

Oppsummering av landsomfattende tilsyn
med barnevernsinstitusjoner i 2018

«Barnas hjem. Voksnes ansvar»

HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene



RAPPORT FRA
HELSETILSYNET 3/2019

MARS
2019

Innhold

1: Sammendrag	03
2: Barnevernsinstitusjoners arbeid med forsvarlig omsorg og bruk av tvang – om tilsynet	06
3: Barn i en sårbar situasjon	10
4: Fakta og konklusjoner fra tilsynet	13
4.1 Oversikt	13
4.2 Fakta og konklusjoner fra fylkesmennenes tilsyn – arbeid med forsvarlig omsorg	14
4.2.1 <i>Hvordan hovedelementene i regelverket er operasjonalisert i tilsynet</i>	14
4.2.2 <i>Fakta og konklusjoner – hvordan barnevernsinstitusjonene arbeidet med å gi beboerne tydelige rammer for å sikre trygghet og med å gi stabil og god voksenkontakt</i>	16
4.3 Fakta og konklusjoner fra fylkesmennenes tilsyn – arbeid med bruk av tvang	22
4.3.1 <i>Hvordan hovedelementene i regelverket er operasjonalisert i tilsynet</i>	23
4.3.2 <i>Fakta og konklusjoner – hvordan sikret barnevernsinstitusjonene arbeidet med forebygging, gjennomføring og oppfølging av tvangsbruk</i>	25
4.4 Hvordan arbeidet de som fikk det til?	30
5: Erfaringer med bruk av barn som informanter i tilsyn	33
6: Samlet vurdering fra Statens helsetilsyn	35
7: Hva nå og veien videre	38
: Čeahkkáigeassu	40
: English summary	41

Sammendrag

Statens helsetilsyn (heretter Helsetilsynet) oppsummerer i denne rapporten resultatene fra det landsomfattende tilsynet i 2018. Tema for tilsynet var barnevernsinstitusjoners arbeid med forsvarlig omsorg og bruk av tvang. Barnets medvirkning var et gjennomgående og integrert tema i alle forhold som ble undersøkt. Rapportene fra fylkesmennene viser at det ble funnet eksempler på svikt på alle tilsynsområdene.

I 36 av 60 barnevernsinstitusjoner avdekket fylkesmennene lovbrudd. I fem av disse ble det også oppdaget forhold som burde forbedres, men som ikke var lovbrudd. Videre var det ni barnevernsinstitusjoner der det bare ble oppdaget behov for forbedring. Totalt ble det dermed avdekket svikt i form av lovbrudd og/eller behov for forbedring i 45 av 60 undersøkte barnevernsinstitusjoner. I 15 barnevernsinstitusjoner ble det verken funnet lovbrudd eller behov for forbedring.

Det var langt flere barnevernsinstitusjoner med lovbrudd som sviktet i arbeidet med å gi forsvarlig omsorg enn i arbeidet med tvang.

Barn som bor på barnevernsinstitusjon skal få forsvarlig omsorg og behandling. De er i en sårbar livssituasjon. De lever og bor under institusjonens omsorg, uten daglig nærhet til sin opprinnelige familie. De skal bli behandlet hensynsfullt og med respekt for sin integritet, og deres rettssikkerhet skal ivaretas. Det bor i dag ca. 1200 barn på barnevernsinstitusjon.

Tilsynet viser at i institusjoner med lovbrudd svikter det gjennomgående i systematisk arbeid for å gi forsvarlig omsorg og i arbeidet med å bruke tvang i henhold til regelverket. I tillegg er det avdekket store mangler i bemanning og kompetanse ved mange institusjoner. Det ble avdekket at barn med problemer knyttet til rus og psykisk helse bodde i institusjoner uten ansatte med tilstrekkelig kompetanse på områdene. Svikten i bemanning og kompetanse innebærer at barn ikke får de rammene og den faglige oppfølgingen de har behov for og krav på i institusjonen. Dette er alvorlig fordi det kan føre til utrygghet, manglende behandling og god utvikling hos barna.

Tilsynet viser at det sviktet flere steder i hvordan institusjonene gjorde seg kjent med barnet og systematisk fulgte opp og vurderte barnets uttalelser om egen situasjon. At de ansatte kjenner barnet

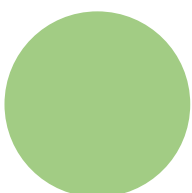
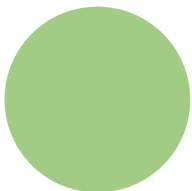
godt og vet hvilke utfordringer barnet har, er nødvendig for å kunne gi forsvarlig omsorg og forebygge bruk av tvang.

Barnevernsinstitusjoner driver døgkontinuerlig drift. For at vekslende arbeidslag og ansatte skal kunne gi barnet lik og stabil behandling og tilnærming, er dokumentasjonen om barnets behov, aktuelle situasjon og meninger viktig. Mange steder sviktet det på dette området.

Det er gjennomgående funn i institusjonene hvor det ble påpekt svikt at ledelsen ikke hadde tilstrekkelig oversikt over om de ansatte gjorde det som var planlagt og bestemt. De sikret heller ikke tilstrekkelig opplæring og veiledning. Når det gjelder bruk av tvang var det særlig utbredt at det manglet rutiner eller at de ikke var kjent eller ble fulgt. Ett sted var det store konflikter uten at de ansatte visste hvordan de skulle håndtere eller stoppe det. Det ble gjort feil uten at ledelsen sikret at feil ble oppdaget, evaluert og korrigert.

I tilsynsrapportene fra institusjoner uten svikt er det registrert at ledelsen og de ansatte gjennomgående hadde gode systemer for å melde, rette og lære av feil og mangler dersom det oppstår i arbeidet med barna. Dette viser at det er mulig å drive gode institusjoner og at mange arbeider godt og systematisk med forsvarlig omsorg og riktig bruk av tvang.

Barnevernsinstitusjonene med svikt må lage en plan for hvordan og når de skal ha rettet på forholdene som er påpekt av fylkesmennene. Institusjonene må kunne vise at tiltakene har virket i praksis og at forholdene dermed er rettet opp. Fylkesmennene følger opp dette arbeidet.





2 :

Barnevernsinstitusjoners arbeid med forsvarlig omsorg og bruk av tvang – om tilsynet

Helsetilsynet er overordnet faglig myndighet for tilsyn med barnevern og har hatt ansvar for at det i 2018 ble gjennomført landsomfattende¹ tilsyn. Helsetilsynet valgte tema, utarbeidet veileder² og fylkesmennene gjennomførte tilsynet. Tema for tilsynet var hvordan barnevernsinstitusjoner arbeidet med å gi barn og unge som bor der forsvarlig omsorg og om bruken av tvang ble utført i henhold til regelverket.

Formålet med tilsynet og denne oppsummeringsrapporten er å bidra til at barn³ som bor på barnevernsinstitusjoner får tjenester som er forsvarlige og til barnets beste. Fylkesmennene undersøkte og konkluderte om barnevernsinstitusjonene gir barna forsvarlige tjenester på disse områdene:

- tydelige rammer som sikrer barn trygghet
- stabil og god voksenkontakt
- forebygging av alle typer bruk av tvang og begrensninger
- gjennomføring av tvang i akutte faresituasjoner
- oppfølging av alle typer bruk av tvang og begrensninger

Medvirkning var et gjennomgående og integrert tema i alle forhold som ble undersøkt. Fylkesmennene undersøkte hvordan barnevernsinstitusjonene systematisk ledet og kontrollerte sine arbeidsprosesser på områdene.

Valg av tema for tilsynet var begrunnet i faren for svikt i omsorg og behandling av barn som må bo på barnevernsinstitusjon. De lever og bor under barnevernets omsorg uten nærhet til sine biologiske omsorgspersoner. De skal behandles hensynsfullt og med respekt for den enkeltes integritet og slik at deres rettssikkerhet blir ivaretatt.

¹Ikke alle landets barnevernsinstitusjoner blir undersøkt i tilsynet. Det er satt krav til hvor mange institusjoner det enkelte embete skal undersøke., jf. «Veileder for landsomfattende tilsyn med barnevernsinstitusjoner 2018». Statens helsetilsyn, Internserien 5/2017.

²Arbeidsgruppe med FM i Hordaland, Oslo og Akershus, Aust- og Vest Agder og Troms.

³Det er hovedsakelig barn og unge over 12 år som bor på barnevernsinstitusjon. Vi har valgt å bruke begrepet «barn» om alle beboerne i denne rapporten.

Fylkesmennene har undersøkt og skrevet tilsynsrapporter fra til sammen 60 institusjoner. Det vil si institusjoner/avdelinger/enheter med egen bemanning og en daglig leder der det bor ett eller flere barn, heretter kalt barnevernsinstitusjoner. Omsorgs- og sentre for mindreårige asylsøkere og sentre for foreldre og barn omfattes ikke av tilsynet.

Tilsynet omfattet både omsorgs-, akutt- og atferdsinstitusjoner og uavhengig av hvilken bestemmelse i loven som var grunnlaget for barnets opphold i institusjonen. Barnevernsinstitusjonene i tilsynet varierte mye når det gjaldt størrelse, organisering,

om de var enkeltstående, del av en større organisasjon, statlige, private eller kommunale. Det bodde fra 1 til 8 barn i institusjonene som ble undersøkt.

Fylkesmennene valgte hvilke barnevernsinstitusjoner de ville føre tilsyn med utfra en risiko- og sårbarhetsvurdering. Forholdene som ble avdekket i tilsynet og er beskrevet i denne oppsummeringsrapporten er dermed ikke representative for arbeidet på barnevernsinstitusjoner generelt. Det er imidlertid mange gjennomgående funn når det gjelder svikt i sentrale arbeidsoppgaver for alle barnevernsinstitusjoner. Dette bør føre til at institusjoner som ikke har vært en del av det landsomfattende tilsynet bruker rapporten til å gjennomgå sin egen praksis for å lære og eventuelt endre praksis.

Barna på barnevernsinstitusjonene i tilsynet fikk tilbud om å se en informasjonsfilm⁴ om tilsynet på forhånd. De ble også invitert som deltagere på møtene fylkesmennene arrangerer med institusjonene før og etter tilsynet. Fylkesmennene rapporterte at barna deltok i ulik grad og med ulike opplevelser.

Det var et uttalt mål med tilsynet at fylkesmannen skulle intervju alle barna og at de skulle intervjues først. Alle barn fikk tilbud om intervju og mange deltok⁵. Informasjonen fra barna ble brukt videre i intervjuene med de ansatte. Det ble gjennomført intervjuer med ansatte på institusjonene, ledelsen og ansatte på regionnivå i Bufetat og tilsvarende for private institusjoner. For kommunale barnevernsinstitusjoner ble kommunalsjef intervjuet. Intervjuene med barn, ansatte og gjennomgangen av dokumentasjon ble samlet lagt til grunn for konklusjonene i tilsynet.

Fylkesmennene brukte systemrevisjon som fremgangsmåte og vurderte om barnevernsinstitusjonenes arbeid på de utpekte områdene var i henhold til regelverket eller ikke. Det ble undersøkt om barnevernsinstitusjonene systematisk ledet og kontrollerte arbeidet.

I 36 av 60 barnevernsinstitusjoner avdekket fylkesmennene lovbrudd. I fem av disse ble det også oppdaget forhold som burde forbedres, men som ikke var lovbrudd. Videre var det ni barnevernsinstitusjoner der det bare ble oppdaget behov for forbedring. Totalt ble det dermed avdekket svikt i form av lovbrudd og/eller behov for forbedring i 45 av 60 undersøkte barnevernsinstitusjoner. I 15 barnevernsinstitusjoner ble det verken funnet lovbrudd eller behov for forbedring.

⁴ Utarbeidet av Landsforeningen for barnevernsbarn, lenke <https://vimeo.com/253389193/a865b8ddc7>

⁵ Mer om barn i tilsynet, se kap. 5.

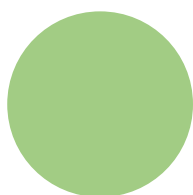
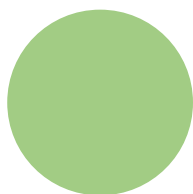
⁶ Rapportene ligger på Helsetilsynet.no. Noen rapporter er delvis sladdet, eller unntatt offentlighet

Det var langt flere barnevernsinstitusjoner med lovbrudd som sviktet i arbeidet med å gi forsvarlig omsorg enn i arbeid med å forebygge, gjennomføre og følge opp tvangsbruk i henhold til regelverket, (henholdsvis 28/13), og i fem av institusjonene sviktet det på begge tilsynsområdene.

Formålet med tilsynet er å bidra til nødvendig forbedring, endring og læring i barnevernsinstitusjonene. Det skal være trygt og godt å bo der for barn som har dette som sitt hjem på ubestemt tid. Målet er å spre kunnskap og dermed bidra til at barn får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid og til barnets beste. Bestemmelsene som regulerer omsorg og bruk av tvang på barnevernsinstitusjon går frem av lov om barneverntjenester (barnevernloven) § 5-9 og forskrift om rettigheter og bruk av tvang under opphold i barneverninstitusjon.

Det følger av barnevernloven § 1-4 at tiltak og tjenester etter loven skal være forsvarlige. Forsvarlighetskravet må ses i sammenheng med prinsippet om barnets beste, jf. Grunnloven § 104, Barnekonvensjonen artikkel 3 og barnevernloven § 4-1. Barnets rett til å medvirke i alle forhold som gjelder dem selv er lovfestet i barnevernloven § 1-6.

I kapitlet om fakta og konklusjoner i tilsynet beskrives først hva kravene på tilsynsområdene betyr i praktisk arbeid på barnevernsinstitusjonene. Der beskrives også kravene til ledelse og kontroll av praksisen. Fylkesmennene har vurdert virksomheten opp mot disse kravene. Vurderinger av fakta og konklusjoner ble presentert i tilsynsrapporter til barnevernsinstitusjonene⁶ og oppsummeres her.





3 :

Barn i en sårbar situasjon

Plassering av barn og unge utenfor hjemmet er aktuelt dersom barnevernets hjelpetiltak ikke er tilstrekkelige for å sikre barnet en forsvarlig omsorgssituasjon. Det kan også være aktuelt hvis barnet har vist alvorlige atferdsvansker ved for eksempel gjentatt kriminalitet eller vedvarende misbruk av rusmidler. Ved utgangen av 2017 var 15 597 barn plassert utenfor hjemmet av barneverntjenesten, noe som utgjør 40 % av barn med tiltak fra barnevernet⁷. Av disse er 8 % plassert i barnevernsinstitusjon, som tilsvarer ca. 1200 barn til enhver tid.

Barna bor på institusjon uten egen familie. Mange av dem gir uttrykk for at de vil hjem, noen vet ikke hva de vil og noen er redde for å bli sendt tilbake. Reaksjonene er forskjellige og kan fort forandre seg. En gutt henvendte seg til Barneombudet på denne måten:

«Hei jeg bor på en barneverninstitusjon. Plassert på 4-26⁸. Jeg vil ikke bo her og føler meg klar for å flytte hjem. Men barnevernet og sånt sier nei til det og at jeg ikke er klar og kommer ikke med en god nok grunn heller. Det er ingen jeg kan snakke med som kan hjelpe meg. Ingen!! Jeg vil ha hjem, jeg må flytte hjem men vet ikke hvordan?? Har ingen jeg stoler på.» Gutt (14)⁹

Fra en annen barnevernsinstitusjon kommer en annen ytring:

“Mitt liv startet på Soldammen.” Tidligere beboer¹⁰

Barn på barnevernsinstitusjoner er barn med ulike bakgrunn og opplevelser. Felles er at de er sårbare. En studie fra NTNU i 2015 viser at blant barn som bor på barnevernsinstitusjon har 76% minst en psykisk lidelse¹¹. Det betyr at de ansatte på institusjonene må ha kompetanse på mange områder. Institusjonen må ha tydelige rammer og rutiner, tilstrekkelig bemanning med kompetanse til å bygge gode relasjoner og kompetanse på institusjonens målgruppe og metodikk. I tillegg må de ha kompetanse til å oppdage barn med behov for hjelp fra andre tjenester, som for eksempel psykisk helsetjeneste, og de må være i stand til å skaffe dem hjelpen de trenger.

De voksne er i foreldrenes sted. Det er leders ansvar at de ansatte og institusjonen kan det de skal og gir barna den omsorgen de trenger. Institusjonen er barnas hjem så lenge de oppholder seg der. De ansatte arbeider i barnas hjem. Barna bor ikke på de ansattes arbeidsplass.

⁷ Bufdir.no/Statistikk og analyse
https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnevern/#heading13693

⁸ Barnevernloven § 4-26: «Tilbakehold i institusjon på grunnlag av samtykke».

⁹ Barneombudet.no, 2017.

¹⁰ Soldammen Gårds hjemmeside, Frelsesarmeen.no.

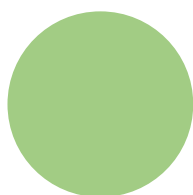
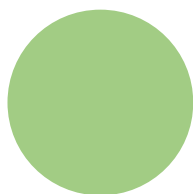
¹¹ NS Kayed et al. Psykisk helse hos barn og unge i barnevernsinstitusjoner. Trondheim: NTNU, 2015.

De voksne er i foreldrenes sted. Det er leders ansvar at de ansatte og institusjonen kan det de skal og gir barna den omsorgen de trenger. Institusjonen er barnas hjem så lenge de oppholder seg der. De ansatte arbeider i barnas hjem. Barna bor ikke på de ansattes arbeidsplass.

Barn på barnevernsinstitusjon skal få informasjon, bli hørt og kunne føle seg trygge. De ansatte må bli godt kjent med barnet, være empatiske og forutsigbare og finne ut hva som for eksempel kan interessere, glede, irritere eller skremme barnet. Tvang skal ikke benyttes i større grad enn det som er nødvendig for formålet og andre tiltak skal om mulig være prøvd først. All bruk av tvang må ha hjemmel i lov. Tvang kan være nødvendig for eksempel for å stoppe selvskading eller at barn utøver vold mot andre.

Det finnes foreløpig ikke samlede nasjonale tall for bruk av tvang på barnevernsinstitusjoner. