakene er beskrevet i kapittel 5 med omtale av tiltaket, hva slags effekt de forventes å gi samt forutsetninger for at tiltaket kan gjennomføres.

I kapittel 6 omtales organisering av medisinske undersøkelser ved noen utenlandske barnehus. Kapittel 7 beskriver forslag til veien videre.

Bakgrunn for rapporten

1.1

Oppdraget og avgrensninger

Helsedirektoratet fikk i Tildelingsbrevet 2021 følgende oppdrag:

TB2021-30: Helsedirektoratet skal vurdere hvordan flere barn hvor det mistenkes vold/overgrep skal bli medisinsk undersøkt som anbefalt i nasjonale retningslinjer, herunder vurdere mulige oppfølgende tiltak. Det vises også til arbeid med revisjon av felles nasjonal retningslinje for statens barnehus.

Begrepet *medisinske undersøkelser* vil i denne rapporten omfatte både ordinære medisinske undersøkelser av barn (heretter MU) som gjennomføres med et helsemessig formål, og klinisk rettsmedisinske undersøkelser av barn (heretter KRMU), som gjennomføres med et strafferettslig formål på anmodning fra påtalemyndighetene i politiet. Alle medisinske undersøkelser av barn og unge mistenkt utsatt for vold, overgrep eller omsorgssvikt anbefales gjennomført som en sosialpediatrisk undersøkelse (Helsedirektoratet, 2019).

Det legges til grunn at "nasjonale retningslinjer" i oppdragsteksten viser til ["Felles retningslinjer for Statens barnehus" \(2016\)](#) (heretter Felles retningslinjer) og ["Nasjonale faglige råd for medisinske undersøkelser i Statens barnehus" \(2019\)](#) (heretter Faglige råd).

Anbefalingene det vises til i oppdragsteksten anses å gjelde medisinske undersøkelser i Statens barnehus. Ansvaret for tilbudet om medisinske undersøkelser til barn utsatt for vold og overgrep ligger til de regionale helseforetakene (RHF) og er del av spesialisthelsetjenesten. I Statens barnehus foretas planlagte medisinske undersøkelser av barn som er mistenkt utsatt for vold eller overgrep eller har vært vitne til vold og overgrep, der saken er anmeldt og det er besluttet tilrettelagt avhør (heretter TA). De akutte medisinske undersøkelsene av barn skal hovedsakelig utføres ved landets barne- og ungdomsklinikker (BUK) i sykehus. I tillegg kan barn fra 16 år (noen steder fra 14 år) tilbys undersøkelse etter seksuelle overgrep ved overgrepsmottak for voksne (Helsedirektoratet, 2021).

Mandatet til dette oppdraget er begrenset til barn, nærmere definert som personer under 18 år, jf. FNs Barnekonvensjon artikkel 1, og omfatter derfor ikke sårbare voksne selv om disse også er i barnehusets målgruppe. Klinisk rettsodontologisk og ordinære tannlegeundersøkelser eller klinisk rettspsykiatriske og ordinære psykisk helse undersøkelser av barn på barnehuset vurderes heller ikke å være en del av mandatet til dette oppdraget, er derfor ikke vurdert og blir heller ikke omtalt nærmere. I oppdragsteksten vises det til revisjon av Felles retningslinjer, og Helsedirektoratet vil løfte overnevnte temaer, roller og oppgaver inn i arbeidet med revisjonen.

På bakgrunn av nevnte oppdrag har Helsedirektoratet gjennomført et innsiktsarbeid med bred kartlegging av dagens tilbud om medisinske undersøkelser ved Statens barnehus i Norge, både KRMU og MU, herunder hvordan de organiseres og tilbys i dag. Dette innsiktsarbeidet har vært nødvendig for å belyse mulige årsaker til at det utføres få medisinske undersøkelser, da særlig MU, som igjen gir mulighet til å

foreslå konkrete tiltak til forbedring. Rapporten beskriver hovedutfordringene som er blitt synlige i innsiktsarbeidet og gir anbefalinger om tiltak å forbedre nåværende tilbud og tilrettelegge for at det kan gjennomføres flere medisinske undersøkelser.

1.2

Hva er bakgrunnen for oppdraget?

Barn og unge som har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt har betydelig risiko for å utvikle helseskader, sykdommer av psykisk og fysisk art, negativ utvikling av sosiale relasjoner, rusproblemer og en rekke andre problemer. Slike helseskader utvikles ofte i barne- og ungdomsalder, og den enkelte kan ta det med seg inn i voksen alder (Felitti et al., 1998; Rueness, Augusti, Strøm, Wentzel-Larsen, & Myhre, 2020; Aakvaag & Strøm, 2019).

Den medisinske undersøkelsen av barn og unge mistenkt utsatt for vold og overgrep har et viktig helsemessig formål gjennom å utrede symptomer, påvise sykdom og eventuelt henvise til helsemessig oppfølging og behandling (Helsedirektoratet 2019). Det er særlig viktig å kartlegge tegn og symptomer på tilstander som kan bidra til utvikling av helseskader, for tidlig å kunne sette inn tiltak for å redusere eller stoppe en mulig skadeutvikling (Helsedirektoratet 2019). Medisinsk undersøkelse kan også avdekke helseproblemer som tidligere ikke var kjent og som det er gunstig at barnet får oppfølging og behandling for (Hafstad, 2021).

Kvalitetsregisteret i sosialpediatri ved St. Olavs hospital inkluderer data fra alle barn som gjennomgår sosialpediatrisk undersøkelse ved Barne- og ungdomsklinikken St. Olavs hospital og Statens Barnehus Trondheim, etter mistanke om at barnet er utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt. Upubliserte data fra dette registeret i perioden 2016-2020 viser at det ble funnet skader relatert til mistenkt forhold hos rundt 20% av barna, gjort funn relatert til somatisk sykdom hos 13% av barna og andre helseplager som ikke var relatert til mistenkt forhold hos 37% av barna. Totalt 69 % av barna fikk initiert en helsemessig oppfølging som resultat av en sosialpediatrisk undersøkelse (Hafstad, 2021).

I tillegg kan den medisinske undersøkelsen ha et rettslig formål. Da begjæres en KRMU for å undersøke barnet for tegn på vold og overgrep, beskrive og dokumentere eventuelle skader, og å vurdere om skaden kan passe med hendelsesforløpet. Anbefalinger om medisinske undersøkelser på Statens barnehus er nærmere beskrevet i Faglige råd.

Til tross for at Felles retningslinjer fastslår at alle fornærmede som er utsatt for vold eller overgrep skal tilbys medisinsk undersøkelse ved Statens barnehus, viser Politiets årsrapporter om Statens barnehus til stadighet lave tall på gjennomførte medisinske undersøkelser, både KRMU og MU. I tabell 1 fremkommer at omtrent 8 av 10 barn som har vært til TA ikke får utført medisinsk undersøkelse på Statens barnehus. I tillegg fremkommer at det utføres svært få MU. Årsrapportene viser dessuten at det er stor variasjon mellom barnehusene i antall utførte medisinske undersøkelser (Politidirektoratet, 2019, 2020, 2021).

Tabell 1. Antall tilrettelagte avhør, klinisk rettsmedisinske undersøkelser og medisinske undersøkelser i Statens barnehus årene 2018, 2019 og 2020. Tallene fra 2020 kan være påvirket av pandemien. (Politidirektoratet, 2019, 2020, 2021).

	2018	2019	2020
Antall TA	5666	5123	5128
Antall KRMU	1286	1151	1009
Antall MU	49	61	51

Totalt KRMU + MU	1335	1212	1060
% KRMU av TA	22,7 %	22,5 %	19,7 %
% MU av TA	0,9 %	1,2 %	1,0 %
% KRMU + MU av TA	23,6 %	23,7 %	20,7 %

RHFene skal i henhold til oppdragsdokument fra 2017 bygge opp tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å tilby alle barn som avhøres ved Statens barnehus en MU eller en KRMU.

Helse- og omsorgsdepartementet ba i epost av 28. januar 2020 om en redegjørelse fra RHFene om årsaker til manglende tilbud av medisinske undersøkelser ved barnehusene. Kort oppsummert rapporterte RHFene følgende hovedutfordringer:

- Avstander
- Ressurser
- Logistikk og organisering av arbeidsflyt
- Uklarhet knyttet til samtykke, henvisning, vergens rolle og dokumentasjon
- Juridiske utfordringer, herunder deling av informasjon
- Politiets behov styrer, medisinsk undersøkelse besluttet kun ved rettsmedisinske behov

RHFene meldte også om at det forekommer tilfeller hvor medisinsk undersøkelse ikke blir tilbudt etter en konkret vurdering, ettersom barnet eksempelvis allerede kan ha fått en undersøkelse annet sted, kan være utenfor målgruppen eller hendelsen har skjedd langt tilbake i tid. Disse detaljene om saken fremkommer dessverre ikke i årsrapportene fra Statens barnehus, og enkelte detaljer om saken og barnet registreres heller ikke av barnehuset.

Innsiktsarbeidet ser nærmere på de utfordringene som RHFene allerede har påpekt i sine redegjørelser. Dette for å finne nærmere forklaring på hvorfor medisinske undersøkelser i liten grad tilbys og gjennomføres ved Statens barnehus, for kunne å vurdere oppfølgende tiltak.

1.3

NOVA rapport nr. 12/21

Samtidig med innsiktsarbeidet til denne rapporten publiserte NOVA sin andre nasjonale evaluering av Statens barnehus i Norge (Bakketeig, Stefansen, Andersen, & Gundersen, 2021) (heretter NOVA-rapporten). Evalueringen belyser hvordan dagens barnehus fungerer i forhold til deres mandat og nasjonale føringer, og undersøker hvordan barnehusmodellen har utviklet seg siden forrige evaluering i 2012. NOVA har gjennomført spørreundersøkelser, blant annet med helsepersonellet som utfører medisinske undersøkelser på barnehusene, gjennomgått dokumenter, rapporter og referater og hatt møter med andre relevante aktører ved barnehusene.

