



Barne- og familiedepartementet
Kun avgitt elektronisk på regjeringen.no

Deres referanse: 20/5054
Vår referanse: 2020/526
Dato: 22/03/2021

Høringssvar – tverrfaglig helsekartlegging av barn i barnevernet

1. Innledning

Norges institusjon for menneskerettigheter (heretter NIM) viser til høringsbrev av 22. desember 2020 om tverrfaglig helsekartlegging av barn i barnevernet.

NIM støtter forslaget om å lovfeste rutiner for tverrfaglig helsekartlegging av barn som barnevernet overtar omsorgen for. Høringsnotatet gir etter NIMs vurdering en god faglig begrunnelse for å innta i loven bestemmelser om tverrfaglig helsekartlegging, som har som formål å gi barnevernet, fosterhjem og institusjoner bedre grunnlag for å gi barn som plasseres utenfor hjemmet forsvarlig omsorg og oppfølging.

NIM har ikke faglig kompetanse til å gå inn i alle sidene av forslagene i høringsnotatet, og har i tråd med vårt mandat konsentrert oss om de sidene av forslaget som i særlig grad berører barns menneskerettigheter. Vi vil i punkt 2 redegjøre for de menneskerettslige rammene som har betydning for forslagene. I punkt 3 knytter vi noen kommentarer til spørsmålet om helsekartlegging skal gjennomføres rutinemessig etter plikt for det offentlige, eller om det skal legges opp til vurderinger av behov for helsekartlegging i de enkelte tilfellene. I punkt 4 knytter vi noen kommentarer til kravet til samtykke og barns rett til medvirkning.

2. Menneskerettslige forpliktelser

Forslaget redegjør kort for at helsekartlegging av barn vil kunne utgjøre et inngrep i privatlivet, og at det derfor skal kreves samtykke. Videre vises det til at hensynet til barnets beste og barnets rett til informasjon og retten til å bli hørt skal ivaretas i prosessen. Ut over dette er det ingen særlige menneskerettslige vurderinger av forslaget.

NIM mener at ettersom forslagene i høringsnotatene i stor grad berører barns rettigheter, savnes det at notatet i større grad redegjør for vurderingen av de menneskerettslige sidene ved forslaget. En hovedproblemstilling i høringsnotatet er hvorvidt både barnevernstjenesten skal ha plikt til å be om helsekartlegging, og om det skal være en plikt for Bufetat til å tilby helsekartlegging i alle tilfeller der barnevernet overtar omsorgen for et barn, eller om begge disse trinnene skal avhenge av fagetatenes skjønn i den enkelte sak. Denne vurderingen aktualiserer etter vårt syn spørsmålet om statens forpliktelser etter menneskerettighetene, særlig sett hen til at departementet ikke følger fullt ut de

faglige rådene fra egen fagetat knyttet til dette spørsmålet, som vi kommer tilbake til i neste punkt. Her vil vi kort redegjøre for menneskerettslige rammer som NIM mener burde vært hensyntatt i vurderingen.

Relevante menneskerettigheter for denne problemstillingen følger av Grunnloven, barnekonvensjonen og FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK). Vi vil også peke på noen uttalelser av relevans fra FNs barnekomité. De generelle kommentarene fra FNs barnekomité er ikke rettslig bindende, men de tillegges gjennomgående stor vekt. Hvilken konkret vekt slike uttalelser tillegges, vil bero på hvor klart den generelle kommentaren må anses å gi uttrykk for overvåkningsorganenes forståelse av partenes forpliktelser etter konvensjonene. Det skilles mellom tolkningsuttalelser og tilrådinger om optimal praksis på konvensjonens område.¹

For det første tangerer høringsnotatet den systemiske plikten til å vurdere hensynet til barnets beste, jf. barnekonvensjonen artikkel 3 nr. 1. FNs barnekomité legger i sin generelle kommentar nr. 14 til grunn at plikten til å vurdere barnets beste gjelder også for barn som gruppe, blant annet i utredninger av rettslige reguleringer.²

For det andre berører forslagene i høringsnotatet barnets grunnleggende rett til omsorg og beskyttelse, jf. bl.a. barnekonvensjonen artikkel 3 nr. 2, og artikkel 19, samt de særlige rettighetene for barn under alternativ omsorg som er formulert i barnekonvensjonen artikkel 20.

