



Utgitt av Statens helsetilsyn

## **Tilsynet kunne gjort mer, men....**

**Rapport om fylkesmennenes tilsyn med tjenestene til de to jentene som bodde på Vestlundveien og som senere døde**

4. juni 2020

# Innhold

1. Innledning.....	3
2. Tilsynsmyndighetens oppgaver og rolle.....	3
2.1 Fylkesmannens oppgaver og rolle.....	3
2.1.1 Tilsyn med barnevernsinstitusjonene .....	4
2.1.2 Tilsyn som reaksjon på mottatt informasjon om hendelser eller klager (tilsynssaker) .....	4
2.2 Statens helsetilsyn.....	5
2.3 Utfordringer knyttet til tilsyn med barnevernet .....	5
2.3.1 Fylkesmannens mulighet til å avdekke svikt .....	5
2.3.2 Ulike årsaks- og ansvarsforhold.....	6
3. Fylkesmennes tilsyn knyttet til de to sakene .....	10
3.1 Hva vi har gjort (Metode og avgrensninger) .....	10
3.2 Fylkesmennes tilsyn med barnevernets arbeid i de to sakene .....	11
3.3 Om fylkesmennes mulighet til å avdekke svikten i disse to sakene.....	11
3.4 Ble svikten avdekket?.....	12
3.5 Svikt som ikke ble avdekket.....	13
3.5.1 Vestlundveien.....	13
3.6 Mangelfullt tilsynsarbeid.....	15
3.6.1 Institusjonstilsynene.....	15
3.6.2 Tilsynssaker .....	17
4. Oppfølgingspunkter for tilsynsmyndigheten.....	19
4.1 Harmonisering og forbedring av fylkesmennes faglige vurderinger.....	20
4.2 Avslutning og oppfølging av lovbrudd.....	20
4.3 Vurdere den overordnede styringen av institusjonene .....	20
4.4 Inkludere andre tjenesteområder i tilsynet .....	20
5. Oppsummering og avsluttende refleksjoner.....	21
5.1 Ville et bedre tilsyn utgjort en forskjell? .....	21
5.2 Om kvaliteten i tjenestene og tilsynets rolle.....	22

# 1. Innledning

Barne- og familiedepartementet ga i tildelingsbrevet for 2019 Statens helsetilsyn i oppdrag å undersøke barnevernets oppfølging av de to jentene som bodde på Vestlundveien og som senere døde. Undersøkelsen skulle innrettes slik at den kunne bidra til samfunnsmessig læring og utvikling på barnevernsområdet. I april 2019 ble oppdraget utvidet til også å skulle omfatte undersøkelse av fylkesmennenes arbeid knyttet til de to jentene. En detaljert redegjørelse for jentenes kontakt med barnevernet, og vår vurdering av barnevernets arbeid er sendt BFD. Redegjørelsen er unntatt offentlighet. En offentlig rapport med hovedfokus på det vi mener er det viktigste å lære av det vi har sett i undersøkelsen, er publisert på Helsetilsynets nettsider.

Denne rapporten handler om fylkesmennenes tilsynsmessige oppfølging av barnevernets arbeid i forhold til de to jentene.

Jentene mottok barneverntjenester i fire fylker; Rogaland, Møre og Romsdal, Hordaland (nå Vestland) og Akershus (nå Oslo og Viken). I gjennomgangen av deres historier har vi sett alvorlig svikt både i den kommunale barneverntjenesten og i det statlige barnevernet. Et naturlig spørsmål er da om fylkesmennene som tilsynsmyndighet har hatt mulighet til å avdekke svikten, og om de i så fall gjorde det. Vi har derfor sett på når, og hvordan, fylkesmennene i disse fylkene har vært involvert i forhold knyttet til tjenestetilbudet til jentene. Hensikten med gjennomgangen har vært å se om det foreligger svikt eller mangler i tilsynsmyndighetens arbeid som kan gi grunn til forbedring av praksis både i det enkelte embete og generelt hos tilsynsmyndigheten.

Rapporten er firedelt. I første del gjør vi rede for tilsynsmyndighetens oppgaver og rolle i forhold til barnevernvirksomheten. Her drøfter vi fylkesmannens mulighet til å avdekke svikt særlige utfordringer knyttet til fylkesmannens tilsyn.

Andre del handler om vår undersøkelse av fylkesmennenes arbeid. Her beskriver vi fylkesmennenes tilsyn med barneverntjenestens arbeid i de to sakene, og deres mulighet for å avdekke den svikten vi har sett. Deretter gjennomgår vi våre hovedfunn og peker på noen områder som bør drøftes i tilsynsmyndighetens forbedringsarbeid.

I tredje del beskriver vi oppfølgingspunkter som bygger på de funn vi har gjort, og som vi mener kan bidra til læring for fylkesmennene og Helsetilsynet som overordnet tilsynsmyndighet. I tillegg har vi sett forhold som vi som overordnet tilsynsmyndighet vil følge opp i vår løpende dialog med hvert embete.

I siste del oppsummerer vi fylkesmennenes tilsynsarbeid i disse to sakene og gir noen avsluttende refleksjoner om kvaliteten i tjenesten og tilsynets rolle.

## 2. Tilsynsmyndighetens oppgaver og rolle

### 2.1 Fylkesmannens oppgaver og rolle

Fylkesmannen skal føre tilsyn med barnevernvirksomheten i de enkelte kommuner, med barneverninstitusjonene og med Bufetats tjenester overfor enkeltbarn, jf. barnevernloven §§ 2-3, 2-3b og 5-7. Fylkesmannen skal også sørge for at kommunene får råd og veiledning, jf §2-3.

Fylkesmannen skal i tillegg behandle klager på brudd på forskrift om rettigheter og bruk av tvang under opphold i institusjon, jf. forskriftens § 27. I tillegg har fylkesmannen tilsynsmyndighet etter helse-, opplærings- og sosiallovgivningen.

Tilsyn innebærer å undersøke og bedømme etterlevelse av regler gitt i medhold av lov eller forskrift, for deretter å konkludere og følge opp eventuelle lovbrudd til forholdene er rettet opp. Formålet med tilsyn er å bidra til læring, forbedring og nødvendige endringer der praksis ikke er i samsvar med lov. Denne intensjonen skal være førende for hva fylkesmannen går inn i som tilsynsmyndighet.

Kravet til forsvarlige tjenester ligger på tjenestene og ikke på fylkesmannen. Tilsynsmyndigheten har således ikke ansvar for at barna til enhver tid får forsvarlige tjenester og skal heller ikke være garantist for at barnet har eller får et egnet tiltak. Fylkesmannens rolle er å se til at de som til enhver tid har ansvaret faktisk tilrettelegger og følger opp slik at barna får det de skal ha.

### 2.1.1 Tilsyn med barnevernsinstitusjonene

Det er gitt nærmere bestemmelser om fylkesmannens tilsyn med i barneverninstitusjoner<sup>1</sup>. I henhold til disse skal fylkesmannen føre tilsyn ved besøk i institusjonen så ofte som forholdene ved institusjonen tilsier det, i alle tilfeller minst to ganger hvert år. Minst ett besøk skal skje uanmeldt. Institusjoner som tar imot barn plassert etter barnevernloven § 4-24 og § 4-26 skal besøkes minst fire ganger hvert år. Minst to besøk skal skje uanmeldt.

Tilsynet skal ha til formål å påse at lover og regelverk blir fulgt, og at barna får forsvarlig omsorg og behandling i institusjonen. Videre skal tilsynet påse at barna blir behandlet hensynsfullt og med respekt for den enkeltes integritet.

Etter hvert besøk skal fylkesmannen utarbeide en skriftlig rapport som oversendes selve institusjonen, samt institusjonseier og Bufetat. Finner tilsynsmyndigheten at institusjonen drives på en måte som kan ha skadelige følger for de barna som oppholder seg der eller for andre, eller at driften på annen måte er uforsvarlig, kan det gis pålegg om retting eller pålegg om at driften skal nedlegges jf. § 12 annet ledd.

### 2.1.2 Tilsyn som reaksjon på mottatt informasjon om hendelser eller klager (tilsynssaker)

Når fylkesmannen mottar informasjon om hendelser, situasjoner eller forhold som innebærer mulig svikt i barnevernet, skal fylkesmannen vurdere om det er grunnlag for videre undersøkelse og oppfølging. Dersom fylkesmannen finner grunn til å gjennomføre tilsyn kan de benytte seg av ulike metoder for å finne ut av forholdet. Det kan for eksempel skje gjennom bare å innhente dokumenter eller ved å undersøke nærmere gjennom mappegjennomgang, intervjuer mv.

Tilsynsmyndigheten må ut fra formålet med tilsyn vurdere hvilke forhold som gir grunnlag for å opprette en tilsynssak, og hvilke konkrete forhold som skal undersøkes.<sup>2</sup> Fylkesmannen har ikke plikt til å gjennomføre tilsyn på bakgrunn av en anmodning og er heller ikke pliktig til å vurdere og besvare

---

<sup>1</sup> F11.12.2003 nr 1564 Forskrift om tilsyn med barn i barneverninstitusjoner for omsorg og behandling

<sup>2</sup> Veileder i behandling av tilsynssaker etter barnevernloven (pdf) Internserien 4/2015

alle anførsler som fremsettes. Fylkesmannen har full anledning til å ta opp og undersøke forhold som ikke er berørt i en henvendelse.