NOVA konkluderer med at mye fungerer godt ved barnehusene, men at "oppfølgingsarbeidet og fagutvikling har vanskelige vilkår ved noen barnehus, og den medisinske fagkompetansen fremstår generelt som lite integrert" (Bakketeig et al., 2021 s. 11). NOVA-rapporten belyser flere av de samme utfordringene som fremkommer i innsiktsarbeidet til denne rapporten, og foreslår tiltak som delvis overlapper med våre foreslåtte tiltak. Kapittel 6 i NOVA-rapporten omhandler medisinske undersøkelser særskilt, og der løftes blant annet behovet for økt kapasitet av sosialpediatere, etablering av en fast rutine der helsetjenesten v/sosialpediater deltar i samrådsmøte og konsulteres i spørsmålet om det skal

gjennomføres KRMU i den enkelte sak, behov for kvalitetsforbedring av mandatene fra politi om klinisk rettsmedisinsk undersøkelser og mer. Vi vil referere til NOVA sine funn og forslag til tiltak videre i denne rapporten, der det er relevant.

1.4

Tilgrensende arbeid

Følgende normerende produkter og oppdrag er relevant for dette arbeidet:

Produkter og oppdrag	Ansvarlig	Leveranse
Felles retningslinje for Statens barnehus	POD	2016
Revisjon av Felles retningslinjer for Statens barnehus	POD, Bufdir, Hdir	Kommer
Nasjonale faglige råd - Statens barnehus - medisinske undersøkelser	Helsedirektoratet	2019
Tverrfaglig helsekartlegging av barn i barnevernet	Bufdir, Helsedirektoratet	2023
Utvidelse av pakkeforløp barn i barnevernet med somatisk helse, tannhelse og seksuell helse	Helsedirektoratet, Bufdir	2022
Nasjonal faglig retningslinje for kompetanse og kvalitet i overgrepsmottak	Helsedirektoratet	2021
Akuttveileder pediatri	Norsk barnelegeforening, Den norske legeforening	1998, oppdateres fortløpende
Generell veileder pediatri	Norsk barnelegeforening, Den norske legeforening	2006, oppdateres fortløpende
Evaluerings av Statens barnehus (NOVA-rapporten)	POD	2022
Etablering av nytt barnehus i Nord-Norge (samisk barnehus)	JD	Pågående

Metodisk tilnærming

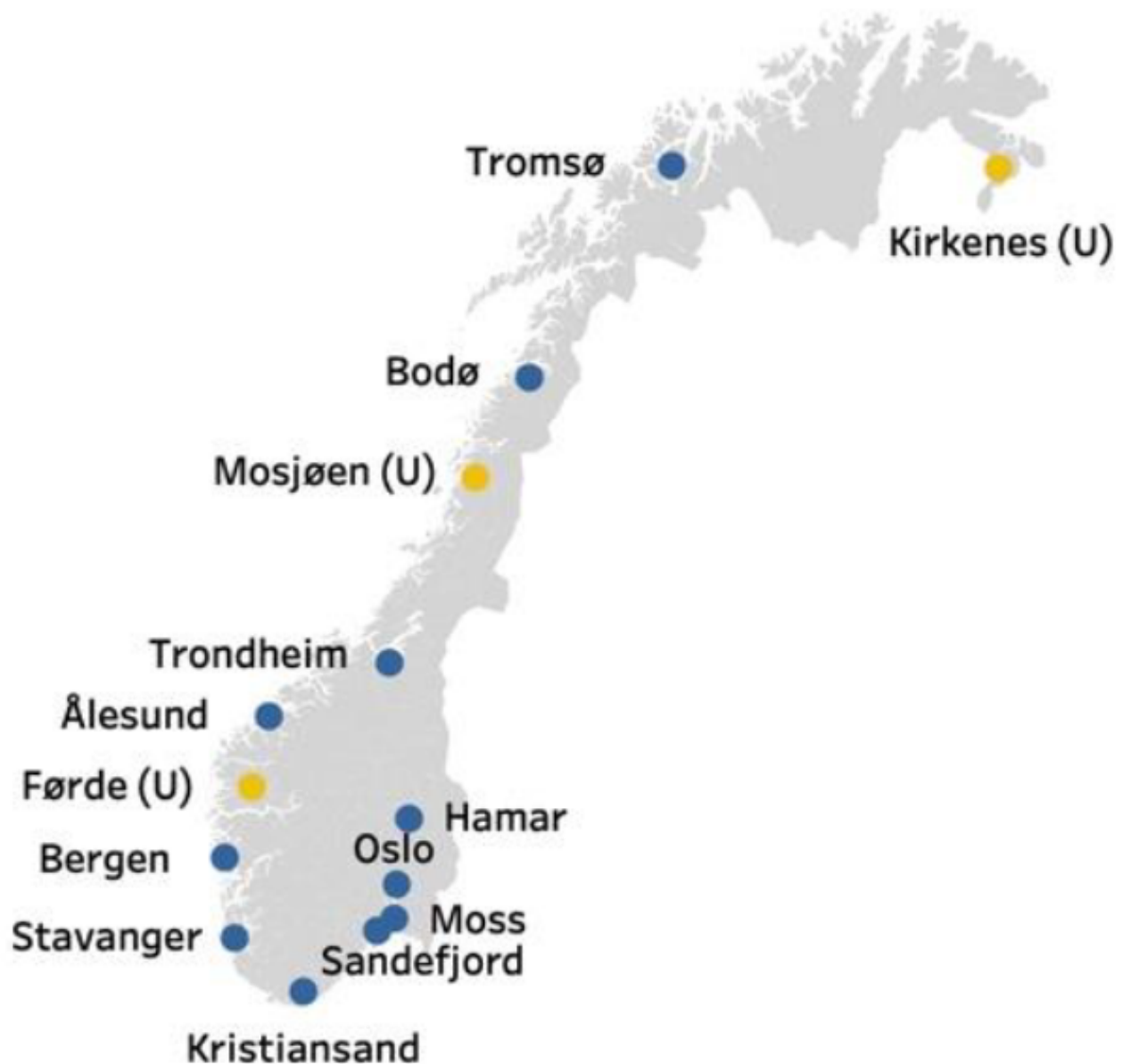
En forutsetning for å besvare oppdraget er god innsikt i nå-situasjonen og utfordringsbildet. Vi har derfor gjennomført et innsiktsarbeid for å innhente erfaringer om medisinske undersøkelser.

Spørreundersøkelse og dialogmøte med helsepersonell fra helseforetakene: Januar 2021 ble det gjennomført et dialogmøte hvor alle helseforetakene var invitert til å delta med helsepersonell, lege og sykepleier som jobber med medisinske undersøkelser på Statens barnehus. Deltakerne besvarte i forkant av møtet en questback-undersøkelse som inneholdt spørsmål om blant annet organisering, kompetanse, kapasitet og samarbeid vedrørende medisinske undersøkelser i barnehusene. Formålet var å få innsikt i utfordringene knyttet til organisering og gjennomføring av medisinske undersøkelser på barnehusene.

Fokusgruppemøter med alle barnehusene i Norge: I januar 2022 ble det gjennomført digitale møter med alle Statens barnehus, totalt 11 møter. Deltagere i møtet var representanter fra Statens barnehus, leder og en rådgiver. Representanter fra underavdelinger deltok sammen med ansvarlig barnehus. Videre deltok en representant fra barnevernet, helsepersonell fra helseforetakene, ofte sosialpediater og sykepleier med sosialpediatrisk kompetanse. Minst en påtalejurist fra politiet deltok, og på noen møter var også tannleger til stede. Fokus for møtene var å få en diskusjon rundt spørsmålene:

- Hvorfor gjennomføres det så få MU/KRMU på barnehuset?
- Hva må endres for at det skal gjennomføres flere medisinske undersøkelser ved barnehuset?

Formålet var å få bedre forståelse av problematikken rundt MU/KRMU. En sekundær gevinst var å få samlet de ulike fagpersonene som jobber inn mot barna og medisinske undersøkelser ved barnehusene. Helsedirektoratet, som møtearrangør, fikk overvære samtalerne dem imellom. Fordelene ved fokusgruppemøter/intervjuer er nettopp å få informasjon gjennom samtaler mellom møtedeltagerne, og det er en velegnet metode for å finne forbedringsområder (Helsebiblioteket, 2019).



Figur 1. Geografisk plassering. Figur fra NOVA-evaluering av Statens barnehus 2021 (Bakketeig et al., 2021).

Innsiktsmøter med andre statlige aktører som er involvert i samarbeidet ved Statens barnehus: For å få en bred forståelse av det tverrfaglige samarbeidet på Statens barnehus ble det gjennomført innsiktsmøter med flere av aktørene, blant annet møte med representanter for påtalemyndighetene, Barne-, ungdoms- og familie direktoratet (heretter Bufdir) og barnevernet. Temaet for disse møtene var samarbeid rundt medisinske undersøkelser ved barnehusene.