Videre er barnets rett til utvikling beskyttet av Grunnloven § 104 tredje ledd og av barnekonvensjonen artikkel 6.

Retten til utvikling har også forbindelser til barnekonvensjonens artikkel 24 om retten til den høyest oppnåelige helsestandarden, og også Grunnloven § 104 tredje ledd som gir staten plikt til å «sikre» barnets «helsemessige trygghet». Retten til den høyest oppnåelige helsestandarden er også beskyttet av ØSK artikkel 12.

Når det gjelder retten til den høyest oppnåelige helsestandarden, har statene i utgangspunktet en skjønnsmargin knyttet til valg av tiltak for å realisere rettighetene. Samtidig er det sentralt at statene begrunner hvorfor og hvordan de anser at tiltakene er hensiktsmessige for formålet.³

Barnekonvensjonen artikkel 24 gir etter sin ordlyd begrenset veiledning i hvilke konkrete forpliktelser som kan utledes for statene i relasjon til problemstillingene som berøres i høringsnotatet. Lest i sammenheng med barnekonvensjonen artikkel 4, må det imidlertid legges til grunn at det for Norges vedkommende kreves at myndighetene strekker seg

¹ Se Rt. 2009 s. 1261 avsnitt 44, senere gjentatt i Rt. 2012 s. 1985 og Rt. 2015 s. 1388.

² Generell kommentar nr. 14, avsn. 31.

³ Tobin, The UN Convention on the Rights of the Child, A Commentary, s. 969.

langt for å realisere retten til helse, og at ressursforbehold må være mindre fremtredende i vurderingene av valg mellom ulike tiltak.⁴

Barnekomiteen har utgitt en egen generell kommentar nr. 15 om barnets rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandarden (artikkel 24). Av relevans for problemstillingen i høringsnotatet er barnekomiteens oppfordringer til å se særlig hen til barn i vanskeligstilte situasjoner og på underprivilegerte områder:

«Children in disadvantaged situations and under-served areas should be a focus of efforts to fulfil children's right to health. States should identify factors at national and subnational levels that create vulnerabilities for children or that disadvantage certain groups of children. These factors should be addressed when developing laws, regulations, policies, programmes and services for children's health, and work towards ensuring equity.»⁵

I tilknytning til konvensjonens ordlyd om at statene «shall strive to ensure that no child is deprived of his or her right of access to such health care services», uttaler komiteen:

«Article 24, paragraph 1, imposes a strong duty of action by States parties to ensure that health and other relevant services are available and accessible to all children, with special attention to under-served areas and populations. It requires a comprehensive primary health-care system, an adequate legal framework and sustained attention to the underlying determinants of children's health.»⁶

Komiteen gir videre oppfordring om å rette oppmerksomhet mot identifisering og prioritering av marginaliserte og ressursvake grupper av barn:

«Particular attention must be given to identifying and prioritizing marginalized and disadvantaged groups of children, as well as children who are at risk of any form of violence and discrimination.»⁷

Også statens forpliktelse til å sørge for fysisk og psykisk rehabilitering og sosial reintegrering av barn som har vært utsatt for bl.a. vold og omsorgssvikt etter barnekonvensjonen artikkel 39 kan være relevant for problemstillingen.

Endelig nevner vi barnekonvensjonen artikkel 12 om barnets rett til å si sin mening og å bli hørt, som departementet til en viss grad trekker inn selv i høringsnotatet.

⁴ Aasen og Halvorsen 2020, i: Barnekonvensjonen. Barns rettigheter i Norge, s. 215.

⁵ Generell kommentar nr. 15, avsn. 11.

⁶ Generell kommentar nr. 15, avsn. 24.

⁷ Generell kommentar nr. 15, avsn. 98.

3. Plikt til å anmode om helsekartlegging og plikt til å tilby helsekartlegging, eller skjønnsmessige vurderinger

Et særlig spørsmål er hvorvidt helsekartleggingen skal gjennomføres på alle barn, eller om det skal vurderes konkret for hvert enkelt tilfelle. Departementet foreslår at barnevernet skal ha en plikt til å vurdere om de skal be Bufetat om en helsekartlegging, men ingen plikt til å anmode om det for alle barn i målgruppen. Departementet foreslår videre at det ikke skal være en plikt for Bufetat til å tilby slik helsekartlegging, men at det skal legges opp til en skjønnsmessig vurdering.