## 2.2 Statens helsetilsyn

Statens helsetilsyn har fra 2010 vært overordnet faglig tilsynsmyndighet på barnevernsområdet. For å ivareta sitt overordnede ansvar benytter Statens helsetilsyn seg i stor grad av virkemidler som utvikling av maler og veiledere, samt faglig dialog med fylkesmennene for å bidra til god og enhetlig praksis. Formålet er å forbedre tilsynet og bidra til at det er gjenkjennbart på tvers av fylkesgrensene.

Høsten 2018 ble det gjennomført en intern gjennomgang av 201 rapporter fra institusjonstilsyn som ble gjennomført i 2017/2018. Formålet var å få et grunnlag for å planlegge hvordan Helsetilsynet i samarbeid med fylkesmennene skal sikre kvaliteten i institusjonstilsynet i årene fremover. Det er deretter igangsatt et forbedringsarbeid som blant annet innebærer jevnlig gjennomgang av så vel rapporter fra institusjonstilsyn som klage- og tilsynssaker med påfølgende dialog med det enkelte embete.

## 2.3 utfordringer knyttet til tilsyn med barnevernet

Barnevernsrådet er et felt der svikt kan ha svært omfattende konsekvenser for barna og deres familier. Det er viktig at tilsynet er treffsikkert med fokus rettet mot den tjenesten eller det nivået i tjenesten som er ansvarlige for, og som har virkemidlene til å rette svikten. Et virkningsfullt tilsyn bidrar til at utsatte barns rettssikkerhet styrkes og at kvaliteten på tjenestetilbudet forbedres slik at risikoen for at eventuell svikt skjer igjen blir redusert. Der svikten kan ha vedvarende skadelige konsekvenser for det enkelte barn er det viktig at svikten rettes raskt.

Fylkesmannen har hjemmel til å føre tilsyn med hele tiltakskjeden i barnevernet, det vil si den kommunale barneverntjenesten og alle deler av det statlige barnevernet. Fylkesmannen har ikke tilsyn med fylkesnemnda eller domstolene.

### 2.3.1 Fylkesmannens mulighet til å avdekke svikt

I tillegg til kravet om minimum to/fire lovpålagte institusjonsbesøk i året følger det av rettighetsforskriften at fylkesmannen skal få tilsendt informasjon om bestemte hendelser knyttet til det enkelte barn som er plassert i institusjon som tvangsbruk og tilbakeføring etter rømming. Fylkesmannen får også informasjon om institusjonstilbudet gjennom behandling av klager på bruk av tvang i institusjonene.

Det er ikke tilsvarende kvantitative krav om hyppighet av tilsyn med barneverntjenesten i kommunene eller Bufetat som det er med institusjoner. Fylkesmannen mottar faste rapporter fra kommunen om bla fristbrudd knyttet til behandlingstid for undersøkelser og innfrielse av lovkrav knyttet til fosterhjembesøk og tiltaksplaner, men av kapasitetsmessige grunner blir det relativt sjelden gjennomført planlagt tilsyn med disse delene av barnevernet. Tilsyn med barneverntjenesten eller Bufetat starter som regel fordi fylkesmannen får informasjon som gir grunn til å undersøke om praksis er i tråd med lovens krav. Dette kan komme i form av en klage eller informasjon om alvorlig/bekymringsfull hendelse fra ulike kilder.

Som følge av ulikheten når det gjelder omfang av tilsynsaktiviteter overfor de ulike delene av barnevernet vil fylkesmannen ha større mulighet til å avdekke svikt på barneverninstitusjonene på grunn av regelmessige tilsynsaktiviteter og fast mottak av mye informasjon knyttet til virksomheten på institusjonene. Muligheten for å avdekke svikt i den kommunale barneverntjenesten og Bufetat er mindre, fordi det i større grad forutsetter at fylkesmannen får informasjon som gir grunn til å gjennomføre tilsyn.

Fylkesmannen vil ha begrenset mulighet til å avdekke svikt i de ulike prosessene knyttet til tiltaksvalg i kompliserte barnevernssaker fordi det som regel vil forandre at fylkesmannen mottar informasjon (f.eks. en klage) som gir grunn til å føre tilsyn med prosessen som førte til tiltaksvalget.

### 2.3.2 Ulike årsaks- og ansvarsforhold

Når et barn ikke mottar forsvarlig omsorg og behandling i en barnevernsinstitusjon kan det skyldes flere forhold, og svikten kan ligge på ulike nivåer i barnevernsystemet eller i ulike tjenester som skal bidra til at barna får nødvendig bistand og hjelp. For eksempel kan årsakene være at kvaliteten på institusjonen er for dårlig, eller at tiltaket i utgangspunktet var feil grunnet svikt i prosessen med å velge tiltak.

Disse ulike årsaks – og ansvarsforholdene kompliserer fylkesmannens tilsyn. For at tilsynet skal ha effekt er det en forutsetning at tilsynsmyndigheten adresserer ansvaret for å rette opp påpekt svikt til rette instans som også må ha virkemidler til å rette opp svikten.

For å illustrere dette beskriver vi først ansvarsforholdene i en barnevernssak, knyttet til såkalte atferdsplasseringer, deretter drøfter vi ulike dilemmaer knyttet til fylkesmannens tilsyn.

#### *2.3.2.1 Ansvarsforhold i saker om plassering og tilbakehold uten eget samtykke*

Ved beslutning om tvungen plassering i behandlingsinstitusjon etter barnevernloven §§ 4-24 og 4-25 er det mange aktører som har ulike oppgaver og dels overlappende ansvar i plasseringsprosessen. Valg av tiltak krever samhandling mellom barneverntjeneste, Bufetat og fylkesnemnda, og disse er gjensidig avhengig av hverandres vurderinger. Barneverntjenesten skal kartlegge barnets behov og gi denne informasjonen til Bufetat ved anmodning om institusjonsplass. Bufetat skal foreta sine vurderinger om hvilke tiltak som skal tilbys ut fra informasjonen fra barneverntjenesten og den informasjon og kunnskap de har om de statlige og private institusjonene. Innad i Bufetat er det også to aktører. Den aktuelle regionale enheten som har ansvar for tiltaksvalget, og NIT som i kraft av sin spesialkompetanse skal kartlegge barnets behov og foreslå et konkret tiltak etter en vurdering av hvilket tiltak som er egnet til å ivareta barnets behov for omsorg og behandling.

På grunnlag av NIT's utredning og inntaks beslutning om tiltaksvalg i Bufetat fremmer barneverntjenesten sak om plassering i fylkesnemnda som ved plassering etter bvl. §§ 4-24 og 4-25 har ansvar for å beslutte hvilken institusjon som skal benyttes. Fylkesnemnda skal ta stilling til om institusjon er «faglig og materielt i stand til å tilby barnet tilfredsstillende hjelp sett i forhold til formålet med plasseringen». Vanligvis legger barneverntjenesten frem forslag om plassering i den ene institusjonen som aktuelle region i Bufetat har foreslått.

Etter at barnet er plassert i institusjon i henhold til vedtaket fra fylkesnemnda er det institusjonen som har den daglige omsorgen for barnet og som har ansvar for at barn og unge som bor der får forsvarlig omsorg og behandling.

Barneverntjenesten skal løpende følge med på barnets omsorgssituasjon og utvikling etter at det er truffet vedtak om plassering på institusjon. Bufetat har på sin side et ansvar for å følge med på kvaliteten på institusjonstiltaket. Og som eier av de statlige barneverninstitusjonene har de et ansvar for å gi forsvarlige tjenester til de barna som er plassert der.

#### *2.3.2.2 Nærmere om barneverntjenestens ansvar*

Som det fremgår av beskrivelsen av ansvarsforholdene i barnevernssaker har barneverntjenesten både et ansvar i plasseringsprosessen frem til valg av tiltak og et ansvar for oppfølgingen etterpå.

Etter at det er truffet vedtak om plassering på institusjon etter barnevernloven § 4-24 eller § 4-25, skal barneverntjenesten løpende følge med på barnets omsorgssituasjon og utvikling, jf. bvl § 4-28. Barneverntjenesten skal vurdere om det er nødvendig med endringer eller ytterligere tiltak for barnet.

Det er barneverntjenesten som etter en omsorgsovertakelse har hovedansvaret for å sikre at barnet får et tilstrekkelig samordnet og helhetlig hjelpetilbud jf § 4-16

Selv om barneverntjenesten har et omfattende oppfølgingsansvar har de ingen myndighet eller virkemidler til å rette svikt i et institusjonstiltak eller i andre tjenester barnet har behov for. Barneverntjenesten har en aktivitetsplikt dersom de er bekymret for at barnet ikke får forsvarlig omsorg og behandling i institusjonen. Deres mulighet til å endre situasjonen er å ta opp problemene med institusjonen og eventuelt andre samarbeidende tjenester.

Det er institusjonen, enten den er statlig eller privat, som har ansvar for å rette opp svikten dersom institusjonen ikke leverer det tjenestetilbudet som er forventet. Tilsvarende har andre tjenester som barnet har behov for et ansvar for sine tjenestetilbud.

Hvis et barn ikke får forsvarlig omsorg og behandling i en institusjon har barneverntjenesten et ansvar for å ta de nødvendige skritt for å endre dette. Dersom dialogen med institusjonen, og om nødvendig også samarbeidende tjenester, ikke bidrar til bedring, har barneverntjenesten ingen andre virkemidler enn å anmode Bufetat om endring av plasseringsted, og deretter reise sak om endring av plassering for fylkesnemnda. Avveiningen mellom det å la barnet bli værende i et utilstrekkelig tiltak i påvente av mulige forbedringer eller å flytte barnet, noe som i seg selv kan være skadelig, vil da være et stort dilemma.