Spørreundersøkelse og møter med utenlandske barnehus: Høsten 2021 og vinteren 2022 ble det gjennomført flere intervjuer med representanter fra barnehus i Nederland, Danmark, Sverige, Tyskland, Island, New Zealand og USA (California, Oregon, Texas og Tennessee) for å få innsikt i hvordan disse landene organiserer arbeidet med medisinske undersøkelser i sine barnehus. I tillegg ble det gjennomført møter med [Barnehus Promise](#) i Sverige og [The National Children's Alliance](#) i Washington D.C., i tillegg til noen europeiske og amerikanske frivillige organisasjoner. Fokuset i de møtene var å få bedre innsikt i hva som er viktige internasjonale perspektiver i arbeidet med medisinske undersøkelser. I tillegg var det ønskelig å lære av gode eksempler fra andre land om det medisinske tilbudet ved barnehuset og den medisinske oppfølgingen som blir gitt når det mistenkes at barn er utsatt for vold og overgrep.

Hva er hovedutfordringene?

I de neste avsnittene oppsummeres hovedutfordringene som er avdekket gjennom innsiktsarbeidet.

3.1

Straffesaken prioriteres

Gjennom innsiktsarbeidet er det blitt tydelig at straffesaken dominerer tilbudet ved barnehuset og at politiet styrer sakene etter sin sektors mål. Når ressurser og tid er knappe prioriteres de lovpålagte oppgavene knyttet til straffesaken. Dette utfordrer intensjonen bak barnehuset som et tverrfaglig enhetlig tilbud til barnets beste. Dette støttes av funn fra NOVA-rapporten, og NOVA beskriver den nåværende norske barnehusmodellen som en avgrenset og ubalansert modell. Ifølge NOVA strider denne smale modellen "mot internasjonale retningslinjer for barnevennlige rettsprosesser som norske myndigheter er forpliktet til å følge" (Bakketeig et al., 2021 s. 11).

Helsepersonell i vårt materiale opplever å være lite involvert og lite integrert i tilbudet ved barnehuset, og de medisinske undersøkelsene er i dag en underordnet del av tilbudet. Helsepersonell som jobber i barnehuset forteller om en opplevelse av kun å bidra på bestilling fra politiet inn i straffesaken. I tillegg til de strukturelle rammene som bidrar til denne arbeidsmetoden (ressurser, regelverk, sektorforankring mv.), oppgis det nærmest å ha blitt en kultur for at hver sak følger en "stafettpinneprosess", hvor saken er enten "deres" eller "vår"; alltid politiet først, deretter barnevern eller helse hvis tiden tillater det. Arbeidet på barnehuset framstår med andre ord ikke som en helhetlig prosess hvor alle sektorene er likeverdige parter med barnets beste som et felles mål for saken.

Helsepersonell forteller også at de kommer sent inn i sakene, har ofte lite eller ingen tilgang til helseopplysninger om barnet og involveres ikke i planleggingen av saken. Dette skaper lite forutsigbarhet for helsepersonellet. Begrenset informasjon om barnet gjør det samtidig vanskeligere å utføre medisinske undersøkelser av god kvalitet. Dette påvirker den videre oppfølging av barnet og saken.

Denne straffesaksdominansen gjenspeiles også i departementenes involvering i og prioritering av arbeidet med barnehusene. Ifølge NOVA-rapporten er det behov for å styrke den tverrgående styringen av barnehusene både på departements- og direktoratsnivå for å motvirke ubalansen i barnehusmodellen (Bakketeig et al., 2021, s.11).

Kort oppsummert:

- Straffesaken prioriteres foran den medisinske undersøkelsen og oppfølgingen
- helse deltar ikke i vurderingen av om KRMU eller MU skal gjennomføres
- helse blir sent og lite involvert i saken
- helse har sjelden tilgang til barnet helseopplysninger
- helse får sjelden informasjon om videre gang i saken etter en KRMU/MU.

3.2

Barnehusene mangler rutiner for gjennomføring av MU

Tilbudet om medisinsk undersøkelse i barnehus er i all hovedsak begrenset til KRMU på oppdrag fra påtalemyndigheten. Dersom politiet ikke begjærer en KRMU, finnes det ingen standardrutiner eller prosesser for å tilby barna en MU. Dette inkluderer rutiner for bestilling og organisering av MU og en plan for oppfølging av barnet etter en MU. Årsakene til manglende rutiner oppgis blant annet å være uklarheter knyttet til:

- Hvem som kan henvise til en MU. Ved flere barnehus mener ansatte at de ikke har "juridisk grunnlag" for å bestille MU i de saker der det ikke tas KRMU.
- Hvem som kan samtykke til en MU der barnet er under 16 år og foreldrene ikke kan samtykke på grunn av deres rolle i saken, eller av andre årsaker. Det er en utbredt oppfatning hos de som jobber i barnehusene at den midlertidig oppnevnte vergen ikke kan samtykke til MU.
- Hvordan barnet skal følges opp etter at det er gjennomført en MU. Oppfølging av barnet er noe beskrevet i Faglige råd (Helsedirektoratet, 2019), men det fremkommer at det er vanskelig å implementere disse rådene. I forbindelse med oppfølgingen av barnet er det oppgitt uklarhet knyttet til hvilke parter som skal involveres, hva som kan formidles (taushetsbelagte opplysninger), hvem som er ansvarlig oppfølging og hvordan omsorgspersoner skal involveres.

Se de omtale av nevnte juridiske problemstillinger i kapittel 4.

3.3

Mangler tilgjengelig kompetent helsepersonell på barnehuset

Statens barnehus skal som del av sin virksomhet tilrettelegge for at det kan gjennomføres medisinske undersøkelser der (Helsedirektoratet, 2019). RHFene har i henhold til oppdragsdokument fra 2016 og 2017 ansvaret for at det er tilgjengelig kompetent helsepersonell på barnehusene til å gjennomføre medisinske undersøkelser av barn som er til tilrettelagt avhør på barnehuset.

Innsiktsarbeidet viser at helsepersonellens tilgjengelighet og tilstedeværelse på barnehusene varierer betydelig. Enkelte barnehus driftes med fysisk tilstedeværende helsepersonell hver dag. Flere barnehus driftes uten tilstedeværende helsepersonell store deler av arbeidsuken. Noen barnehus praktiserer at helsepersonell kun tilkalles ved behov. Det meldes samtidig om at lege og sykepleierressursene i slike tilfeller kan bli prioritert til annet arbeid ved sykehuset. Dette kan føre til at helsepersonellene ikke oppleves som tilgjengelige av barnehuset til å utføre medisinske undersøkelser. Barnehusene er normalt ikke åpne på kveldstid, helligdager og i helger. I skoleferier varierer det om helseforetakene kan stille med ressurser i barnehusene, til tross for at barnehusene er åpne og har saker.

Gjennom innsiktsarbeidet formidler flere at de ikke har avsatt tid til kvalitetssikring av sakene gjennom vurdering og drøfting med kompetent kollega, at de ikke får avsatt tid til kurs, konferanser, tverrfaglig samarbeid, hospitering og andre kompetansehevende tiltak. Helsepersonellet etterlyser også mer tid til skriving av erklæringer og annet etterarbeid. Disse funnene gjenfinnes også i NOVA-rapporten. NOVA beskriver mangler i opplæringen av nye leger, supervisjon av uerfarne leger, kvalitetssikringssystemer og for lite ressurser satt av til arbeidet i barnehus og rapportskriving (Bakketeig et al., 2021 s. 18). Manglende

kompetanse kan redusere kvaliteten på de rettsmedisinske vurderingene, som igjen kan redusere nytten av KRMU for straffesaken og rettsikkerheten til barnet. Lavt antall medisinske undersøkelser, både MU og KRMU, gjør også at mengdetreningen blir liten, og det tar lengre tid å bygge opp kompetanse.

Kort oppsummert:

- Helseforetakene setter ikke av nok ressurser, eventuelt har ikke tilgang på nok kvalifisert personell, til å kunne tilby medisinske undersøkelser ved barnehusene i det omfanget det er behov for
- helsepersonell er ikke eller lite fysisk til stede på barnehuset
- behov for økt opplæring og kompetanseheving hos helsepersonell
- mangler tid til etterarbeid, tverrfaglig samarbeid og kvalitetssikring

3.4

Utilfredsstillende fasiliteter og utstyr til medisinske undersøkelser, inkludert IT-utstyr

I fokusgruppemøtene og questbackundersøkelsen kom det frem at medisinske undersøkelser flere steder ble utført i mindre egnede lokaler, en del hadde utfordringer knyttet til IT-systemene og mangel på tilgang til pasientjournalssystem og internett. Mangel på videokonferansemulighet til fagmiljøet på sykehuset ble også løftet. Det ble også påpekt at det manglet et egnet sted å jobbe med skrivearbeid. Disse faktorene gjorde at flere leger ikke var til stede på barnehuset utenom avtalt tid for KRMU/MU. Personvernmessige utfordringer knyttet til hvor bilder/video fra undersøkelsen skal lagres har også blitt trukket frem.

Flere barnehus har samtidig i dag utnyttet kapasitet med hensyn til fasiliteter, utstyr og helsepersonell, og kunne gjennomført flere medisinske undersøkelser enn de allerede gjør. Ved et barnehus var det etablert to rom for medisinske undersøkelser, som gjorde at to leger og to sykepleiere i perioder var til stede samtidig på barnehuset og utførte medisinske undersøkelser.

Uansett er det behov for å utbedre de nevnte manglene, og det uttrykkes i fokusgruppene en bekymring fra barnehusene om at fasiliteter og utstyr, i tillegg til personell ressurser, vil være flaskehalser dersom tilbudet skal utvides til å gjelde medisinske undersøkelser til alle barn.

Utstyr og fasiliteter er også utfordringer som er beskrevet i NOVA-rapporten. De konkluderer med at det er mangler ved utstyr og fasiliteter "som fører til unødvendig tidsbruk og frustrasjon" (Bakketeig et al., 2021).