NIM har ikke kompetanse til å selv vurdere de helse- og barnefaglige spørsmålene knyttet til om helsekartlegging skal gjennomføres rutinemessig og være en plikt for det offentlige eller tilbys etter et skjønn. Vi merker oss imidlertid at det fra ulike faginstanser gis argumenter for rutinemessig kartlegging, herunder både plikt for barneverntjenesten til å anmode om helsekartlegging, og plikt for Bufetat til å tilby helsekartlegging.

Når det gjelder spørsmålet om plikt for barneverntjenesten til å be om helsekartlegging, har Bufdir i sin anbefaling som er innhentet i forbindelse med lovforslaget ment at det ikke er behov for å innføre en plikt for barneverntjenesten til å be om kartlegging, og peker på andre virkemidler. Departementet begrunner sitt forslag om å ikke innføre en plikt med at «det vil være tilfeller hvor helsekartlegging ikke er nødvendig» og at det kan gi «utilsiktede konsekvenser for ansvarslinjene mellom stat og kommune».

Barneombudet argumenterer i sitt hørings svar for at det bør innføres en plikt til å be om helsekartlegging. De viser blant annet til at den høye forekomsten av helseplager for barn i målgruppen, som ofte ikke er fanget opp tidligere, er argumenter for en rutinemessig kartlegging.⁸ De viser også til faren for ulike vurderinger, barnevernets manglende kompetanse til å vurdere behovet for helsekartlegging, og utfordringer med at avgjørelsene om å be om eller ikke be om helsekartlegging ikke skal anses som et enkeltvedtak, og dermed manglende etterkontroll med vurderingene.

NIM etterlyser en nærmere vurdering av de faglige argumentene for og mot en slik rutinemessig plikt opp mot hensynet til barnets beste, og vurderinger av hvilke innretninger som best realiserer barnets rett til den høyest oppnåelige helsestandard. Et sentralt poeng i den forbindelse er at helsekartlegging er en inngangsportal til realiseringen av retten til helse for barn under barnevernets omsorg. Uten at barns helseutfordringer avdekkes, vil det kunne hindre effektiv realisering av rettigheten, fordi kunnskap om helseutfordringer er en forutsetning for at de skal kunne adresseres. Hvis helsekartlegging ikke er obligatorisk, øker denne risikoen, ettersom det alltid vil være en fare for at det gjøres feilvurderinger knyttet til behovet for slik kartlegging. Vi peker her på utdrag fra barnekomiteens generelle kommentar, referert ovenfor, som blant viser til

⁸ Evalueringen av CARE-studien viste blant annet at 74 prosent av barna som ble kartlagt hadde behov for to eller flere tjenester, mens 56 % av barna hadde behov for tre eller flere tjenester.

betydningen av å identifisere og prioritere barn som er marginaliserte eller på en eller annen måte i en risikogruppe for å være særlig utsatt for helseplager.

Det andre spørsmålet gjelder hvorvidt Bufetat, når de har fått en anmodning fra barneverntjenesten om helsekartlegging, skal ha plikt til å tilby slik helsekartlegging. I vurderingen av dette spørsmålet fraviker departementet rådene fra egen fagetat (Bufdir), som i sin anbefaling, gjengitt i høringsnotatet, anbefaler at Bufetat bør få plikt til å gjennomføre helsekartlegging når barneverntjenesten ber om dette.

Departementet foreslår derimot en skjønnsmessig vurdering:

«Avgjørelsen om hvorvidt en helsekartlegging skal tilbys, vil bero på en skjønnsmessig vurdering fra Bufetats side. Skjønnsfriheten vil være begrenset av at barnet må være innenfor målgruppen og at barnevernstjenesten har besluttet at barnet skal flyttes ut av hjemmet. Bufetat må innenfor målgruppen utdype hvilke terskler og prioriteringer som skal gjelde for det statlige tilbudet, basert på faglige vurderinger og økonomiske rammer. Departementet foreslår derfor at Bufetats oppgave lovfestes som en kan-bestemmelse. For å bidra til mest mulig forutsigbar praksis skal det utvikles faglige retningslinjer for prioritering innenfor målgruppen. Premissene for samhandlingen mellom stat og kommune vil med dette også bli tydeligere.»