#### *2.3.2.3 Utdringer knyttet til institusjonstilsynet*

Et iboende dilemma ved det forskriftspålagte tilsynet med institusjoner (institusjonstilsynet) er at fylkesmannen skal ha fokus både på institusjonen og det enkelte barn. Fylkesmannen skal ifølge tilsynsforskriften både føre tilsyn med og følge opp at institusjonen følger regelverket, herunder at tilbudet er faglig forsvarlig, og påse at det enkelte barn får forsvarlig omsorg og behandling. Dette tilsynsansvaret er mer omfattende enn tradisjonell lovlighetskontroll på andre området, for

eksempel med kommunale tjenester, jf. kommuneloven kapittel 30. Dilemmaet er knyttet til hvilket ansvar fylkesmannen har for at det enkelte barn får forsvarlig omsorg og behandling.

Gjennom regelmessige tilsyn med institusjonen og kontakt med det enkelte barn kommer fylkesmannen ofte tett på både institusjonens og barnas utfordringer. Hvis et barns utvikling indikerer at behandlingen kan være uforsvarlig vil det være ulike forventningene til hva fylkesmannen kan og har mulighet til å kunne gjøre noe med. I denne sammenheng er det grunn til å understreke at selv om fylkesmannen har ansvar for tilsyn og kontroll kan fylkesmannen aldri overta ansvaret fra tjenestene for at det enkelte barn får de tjenester det skal ha. Til tross for at fylkesmennene skal være ofte på institusjonene kan de ikke være garantister for at barn får forsvarlige tjenester.

Ansvaret for at barn får rett tiltak, får god omsorg og behandling i tiltaket, at barneverntjenesten følger opp barnet og at andre tjenester samarbeider for å gi barnet den hjelpen det trenger, påhviler tjenestene og ikke fylkesmannen. Fylkesmannens oppgave er å se til at de som til enhver tid har ansvaret faktisk tilrettelegger og følger opp slik at alle barna får det de skal.

Spørsmålet om hvor langt fylkesmannen skal gå for å undersøke/ kontrollere at hvert barn får forsvarlig omsorg og behandling blir særlig tydelig når årsaken til at barnet ikke får forsvarlig behandling ligger utenfor det institusjonen rår over. Kompleksiteten i årsaksforholdene kan gi tilsynsmyndigheten store og arbeidskrevende utfordringer som vi beskriver nærmere nedenfor. Bildet viser at det kan være grunn til å drøfte hvor drøfte hvor tilsynsansvaret stopper og ansvaret for tjenesten kommer inn.

Som det fremgår av beskrivelsen av ansvarsforholdene i barnevernet kan mangel på forsvarlig omsorg og behandling i en barnevernsinstitusjon skyldes flere forhold, og svikten kan ligge på ulike nivåer i barnevernssystemet, eller i ulike tjenester som skal bidra til at barna får nødvendig bistand og hjelp. Årsaken til svikten kan være mangler i kvaliteten på institusjonen, det kan være mangel på bistand og hjelp fra andre tjenester som barnet trenger og det kan være at barnet har fått et uegnet tiltak grunnet svikt i beslutningsprosessen ved valg av tiltak. Det kan også være at barnets utvikling gjør at det trenger et annet plasseringstiltak. Dette får betydning for hvem fylkesmannen skal rette tilsynet mot for å avdekke svikten, og hvem som er ansvarlig for å rette opp svikten slik at barnet får et forsvarlig institusjonstilbud.

I dette terrenget må fylkesmannen i sitt tilsynsarbeid primært ha fokus på at institusjonen som har den daglige omsorgen for barnet og som har ansvaret for at barn og unge som bor der får forsvarlig omsorg og behandling. Dersom tiltaksvalget i utgangspunktet er riktig, men institusjonens praksis ikke er i tråd med det som var forutsetningen for plasseringen er det i første rekke institusjonen som må rette svikten. Bufetat som institusjonseier har et overordnet ansvar for å følge med på at de statlige institusjonene til enhver tid drives forsvarlig og leverer forsvarlige tjenester, og må forsikre seg om at det blir iverksatt nødvendige tiltak for å sikre forsvarlig drift dersom det er nødvendig. Fylkesmannen må vurdere hvilket nivå, institusjonen eller Bufetat, som har virkemidlene til å rette svikten i institusjonens kvalitet.

Fylkesmannens handlingsalternativer når de finner at en institusjon driver uforsvarlig er å gi pålegg til institusjonen om å rette forholdene eller stenge institusjonen. Tidsfrister for retting må stå i forhold til sviktens alvorlighet.



Stenging av en institusjon vil i de fleste tilfeller få store konsekvenser for de barna som bor på institusjonen fordi de da må flytte og det i seg selv kan være skadelig for dem. Noen ganger kan imidlertid institusjonstilbudet være så dårlig at det er uforsvarlig å la barn bo der i påvente av utbedring av svikten. Det kan være vanskelige avveininger om tiden det tar å rette svikt er akseptabel, men allikevel avveininger som fylkesmennene må gjøre.

Barn i barneverninstitusjoner vil ofte ha behov for langvarige og koordinerte tiltak fra andre offentlige tjenester som skole og helsetjenester. Svikt i disse tjenestenes tilbud til barnet vil kunne ha alvorlige konsekvenser for barnets utvikling, og bidra til at barnet ikke får forsvarlig omsorg og behandling. Fylkesmannen kan gjennom institusjonstilsynet få kjennskap til svikt i tjenestetilbudet som har sammenheng med at andre instanser ikke oppfyller sitt ansvar. Da er det viktig at tilsynet ikke bare retter seg mot institusjonen, men at fylkesmannen benytter sin tilsynsmyndighet etter helse-, opplærings- eller sosiallovgivningen, og at de ulike avdelingene internt i embetet arbeider sammen.

Hvis fylkesmannen gjennom institusjonstilsynet finner grunn til å reise spørsmål om tiltaksvalget for et barn er galt er det aktuelt å adressere spørsmålet til barneverntjenesten som i samarbeid med Bufetat må revurdere plasseringen. Det kan også være aktuelt å vurdere å se på om Bufetat har gjort et forsvarlig valg av tiltak.

Dersom fylkesmannen finner grunn til tilsynsmessig oppfølging av årsaken til et galt tiltaksvalg kan de overlappende og derfor uklare ansvarsforholdene, gjøre det utfordrende å avklare hvilke nivå i barnevernet som har ansvar for å rette svikten som førte til at tiltaksvalget ikke ble egnet. I realiteten vil det også være svært utfordrende for fylkesmennene å avdekke svikt i beslutningsprosessen som fører frem til valg av tiltak, med mindre de mottar informasjon som tydelig indikerer at tiltaket ikke var egentlig til å ivareta barnets behov da tiltaket ble valgt. Under et ordinært institusjonstilsyn blir fylkesmannen vanligvis ikke forelagt dokumentasjon på beslutningsprosessen, men plasseringsvedtak og tiltaksplaner som har utgangspunkt i at tiltaket er funnet egnet.

Får fylkesmannen informasjon som tyder på at kommunen ikke ivaretar sitt oppfølgingsansvar, må dette følges opp på lik linje med annen informasjon som fylkesmannen bruker som grunnlag for å vurdere om det skal iverksettes tilsyn. Der omsorgskommunen ligger i et annet fylke enn institusjonen, skal fylkesmannen i dette fylket informeres for å vurdere om kommunen skal følges opp.

I tillegg disse scenariene vil vi peke på at fylkesmennene melder om at de stadig oftere møter situasjoner hvor tiltaksmuligheter innenfor barnevernet er uttømt og barnet fortsatt ikke får hjelpen de trenger. Dette tilsvarer situasjoner som vi har beskrevet i vår rapport «Omsorg og rammer», hvor vi peker på at det synes å mangle egnede tiltak for en gruppe barn som derfor ofte flyttes fra institusjon til institusjon som ikke evner å ivareta dem. Spørsmålet er da hvilke forventninger vi kan ha til at tilsyn skal kunne bidra til bedre tjenester for denne gruppe barn.

Samlet gir viser denne beskrivelsen hvilke utfordringer fylkesmennene står i daglig gjennom regelmessige tilsyn med institusjonen og kontakt det enkelte barn, og som det er viktig å drøfte i den videre utviklingen av tilsynsarbeidet.

### 3. Fylkesmennenes tilsyn knyttet til de to sakene

For å svare på oppdraget har vi innrettet undersøkelsen av fylkesmennenes tilsyn på å forsøke å finne ut om de mulighet til å avdekke svikten vi påpekte i barnevernets oppfølging av jentene, samt årsaken til at de til tross for muligheten eventuelt ikke avdekket svikten. Formålet har vært å forsøke å utlede mulige lærings- og forbedringsbehov for tilsynet med barnevern hos fylkesmennene og Helsetilsynet som overordnet tilsynsmyndighet.

Vektleggingen av hva som sviktet eller manglet i arbeidet kan gi et noe unyansert bilde av fylkesmennenes totale arbeid. Det foreligger mye informasjon i dokumentene som viser både god praksis og mindre betydelige mangler som ikke belyses i denne rapporten. Det er viktig å påpeke at vi så informasjon som tydet på både god praksis og mangler hos alle fylkesmennene vi har innhentet dokumentasjon fra.

#### 3.1 Hva vi har gjort (Metode og avgrensninger)

Fra hvert av de aktuelle embetene har vi innhentet og gjennomgått følgende dokumentasjon:

- Rapporter og annen dokumentasjon fra relevante institusjonstilsyn
- Klager på tvangsvedtak fra jentene
- Tilsynssaker som angår tjenestetilbudet til jentene
- Annen informasjon som fylkesmennene har mottatt om jentene

Annen informasjon omfatter i hovedsak notater fra telefonsamtaler og eposter fra både jentene og de ulike institusjonene. Det er og enkelte spørsmål fra barneverntjenesten, og brev fra advokater samt dokumentasjon om kommunikasjon mellom fylkesmenn.