3.5

Mangelfull tverrfaglig samhandling på barnehuset

Mangelfull tverrfaglig samhandling på barnehuset er en tydelig utfordring som har fremkommet i all informasjonsinnhenting. Aktører fra innsiktsarbeidet har gitt tilbakemelding om at treenigheten helse, barnevern og politi på overordnet nivå oppleves som lite reell og at dette skaper vanskelig samarbeidsforhold for den enkelte ansatte i sitt daglige arbeid.

I tillegg til at lovpålagte oppgaver i barnehusene prioriteres, har tilbakemeldingene fra innsiktsarbeidet vært at politiet opplever variasjon i egen sektors kompetanse om hva en medisinsk undersøkelse kan avdekke og tilføre av informasjon og støttebevis til straffesaken. Ett eksempel er muligheten for at barnet kan dele

informasjon med helsepersonell om temaer og situasjoner som ikke har fremkommet i TA. Det kom frem i møter med barnehusene at påtalemyndigheten sjelden henviser til en KRMU dersom de mener sannsynligheten for å finne synlige bevis på kroppen er liten, eller barnet ikke snakker om straffbare forhold i det tilrettelagte avhøret. I tillegg virker det å være liten kunnskap om hvor viktig det kan være for barnets fysiske og psykiske helse og for den videre oppfølgingen av barnet å få en medisinsk undersøkelse av sosialpediater.

Helsepersonell oppgir at helse – og barnverntjenesten ofte synes å være viktigere for barnet enn politiet. Dette fordi det ofte ikke forekommer bevis som er relevante for straffesaken, og barnet kanskje ikke tør eller ikke har noe å fortelle om den konkrete saken i TA. Helse kan likevel avdekke varierende grad av omsorgssvikt og andre behov hos barnet, og barneverntjenesten kan blant annet dra hjem til familiene og sørge for at nødvendige tiltak iverksettes for det enkelte barn.

Til tross for at det ved noen barnehus gjennomføres samarbeidsmøter og evalueringsmøter, og arrangeres nasjonale møter og andre arrangementer, oppgis det ofte at slikt tverrfaglig arbeid blir nedprioritert grunnet høyt arbeidspress og ressursmangel.

Den mangelfulle samhandlingen påvirker også barnets mulighet for god oppfølging etter at barnet har vært på barnehuset, enten det gjelder helseoppfølging, oppfølging av barneverntjenesten eller annen oppfølging.

Kort oppsummert:

- det er mangelfullt tverrfaglig samarbeid mellom helse og de andre aktørene på barnehuset
- politiet og påtale har varierende kompetanse om nytten KRMU/MU har for straffesaken og for barnet
- det er satt av lite tid til felles aktiviteter for kompetanseheving og erfaringsutveksling mellom de ulike aktørene på barnehuset

3.6

Logistikkutfordringer knyttet til lang reisevei

Mange steder i landet må barn reise langt for å komme til barnehuset. I tilbakemeldingene fra helseforetakene kommer det frem at det er logistikkutfordringer som gjør det vanskelig å legge til rette for et tilbud om medisinsk undersøkelse til alle barn.

Kort oppsummert:

- Lang reisevei gir ofte barnet mindre tid på barnehuset, og medisinske undersøkelser blir derfor droppet av praktiske årsaker. Det er ofte ikke tid til medisinske undersøkelser etter et tilrettelagt avhør, og det er vanligvis ikke tilgjengelig helsepersonell sent på dagen. Barnet er også ofte slitent etter en lang dag med reise og avhør.
- Organisering av en ny tur til barnehuset (alternativt en overnatting) krever tid hos følgepersoner og avklaring om hvem som skal dekke reiseutgifter. Dersom ikke medisinske undersøkelser antas å gi vesentlig informasjon til straffesaken, blir det ofte ikke prioritert.

3.7

Mangler system for kvalitetsforbedring

Innsiktsarbeidet har avdekket at det mangler gode systemer for innhenting og registrering av opplysninger om det medisinske tilbudet til barn og unge utsatt for vold, overgrep og omsorgssvikt, som for eksempel er register. Uten registrerte data om tilbudet er det ikke grunnlag for å vurdere om det har skjedd forbedringer eller ikke. Det gir heller ikke mulighet for å se om og hvordan kvaliteten på tjenestetilbudet utvikler seg over tid, eller om det er store variasjoner i tilbudet rundt om i landet. Systemer for kvalitetsforbedring er nødvendig for å vurdere om nivået på det medisinske tilbudet er godt nok.

Systematisert registrering av sosialpediatrisaker

Det ble i innsiktsarbeidet påpekt at det mangler systematisk registrering av saker fra sosialpediatri, en spesialisert del av barnemedisinen som omfatter helsetjenester til barn utsatt for vold, overgrep og omsorgssvikt. Mangel på system for registrering av slike saker gjør det vanskelig å følge med på kvaliteten i tilbudet, samt hindre uønsket variasjon. Det er etablert et lokalt kvalitetsregister ved St. Olavs hospital i Trondheim, som registrerer helsetilstanden hos alle barn og ungdommer som blir henvist til barne- og ungdomsklinikken for sosialpediatriproblemstillinger og til Statens barnehus. Et slikt kvalitetsregister gir datagrunnlag for å følge med på populasjonen som blir undersøkt og effekten av tilbudet som gis (Hafstad, 2021).

Statistikk og følgeforskning av aktiviteter ved Statens barnehus

Det er gjennomført noen få nasjonale evalueringer av barnehusene, med flere års mellomrom. En utfordring ved disse evalueringene er at de i liten grad har inkludert det medisinske tilbudet, og det er derfor begrenset kunnskap om hvordan det medisinske tilbudet fungerer i barnehusmodellen.

I barnehusenes system for registrering av sakene er det begrenset informasjon om barnet og saken. Eksempelvis vet man lite om utfallet av straffesakene og hvorvidt KRMU/MU kan ha vært nyttig for saken. Nåværende registrering gir derfor for lite data til å gjøre nyttige og nødvendige kvalitetsvurderinger av de medisinske undersøkelsene og av oppfølgingen av barnet.

Det er generelt lite følgeforskning utført på det medisinske tilbudet i barnehusene, og det er i dag utfordrende å gjennomføre følgeforskning på bakgrunn av de begrensede dataene som blir innhentet i barnehusenes registreringssystem. Det er også manglende innsikt i hvilken effekt tilbudet har på barnet og familiene på lang sikt, og hvorvidt de har fått den oppfølgingen de trenger.

NOVA (2021) fant også i sin evaluering at rapportering på oppfølging, behandling og utadrettet virksomhet er mangelfull. Dette resulterer i manglende dokumentasjon av oppfølgingsarbeidet og gjør det vanskelig å følge utvikling over tid og å følge med på uønsket variasjon mellom barnehusene (Bakketeig et al., 2021). I tillegg sender det ifølge NOVA (2021): "et uheldig signal om at oppfølgingsarbeidet ikke er like viktig som arbeidet i straffesakssporet" (Bakketeig et al., 2021 s.15-16).

Forskning

Gjennom innsiktsarbeidet har det fremkommet at det er få studier og derfor behov for mer forskning på helsetjenester til barn og unge utsatt for vold, overgrep og omsorgssvikt. NKVTS (2021) fant at det særlig er få studier om og behov for mere forskning på medisinske undersøkelser i barnehus. De fant samtidig at det er et tydelig behov for informasjonsoverføring mellom tjenestene som faktisk skal behandle barnet for å

sikre at funn fra den medisinske undersøkelsen kommer barnet til gode i form av riktig oppfølging (Hafstad, 2021).

NOVA (2021) har også påpekt behovet for mer grunnleggende forskning i barnehusene, for bedre å forstå barnehusmodellen og dens muligheter og begrensninger (Bakketeig et al., 2021 s.21).

Rettslige spørsmål

En del av utfordringene beskrevet i kap. 3 knytter seg til rettslige forhold, ved at personellet som er involvert i saker på barnehuset er usikre på – og/eller mangler kunnskap om – rettsreglene. Det kan også være et spørsmål om regelverket er tilstrekkelig tilpasset målsetningen om en koordinert og helhetlig ivaretagelse av barna.

Nedenfor omtales de sentrale rettslige spørsmålene i utfordringene som har blitt løftet frem.

4.1

Manglende deltakelse fra helsetjenesten i samråd 1

Som det er redegjort for ovenfor, framstår prosessene på barnehuset som dominert av straffesporet. Et av forholdene som bidrar til dette, er at det fra politi-/påtalelinjens side er lagt til grunn at ikke åpner for at helsetjenesten ikke kan være representert i samråd 1, og heller ikke i eventuelle formøter før samråd 1. Det er blant annet vist til forskrift om tilrettelagt avhør og viktige hensyn i straffesaken. Helsepersonell får dermed ikke delta i planleggingen av saken, eller bidratt med medisinsk kunnskap inn i hva en KRMU vil kunne tilføre straffesaken av viktig informasjon.

Deltakelse i samråd 1 er regulert i forskrift om tilrettelagte avhør § 7 andre ledd, som lyder:

"En ansatt fra barnehuset skal delta på samrådsmøter. Vitnets verge, vitnets bistandsadvokat og barneverntjenesten eller omsorgstjenesten skal gis anledning til å delta på samrådsmøte med mindre sterke grunner taler mot det."

Helsetjenesten er ikke nevnt i bestemmelsen. Når det gjelder omsorgstjenesten, som er nevnt i bestemmelsen, har vi fått opplyst fra politiet at dette er aktuelt i saker der fornærmede ikke er et barn, og da i form av en tjenesteyter fra et bofellesskap e.l. der fornærmede bor.

