HELSE MIDT-NORGE HELSE NORD HELSE SØR-ØST HELSE VEST

Rapport

Helsekartlegging i ny modell for tverrfaglig kartlegging av barn som flyttes ut av hjemmet

Versjon 1.0
24. juni 2026

Innhold

1. Sammendrag 2

2. Bakgrunn og prosess 2
2.1. Bakgrunn for omleggingen 2
2.1.1. Oppdrag til de regionale helseforetakene 2
2.2. Prosess og forankring 3

3. Ny modell for tverrfaglig kartlegging 3
3.1 Helsedirektoratet og Bufdir sitt arbeid 3

4. Helsefaglig kartlegging – hovedlinjer i ny modell 4
4.1 Helsekartlegging av henviste barn 4
4.1.1 Inngang til helsekartlegging 4
4.1.2 Prioritering og oppstart i PHBU 5
4.1.3 Innhold i helsekartleggingen 5
4.1.4 Prosess og gjennomføring av helsekartlegging 6
4.1.5 Samtykke til helsehjelp 8
4.2 Tverrfaglig vurdering og samhandling 8
4.3 Informasjon til barnevernet 8
4.4 Videre helsehjelp ved behov 9

5. Helsefaglig kartlegging – konsekvenser ved ny modell 9
5.1. Personellmessige konsekvenser ved ny modell 9
5.2. Økonomiske konsekvenser ved ny modell 9
5.3. Administrative konsekvenser ved ny modell 10

6. Oppsummering 10

7. Vedlegg: Prosessbeskrivelse helsekartlegging 12

1. Sammendrag

Ny modell for tverrfaglig kartlegging innebærer at helsekartlegging inngår i spesialisthelsetjenestens ordinære virksomhet, med én inngang via henvisning fra Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat) til psykisk helsevern for barn og unge (PHBU), og ett samlet forløp for psykisk og somatisk vurdering.

Modellen vil styrke kvaliteten ved tidligere identifisering av helsebehov, og bedre sammenheng mellom kartlegging og behandling, samtidig som den gir barnevernet mer relevant beslutningsstøtte. Den innebærer samtidig en tydelig oppgaveoverføring til spesialisthelsetjenesten og forutsetter økt kapasitet, tydelig organisering og avklart ansvarsdeling. De regionale helseforetakene vurderer at modellen representerer et faglig løft, flere barn vil kunne kartlegges enn ved forrige modell, men at den ikke er gjennomførbar innenfor dagens kapasitets- og finansieringsrammer.

Foreløpige anslag viser en årlig kostnad på om lag 35 mill. kroner ved fullt volum. Det er usikkerhet knyttet til volum, kompleksitet og ressursbruk.

2. Bakgrunn og prosess

2.1. Bakgrunn for omleggingen

Endringene følger av Prop. 83 L (2024–2025) om kvalitetsløftet i barnevernet. Barn som flyttes ut av hjemmet har høy risiko for udekkede helsebehov, og dagens modell har vært vurdert som utilstrekkelig i omfang og systematikk.

Ny modell skal:

- styrke helsefaglig forankring
- øke volum og tilgjengelighet
- bidra til bedre sammenheng mellom kartlegging og behandling

Helsekartleggingen skal gjennomføres som helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, og inngå i ordinære tjenesteforløp.

2.1.1. Oppdrag til de regionale helseforetakene

De regionale helseforetakene skal beskrive innretning, innhold og konsekvenser av helsefaglig kartlegging i ny modell, som grunnlag for implementering fra 2027.

De regionale helseforetakene fikk følgende oppdrag i oppdragsdokument for 2026: "Ny modell for tverrfaglig helsekartlegging" (OD 2026 – 15):

> *De regionale helseforetakene skal i samarbeid og under ledelse av Helse Sør-Øst RHF, vurdere og etablere den nærmere innretningen av og innholdet i helsefaglig kartlegging i ny modell for tverrfaglig kartlegging med et todelt formål om nødvendig helsehjelp og et sammenhengende hjelpetilbud samt ivaretakelse av barnevernets behov for informasjon jf. Stortingets behandling av Prop. 83 L (2024-2025). De regionale helseforetakene skal særlig bidra med helsekartlegging av henviste barn, tverrfaglig vurdering og informasjon til barnevernet samt videre helsehjelp ved behov for dette. Nytt kartleggingstilbud skal inngå i ordinær spesialisthelsetjeneste og vil erstatte dagens sakkyndigordning. Tilgang til personell med et realistisk kompetansenivå skal vektlegges. De regionale helseforetakenes bidrag til utforming*

av helsefaglig kartlegging, skal inngå i samlet ny modell som Helsedirektoratet og Bufdir har oppdrag om. Arbeidet gjøres i samarbeid med Helsedirektoratet og Bufdir. De regionale helseforetakene skal beskrive hovedlinjer i ny modell, personellkonsekvenser, samt økonomiske og administrative konsekvenser. Beskrivelsen må foreligge innen 1. august 2026 som grunnlag for iverksettelse fra 2027.