Vi har valgt å fokusere på de delene av fylkesmennenes arbeid hvor vi ser størst behov for forbedring.

Ved vår gjennomgang av rapportene fra institusjonstilsynet har vi sett etter om barna har vært snakket med og hvordan informasjonen fra barna har blitt brukt. Vi har sett etter hva som er undersøkt, og om rapporten har en logisk underbygget konklusjon. Videre har vi sett etter om fylkesmannen hadde informasjon som indikerte den svikten vi har påpekt og om de avdekket svikten. Der hvor jentene har flyttet mellom fylker har vi sett på kommunikasjonen mellom fylkesmennene

Vi har sett etter om beboernes behov for helsehjelp har vært et tema ved tilsynene og hvordan fylkesmennene har håndtert eventuelle opplysninger om at jentene fikk mangelfull bistand fra helsetjenesten.

Flere av institusjonsoppholdene har endt med at institusjonen ikke har kunnet ta vare på barnet. Vi har sett på hvordan fylkesmennene ble informert om dette og hvordan de håndterte opplysningene om at barnet da ikke hadde et tiltak som var egnet til å ivareta det på forsvarlig måte.

I tilsynssakene har vi sett på:

- hvilke opplysninger fylkesmennene hadde
- valg og begrunnelser for avgrensninger

- valg av undersøkelsestema
- om faktum var tilstrekkelig belyst
- om alvorlig tematikk ble fanget opp
- hvilke deler av tjenesten fylkesmannen rettet oppmerksomhet mot

I de mest omfattende sakene har vi sett på om vi finner fylkesmannens vurdering rimelig og velbegrunnet i forhold til det faktagrunnlaget som forelå på det tidspunktet saken ble behandlet.

### 3.2 Fylkesmennenes tilsyn med barnevernets arbeid i de to sakene

Barneverntjenesten som hadde ansvaret for oppfølging av jentene er lokalisert i hhv Rogaland og Hordaland (nå Vestland). Klager på barneverntjenesten ble behandlet av fylkesmennene i disse fylkene.

Det foreligger 8 tilsynssaker. To saker ble opprettet fordi fylkesmennene fikk informasjon om alvorlige hendelse på institusjonen. I en sak gjaldt dette en alvorlig hendelse, den andre var knyttet til at den ene jenta døde mens hun var plassert på institusjon.

De øvrige sakene ble opprettet på bakgrunn av klager. Begge jentene klaget på manglende medvirkning og oppfølging fra barneverntjenesten. Klagen ble fremsatt muntlig til fylkesmannen i forbindelse med institusjonstilsyn en av de gangene jentene var på akuttinstitusjon.

En klage fra pårørende gjaldt at barneverntjenesten avsluttet en undersøkelse uten å tilby familien hjelp.

En annen klage gjaldt at Vestlundveien ikke ivaretok og beskyttet jenta tilstrekkelig. I samme henvendelse ble det klaget på at barneverntjenesten ikke fulgte opp jenta godt nok på Vestlundveien og at jenta ikke fikk tilstrekkelig hjelp fra helsetjenesten.

Barneverntjenesten klaget på Vestlundveiens oppfølging og behandling av en av jentene. De tok også opp at de i utgangspunktet hadde bedt om en langtidsplassering i et eniltak, og at Vestlundveien var et korttidstiltak med tre plasser.

I de to sakene fant institusjonsplasseringene sted fra 2008 til 2017, med hovedtyngden fra 2014 – 2017. Det er 17 rapporter fra institusjonstilsyn fra den tiden jentene var på de respektive institusjonene.

Fylkesmannen i Hordaland var involvert i begge sakene gjennom institusjonstilsyn på Vestlundveien og var i tillegg på institusjonstilsyn på andre institusjoner i fylket på den tiden jentene var der.

Fylkesmannen i Rogaland, fylkesmannen i Møre og Romsdal og fylkesmannen i Oslo og Akershus (nå Oslo og Viken) var involvert i forbindelse med institusjonsopphold i fylket.

### 3.3 Om fylkesmennenes mulighet til å avdekke svikten i disse to sakene

Gjennomgangen viser at tilsynsmyndigheten fikk en henvendelse knyttet til en av barnevernssakene på et tidlig tidspunkt i saken. De øvrige henvendelsene og institusjonstilsynene fant sted etter at jentene var i ungdomsskolealder, og jentene var da plassert i institusjon. Før dette hadde jentene

hatt kontakt med barnevernet i lang tid og ved vår gjennomgang av deres historie har vi sett dels omfattende svikt i barnevernets oppfølging av dem i løpet av disse årene.

Ved gjennomgangen av fylkesmennenes arbeid ser vi imidlertid at tilsynsmyndigheten ikke fikk informasjon som gjorde det mulig for dem å avdekke den svikten vi har sett i barnevernets oppfølging av disse to jentene på et tidligere tidspunkt.

I perioden 2014 – 2017 fikk tilsynsmyndigheten i noen saker informasjon om barnevernets tidligere oppfølging av jentene, og de hadde derved mulighet til å gjøre en vurdering av dette i ettertid med sikte på forbedring i tjenesten.

### 3.4 Ble svikten avdekket?

Gjennom institusjonstilsyn og tilsendt informasjon fikk fylkesmennene mange opplysninger knyttet til tjenestene jentene mottok.

Både i tilsynssakene og i institusjonstilsynene ser vi at fylkesmennene fant det nødvendig med tilsynsmessig oppfølging av en rekke ulike forhold knyttet til barnevernets oppfølging av jentene. Flere av forholdene fylkesmannen vurderte samsvarer med eller tangerer forhold hvor vi i hovedrapporten har påpekt vesentlig svikt i tjenestenes oppfølging.

Vi har gjennomgått hele den lange og komplekse barnevernshistorien til jentene og hatt en unik mulighet til å se på alle delene av barnevernets arbeid og sammenhengen mellom dem. Fylkesmennene har fått opplysninger om barnevernets oppfølging i en periode av historien og de har i varierende grad avdekket eller påpekt samme svikt som vi fant. Vi ser at det er flere årsaker til dette.

Eksempelvis ser vi at noe av den svikten vi har sett ikke ble avdekket av fylkesmannen i enkelte tilsynssaker fordi saken ble avgrenset både når det gjaldt tid, valg av tema og hvilken del av tjenesten fylkesmannen rettet oppmerksomheten mot. Dette var saker hvor fylkesmannens arbeid i større grad kunne bidratt til læring i tjenesten i ettertid dersom tidsperspektivet hadde vært større og temavalget annerledes. Imidlertid er dette valg som fylkesmannen har anledning til å ta og som vi i liten grad finner grunn til å kritisere i de sakene vi har gjennomgått. Samtidig ser vi områder for forbedring som vi gjør nærmere rede for i pkt 3.6 og pkt 4. En sak fra Rogaland var spesiell pga sin varighet og omfang. Den viser en rekke av utfordringene knyttet til fylkesmannens tilsyn og omtales derfor særskilt under pkt 3.6

Ved gjennomgang av dokumentasjonen knyttet til institusjonsoppholdene og rapportene fra institusjonstilsynene ser vi at den svikten vi har sett, i varierende grad ble fanget opp av fylkesmannen. Der svikt ble fanget opp ser vi at fylkesmennene håndterte dette ulikt. Mange av disse funnene tilsvarer det som er funnet i den interne gjennomgangen av 201 rapporter fra institusjonstilsyn i 2017/2018. Dette er mangler i fylkesmennenes arbeid som vi mener bidro til at deler den svikten vi så ikke ble avdekket. Disse omtales nærmere i pkt 3.6.

I vår gjennomgang av de to barnevernssakene så vi også at ungdom med sammensatte vansker og omfattende adferd- og rusproblemer forble i barnevernstiltak som ikke var i stand til å gi dem egnet behandling og vi påpekte mangelen på et egnet tiltak for disse barna. Ved gjennomgangen av

fylkesmennenes arbeid ser vi at tilsynsmyndigheten i slike situasjoner møter store utfordringer i sitt tilsynsarbeid som vi drøfter i pkt 3.6.

Det er imidlertid også områder hvor vi mener tilsynsmyndigheten hadde mulighet til å avdekke alvorlig svikt, men hvor det ikke ble gjort. Hovedgrunnen til dette synes å være en ulik vurdering av hva som var forsvarlig omsorg og behandling av jentene kombinert med mangelfull oppfølging av alvorlig bekymringsfull informasjon.

Nedenfor beskriver vi først de områdene der vi mener alvorlig svikt ikke ble avdekket. Disse er knyttet til jentenes opphold på Vestlundveien som vi derfor omtaler spesielt. Dernest trekker vi frem andre områder hvor tilsynsarbeidet var mangelfullt og som gir grunnlag for forbedring hos tilsynsmyndigheten.

### 3.5 Svikt som ikke ble avdekket

#### 3.5.1 Vestlundveien

Vurderingen av tilbudet ved Vestlundveien skjedde ved institusjonstilsyn og ved behandling av to tilsynssaker. En av disse sakene omfattet også plasseringen.

Ved vår gjennomgang av de to barnevernssakene har vi konkludert med at jentene ikke fikk forsvarlig omsorg og behandling ved Vestlundveien ungdomssenter. Gjennomgangen av fylkesmennenes arbeid viser at fylkesmannen i Hordaland i ulike sammenhenger har vurdert de samme forholdene, men de fant at tilbudet på Vestlundveien var forsvarlig.

I den perioden jentene var der (2015-2016) var fylkesmannen på fem institusjonstilsyn. Ved to av disse tilsynene var begge jentene på Vestlundveien. Tre tilsyn var uanmeldt. Av dokumentasjonen fremgår det at fylkesmannen ved hvert tilsyn fikk bekymringsfull informasjon om jentenes utvikling og samtidig forsikringer fra institusjonen om at de var inne i en god prosess. I de fire første tilsynsrapportene er konklusjonen at fylkesmannen ikke har merknader til de områder det er ført tilsyn med. I den siste rapporten er det en rekke påpekninger knyttet til bruk av tvang og bekymring for at personalsituasjonen kan gå utover beboerne. Det er ikke gitt begrunnet melding eller påpekt lovbrudd ved noen av tilsynene.

I tillegg til informasjonen de hadde fra institusjonstilsynene mottok fylkesmannen klager på institusjonen, varsel fra ansatte, samt redegjørelser og annen dokumentasjon fra institusjonen som indikerte at jentene ikke fikk tilstrekkelig vern og beskyttelse fra å skade seg selv alvorlig med rusmisbruk, og at de stadig befant seg i miljøer og situasjoner hvor de ble skadet.

Fylkesmannen behandlet to klager knyttet til den ene jentas opphold på Vestlundveien. Den første klagen kom til fylkesmannen i Rogaland som fant informasjonen så bekymringsfull at de i august 2015 videreformidlet den til fylkesmannen i Hordaland som hadde tilsynsansvar overfor Vestlundveien. Klagen handlet om bekymring for at tiltaket ikke ivaretok og beskyttet jenta tilstrekkelig, og ble raskt fulgt opp ved at fylkesmannen ba om en telefonisk redegjørelse fra institusjonen som avdramatiserte hendelsene som lå til grunn for klagen. I tilbakemelding til klager og fylkesmannen i Rogaland redegjorde fylkesmannen for institusjonens vurdering og varslat at saken om nødvendig ville bli fulgt opp ved institusjonstilsyn som var planlagt rett etterpå. Både før og under dette tilsynet fikk fylkesmannen etter vår vurdering ytterligere bekymringsfull informasjon om

jenta som vi mener burde ført til en grundigere undersøkelse og revurdering av om tilbudet hun fikk på Vestlundveien var forsvarlig. Det ble ikke gjort. Denne mangelfulle oppfølgingen av alvorlig informasjon mener vi var en klar svikt i fylkesmannens tilsynsarbeid.

Den andre klagen kom i mai 2016 og gjaldt Vestlundveiens oppfølging og behandling av den samme jenta som hadde flyttet fra institusjonen i oktober 2015. Fylkesmannen konkludert med at jenta fikk forsvarlig omsorg og behandling og at Bufetat oppfylte sin bistandsplikt da Vestlundveien ble valgt som plasseringstiltak.

Institusjonstilsynet med Vestlundveien er tidligere undersøkt og bedømt som uforsvarlig av Statens helsetilsyn kfr. rapport datert 1. oktober 2018.<sup>3</sup> Gjennomgangen av barnevernssakene til de to jentene bekrefter dette. Fylkesmannen i Hordaland mottok mye alvorlig informasjon om Vestlundveien og den behandlingen de to jentene fikk der. Bortsett fra behandlingen av de to klagen som vi omtaler ovenfor, kan vi ikke se noen annen tilsynsmessig oppfølging enn de forskriftspålagte institusjonstilsynene. På bakgrunn av den alvorlige informasjonen som Fylkesmannen i Hordaland mottok om disse to jentene, fremstår de undersøkelsene som fylkesmannen gjorde som utilstrekkelige.

Vi vil bemerke at Helsetilsynet ikke ble gjort kjent med klagen som ble videresendt fra fylkesmannen i Rogaland ved undersøkelsen av institusjonstilsynet med Vestlundveien i 2018. Dette styrker inntrykket som ble påpekt i rapporten fra undersøkelsen om at Fylkesmannen i Hordaland ikke samlet informasjonen vedrørende tilbudet på Vestlundveien og vurderte den samlet. Etter dette har Statens Helsetilsyn iverksatt et arbeid med å utvikle et digitalt risikoverktøy for sammenstilling av bekymringsfull informasjon fylkesmennene får om institusjonene.

I denne sammenheng vil vi også peke på at fylkesmannen i Rogaland også senere mottok bekymringsfull informasjon om Vestlundveien som ikke ble videreformidlet til Hordaland. Vi mener det er viktig at fylkesmennene sørger for å formidle bekymringsfull informasjon de mottar om en institusjon videre, slik at den Fylkesmannen som har tilsynsansvar for institusjonen har all relevant risikoinformasjon samlet.

I forhold til vurderingen av om jenta fikk forsvarlig omsorg og behandling ved Vestlundveien ser vi at våre vurderinger skiller seg fra fylkesmannen i Hordaland når det gjelder vektleggingen av denne jentas behov for å vernes og beskyttes fra å skade seg selv, opp mot hennes sårbarhet ved bruk av virkemidler som begrensinger i retten til fri bevegelse og bruk av fysisk tvang. Vi mener at fylkesmannen ikke sterkt nok vektla jentas behov for beskyttelse.

Et annet forhold som vi vurderte annerledes enn fylkesmannen var vektleggingen av at jentene ble møtt med ruskompetanse. Et sentralt funn i vår gjennomgang var at Vestlundveien ungdomssenter hadde for svake rammer til å hindre at jentenes rusmisbruk ble forsterket/forverret under oppholdet. Selv om Fylkesmannen i Hordaland var kjent med jentenes omfattende og alvorlige rusmisbruk ble ikke jentenes behov for og tilgang til behandling for rusproblematikken tematisert. Vi vurderte at dette var et vesentlig behov hos begge jentene som fylkesmannen skulle fanget opp og fulgt opp at institusjonen iverksatte tiltak for å bedre.

---

<sup>3</sup> Undersøkelse av Fylkesmannen i Hordalands tilsyn med Vestlundveien ungdomssenter, Rapport fra Statens helsetilsyn 1.oktober 2018

## 3.6 Mangelfullt tilsynsarbeid

### 3.6.1 Institusjonstilsynene

I rapportene fra institusjonstilsynene fant vi at tvangsprotokollene er gjennomgått og ofte viet mye plass. Vi så eksempler på at fylkesmennene påpekte at institusjonen hadde feil tolkning av mulighetene for bruk av tvang uten at de fulgte opp om noen av barna var utsatt for ulovlig tvang. Våre funn stemmer overens med det som ble påpekt etter Helsetilsynets interne gjennomgang av 201 rapporter i 2018. I oppsummeringen etter denne gjennomgangen heter det: *Det er en tendens at embetene i større grad følger opp formelle feil ved utfyllingen og behandling av protokollene enn at de går inn og vurderer innholdet i tvangsbruken. Kun i svært få rapporter vurderer fylkesmannen ulovlig tvangsbruk i sammenheng med den øvrige driften og om barna får forsvarlig omsorg og behandling.*

I tillegg varierte det markant hvor mye tvang som ble benyttet i de ulike institusjonene, særlig overfor en av jentene. Fylkesmennene vurderte likevel i hovedsak at tvangsbruken var innenfor god barnevernfaglig praksis. I noen institusjoner ble omfattende bruk av begrensinger i retten til fri bevegelse og hyppig bruk av fysisk tvang funnet nødvendig for å verne og beskytte jenta fra å skade seg selv og andre. Andre institusjoner fant det nødvendig at bruken var minimal selv om risikoen var svært høy, fordi tvang ville skade jentas motivasjon til å ta gode valg for seg selv. Her ble det også vektlagt at bruk av begrensinger og tvang ville være re-traumatiserende for jenta og det ble et viktigere argument enn den skaden hun kunne utsette seg for når hun ikke ble stoppet. Dette er vanskelige faglige avveielinger som også tilsynsmyndigheten må kunne bedømme. Erfaringene fra disse sakene tilsier at det kan være grunn til et utviklingsarbeid på dette området hos fylkesmennene.

Jentene utviklet et alvorlig rusproblem. Ut fra rapportene synes fylkesmennene å vurdere behovet for beskyttelse av ungdom med rusproblemer ulikt. I flere rapporter er dette ikke vektlagt til tross for informasjon om at jentene hadde en svært risikofyllt og skadelig adferd. Andre rapporter beskriver dels stor bekymring for mulig manglende beskyttelse av ungdommen

Ut fra jentenes historier mener vi det burde vært et sentralt tema for fylkesmennene om jentene ble møtt med ruskompetanse på institusjonene. Fylkesmannen skal ikke ha detaljert informasjon om rusmidler og bruk av disse, men forsikre seg om at institusjonen har en slik oversikt og at det foreligger en faglig anerkjent behandlingsplan for rusproblemene som blir fulgt i praksis. Det er vanskelig å lese ut av rapportene om dette har vært et tema ved tilsynene. På bakgrunn av jentenes historier vil vi og reise spørsmål om ikke fylkesmennene større grad burde hatt fokus på hvordan institusjonene jobbet for å forebygge utviklingen av rusproblemer og tilbakefall.