Vi vurderer at deltakelse fra helsetjenesten i samråd 1 og eventuelle formøter vil legge forholdene vesentlig bedre til rette for at helsesiden kan ivaretas bedre i saken. Helsepersonell vil også kunne ha viktige innspill til de etterforskningskrittene som skal vurderes, herunder spørsmålet om det skal gjennomføres en KRMU.

Vi er kjent med en bekymring fra politi/påtale for at deltakelse fra helsetjenesten i samrådsmøtet kan kompromittere de vurderingene helsepersonellet skal gjøre ved en KRMU. Dette kan imidlertid løses ved at det helsepersonellet som deltar i samrådsmøtet kan være en annen/andre enn den/de som utfører KRMU.

Som beskrevet ovenfor, vil deltakelse fra helsetjenesten i samråd 1 trolig forutsette en endring i forskrift om tilrettelagte avhør.

4.2

Henvisning til medisinsk undersøkelse

Møtene med barnehusene har gitt informasjon om at personellet på barnehusene er usikre på hvem som kan henvise til MU.

I folketrygdloven kap. 5 og poliklinikkforskriften er det regler om hvem som kan henvise til spesialisthelsetjenesten for at det skal kunne kreves hhv. kreve refusjon og kreve egenandel. Ut over dette er det ingen krav om bestemte henvisere til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. MU i barnehussaker godtgjøres etter ISF-regelverket, og enhver på barnehuset kan dermed i teorien henvise til/be om at det gjennomføres en MU.

Det er likevel viktig at barnehuset har rutiner for henvisning til MU, som sikrer at det er gjort en forsvarlig vurdering av spørsmålet. I denne bør inngå retningslinjer for hvem som skal henvise. Det naturlige er at det er en ansatt på barnehuset som henviser til MU, f.eks. barnehusets leder eller en person med et relevant ansvarsområde.

Også barnevernets (evt. omsorgstjenestens) representant inn i barnehussaken vil kunne be om/henvise til MU dersom det følger av barnehusets rutiner. Merk at den medisinske undersøkelsen likevel ikke skjer med hjemmel i barnevernloven, men som del av barnehussaken. Det vil bl.a. si at det må samtykkes til undersøkelsen som beskrevet nedenfor i pkt. 4.3.

4.3

Samtykke til medisinsk undersøkelse

Som beskrevet ovenfor, er det avdekket omfattende usikkerhet i barnehusene mht. hvem kan samtykke til MU der verken barnet selv, foreldrene eller barnevernet kan gjøre dette. Herunder har det framkommet en utbredt oppfatning om at midlertidig oppnevnt verge kun kan samtykke til KRMU.

Midlertidig verge i barnehussaker oppnevnes med hjemmel i vergemålsloven § 16 andre ledd, etter at behov for dette er meldt inn av avhørsleder etter forskrift om tilrettelagte avhør § 3 andre ledd bokstav a. Etter vergemålsloven § 17 andre ledd treffer vergen da de avgjørelser som tilkommer den som har foreldreansvaret, innenfor rammene av mandatet.

Ut fra ordlyden i vergemålsloven, og forarbeidene til denne, vurderes at det kan ligge innenfor midlertidig verges mandat å samtykke til MU. I standardmandatet som brukes av Statsforvalteren i Oslo og Viken i barnehussaker, er samtykke til MU omfattet (i mandatet benevnt som sosialpediatrisk undersøkelse).

Det er behov for at muligheten for midlertidig verge til å samtykke til MU tydeliggjøres i revidert retningslinje. Videre er det behov for at midlertidig verges mandat rutinemessig omfatter samtykke til MU. Helsedirektoratet er kjent med at Statens sivilrettsforvaltning planlegger (eller nylig har startet opp) et arbeid der de vil se på midlertidig verges rolle i forbindelse med tilrettelagte avhør. Målet er å avklare rollen bedre og få likere praksis uavhengig av bosted. Vi har bedt om å bli holdt orientert om – og få gi innspill – til dette arbeidet, og vil legge til rette for at ovenstående blir ivaretatt i prosessen.

Særlig om samtykke til MU på et senere tidspunkt

Dersom foreldrene har den daglige omsorgen for barnet, er det i utgangspunktet foreldrene som skal samtykke til MU. De forhold som gjør at det ikke er mulig å innhente samtykke fra foreldrene for gjennomføring av MU den dagen barnet er på barnehuset, antas sjelden å fortsatt være til stede etter foretatte avhør, der foreldrene (evt. en av foreldrene) er vurdert skikket til fortsatt å ha daglig omsorg for barnet. Det vil da være foreldrene som samtykker til MU for barn under 16 år.

4.4

Deling av taushetsbelagt informasjon

For at det skal kunne skrives en god henvisning til MU, eller mer presist for at den som skal gjennomføre MU får tilgang til nødvendig og relevant informasjon om barnet, dets helsetilstand og saksforholdet for øvrig, kan det være behov for at vedkommende helsepersonell får opplysninger fra f.eks. barnets fastlege, barnevernet og/eller politiet.

Etter helsepersonelloven § 25, jf. § 45, kan de som hhv. skal henvise til – og gjennomføre – MU gis relevante opplysninger om barnet f.eks. fra barnets fastlege, når dette er nødvendige for forsvarlig henvisning til og gjennomføring av MU. Når det gjelder utlevering av opplysninger fra straffesakssporet, har politi og påtalemyndighet etter politiregisterloven § 30, jf. politiregisterloven § 9-6 første ledd nr. 3, adgang til å utlevere taushetsbelagte opplysninger til virksomheter som yter tjenester etter spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven, der dette er nødvendig for en forsvarlig utøvelse av helse- og omsorgstjenestens oppgaver (herunder gjennomføring av MU).

Der barnevernet har overtatt omsorgen, kan barnevernet utgi nødvendige opplysninger om barnets helse mv. til den som skal gjennomføre MU.

Videre kan midlertidig verge samtykke til opphevelse av taushetsplikt i de tilfellene det er behov for det. Dette kan omfattes av vergens mandat som beskrevet i pkt. 4.3 ovenfor.

Den som gjennomfører en MU har taushetsplikt etter helsepersonelloven. Det kan sendes epikrise f.eks. til pasientens fastlege eller andre som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig helsehjelp, jf. helsepersonelloven § 45a. Det foreligger videre opplysningsrett og opplysningsplikt etter bl.a. helsepersonelloven §§ 23, 25, 32 og 33 på vanlig måte, herunder til barneverntjenesten.

Etter dette er det vår vurdering at taushetsplikt ikke skal være til hinder for henvisning til, gjennomføring og evt. oppfølging av MU. Det er imidlertid behov for at regelverket tydeliggjøres i revidert retningslinje, slik at misforståelser eller usikkerhet ikke forhindrer nødvendig informasjonsflyt.

4.5

Avklaring av hvor journal skal skrives og hvor bilder skal lagres

I møtene med barnehusene har det framkommet usikkerhet blant helsepersonell om hvor de skal dokumentere MU, herunder lagre bilder mv.

Helsepersonell som yter helsehjelp har dokumentasjonsplikt. jf. helsepersonelloven § 39. Relevante og nødvendige opplysninger ved gjennomføring av MU, herunder evt. bilder mm, dokumenteres på vanlig måte i pasientjournal etter reglene i helsepersonelloven kap. 8 og pasientjournalforskriften.

Ved KRMU er det lagt til grunn både i Felles retningslinjer og i Faglige råd at undersøkelsen har et "dobbelte formål" ved at den både skal avdekke og dokumentere forhold som er av betydning for straffesaken, og i vareta barnets helsemessige behov. Opplysninger fra undersøkelsen som er nødvendig og relevant for helsehjelpen, jf. pasientjournalforskriften §§ 6 flg., skal dokumenteres i pasientjournalen som beskrevet ovenfor.

Behov for omtale av dokumentasjon og journalføring vil bli tatt med inn i arbeidet med revisjon av felles retningslinje. Se også pkt. 5.8 nedenfor om behov for å sikre tilfredsstillende fasiliteter og utstyr på barnehusene.

Anbefalte tiltak

Basert på utfordringene som er beskrevet i kapittel 3 og gjennomgangen av rettslige spørsmål i kapittel 4 har Helsedirektoratet vurdert hvilke tiltak som kan bidra til at flere barn blir medisinsk undersøkt ved Statens barnehus. I det følgende kapittelet beskrives de anbefalte tiltakene, forventede effekter og forutsetninger. Listen er ikke uttømmende.

5.1

Styrke tverrdepartemental styring av barnehusene

Beskrivelse av tiltak

Intensjonen bak Statens barnehus er et samarbeidsprosjekt mellom tre likeverdige departementer: Barne- og likestillingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, og Justis- og beredskapsdepartementet (Politidirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Helsedirektoratet, 2016). Dagens praksis er en barnehusmodell med forankring i justissektoren og politiet og en tydelig straffesaksdominans. Det forekommer en ubalanse i overordnet styring av barnehusene som må rettes opp.

Helsedirektoratet anbefaler at det etableres en tverrdepartemental styringsgruppe for å bidra til likeverdig aktiv deltakelse i styringen av barnehusene. Målet med en slik styringsgruppe vil være å sikre at alle departementene tar et faglig ansvar for sine sektorområder. Samtidig kan et nærmere samarbeid mellom departementene bidra til å motvirke ubalansen i nåværende barnehusmodell gjennom bedre felles overordnet styring. En slik styringsgruppe må ha et tydelig mandat og medlemmene må ha beslutningsmyndighet. Helsedirektoratet foreslår at sekretariatsfunksjonen går på rundgang mellom departementene.

Helsedirektoratet foreslår videre at det opprettes et saksforberedende organ til styringsgruppen med medlemmer fra relevante direktorater, helseforetak, barnehus, barnevern og politi. Dette organet bør også ledes på rundgang for å bidra til likeverdig engasjement og deltakelse på etatsnivå.