2.2. Prosess og forankring

Arbeidet er gjennomført i samarbeid mellom de regionale helseforetakene, Helsedirektoratet og Bufdir, med involvering av fagmiljøer i helseforetakene. Den enkelte region styrer selv det regionale arbeidet. Helse Sør-Øst RHF har ledet det interregionale oppdraget, i tett samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene. Brukerrepresentanter og konserntillitsvalgte/ konsernverneombud har vært orientert, og bedt komme med innspill til den foreløpige rapporten.

Det foreligger oppdaterte utkast fra Helsedirektoratet (10. april og 15. mai 2026) om modellen for tverrfaglig kartlegging. Utkastet av 15. mai 2026 legges til grunn som endelig rammeverk for organisering, henvisning og gjennomføring av helsekartleggingen, og gir føringer for implementering fra 2027.

Det er innhentet innspill fra helseforetakene, fagmiljøer, tillitsvalgte og brukerrepresentanter. Innspillene fra høringsprosessen er gjennomgått og vurdert i den videre beskrivelsen av modell og konsekvenser.

3. Ny modell for tverrfaglig kartlegging

3.1 Helsedirektoratet og Bufdir sitt arbeid

Den nye modellen for tverrfaglig kartlegging utarbeides av Helsedirektoratet og Bufdir.

De regionale helseforetakene er kjent med utkastet til delen av rapportteksten om «helsekartlegging i tverrfaglig kartlegging» (versjon 15.05.26). Modellen innebærer en standardisert og helsefaglig integrert tilnærming til kartlegging av barn som skal flyttes ut av hjemmet.

Sentrale kjennetegn:

- én hovedinngang til helsekartlegging via Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat)
- gjennomføring innenfor spesialisthelsetjenestens ordinære pasientforløp
- samlet psykisk og somatisk vurdering
- direkte kobling til videre helsehjelp
- tydeligere rolle- og ansvarsfordeling mellom helse og barnevern

Dette innebærer en overgang fra en samhandlingsbasert kartleggingsmodell organisert som et sakkyndigoppdrag, til en modell der spesialisthelsetjenesten har et tydelig ansvar for gjennomføring og oppfølging etter mottatt henvisning.

Det legges til grunn at endelig modell for organisering, ansvarsdeling og henvisningsflyt avklares nasjonalt før implementering igangsettes. Uavklarte rammer på disse områdene vil kunne påvirke både fremdrift og innhold i tjenestetilbudet, og innebærer en risiko for ulik praksis i oppstartsfasen.

4. Helsefaglig kartlegging – hovedlinjer i ny modell

4.1 Helsekartlegging av henviste barn

Helsekartleggingen skal gi et tydelig grunnlag for å vurdere barnets behov for helsehjelp, bidra til et sammenhengende og individuelt tilpasset hjelpetilbud, og samtidig ivareta barnevernstjenestens behov for informasjon.

Helsekartlegging initieres ved henvisning fra Bufetat/Barne- og familieetaten (BFE) til PHBU. Henvisningen sendes på bakgrunn av at barnet skal flyttes ut av hjemmet, og har behov for helsefaglig kartlegging som del av tverrfaglig kartlegging.

Helsekartleggingen gjennomføres som helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, innenfor rammene av ordinære pasientforløp. [1] Dette innebærer at det ikke etableres nye parallelle utrednings-strukturer, men at eksisterende faglige rammer, systemer og ansvar benyttes og videreutvikles.

Det legges til grunn at henvisning kan sendes uten forutgående tverrfaglig drøft, for å bidra til rask tilgang til helsehjelp og unngå unødige forsinkelser i kartleggingen.

4.1.1 Inngang til helsekartlegging

Henvisningen fra Bufetat/BFE utgjør inngangen til helsekartleggingen i spesialisthelsetjenesten, og skal gi tilstrekkelig grunnlag for rettighetsvurdering og planlegging av videre forløp.