Rapportene inneholder til dels mye informasjon om bemanningsproblemer, høyt sykefravær og bruk av vikarer som ikke har gjennomgått den nødvendige opplæring. Fylkesmannen uttrykte bekymring for dette i flere rapporter, men det ble ikke konkludert med lovbrudd eller satt krav til at institusjonen skulle rette det opp. I enkelte rapporter er det angitt at fylkesmannen vil følge opp behovet for opplæring og en utfordrende personalsituasjon ved neste tilsyn. I andre rapporter er det ikke kommentert. Vi mener at en slik situasjon utgjør en stor risiko for svikt i tilbudet til barna og at fylkesmennene her synes å ha vært for forståelsesfulle for institusjonens vanskelige situasjon ved å akseptere at det kan gå måneder før en tilstrekkelig kvalifisert bemanning er på plass. Det fremstår som en alvorlig mangel at vi ikke kan lese ut av rapportene om fylkesmannen har vurdert om denne type informasjon gir grunn til bekymring om barn og unge bosatt på institusjonen får forsvarlig

omsorg og behandling. Dette er i tråd med funn i den tidligere nevnte interne gjennomgangen av tilsynsrapporter og noe fylkesmennene forutsettes å ta tak i.

Selv om fylkesmennene ved institusjonstilsynene fikk mye informasjon om, og av jentene, om deres utvikling og trivsel, er det også viktig informasjon vi ikke kan finne er brukt eller vurdert av tilsynsmyndigheten. Vi ser at Bufetat og barneverntjenesten har mottatt mange rømmingsprotokoller fra institusjonene uten at omfanget av dette er nevnt i tilsynsrapportene. Fylkesmennene skal få tilsendt vedtak om tilbakeføring etter rømming. Dette omfatter ikke alle uteblivelser/rømminger. Det er ikke tydelig om fylkesmennene fikk seg forelagt alle rømmingsprotokollene når de var på tilsyn. I våre saker er imidlertid omfanget av rømminger /uteblivelser fra enkelte institusjoner så omfattende at vi spør oss om ikke tilsynsmyndigheten hadde noe informasjon om dette som burde satt dem på sporet av problemets omfang og tatt det opp med institusjonen som ledd i vurderingen av om jentene var godt nok ivaretatt. I denne sammenheng fremstår det som en alvorlig mangel når en høy frekvens av uteblivelser/rømmingsprotokoller kombinert med informasjon om at jentene har en risikofylt atferd som også inneholder avhengighet av rusmidler, ikke i vesentlig grad er omtalt og vurdert i tilsynsrapportene. Erfaringene fra vår gjennomgang tilsier at rømminger bør inngå i den risikoinformasjon som fylkesmannen bør ha oversikt over og som må vurderes/vektes i risikovurderingen i forkant av et institusjonstilsyn.

I begge sakene er det flere ildspåsettelse. Bare en av disse førte til tilsyn, de andre har ikke ført til spesiell oppfølging fra tilsynsmyndigheten. Ildspåsettelse er en alvorlig hendelse og en handling som vitner om et barn som har det vanskelig. Det kan være en følge av at ivaretagelsen av barnet ikke er forsvarlig. Det kan reises spørsmål om fylkesmennene i større grad skal vurdere tilsynsaktiviteter når de får informasjon om denne type alvorlige hendelser.

Begge jentene hadde behov for bistand fra helsetjenesten. Et forsvarlig behandlingstilbud skulle derfor også omfatte slik hjelp. Ved gjennomgangen av jentenes historie så vi at det tverrfaglige tilbudet de trengte ikke var på plass ved institusjonsoppholdene. I lys av dette fremstår det som en mangel at dette ikke er påpekt i noen av tilsynsrapportene. I mange rapporter er det anført at det er lagt til rette for kontakt med helsetjenesten. Enkelte ganger er det anført at jentene ikke ønsket å benytte seg av tilbudet. I de fleste rapportene fremgår det ikke om fylkesmannen har undersøkt og vurdert hvordan institusjonen jobbet med at denne delen av behandlingen ble ivaretatt. I enkelte rapporter fremgår det at fylkesmannen mener bistanden fra helsetjenesten ikke er tilstrekkelig. Det er ikke tydelig om fylkesmannen har adressert dette spørsmålet til institusjonen, eller til barneverntjenesten som har ansvar for at barnet får et tilstrekkelig samordnet og helhetlig hjelpetilbud. Av den samlede dokumentasjonen fremgår det at fylkesmannen har drøftet spørsmålet om mulig svikt i helsetjenesten internt i embetet, men dette har ikke utløst noen form for tilsynsaktivitet.

Ingen av institusjonstilsynene førte til at fylkesmannen rettet oppmerksomhet mot Bufetat som institusjonseier og tiltaksvelger. Etter vår vurdering ville det vært rimelig både i situasjoner hvor det ble beskrevet gjentatte alvorlige bemanningsproblemer og når det ved gjentatte tilsyn ble beskrevet vedvarende og eskalerende dårlig utvikling hos jentene.

Som tidligere nevnt så vi i vår gjennomgang av de to barnevernssakene at ungdom med sammensatte vansker og omfattende adferd- og rusproblemer forble i barnevernstiltak som ikke var i stand til å gi dem egnet behandling. Fylkesmannen påpekte også dette, og utfordret



barneverntjenesten når det gjaldt plasseringen samtidig som både den regionen i Bufetat som hadde ansvar for plasseringen og den regionen som hadde ansvar for institusjonen ble orientert ved kopi av tilsynsrapporten. I slike tilfeller mener vi fylkesmannen også må rette tilsynsblikket mot Bufetat.

Erfaringen fra disse to sakene tilsier at det i forbedringsarbeidet bør fokuseres på når og hvordan tilsynsmyndigheten bør vurdere den overordnede styringen av institusjonene.

Samtidig har vi reist spørsmål om det innenfor dagens system mangler egnete tiltak for noen barn med sammensatte og omfattende vansker. Gjennom tilsynsrapportene påpekte fylkesmannen at situasjonen for en av jentene etter hvert nærmest ble uhåndterlig. Det fremgår at fylkesmannen hadde hyppig kontakt med institusjonen og synes å ha akseptert tvangsbruk som overskrider rettighetsforskriftens bestemmelser fordi det var nødvendig både av hensyn til jenta og de ansatte. Ingen syntes å kunne tilby egnede tjenester, situasjonen var fastlåst og det er vanskelig å se hva som ville være adekvate virkemidler for å få etablert et egnet tilbud. Fylkesmannen valgte til slutt å innkalle til et samarbeidsmøte mellom de ansvarlige tjenestene rundt barnet. Møtet ble imidlertid avlyst fordi jenta ble flyttet til en annen barnevernsinstitusjon. Heller ikke denne institusjonen var egnet til å ivareta henne. Dette gir grunn til å reise spørsmål om hva tilsynsmyndigheten kan og bør gjøre i en slik situasjon, og hvilke forventninger vi kan ha til at tilsyn skal kunne bidra til bedre tjenester for denne gruppe barn.

### 3.6.2 Tilsynssaker

Et gjennomgående funn er at tilsynssakene ofte bare dekker en liten del av jentenes lange og kompliserte historie i barnevernet og at dette medførte at svikten vi så ikke alltid ble avdekket.

Ved vår gjennomgang av historiene så vi at jentene hverken ble hørt eller fikk medvirke i store deler av tiden de var i kontakt med barneverntjenesten, og at kommunikasjonen med dem ble betydelig vanskelig pga. økende atferds- og rusmiddelproblemer. Vi så også at barneverntjenestens oppfølging av dem i perioder var mangelfull både før og etter omsorgsovertakelsen. Begge jentene klaget på manglende medvirkning og mangelfull oppfølging fra barneverntjenesten. Klagene kom etter årelang kontakt med barnevernet. Fylkesmannen avgrenset disse sakene til en relativt kort periode før klagen ble fremsatt. Det førte til at de omfattende manglene i ivaretagelse av medvirkning og oppfølging fra barneverntjenesten ikke ble avdekket.

Det kan alltid reises spørsmål om hvor langt bak i tid en tilsynssak skal gå når formålet med tilsyn er å rette opp svikt og å forebygge tilsvarende hendelser. Det vil og bero på hvor alvorlig svikten er, og hvordan de mulige konsekvensene av den, fremstår. Erfaringene fra vår gjennomgang av disse sakene kan tilsi at det i enkelte kompliserte langvarige barnevernssaker med stor bekymring for at tjenestene ikke gir forsvarlig tilbud, kan være grunn til å innhente hele saken for å få et best mulig beslutningsgrunnlag før en velger undersøkelsestema og avgrensning. Vi mener dette vil kunne bidra til et mer treffsikkert tilsyn med det tjenestene svikter på, og i større grad kunne bidra til at tjenestene ivaretar tilsvarende situasjoner bedre fremover. Å gå igjennom og undersøke hele saken vil imidlertid være svært arbeidskrevende og sjelden riktig prioritering av fylkesmannens ressurser. Utfordringene knyttet til avgrensning og temavalg bør drøftes i det arbeidet som pågår for å bedre tilsynsarbeidet.

### *Særlig om tilsynssaken i Rogaland*

Fylkesmannen i Rogaland mottok i juli 2015 en klage på at Vestlundveien ikke ivaretok og beskyttet den ene jenta tilstrekkelig. I samme henvendelse ble det klaget på at barneverntjenesten ikke fulgte opp jenta godt nok på Vestlundveien og at jenta ikke fikk tilstrekkelig hjelp fra helsetjenesten. Som nevnt ble klagen på Vestlundveien raskt videreformidlet til fylkesmannen i Hordaland.

Som følge av klagen opprettet fylkesmannen i Rogaland en tilsynssak overfor barneverntjenesten. Saken pågikk i to år hvor fylkesmannen stadig innhentet nye redegjørelser fra barneverntjenesten uten å avslutte saken. Fylkesmannen ble en mottaker av informasjon om ny utvikling i saken, og etter hvert også en slags «container» for problemer som ble meldt både fra barneverntjenesten og fra fylkesmannen i fylket hvor jentas plasseringssted lå om at tiltaket ikke klarte å ivareta henne.