Helsedirektoratets anbefaling om tverrdepartemental styringsgruppe samsvarer delvis med anbefalinger fra NOVA-rapporten (Bakketeig et al., 2021 s. 15). NOVA anbefaler samtidig en endring av Barnehusrådet til et saksforberedende organ. Helsedirektoratet forutsetter at dette betyr en reetablering av Barnehusrådet med nytt mandat. I så tilfelle ønskelig at sekretariatsfunksjonen til Barnehusrådet da endres til å gå på rundgang.

Helsedirektoratet anbefaler at det igangsettes et tverretattlig prosjekt som har til hensikt å vurdere alternative barnehusmodeller. Vurderingen bør inkludere en kartlegging av barnehusmodellene fra andre land. Fra et helsefaglig perspektiv er straffesaksdominansen i barnehusene uheldig for barnet.

Helsedirektoratet vil på nåværende tidspunkt derfor ikke gi sin støtte til NOVA sin konklusjon om fortsatt forankring av barnehuset til justissektoren og politiet (Bakketeig et al., 2021 s. 15), men anbefaler at forankringen utredes.

Effekt av tiltak

- Det tverretatlige samarbeidet styrkes
- ubalansen i dagens barnehusmodell, herunder straffesaksdominansen, motvirkes
- det helse- og sosialfaglige perspektivet løftes.

Forutsetning

- Det settes av nok ressurser i departement og underliggende etater
- det utarbeides mandat til styringsgruppe og saksforberedende organ.

5.2

Helsepersonell må involveres i planlegging av saken

Beskrivelse av tiltak

Kvalifisert helsepersonell har best forutsetning for å vurdere om det skal gjennomføres en medisinsk undersøkelse av barnet. Helsedirektoratet mener derfor at det er nødvendig at helsepersonell, herunder sosialpediater, blir involvert i vurderingen av om det skal gjennomføres KRMU, MU eller ingen medisinsk undersøkelse i hver enkelt sak. Helsepersonell må også delta i samråd 1, som anbefalt i Faglige råd. Dersom det er viktig for straffesporet kan helsepersonell som deltar i samråd 1, eller på annet tidspunkt i planleggingsfasen, være en annen enn den som utfører den medisinske undersøkelsen. NOVA anbefaler liknende tiltak (Bakketeig et al., 2021).

Helsedirektoratet anbefaler

- Sosialpediater involveres i vurderingen av om det skal tilbys KRMU eller MU
- helsepersonell involveres i planlegging av saken, senest samråd 1.

Effekt av tiltak

- Flere barn blir henvist til MU/KRMU
- tydeligere prioritering av hvem som skal til MU/KRMU
- gjensidig forståelse og kompetanse for hverandres fagområder
- helse blir en mer integrert del av barnehuset
- bedre tverrsektoriell og tverrfaglig samhandling.

Forutsetning

- Hvis helsepersonell skal med i samråd 1 forutsetter det, etter det Helsedirektoratet forstår, en endring av forskrift om tilrettelagte avhør. Om de foreslåtte tiltakene i dette punktet også forutsetter endring i annet regelverk som ligger under justis, må vurderes i samråd med POD/JD
- tilstrekkelig bemanning med helsepersonell.

5.3

Sikre en rutine for tilbud om MU

Beskrivelse av tiltak

Helsedirektoratet anbefaler at det utvikles og implementeres en rutine for å tilby MU i barnehusene. Rutinen skal bygge på Nasjonale faglige råd for medisinske undersøkelser ved Statens barnehus (Helsedirektoratet 2019) og aktuelt regelverk, se også kapittel 4. Målet med en slik rutine er å sikre at barnet som ikke er tilbudt en KRMU får et tilbud om MU. I tillegg er det ønskelig å sikre en tydeliggjøring av hvem som har ansvar for de ulike deler av prosessen. Rutinen skal også bidra til et bedre system for oppfølging av barnet.

Det foreslås at rutinen inneholder følgende:

- Hvem har ansvar for at barnet tilbys MU
- hvem kan henvise til MU og hvordan
- hvem kan samtykke til en MU
- rettslig adgang og prosedyre for deling av informasjon mellom helsepersonell og påtalemyndigheten i politiet
- hvor og hvordan opplysninger skal dokumenteres / journalføres
- hvordan barnet sikres oppfølging etter MU, herunder samråd 2.

Effekt av tiltak

- Bidrar til at flere fornærmede barn tilbys MU på barnehuset
- reduserer variasjon i tilbudet mellom barnehusene
- bidrar til at flere barn får oppfølging etter MU
- forutsigbarhet for involverte
- muliggjør implementering av Faglige råd.

Forutsetning

- Avklaring av regelverk og handlingsrom knyttet til samtykke, henvisning, deling av taushetsbelagt informasjon mv., se også kapittel 4
- mandatet til verger må omfatte bl.a. samtykke til MU
- tilstrekkelig med helsepersonell/rom/utstyr
- at personellet har kjennskap til rutinen og er godt informert om lov/forskrift, særlig knyttet til samtykke, henvisning og vergens rolle.

5.4

Sikre at det er tilstrekkelig og tilgjengelig helsepersonell med riktig kompetanse på barnehuset

Beskrivelse av tiltak

For at kapasiteten av medisinske undersøkelser skal kunne økes må helseforetakene sørge for at det er tilstrekkelig med helsepersonell med riktig kompetanse tilgjengelig på barnehuset. Dette forutsetter at det prioriteres av ledelsen.

Det vises til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 3, hvor det framgår at den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter for bl.a. å sikre faglig forsvarlige tjenester.

Det bør vurderes ordninger som gjør at kompetent helsepersonell er tilgjengelig for å gjennomføre medisinske undersøkelser på barnehusene kveldstid, helger og helligdager. Det kan vurderes om dette bør sees i sammenheng med felles vaktordninger med nærliggende BUK, slik at kompetent helsepersonell har ansvar for de akutte medisinske undersøkelser av barn utsatt for vold og seksuelle overgrep på sykehuset og saker på barnehuset.

Innsiktsarbeidet har vist at det er ønskelig med økt fysisk tilstedeværelse av helsepersonellet fra helseforetaket. Økt fysisk tilstedeværelse kan ha positiv effekt på antall medisinske undersøkelser som blir gjennomført og blant annet det tverrfaglige samarbeidet.

Helsedirektoratet foreslår:

- Helseforetakene gjør en behovsanalyse for å vurdere bemanningen som skal til for å sikre et tilbud om medisinsk undersøkelse, inkludert koordinering av saken, til alle barn på barnehuset
- helseforetakene legger en plan for økt rekruttering av barneleger og sykepleiere inn i faste stillinger i sosialpediatri
- helseforetaket tilrettelegger for at helsepersonell kan jobbe fra barnehuset og være mer fysisk til stede
- det vurderes vakt- eller beredskapsordninger for helsepersonell fra sykehuset for å ivareta medisinske undersøkelser knyttet til sakene på barnehusene utenom ordinær åpningstid.

Effekt av tiltak

- Økt kapasitet for MU/KRMU
- sikrer helsepersonell til å utføre MU/KRMU på barnehuset
- økt mulighet for MU/KRMU utenfor ordinær åpningstid
- helse blir en mer integrert og synlig del av barnehuset.

Forutsetning

- Økt rekruttering av helsepersonell til sosialpediatri
- økt fokus på ledelse og lederansvar
- det må avsettes tid og finansiering til kompetansehevede tiltak som kurs, konferanser etc. for barneleger og sykepleiere i relevante fag/tema.

5.5

Kompetanseheving og fagutvikling i sosialpediatri

Beskrivelse av tiltak

Helsedirektoratet foreslår at det settes i gang et arbeid for å bidra til rekruttering og kompetanseheving for leger og sykepleiere i sosialpediatri. Den medisinske undersøkelsen bør utføres som en sosialpediatrisk undersøkelse. Legen bør være barnelege med tilleggskompetanse i sosialpediatri og sykepleier bør ha videreutdanning i barnesykepleie og tilleggskompetanse i sosialpediatri (Helsedirektoratet, 2019). Barneleger med sosialpediatrisk kompetanse er per i dag en begrenset ressurs i Norge, og det er derfor viktig med rekruttering og kompetanseheving. Helsedirektoratet minner om at det allerede i dag finnes noen nasjonale kurs i sosialpediatri.

Helsedirektoratet foreslår:

- At mulighetene for en formell kompetanseheving i sosialpediatri for leger og sykepleiere utredes, inkludert supervisjon og hospiteringsordninger
- tverrfaglig utdanning i sosialpediatri, etter modell for tverrfaglig utdanning i barnepalliasjon ved OsloMet, kan vurderes i tillegg
- vurdere å etablere regionale kompetansetjenester på feltet. Det er en regional kompetansetjeneste om vold og seksuelle overgrep mot barn og unge i Helse Sør-Øst, organisert under sosialpediatrisk seksjon, BUK, OUS. Det bør vurderes å etablere tilsvarende ved de andre RHFene
- årlig nasjonal konferanse for helsepersonell i sosialpediatri
- videreutvikling av sosialpediatrisk fagnettverk.

Effekt av tiltak

- Bidrar til å sikre flere kvalifiserte og kompetente leger og sykepleiere i sosialpediatri
- bidrar til å sikre kunnskapsbasert praksis på feltet
- bedret pasientsikkerhet og kvalitet, inkludert barnets rettssikkerhet
- videreutvikle sosialpediatri som fagområde
- kompetanseutvikling bidrar til å redusere turnover.

Forutsetning

- helhetlig arbeid med kompetanseplan for leger og sykepleiere i sosialpediatri, med utgangspunkt i Faglige råd

- utarbeidelse en nasjonal kursplan i sosialpediatri. En aktør utpekes som ansvarlig
- RHFene sikrer tid og ressurser til at ansatte kan få bygget opp sin kompetanse

5.6

Tilrettelegge for tverrfaglig samarbeid

Beskrivelse av tiltak

Det foreslås økt tverrfaglig samarbeid i barnehusene, som sikrer involvering av helse-, barnevern- og politisector. Et slikt tverrfaglig samarbeid kommer i tillegg til formelt samarbeid i tilknytning til den enkelte barnehussak, herunder samråd 1 og oppsummeringsmøter (samråd 2).

Gjennom felles arenaer for kunnskaps- og erfaringsutveksling bygges gjensidig tillit og respekt for hverandres fagområder. Det finnes flere eksempler på hvordan sikre tverrfaglig samarbeid; I Trondheim gjennomføres eksempelvis faste møter hver sjette uke, med representanter fra politiet, helseforetaket (sosialpediater), tannhelse og barnehuset. Barnehuset i Oslo arrangerer multidisiplinære team møter (MDT-møter) regelmessig. Ved noen barnehus arrangeres det felles faglige seminarer, samt felles konferanser.

Helsedirektoratet foreslår:

- Regelmessige tverrfaglige samhandlingsmøter
- tverretattlig saksevalueringsmøter, herunder MDT- møter
- nasjonale konferanser for involverte aktører ved Statens barnehus.

Effekt av tiltak

- Innsikt i og forståelse av hverandres fagområder bedres
- helse blir en mer integrert del av barnehuset
- tilrettelegger for evaluering og forbedring
- arbeidsprosessene blir mer effektive.

Forutsetning

- Barnehusene tilrettelegger for arenaer for samhandling
- arbeidsgiverne oppfordrer til og sikrer ansatte mulighet (tid og ressurser) til å delta på møteplassene
- det tilrettelegges for digital deltagelse
- én aktør utpekes som ansvarlig for nasjonal konferanse.

5.7

Sikre system for kunnskapsoppbygging og kvalitetsforbedring

Beskrivelse av tiltak

Helsedirektoratet anbefaler at det etableres et landsdekkende medisinsk kvalitetsregister innen sosialpediatri. Et slikt register vil kunne bidra til å gi økt kunnskap om barna som undersøkes, hvilke tilbud som gis og på sikt hvilken effekt det har. Det bør vurderes om et slikt kvalitetsregister kan bygge på modellen fra lokalt kvalitetsregister i sosialpediatri ved St. Olavs hospital, Trondheim. Denne modellen inneholder systematisk registrering av bakgrunnsinformasjon i saken, funn som gjøres ved undersøkelsen og hvilke tiltak som blir igangsatt i etterkant av undersøkelsene (Hafstad, 2021).

For å øke kvaliteten på tilbudet til barnet i Statens barnehus, er det i tillegg behov for mer omfattende statistikk over aktivitetene på barnehuset. Dette vil muliggjøre kontinuerlig evaluering og forbedring av barnehusenes tilbud, inkludert det medisinske.

Helsedirektoratet foreslår samtidig økt satsning på forskning på helsen til barn utsatt for vold og overgrep generelt, og i denne sammenheng spesifikt knyttet til tilbudet på Statens barnehus.

NOVA foreslår også at det settes av ressurser til forskning på barnehusmodellen (Bakketeig et al., 2021 s. 21) og at oppfølging og behandling registreres på en enhetlig måte, og at barnehusene rapporterer om dette på lik linje med antall avhør og klinisk rettsmedisinske undersøkelser (Bakketeig et al., 2021 s. 15-16).

Helsedirektoratet foreslår:

- Et landsdekkende medisinsk kvalitetsregister i sosialpediatri etableres
- statistikk fra barnehusene blir mer omfattende og kvalitetssikret
- forskning på helsen til barn utsatt for vold/overgrep prioriteres
- evaluering av og forskning på barnehusets tilbud økes

Effekt av tiltak

- Uønsket variasjon i tilbudet mellom barnehusene reduseres
- bedre styringsdata for å sikre et tilbud til det beste for barnet
- økt kunnskap om tilbud og oppfølging til barn på barnehuset
- bedre grunnlag for evaluering og forskning.

Forutsetning

- Utvikling, ansvar og finansiering av landsomfattende medisinsk kvalitetsregister i sosialpediatri
- oppgradering av eksisterende system for registrering av data for barnehusene
- opplæring av personell

5.8

Sikre tilfredsstillende fasiliteter og utstyr

Beskrivelse av tiltak

For at helsepersonell skal kunne tilby medisinske undersøkelser til alle barn på barnehuset anbefaler Helsedirektoratet at barnehusene kartlegger behovet for flere undersøkelsesrom på sitt barnehus. Dette for å unngå at mangel på undersøkelsesrom blir en flaskehals for gjennomføring av medisinske undersøkelser.

Videre må det sikres at barnehusene har nødvendig utstyr tilgjengelig for at helsepersonell skal kunne gjennomføre undersøkelsen som anbefalt i Faglige råd. Det må sikres at bilder, video, sporsikringsmateriale, dokumenter, rapporter og journal dokumenteres og oppbevares på egnet område iht. regelverket.

Helsedirektoratet anbefaler at det er tilgjengelig adekvat arbeidsplass for helsepersonell til å utføre andre nødvendige oppgaver i tiden som ikke benyttes til medisinske undersøkelser.

NOVA har foreslått et liknende tiltak og Helsedirektoratet er gjort kjent med at Politidirektoratet er i gang med å undersøke mangler ved fasilitetene for medisinske undersøkelser ved det enkelte barnehus (Bakketeig et al., 2021, s. 18).

Effekt av tiltak

- legger til rette for flere medisinske undersøkelser
- økt tilstedeværelsen av helsepersonell på barnehuset, som igjen øker muligheten for at barn kan bli henvist til medisinske undersøkelser på kort varsel.

Forutsetning

- dialog mellom barnehusene og helsepersonell om behov
- finansiering avklares og sikres
- anskaffelser gjøres

5.9

Forbedre logistikken der barna har lang reisevei

Beskrivelse av tiltak

Hovedregelen er at barnet skal sikres et tilbud om medisinske undersøkelser ved Statens barnehus. For barn med lang reisevei til barnehus kan det være utfordringer som gjør det hensiktsmessig med alternative løsninger. Helsedirektoratet foreslår derfor at det nedsettes en tverrfaglig arbeidsgruppe for å se på alternative løsninger for hvordan barn med lang reisevei kan sikres et tilbud om medisinske undersøkelser. Arbeidsgruppen bør foreslå tiltak basert på at medisinske undersøkelser som hovedregel skal gjennomføres på barnehuset. Lokale tilpasninger må vurderes for det enkelte barnehus. Mandatet til arbeidsgruppen kan omfatte en vurdering av:

- a. Om medisinske undersøkelser kan gjennomføres før TA
- b. om medisinsk undersøkelse kan gjøres som ambulant tjeneste

- c. om medisinske undersøkelser kan gjøres på lokalt sykehus
- d. hvordan skaffe og ivareta følgepersoner
- e. hvordan tilrettelegge for overnatting for barn og følgeperson
- f. finansieringsansvar
- g. vakt- eller beredskapsordninger for helsepersonell fra sykehuset for å ivareta medisinske undersøkelser knyttet til sakene på barnehusene utenom ordinær åpningstid

Effekt av tiltak

- Flere barn kan få tilbud om MU/KRMU
- likeverdige tjenester til alle barn uavhengig av bosted
- forutsigbarhet for alle involverte parter
- redusert belastning for barn og følgeperson.

Forutsetning

- Etablering av arbeidsgruppe som kan utrede overnevnte

Situasjonen i andre land

Barnehusmodellen brukes i flere land og det ble derfor vurdert som nyttig å se hen til hvordan medisinske undersøkelser av barn organiseres, tilbys og følges opp ved barnehus i andre land enn Norge. Hypotesen er at internasjonale barnehus kan gi oss nyttig kunnskap om aktuelle tiltak for å øke antall medisinske undersøkelser i barnehusene i Norge. Det er tatt forbehold om at organiseringen i andre land ikke direkte kan sammenlignes med hvordan organiseringen er i Norge, blant annet på grunn av mulige ulikheter i lovverk, organisering og tjenester til barn utsatt for vold og overgrep.

Det ble, som beskrevet i metodekapittelet, gjennomført flere intervjuer og møter høsten 2021 og våren 2022 for å få bedre innsikt i hvordan medisinske undersøkelser i barnehus organiseres, tilbys og følges opp i andre land. En tendens som gikk igjen i flere land der det sammenliknet med Norge ble gjennomført flere medisinske undersøkelser, var god tverrfaglig samhandling mellom aktørene på barnehuset. Behovet til barnet var i fokus, samt hvordan barnet best kan møtes og følges opp.