For å oppnå god kvalitet og målrettet kartlegging, bør henvisningen inneholde:

- oppsummering av gjennomført eller pågående kartlegging (etter nasjonalt forløp for barnevern [2])
- relevante opplysninger fra fastlege eller annen lege om barnets somatiske helse
- informasjon om tidligere og pågående kontakt med helsetjenester
- opplysninger om barnets omsorgssituasjon, funksjonsnivå og eventuelle bekymringer

Slik informasjon vil bidra til bedre prioritering, mer presis planlegging og redusert behov for supplerende innhenting av opplysninger i spesialisthelsetjenesten.

Det er samtidig viktig at manglende informasjon ikke utgjør en barriere for henvisning. Alle barn i målgruppen skal kunne henvises til helsekartlegging.

Modellen forutsetter at Bufetat etablerer en velfungerende henvisningsfunksjon med tilstrekkelig kvalitet og informasjonsgrunnlag. Kvaliteten på henvisningene vil ha direkte betydning for prioritering, ressursbruk og kvalitet i helsekartleggingen. Det bør vurderes nasjonale krav eller standarder for henvisningsinnhold.

---

[1] *Helsedirektoratet (2018-09-07T00:00). Nasjonalt pasientforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, barn og unge [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (siste faglige endring 28. oktober 2024, lest 19. mai 2026). Tilgjengelig fra https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/psykiske-lidelser-barn-og-unge*

[2] *Helsedirektoratet (2020-06-26T00:00). Nasjonalt forløp for barnevern – kartlegging og utredning av psykisk, somatisk og seksuell helse, tannhelse og rus [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (siste faglige endring 27. juni 2023, lest 11. mai 2026). Tilgjengelig fra https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/barnevern*

4.1.2 Prioritering og oppstart i PHBU

Ved mottatt henvisning foretar PHBU rettighetsvurdering i tråd med gjeldende regelverk og føringer i prioriteringsveiledere.

Det er foreslått en egen tilstand i prioriteringsveilederen for PHBU knyttet til bekymring for barn som skal flyttes ut av hjemmet – helsekartlegging.

Barn som henvises til helsekartlegging, skal som hovedregel tilbys oppstartssamtale og basisutredning i PHBU, med mindre det foreligger særskilte grunner til at dette er åpenbart unødvendig.

Helsekartleggingen følger nasjonalt pasientforløp for psykiske lidelser hos barn og unge, og tilpasses barnets individuelle behov, symptombilde og annen relevant informasjon.

Det forutsettes at prioriteringsveiledere og regelverk tilpasses slik at målgruppen gis nødvendig tilgang til helsehjelp. Manglende avklaringer på dette området vil kunne gi ulik prioriteringspraksis og påvirke tilgang og ventetid.

4.1.3 Innhold i helsekartleggingen

Helsekartleggingen består av vurdering av psykisk og somatisk helsetilstand, samlet i ett forløp i spesialisthelsetjenesten.

Psykisk helse

Kartleggingen av psykisk helse gjennomføres i tråd med nasjonalt pasientforløp psykiske lidelser – barn og unge, herunder:

- første samtale
- basisutredning
- eventuell utvidet utredning ved behov

Kartleggingen skal danne grunnlag for vurdering av barnets behov for videre helsehjelp og oppfølging.

Somatisk helse

Somatisk kartlegging skal inngå som en integrert del av helsekartleggingen i spesialist-helsetjenesten. I tråd med Helsedirektoratets føringer gjennomføres dette gjennom en legevurdering i tilknytning til basisutredningen i psykisk helsevern for barn og unge (PHBU). Den somatiske vurderingen skal baseres på en samlet gjennomgang av tilgjengelig informasjon, herunder opplysninger fra henvisning, tidligere kontakt med helsetjenester og relevante bidrag fra førstelinjetjenesten, inkludert fastlege. Fastlegen har en sentral rolle i barnets løpende helsefaglige oppfølging, og tilgjengelig somatisk informasjon fra fastlege vil være et viktig grunnlag for planlegging og gjennomføring av helsekartleggingen.