Da fylkesmannen etter to år mottok en klage fra jenta på manglende medvirkning og barneverntjenestens oppfølging valgte fylkesmannen å avslutte saken med et brev til barneverntjenesten om at de kun hadde holdt seg løpende oppdatert om saken, og at de ville opprette en ny mer omfattende tilsynssak med utgangspunkt i jentas klage.

Det er i utgangspunktet kritikkverdig at den opprinnelige tilsynssaken aldri ble tilstrekkelig undersøkt og bedømt. I de to årene den pågikk har vi påpekt mye svikt i barnevernets arbeid i forhold til jenta, og fylkesmannen fikk mye bekymringsfull informasjon som kunne tyde på svikt. Etter vår vurdering hadde fylkesmannen her mulighet til å avdekke deler av svikten, men det ble ikke gjort.

Saken reiser imidlertid også en del prinsipielle spørsmål som bør drøftes hos tilsynsmyndigheten. Det første er når fylkesmannen burde avgjort hvilke tjenester og hvilke tema de skulle undersøke. I komplekse saker med stadig ny informasjon kan det være krevende å avgjøre riktig tidspunkt for avgrense og behandle en sak ferdig fordi det stadig kommer inn nye opplysninger om at saken endrer seg, men situasjonen for barnet ikke bedres.

I forhold til fylkesmannens rolle som tilsynsmyndighet, på hvilken måte bør tilsynsarbeidet i slike situasjoner utføres for om mulig bidra til et bedre resultat for barnet og hvilket handlingsrom har fylkesmannen?

Dernest kommer spørsmål om avgrensning og om hvilken del(er) av tjenesten det skal føres tilsyn med. I tillegg til barneverntjenesten vil det være spørsmål om andre deler av barnevernet og andre tjenester som har ansvar for deler av tjenesteutøvingen som skal undersøkes. I denne aktuelle tilsynssaken fra Rogaland døde jenta før den nye saken ble startet. Fylkesmannen avgrenset behandlingen til barneverntjenestens oppfølging etter omsorgsovertakelsen med hovedfokus på oppfølgingen det siste året og arbeidet som ble gjort når det gjaldt ettervernstiltak. Fylkesmannen konkluderte likevel med at det totale antall flyttinger hun hadde gjennomgått i seg selv var et brudd på forsvarlighetskravet i barnevernloven. For øvrig konkluderte fylkesmannen med at det ikke var tilstrekkelig dokumentert at jenta det siste året fikk den oppfølging fra barneverntjenesten hun hadde krav på eller at hun i denne perioden fikk medvirke i sin egen sak.

Formålet med tilsyn er å kontrollere og bidra til læring, forbedring og nødvendige endringer der praksis ikke er i samsvar med lov. Ut fra dette formålet kan fylkesmannen selv avgjøre hva som er hensiktsmessige avgrensninger med tanke på tid og valg av tilsynstema. I lys av all den informasjonen fylkesmannen hadde i denne saken er det vanskelig å forstå at avgrensning, temavalg og vurderinger

ville kunne bidra til læring og forbedring som kan bidra til å forebygge at andre barn blir utsatt for den samme svikt i tjenesten.

Vi er ikke uenige i at det totale antall flyttinger i seg selv er skadelig for barnet og et vesentlig symptom på mulig svikt i barnevernet. For at denne svikten skal kunne rettes opp og tjenestene i større grad skal kunne forebygge at barn må flytte, vil det imidlertid være nødvendig å gå bredere til verks enn bare å se på barnevernstjenesten for å undersøke hvor det sviktet og hvem som har ansvar for å rette opp svikten. Som vi tidligere har pekt på kan svikt i et tiltak som gjør det nødvendig å flytte barnet ha mange årsaker. Svikten kan ligge på ulike nivåer i barnevernsystemet eller i ulike tjenester som skal bidra til at barn får nødvendig bistand og hjelp. Selv om barneverntjenesten har et omfattende oppfølgingsansvar har de ingen myndighet eller virkemidler til å rette en svikt som andre aktører har ansvar for. Vi mener derfor det var lite formålstjenlig å påpeke uforsvarligheten i antall flyttinger til barneverntjenesten alene.

Det opprinnelige spørsmålet om mangel på helsehjelp ble aldri vurdert. Hvordan det skulle undersøkes er en utfordring i seg selv. Alle plasseringsstedene lå i andre fylker. I utgangspunktet vanskeliggjør dette både barneverntjenestens oppfølging og fylkesmannen undersøkelsesmuligheter. Det kan reises spørsmål om dette skal overlates til fylkesmannen i «institusjonsfylket». Vi vil og peke på at det må være et samarbeid mellom avdelingene hos fylkesmannen når det reises spørsmål om mangel på helsehjelp til barn med så alvorlige problemer.

Samlet sett mener vi likevel fylkesmannens tilsynsarbeid i denne saken var mangelfull.

Vi mener saken også gir grunn til å drøfte om et så dramatisk utkomme som et dødsfall for et barn som nettopp har vært under barnevernets omsorg skulle tilsi at fylkesmannen bør gå grundigere inn i saken etterpå.

#### 4. Oppfølgingspunkter for tilsynsmyndigheten

Formålet med gjennomgangen har vært å forsøke å utlede mulige lærings- og forbedringsbehov for tilsynet med tjenester til barn i barnevernet hos fylkesmennene og Helsetilsynet som overordnet tilsynsmyndighet. Statens helsetilsyn har igangsatt et arbeid med å forbedre tilsynsarbeidet. En del av de manglene vi har sett er allerede kjent etter gjennomgangen av mange rapporter fra institusjonstilsyn og tilsynssaker fra alle embeter. En rekke av de temaene vi har nevnt i pkt. 3.5 og 3.6 er allerede spilt inn i dette forbedringsarbeidet og bør håndteres videre der.

Dette arbeidet bør også omfatte en drøfting av de ulike utfordringene fylkesmennene står overfor i institusjonstilsynet og hvordan tilsynsmyndigheten skal møte disse kfr. vår beskrivelse i pkt. 2.3.3.

Gjennomgangen har tillegg tydeliggjort noen sentrale temaer som det er nødvendig at Statens helsetilsyn som overordnet faglig tilsynsmyndighet særlig bør gripe fatt i. Disse temaene gjennomgås nedenfor.

#### 4.1 Harmonisering og forbedring av fylkesmennenes faglige vurderinger

Harmonisering og forbedring av fylkesmennenes faglige vurderinger er en utfordring i all tilsynsvirksomhet. Utgangspunktet for dette er tydelige normeringer i form av faglige retningslinjer og kunnskap om anerkjent barnevernfaglig praksis. I denne gjennomgangen av fylkesmennenes arbeid har vi sett to områder hvor vi mener det kan være grunn til å utvikle en mere omforent praksis hos fylkesmennene. Det ene er vektleggingen av barnets behov for å vernes og beskyttes fra å skade seg selv, opp mot barns sårbarhet ved bruk av virkemidler som begrensinger i retten til fri bevegelse og bruk av fysisk tvang. Et utviklingsarbeid på dette området er tidligere foreslått av tre fylkesmenn i tilsynsrapporten rapporten om Ida-saken.<sup>4</sup>

Det andre området er knyttet til enkelte barns sårbarhet for rus og barn med alvorlige rusproblemer, og vurderingen av hvordan barnevernet møter dette. Det dreier seg også om i hvilken grad fylkesmannen bør ha kunnskap om og fokus på dette i sitt tilsynsarbeid. Begge områdene er nært knyttet til hvilken kunnskap som finnes om hva barn med vansker som disse jentene hadde, trenger og tangerer områder som delvis er lite normert, kfr. også de tilrådingene vi gav knyttet til dette i vår rapport til BFD om gjennomgangen av jentenes barnevernshistorier.

#### 4.2 Avslutning og oppfølging av lovbrudd

I saker der fylkesmennene konkluderer med lovbrudd mener vi at det er særlig viktig at det utformes tydeligere føringer for fylkesmennenes oppfølging. I rapporter fra institusjonstilsyn vi har sett på i forbindelse med denne gjennomgangen har vi sett at fylkesmannen peker på alvorlige forhold uten å konkludere med at det er lovbrudd eller tydelig beskrive hva virksomheten skal gjøre for å rette lovbruddet. Fristene som settes for å rette lovbruddet må gjenspeile alvorligheten i forholdet. Vi så eksempler der fylkesmannen pekte på manglende kompetanse og ustabil bemanning som fikk pågå for lenge. I slike tilfeller mener vi at fylkesmannen må være tydelig på sin bruk av virkemidler.

#### 4.3 Vurdere den overordnede styringen av institusjonene

I gjennomgangen av disse to sakene så vi blant annet at mangelfull styring og oppfølging fra Bufetat førte til at kvaliteten på enkeltinstitusjoner ble for svak.

Ved tilsyn med barneverninstitusjoner kommer fylkesmennene ofte over forhold som institusjonen alene ikke kan rette, men som kan handle om den overordnede styringen. I slike tilfeller mener vi at det viktig at tilsynsmyndigheten gjør riktig nivå i organisasjonen oppmerksom på lovbruddet og ber om tilbakemelding på hvordan virksomhetene vil følge opp.