Aktuelle tiltak og gode eksempler fra andre land

- Å gi et tilbud om medisinsk undersøkelse og oppfølging til barn der det er mistanke om vold eller overgrep, ser ut til å fungere best når det ikke er én sektor som "eier" prosessen, men heller når alle involverte sektorer deler ansvaret likt. Dette finnes det gode eksempler på i California og New Zealand.
- I land hvor alle barn får et tilbud om medisinske undersøkelser, er det en signifikant andel der det blir gjort funn som krever oppfølging og/eller funn som kan være avgjørende for straffesak eller barnevernssak.
- Systemer som gir rom for deling av informasjon mellom de involverte sektorene, bidrar til mer effektive prosesser. Hvis alle involverte parter kan dele informasjon som er taushetsbelagt i enkeltsaker, er de bedre rustet til å fatte gode beslutninger om tilbud og oppfølging.
- Oregon, USA, har en praksis som er et godt eksempel på hvordan antall medisinske undersøkelser kan sikres hos flere. Her er det lovpålagt at alle barn skal få tilbud om en medisinsk undersøkelse innen 24 timer etter at det er fattet mistanke om misbruk eller alvorlig omsorgssvikt. Et annet eksempel er fra København, der politi og helse har gjennomført en pilot der alle barn på barnehuset skulle få tilbud om medisinsk undersøkelse, noe som sikret at 95% av alle barn fikk tilbud om dette.
- Samlokaliserte tjenester har i flere land vist seg å bidra positivt til prosessen rundt barnet, både for barnet selv og involverte sektorer. Dette ser ut til å øke sannsynligheten for at barnet får et godt samlet tilbud og oppfølging.
- I flere land der de har lignende tilbud som barnehus, er det en tendens til at fokuset er på vei vekk fra straffesaken og mot et helseperspektiv, herunder helseundersøkelse og oppfølging. Straffesaksprosessen ble prioritert kun ved saker der det var sterk mistanke om alvorlig kriminalitet.
- Erfaring fra New Zealand viser at tverrfaglig evaluering av tidligere barnehussaker, som MDT-møter, ser ut til å ha god effekt på kvaliteten på undersøkelsen og oppbygging av kompetanse hos de involverte aktørene.
- Mange barnehus krevde at helsepersonell hadde tilstrekkelig kompetanse og erfaring før de fikk utføre medisinske undersøkelser av barn på barnehuset. Det var flere steder krav om en utdanning på to – fire år, samt videre jevnlig kurs/oppfølging for å sikre at kompetansen ble opprettholdt.
- Gradvis opptrapping av samarbeid mellom involverte parter kan også ha en positiv effekt. Et eksempel fra København kan illustrere dette. Der fikk politiet ansvar for å rekruttere familier til et pilotprosjekt der alle barna skulle tilbys en medisinsk undersøkelse. I piloten ble det utformet en brosjyre som skulle gi

foreldre informasjon, slik at de skulle kunne samtykke til en medisinsk undersøkelse. Dette medførte at flere barn fikk gjennomført en medisinskundersøkelse, og det ble samtidig klart at det var store fordeler for barnet å få en medisinsk undersøkelse. I piloten økte antall medisinske undersøkelser fra 5% til 95% i pilotperioden.

- Flere barnehus brukte standardiserte utfyllings-skjema for helsepersonell i stedet for å skrive fullstendige rapporter på hver pasient. Dette medførte at helsepersonellet kunne jobbe mer effektivt, og at andre involverte parter fikk raskere tilgang til eventuelle funn og innsikt i barnets behov for oppfølging. I komplekse saker ble det anbefalt å skrive fullstendige rapporter, men i saker der standardisert skjema kunne benyttes, ble det vurdert at dette hadde følgende positive effekter:
 - Mer effektivt med tanke på tid og ressursbruk.
 - førte til mer standardiserte rapporter og undersøkelser, og mer likeverdig behandling
 - legen fikk tid til å utføre flere medisinske undersøkelser pr dag
 - rapportene og eventuelle funn kom raskere til involverte parter.

Eksempelene som er nevnt over kan være innspill til tiltak som kan øke antall medisinske undersøkelser i Norge. Spesielt fokuset på tverrfaglig samarbeid og fordeling av ansvar ser ut til å ha en positiv effekt på antall medisinske undersøkelser.

Veien videre

Det er i denne rapporten foreslått ni hovedtiltak som forslag til oppfølging for å sikre medisinsk undersøkelse i Statens barnehus av barn og unge mistenkt utsatt for vold, overgrep og omsorgssvikt. Hvert hovedtiltak inneholder igjen flere anbefalinger og forslag til hvordan oppfylle hovedtiltaket. Tiltakene er beskrevet i prioritert rekkefølge. Flere av tiltakene vil være nødvendig å løse for å sikre et tverrfaglig tilbud i Statens barnehus med hensyn til barnets beste. For at arbeidet med revisjon av felles retningslinje skal være produktivt og gi ønsket effekt på tilbudet i Statens barnehus, er det samtidig å foretrekke at enkelte utfordringer er løst og tilhørende tiltak gjennomført før det arbeidet ferdigstilles.

I oppdragsteksten vises det til revisjon av Felles retningslinjer, og Helsedirektoratet vil i det arbeidet blant annet løfte temaer som ikke er inkludert i denne rapporten. Blant aktuelle tema er sårbare voksne og barn med funksjonsnedsettelse, klinisk rettsodontologisk og ordinære tannlegeundersøkelser, klinisk rettspsykiatriske og ordinære psykisk helse undersøkelser og minoritetsperspektivet. I tillegg følger Helsedirektoratet opp arbeidet med etablering av nytt barnehus i Finnmark, med særlig fokus på det samiske perspektivet.

Referanser

Bakketeig, E., Stefansen, K., Andersen, L. C., & Gundersen, T. (2021). *Evaluering av Statens barnehus 2021* (Nova rapport nr 12/21). Oslo: Velferdsforskningsinstituttet NOVA, OsloMet. Hentet fra <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/11250/2838387/NOVA-Rapport-12-2021.pdf>

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., . . . Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)

Hafstad, G. S. (2021). *Kunnskapsoppsummering om helsekonsekvenser og helseeffekt* (Avrop 11 2021). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tverrfaglig-helsekartlegging/vedlegg/Vedlegg%201%20Kunnskapsoppsummering>

Helsebiblioteket. (10.05.2022). *Fokusgruppeintervju*. [nettdokument]. Oslo: Helsebiblioteket. Hentet 10.12.2019, fra <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/brukermedvirkning/fokusgruppeintervju>

Helsedirektoratet. (28.03.2019). *Statens barnehus – medisinske undersøkelser: nasjonale faglige råd*. [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 10.05.2021, fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/medisinske-undersokelser-i-statens-barnehus>

Helsedirektoratet. (09.07.2021). *Kvalitet og kompetanse i overgrepsmottak: nasjonal faglig retningslinje*. [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 20.05.2021, fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/kompetanse-og-kvalitet-i-overgrepsmottak>

Politidirektoratet. (2019). *Statens barnehus: årsrapport 2018*. Oslo: Politidirektoratet. Hentet fra <https://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/statens-barnehus/statens-barnehus---arsrapport-2018>

Politidirektoratet. (2020). *Statens barnehus: årsrapport 2019*. Oslo: Politidirektoratet. Hentet fra <https://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/statens-barnehus/statens-barnehus-armsmelding-2019>

Politidirektoratet. (2021). *Statens barnehus: årsrapport 2020*. Oslo: Politidirektoratet. Hentet fra <https://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/statens-barnehus/arsrapport-statens-barnehus-2020>

Politidirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Helsedirektoratet. (2016). *Felles retningslinjer for Statens barnehus*. Oslo: Direktoratene. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/medisinske-undersokelser-i-statens-barnehus/Statens%20barnehus>

Rueness, J., Augusti, E.-M., Strøm, I. F., Wentzel-Larsen, T., & Myhre, M. C. (2020). Adolescent abuse victims displayed physical health complaints and trauma symptoms during post disclosure interviews. *Acta Paediatrica*, 109(11), 2409-2415. <https://doi.org/10.1111/apa.15244>

Aakvaag, H. F., & Strøm, I. F. (red.). (2019). *Vold i oppveksten: Varige spor? En longitudinell undersøkelse av reviktimisering, helse, rus og sosiale relasjoner hos unge utsatt for vold i barndommen*. (NKVTS Rapport nr. 1 2019). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Hentet fra https://www.nkvts.no/content/uploads/2019/03/NKVTS_Rapport_1_19_web.pdf

Lover og forskrifter

Forskrift om avhør av barn og andre særlig sårbare fornærmede og vitner (tilrettelagte avhør). (2015). FOR-2015-09-24-1098. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-09-24-1098>

Forskrift om godtgjørelse for å yte poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten (poliklinikkforskriften). (2007). FOR-2007-12-19-1761. Sist endret i FOR-2021-12-28-3911 fra 01.01.2022. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2007-12-19-1761>

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. § 3 Ansvar for styringssystem. (2016). FOR-2016-10-28-1250. Sist endret i FOR-2020-02-04-119 fra 01.03.2020. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250>

Lov om barneverntjenester (barnevernloven). (1992). LOV-1992-07-17-100. Sist endret i LOV-2021-06-18-96 fra 01.01.2022. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NLO/lov/1992-07-17-100>

Lov om behandling av opplysninger i politiet og påtalemyndigheten (politiregisterloven). (2010). LOV-2010-05-28-16. Sist endret i LOV-2022-04-29-26 fra 01.05.2022. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2010-05-28-16>

Lov om folketrygd (folketrygdloven). (1997). LOV-1997-02-28-19. Sist endret i LOV-2022-04-01-17. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19>

Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). (1999). LOV-1999-07-02-64. Sist endret i LOV-2022-03-25-14 fra 01.05.2022. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). (2011). LOV-1997-02-28-19. Sist endret i LOV-2021-06-18-118 fra 01.09.2021. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Lov om rettergangsmåten i straffesaker (Straffeprosessloven). (1981). LOV-1981-05-22-25. Sist endret i LOV-2021-06-18-128 fra 01.07.2021. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-05-22-25>

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). (1999). LOV-1999-07-02-61. Sist endret i LOV-2021-06-18-127 fra 01.07.2021. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Lov om vergemål (vergemålsloven). (2010). LOV-2010-03-26-9. Sist endret i LOV-2021-06-11-68 fra 01.07.2021. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2010-03-26-9>