Som ledd i helsekartleggingen har spesialisthelsetjenesten ansvar for å:

- innhente og sammenstille tilgjengelig somatisk informasjon
- foreta en medisinskfaglig vurdering av barnets somatiske helsetilstand
- vurdere behov for supplerende undersøkelser eller utredning
- sikre videre henvisning til somatisk spesialisthelsetjeneste ved behov

Legevurderingen i PHBU kan gjennomføres av lege med relevant kompetanse fra PHBU eller i samarbeid med barneavdeling, avhengig av lokal organisering. Virksomhetsledelsen har ansvar for at den somatiske vurderingen gjennomføres på en faglig forsvarlig måte og med tilstrekkelig kompetanse.

I noen tilfeller vil det foreligge oppdatert somatisk informasjon fra primærhelsetjenesten. Der dette er tilstrekkelig, vil helsekartleggingen i spesialisthelsetjenesten i hovedsak bestå av en vurdering og sammenstilling av eksisterende opplysninger. I tilfeller der informasjon mangler, er ufullstendig eller ikke tilstrekkelig oppdatert, skal spesialisthelsetjenesten sørge for at nødvendig somatisk vurdering gjennomføres som del av det samlede kartleggingsforløpet.

Innretningen innebærer en arbeidsdeling der:

- primærhelsetjenesten, herunder fastlege, bidrar med kontinuitet og eksisterende medisinsk informasjon
- spesialisthelsetjenesten har ansvar for integrert vurdering, kvalitetssikring og videre henvisning

Denne modellen legger til rette for et samlet og koordinert kartleggingsforløp, og bidrar til å sikre at barnets somatiske helse blir vurdert på en helhetlig og faglig forsvarlig måte, samtidig som kontinuiteten i oppfølgingen ivaretas.

4.1.4 Prosess og gjennomføring av helsekartlegging

Helsekartleggingen gjennomføres innenfor rammene av ordinære pasientforløp i spesialisthelsetjenesten, med følgende hovedfaser:

- mottak av henvisning og rettighetsvurdering
- oppstart av pasientforløp og basisutredning
- tverrfaglig drøft 1 (ved behov) som del av utredningen
- gjennomføring av psykisk og somatisk kartlegging
- vurdering av videre helsehjelp og behov for oppfølging
- eventuell tverrfaglig drøft 2, basert på barnets behov
- utarbeidelse av journalnotat/epikrise til Bufetat

Omfang og ressursbruk vil variere betydelig avhengig av barnets situasjon, tilgjengelig informasjon og kompleksitet. Det foreligger per 19.05.26 ikke informasjon fra Bufdir om deres vurdering av sammensetningen av barnegruppen. Det foreligger heller ikke et antatt volumtall.

Kategoriene under med populasjonsandel er stipulert fra de regionale helseforetakene.

Kategori	Kort beskrivelse	Kjennetegn	Ressursbruk personell (anslag)	Andel av populasjon
Eksempel 1 – Standard forløp (ny sak)	Barn som skal flyttes ut av hjemmet med god forberedelse	– Nasjonalt forløp barnevern igangsatt – Undersøkt av fastlege – God henvisning foreligger – Ikke kjent i PHBU	ca. 14 timer	ca. 10 %
Eksempel 2 – Kompleks/akutt sak	Ungdom i akuttplassering med mangelfull informasjon	– Ikke igangsatt barnevernsforløp – Mangler info fra fastlege/kommune – Ikke kjent i PHBU – Større behov for innhenting og koordinering	ca. 35 timer	ca. 60 %
Eksempel 3 – Oppfølgingssak (kjent barn)	Barn som allerede er kjent i tjenesten	– Nasjonalt forløp barnevern igangsatt – Undersøkt av fastlege – God henvisning – Kjent i PHBU fra før	ca. 6 timer	ca. 30 %

Her vises tiden som går med fra helsepersonellet, noe som vil si den totale ressursbruken. Dette må ikke forveksles med antall tiltak/treff for hvert enkelt barn, noe som ikke er vist her.

Oversikten i kapittel 7 viser et forløp for kartlegging i PHBU med anslag over aktiviteter som kan inngå. Den viser også tids- og ressursbruk som går med fra medarbeidere i spesialisthelse-tjenesten per utredningsløp per barn. Tidsanslagene bygger på nåværende praksis i PHBU, samt erfaringer som viser at utredning av barn med flere omsorgsbaser ofte krever mer tid for å etablere oversikt over utviklingshistorie, somatiske helseopplysninger og øvrige anamnestiske forhold.