#### 4.4 Inkludere andre tjenesteområder i tilsynet

Vi mener det er viktig at tilsynet har fokus på at svikt i andre tjenesters tilbud til barnet vil kunne ha alvorlige konsekvenser for barnets utvikling, og bidra til at barnet ikke får forsvarlig omsorg og behandling. Ved at det på tilsyn med barneverninstitusjoner er krav om at fylkesmannen skal være der flere ganger i året får fylkesmannen ofte informasjon om at barn og unge på institusjon ikke får

---

<sup>4</sup> Tilsynsrapport «Dei forsto meg ikkje», 19. september 2016, Fylkesmennene i Hordaland, Rogaland og Troms

de tjenestene de har behov for fra for eksempel helsetjenesten eller skolen. I slike tilfeller kan det være aktuelt å initiere egne tilsynssaker mot disse tjenestene. For å få til det er man avhengig av å benytte seg av kompetanse fra andre fagområder hos fylkesmannen. I praksis har dette vist seg vanskelig da fylkesmennene opplever å være i en situasjon der de har vansker med å få ressursene til å strekke til. Dette har derfor ofte ført til at tilsynet med barneverninstitusjonene avsluttes uten at den egentlige årsaken til at barnet ikke får tilstrekkelig hjelp adresseres. Det bør derfor utvikles en tydeligere policy innen tilsynsmyndighetene på hvordan slike situasjoner kan løses tilsynsmessig.

## 5. Oppsummering og avsluttende refleksjoner

### 5.1 Ville et bedre tilsyn utgjort en forskjell?

Denne gjennomgangen av fylkesmennenes tilsynsarbeid viser at det ikke var godt nok. Gjennomgangen viser imidlertid også at selv om tilsynet hadde fungert som forutsatt så er det usikkert om det ville hatt vesentlige konsekvenser for de to jentene disse to barnevernssakene gjelder.

Den viktigste grunnen til dette er at den svikten som etter vår vurdering hadde størst betydning for de alvorlige vanskene jentene etter hvert fikk, skjedde i en fase hvor tilsynsmyndigheten ikke hadde informasjon som tilsa tilsynsmessig oppfølging av de aktuelle barneverntjenestene.

Vi fant at hovedårsaken til at jentene fikk det så vanskelig, var en alvorlig omsorgssvikt som ikke ble avdekket eller erkjent tidlig nok. Barneverntjenesten hadde jevnlig kontakt med jentenes familier i henholdsvis 5 og 8 år før det reelle problemet for barnet ble erkjent og tatt tak i. Innsatsen for å hjelpe dem kom derfor i utgangspunktet for sent og da den kom var den ikke god nok hverken i barneverntjenesten, Bufetat eller barnevernsinstitusjonene.

Først etter at jentene var plassert i ulike barnevernsinstitusjoner fra 14 års alderen fikk tilsynsmyndigheten på ulik måte informasjon som indikerte svikt i tjenestene. Jentene hadde da utviklet omfattende vansker og en adferd hvor de utsatte sin egen helse og utvikling for alvorlig fare. I denne perioden var fylkesmennene på flere tilsyn på de respektive institusjonene hvor jentene bodde og deres mulighet til å avdekke svikt var derfor større i denne fasen.

Vi har funnet mangler ved alle disse institusjonstilsynene. Vi mener særlig tilsynet med Vestlundveien sviktet, og at fylkesmannen i løpet av jentenes opphold på denne institusjonen fikk mye informasjon som ikke ble godt nok fulgt opp. Hvis fylkesmannen hadde fulgt opp dette bedre og avdekket svikten i institusjonens praksis ville fylkesmannen hatt flere handlingsalternativer avhengig av hvor alvorlig og omfattende svikten ble ansett å være. En mulighet er å be institusjonen rette opp svikten, en annen er å stenge institusjonen.

Det er i ettertid vanskelig å bedømme hvilke konsekvenser en gjennomføring av disse ulike handlingsalternativene ville hatt for jentene. En eventuell stenging hadde ført til at disse jentene hadde fått et kortere opphold på Vestlundveien og det hadde ført til at ungdommer som senere ble plassert her hadde sluppet det.

I flere rapporter er det beskrevet en problematisk bemanningssituasjon med mange sykemeldinger av fast ansatte og bruk av vikarer som ikke har gjennomgått den nødvendige opplæring. Dette mener vi fylkesmannen skulle ha fulgt opp tettere og med korte frister for institusjonen for å følge opp. Det er imidlertid usannsynlig at dette i seg selv hadde ført til et endret utkomme for disse to jentene.

## 5.2 Om kvaliteten i tjenestene og tilsynets rolle

I dette kapitlet vil vi forsøke å knytte noen betraktninger til hvordan vi i lys av denne gjennomgangen sammen med andre gjennomganger, rapporter og utredninger forstår utfordringsbildet på barnevernområdet. Barnevern er et fagfelt med høy risiko der feil og svikt i den enkelte tjenesten eller mellom tjenestene kan få store konsekvenser for barn og unge som mottar tjenestene. Etter vår mening stiller det høye krav til kvalitet i tjenestene, og hvordan de styres og ledes for å forebygge uønskede hendelser. Dessverre gir gjennomgangen vår sammen med de arbeidene vi nevner nedenfor et bilde av en sektor der for mange tjenester, både statlige og kommunale, ikke gir den hjelpen som kan forventes.

I gjennomgangen av de to barnevernssakene påpekte vi at ansvarsforholdene når et barn blir plassert byr på en del utfordringer og at det ikke er samsvar mellom kommunens helhetlige ansvar og myndigheten til å kunne ta dette ansvaret. Som vi har beskrevet i denne rapporten kompliserer disse ansvarsforholdene også tilsynets mulighet til å kunne følge med på om det enkelte barn på institusjon får forsvarlig omsorg og behandling da årsaken til et mangelfullt tilbud kan ha ulike årsaker.

Fylkesmennene har i dag forutsetninger for å føre gode tilsyn med institusjonene og om de drives på en slik måte at de er egnet til å gi et godt tilbud til de barna som er der. Men forventningen om at fylkesmennene skal kunne ha oversikt over hvert enkelt barn kan gi en falsk trygghet ved at fylkesmennene aldri kan bli en garantist for at enkeltbarn til enhver tid får forsvarlig behandling. Samtidig må fylkesmennene bruke de mulighetene de har til å etterse om tilbudet barnet får er godt nok.

De to barnevernssakene vi har gjennomgått var langvarige og de ble etter hvert komplekse i hovedsak på grunn av påfølgende svikt i barnevernets oppfølging. Vi vil peke på at den alvorlige svikten vi fant sammenfaller med hva som er funnet av andre de senere årene. Vår gjennomgang av 106 barnevernssaker<sup>5</sup> og barneombudets siste rapport<sup>6</sup> peker begge på at kommunene bruker for lang tid på å undersøke og å sette i verk de riktige tiltakene. I barnevernsinstitusjoner er det gjennom flere år pekt på en asymmetri mellom barnas behov og de ansattes kompetanse<sup>7</sup> og tilsyn har avdekket store mangler i bemanning og kompetanse<sup>8</sup>. Bufetat opplever en økning i henvisninger fra kommunene for barn med store og komplekse behov som krever mindre gruppestørrelse og høyere

---

<sup>5</sup> Det å reise vasker øynene. Gjennomgang av 106 barnevernssaker. Rapport fra Helsetilsynet 2019 unummerert.

<sup>6</sup> Rapport om barn som bor på barnevernsinstitusjon – 2020 Barneombudet januar 2020

<sup>7</sup> Utredning av kompetansehevingstiltak i barnevernet Rapport fra Bufdir 4/2019

<sup>8</sup> «Barnas hjem. Voksnes ansvar». Oppsummering av landsomfattende tilsyn med barnevernsinstitusjoner i 2018 Rapport fra Helsetilsynet 3/2019

bemanningsstetthet enn det er lagt opp til i dagens planlagte institusjonstilbud<sup>9</sup>. Også barneombudet beskriver en omfattende svikt i barnevernets institusjonstilbud og peker på behovet for å tenke nytt i forhold til utvikling av tiltak fordi vi ikke har et tilbud som passer til alle.<sup>10</sup>

Alle gjennomgangene peker på at det både innenfor det kommunale og statlige barnevernet er store mangler som fører til at barn og unge får dårligere liv enn de ellers kunne fått. Samlet gir dette et bilde av at kvaliteten i barnevernet ikke er god nok og at den store utfordringen for sektoren er knyttet til forhold som kompetanse, kapasitet, tilrettelegging og dimensjonering av tilbud og styringen av tjenestene. Særlig utfordrende synes det å være at det spesialiserte tilbudet flere barn trenger er vanskelig å finne.

Tilsyn er godt egnet til å kontrollere virksomheter slik at lovstridig svikt rettes og derved et viktig bidrag til at tjenestene forbedres. Tilsyn er imidlertid ikke et egnet eller riktig virkemiddel for å løse så omfattende og grunnleggende utfordringer og problemer som vi nå ser i barnevernsektoren. For at tilsyn skal virke må man ha tillit til at tjenestene er på et visst nivå. Hvis det ikke er det, vil tilsyn alene ha liten effekt på tjenestens kvalitet.

Vi er kjent med at det er iverksatt en rekke tiltak for å bedre kvaliteten i tjenestene. Tiltakene er knyttet til kompetanseheving, styrket samarbeid mellom barnevernet og helsetjenesten og bedring av kvaliteten i institusjonene.<sup>11</sup>

Ut fra den omfattende svikten som er beskrevet finner vi likevel grunn til å spørre om kvaliteten i barneverntjenestene og i barneverninstitusjonene er så svak at det må vurderes mer radikale grep for å heve kvaliteten opp på et akseptabelt nivå. I et slikt arbeide må det ses på hvordan de statlige virkemidlene samlet sett kan bidra til nødvendig kvalitetsforbedring.

---

<sup>9</sup> Bufdir Årsrapport 2018

<sup>11</sup> Bufdir Årsrapport 2018