NIM kan ikke se at departementet i høringsnotatet begrunner hvorfor de fraviker tilrådingen fra Bufdir på dette punktet. Også her viser vi til Barneombudets høringsvar, som gjennomgår en del faglige argumenter knyttet til hvorfor de mener at plikt til å tilby helsekartlegging vil være en riktig løsning. Barneombudet trekker igjen frem utfordringen med barna som ikke viser synlige tegn til helseutfordringer, og peker også på utfordringen med at Bufetat ikke kjenner eller møter de aktuelle barna.

Også på dette punktet savner vi en nærmere redegjørelse for hvordan departementets forslag ivaretar barns rettigheter, sett opp mot alternativet som Bufdir anbefaler. Særlig er det et behov for at departementet begrunner og redegjør for i hvilken utstrekning departementet mener at økonomiske rammer kan påvirke vurderingene av om det skal tilbys helsekartlegging, og hvor langt departementet mener at dette argumentet eventuelt rekker i relasjon til realiseringen av barns rett til helse.

Vi savner også en vurdering av den kumulative effekten av at spørsmålet om helsekartlegging i realiteten må gjennom to skjønnsmessige vurderinger av to ulike fagetater, og om man antar at alle barn med uavklarte helse- og omsorgsutfordringer vil fanges opp gjennom at det legges opp til flere skjønnsmessige vurderinger.

Oppsummert tar ikke NIM stilling til om helsekartlegging skal gjennomføres rutinemessig etter plikt eller etter en eller flere vurderinger av behovet for slik kartlegging, fordi vi ikke selv har det faglige grunnlaget for å vurdere de ulike innretningene av tiltaket, men vi stiller spørsmål ved den barne- og helsefaglige begrunnelsen for departementets valg sett

opp mot innspill fra andre faginstanser. Etter vår vurdering er det vanskelig å se at departementets forslag realiserer barns rett til den høyest oppnåelige helsestandarden på en like god måte som en rutinemessig kartlegging vil innebære, og vi etterlyser departementets vurdering av denne rettighetsdimensjonen.

4. Særlig om kravet til samtykke, og om barns medvirkning

Departementet legger i høringsnotatet til grunn at forsvarlig helsekartlegging forutsetter samtykke. NIM er enig i dette. NIM er også enig i at barnet selv skal ha adgang til å selv samtykke til slik helsekartlegging over en viss alder, i tråd med prinsippet om gradvis økende selvbestemmelsesrett. NIM mener imidlertid at departementet bør vurdere å la aldersgrensen for når barnet overtar samtykkekompetansen følge uttrykkelig av loven. De særlige aldersgrensene for når barnet overtar samtykkekompetansen er ellers lovfestet i barnevernsloven, jf. § 4-26 første ledd, §4-28 annet ledd og den generelle regelen om partsrettigheter i § 6-3 annet ledd. I spørsmålet om samtykke til helsekartlegging kan det tenkes at rettsanvendere vil se hen til den helserettslige myndighetsalderen på 16 år, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4 første ledd, selv om ikke slik helsekartlegging i seg selv anses som «helsehjelp», ettersom problemstillingen om samtykke til slik kartlegging kan likne på de som gjøres for samtykke til helsehjelp. En lovfesting av aldersgrensen på 15 år vil klargjøre når barnet selv får samtykkekompetanse.

Barn som ikke selv har samtykkekompetanse, har likevel rett til å medvirke til beslutningen om helsekartlegging, enten det er foreldrene eller barneverntjenesten som skal samtykke på vegne av barnet. Dette utgangspunktet følger av barnevernloven § 1-6 for barneverntjenesten, og av barneloven for foreldrene, og NIM anser det ikke som nødvendig å lovfeste dette særskilt i relasjon til spørsmålet om helsekartlegging. Derimot er det positivt at dette trekkes frem uttrykkelig i høringsnotatet, og vi oppfordrer også departementet til å påpeke det i lovproposisjonen, gjerne i spesialmerknadene til lovforslaget.

Vennlig hilsen
for Norges institusjon for menneskerettigheter

Adele Matheson Mestad

Direktør

Kirsten Kolstad Kvalø

Seniorrådgiver

Dette dokumentet er elektronisk godkjent og har dermed ingen signatur.