Gjennomføring av helsekartleggingen
Helsekartleggingen skal bidra til et sammenhengende hjelpetilbud og gi barnevernstjenesten nødvendig informasjon for valg av tiltak og plassering. Det vil være hensiktsmessig at kartleggingen gjennomføres så komprimert som mulig, innenfor en god faglig gjennomføring.

For å kunne planlegge den interne organiseringen og logistikken i det enkelte helseforetak/ PHBU, vil et antatt volum for det enkelte helseforetak bidra til å kunne lage en god struktur for gjennomføringen av forløp. En god plan for gjennomføring vil fremme god tilbakemelding til barneverntjenesten så snart som mulig etter mottatt henvisning, og sammenhengende løp for barnet. Antatte volumtall er per 19.05.26 ikke kjent.

4.1.5 Samtykke til helsehjelp

Helsekartleggingen omfattes av de samme regler for samtykke som annen helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

Barnet skal gis tilpasset informasjon og mulighet for medvirkning under gjennomføring av kartlegging, i tråd med alder og modenhet. Ivaretakelse av søsken og involvering av pårørende er viktig.

4.2 Tverrfaglig vurdering og samhandling

Helsekartleggingen gjennomføres av tverrfaglige team bestående av personell som inngår i ordinær virksomhet i PHBU.

Teamet skal:

- samarbeide og vurdere funn
- sørge for faglig kvalitet
- gi anbefalinger om videre helsehjelp

Tverrfaglig drøft 2 etter gjennomført kartlegging, bør gjennomføres basert på barnets behov og identifiserte helseutfordringer, og er ikke en obligatorisk del av forløpet. Dersom barnet har vært til undersøkelse ved somatisk avdeling, bør relevante faglige vurderinger derfra inngå i drøftingen, enten gjennom deltakelse fra personell eller ved formidling av nødvendig informasjon på annen måte.

Der drøft gjennomføres, bør ansvarlig behandler delta og formidle sentrale funn og anbefalinger til barnevernet.

4.3 Informasjon til barnevernet

Informasjon til barnevernet gis gjennom et strukturert journalnotat eller epikrise fra spesialisthelsetjenesten.

Dette skal omfatte:

- hvilke undersøkelser som er gjennomført
- sentrale funn og vurderinger
- barnets helse og funksjonsnivå
- behov for videre helsehjelp
- behov for tilrettelegging og oppfølging

Opplysningene skal være forståelige og anvendbare for barnevernstjenesten og barnets omsorgspersoner.

Bufetat har ansvar for å sammenstille helsefaglig informasjon med øvrige vurderinger i en samlet tverrfaglig rapport.

4.4 Videre helsehjelp ved behov

Dersom kartleggingen avdekker behov for videre helsehjelp, skal barnet følges opp innenfor ordinære pasientforløp i spesialisthelsetjenesten eller i samarbeid med kommunale tjenester.

Helsekartleggingen skal dermed bidra til en sømløs overgang fra kartlegging til utredning, behandling og oppfølging.

5. Helsefaglig kartlegging – konsekvenser ved ny modell

5.1. Personellmessige konsekvenser ved ny modell

Modellen innebærer at helsekartlegging gjennomføres innenfor eksisterende strukturer i PHBU, med behov for økt kapasitet og tydelig organisering.

Den somatiske vurderingen innlemmes i større grad i PHBU gjennom legevurdering i basisutredningen. Dette påvirker kompetansebehov, og forutsetter tilgang til legekompetanse med nødvendig bredde.

Det vil fortsatt være behov for spesialisert somatisk kompetanse ved videre utredning, men i mindre grad som del av et parallelt kartleggingsløp.

5.2. Økonomiske konsekvenser ved ny modell

Det er laget en prosessbeskrivelse for helsekartleggingen i spesialisthelsetjenesten, hvor det er anslått tidsbruk på de ulike prosesstegene, som også hensyntar utkast til modell fra Helsedirektoratet. Det vil variere hva slags personellgrupper som vil inngå i kartleggingen, og hvor mye kartlegging det er behov for. I beregningen av de økonomiske konsekvensene har vi lagt til grunn at overleger og psykologspesialister vil stå for 40 prosent av timene, mens annet helsepersonell står for 60 prosent av timene. Basert på lønnsdata fra Helse Sør-Øst er det lagt til grunn en gjennomsnittlig timesats på 1 238 kroner for overleger/psykologspesialister og 766 kroner for annet helsepersonell. I timesatsen inngår et påslag på 50 prosent for sosiale og indirekte kostnader («overhead»).

Det er i Prop. 83 L (2024-2025) lagt til grunn en målsetting om et volum på om lag 1 500 barn årlig på sikt, høyere enn dagens nivå på rundt 500 barn per år. Det er imidlertid heftet usikkerhet ved antallet, og det målsatte antallet kan bli justert ned.

Det vil variere hvor omfattende kartlegging hvert enkelt barn har behov for. For å synliggjøre variasjonen i ressursbruk er det gjort forenklede kategoriseringer av forløp. Fordelingen illustrerer variasjon, men også at hovedtyngden av sakene forventes å ligge nær det øvre ressursnivået.

10 %: 14 timer – flyttes ut av hjemmet; nasjonalt forløp igangsatt; vurdert av fastlege; god henvisning; ikke tidligere vært pasient i PHBU.

60 %: 35 timer – akuttplassering; ikke igangsatt forløp; manglende info fra fastlege/kommune; ikke tidligere kjent i PHBU.

30 %: 6 timer – flyttes ut av hjemmet; forløp igangsatt; vurdert av fastlege; god henvisning; tidligere pasient i PHBU.

Med forutsetningene nevnt over, kan de økonomiske konsekvensene framstilles i følgende tabell:

Kategorier forløp	**Andel**	**Antall barn**	**Kostnad MNOK**	**Kostnad (lønnskostnad) per type forløp per barn NOK**
14 timer ressursbruk	10 %	150	2,0	13.500
35 timer ressursbruk	60 %	900	30,1	33.500
6 timer ressursbruk	30 %	450	2,6	6.000
Sum	**100 %**	**1500**	**34,7**	**--**

De regionale helseforetakene har i statsbudsjettet for 2026, jf. Prop. 1 S (2025-2026), fått øremerket (post 70) 19,9 millioner kroner til dagens modell for tverrfaglig helsekartlegging. Som det framgår av tabellen så er den anslåtte kostnaden for 1 500 barn, under de gitte forutsetningene, 14,8 millioner kroner høyere enn dette.

Det er usikkerhet knyttet til kostnadsanslagene. Dette gjelder både totalvolum og hvor stor del av kartleggingene som vil kreve henholdsvis mer eller mindre ressursbruk.

5.3. Administrative konsekvenser ved ny modell

Modellen stiller krav til:

- tydelig organisering av henvisningsmottak i PHBU
- standardiserte rutiner for håndtering av henvisninger
- god koordinering internt i helseforetak

Manglende digitale henvisningsløsninger fra Bufetat representerer en vesentlig utfordring, og det bør etableres løsninger som understøtter effektiv og skalerbar drift.

6. Oppsummering

De regionale helseforetakene har i denne rapporten levert på oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet om å beskrive hovedlinjer i ny modell for helsefaglig kartlegging, samt tilhørende personellmessige, økonomiske og administrative konsekvenser.

De regionale helseforetakene legger til grunn en modell der helsekartlegging integreres i spesialisthelsetjenestens ordinære pasientforløp, med én samlet inngang og ett sammenhengende forløp for psykisk og somatisk vurdering. Modellen vurderes å ha et tydelig faglig potensial gjennom tidligere identifisering av helsebehov, bedre sammenheng mellom kartlegging og behandling, og mer relevant beslutningsstøtte til barnevernet.

Samtidig innebærer modellen en vesentlig oppgaveoverføring til spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakene vurderer at dette utløser behov for økt kapasitet, særlig i PHBU, samt tydelig organisering og tilgang til tverrfaglig kompetanse, inkludert legekompetanse.

De regionale helseforetakene legger til grunn at primær somatisk kartlegging i hovedsak skal ivaretas i kommunale tjenester. Spesialisthelsetjenesten må samtidig sikre at den samlede somatiske kartleggingen er faglig forsvarlig og fullverdig, herunder supplere ved behov. Dette forutsetter tydelig ansvarsdeling og fungerende samhandling mellom nivåene.

De regionale helseforetakene vurderer at det er betydelig usikkerhet knyttet til volum og ressursbruk. Foreløpige beregninger tilsier et årlig kostnadsnivå på om lag 35 mill. kroner ved et volum på 1 500 barn.

Gjennomføring av modellen forutsetter tidlige nasjonale avklaringer knyttet til modellvalg, finansiering, volum og tidspunkt for implementering. Videre er modellen avhengig av tett samordning med barnevernssektorens oppbygging av ny struktur, herunder etablering av henvisningsfunksjon og organisering.

Samlet vurdering

De regionale helseforetakene vurderer at modellen representerer et faglig løft, men at den ikke er gjennomførbar innenfor dagens kapasitets- og finansieringsrammer. For å muliggjøre implementering fra 2027, er det etter de regionale helseforetakenes vurdering nødvendig med:

- styrket finansiering i tråd med oppgaveomfang
- kapasitetsøkning i PHBU
- tydelig operasjonalisering av ansvarsdeling og samhandling, særlig for somatisk kartlegging

Uten dette er det, etter de regionale helseforetakenes vurdering, risiko for redusert kvalitet, økt ventetid og manglende måloppnåelse.

7. Vedlegg: Prosessbeskrivelse helsekartlegging

Tabellen viser hvilke aktiviteter som kan inngå i en helsekartlegging, med tilhørende tids- og ressursbruk. Det er ressursbruken i timer som danner grunnlag for kostnadsberegningen.

Prosessbeskrivelse helsekartlegging med alle moduler				
Foreslått helsekartlegging (*Helsedirektoratet.15.05.26*)	**Varighet**	**Antall personer fra spesialist-helsetjenesten**	**Total ressursbruk minimum**	**Total ressursbruk maksimum**
1. **Mottak av henvisning og rettighetsvurdering** (lesing av papirer + innhenting av opplysninger + oppsett av timeavtaler for utredning + booking av rom + utsendelse av timer og screenings-skjemaer for digital besvarelse)	0,5-1 time	2 (kliniker, sekretær)	1 time	2 timer
2. Oppstart av pasientforløp og basisutredning				
3. Tverrfaglig drøft 1 (ved behov) som del av utredningen	1-1,5 timer	2 (1 leder og 1 kliniker)	2 timer	3 timer
• Indirekte for- og etterarbeid	1 time	2 (1 leder og 1 kliniker)	2 timer	2 timer
4. Gjennomføring av psykisk og somatisk kartlegging				
Anamnese (lenger tid for denne barnegruppen enn gjennomsnittet i PHBU. Må ev. tas i to runder pga. foreldre som ikke bor sammen)	1-1,5 time *1-2 ganger	1 kliniker	1 time	3 timer
• Indirekte for- og etterarbeid til anamnesen	1 time	1 kliniker	1 time	1 time
Diagnostisk intervju	2 timer	1 kliniker	2 timer	2 timer
• Indirekte etterarbeid til diagnostisk intervju	1-2 timer	1 kliniker	1 time	2 timer
Samtale med barnet	1-3 timer	1 kliniker	1 time	3 timer
• Indirekte etterarbeid til samtale med barnet	0,5 t * 1-3 ganger	1 kliniker	0,5 time	1,5 timer

Utvidet kartlegging				
Psykologisk test (evnekartlegging)	2 timer	1 kliniker	2 timer	2 timer
• Indirekte etterarbeid til evne-kartlegging	1,5 time	1 kliniker	1,5 timer	1,5 timer
Barnepsykiatrisk legeundersøkelse	1-1,5 time	1 kliniker	1 time	1,5 timer
• Indirekte for- og etterarbeid til barnepsykiatrisk undersøkelse	1-1,5 timer	1 kliniker	1 time	1,5 timer
Somatisk undersøkelse (barneavdeling)	1 time	1 kliniker	1 time	1 time
• Indirekte for- og etterarbeid til somatisk undersøkelse (inkl. ev. innhenting av informasjon)	0,5 -1,5 time	1 kliniker	0,5 time	1,5 timer
Teammøter i PHBU for involverte medarbeidere. (indirekte arbeid) 1 teammøte per 4. uke for oppsummering	0,5 time * 2-3 ganger	2 –3 klinikere	2 timer	4,5 timer
5. Vurdering av videre helsehjelp og behov for oppfølging				
6. Eventuell tverrfaglig drøft 2, basert på barnets behov	1-1,5 timer	1 (kliniker)	1 time	1,5 timer
• Indirekte for- og etterarbeid	1 time	1 (kliniker)	1 time	1 time
7. Utarbeidelse av journalnotat/epikrise til Bufetat - Egen mal i journalnotat/epikrise	1 time	1-2 klinikere	1 time	2 timer
Koordineringsarbeid mellom instanser	2-3 timer	1 person	2 timer	3 timer
SUM			**28,5 timer**	**46,5 timer**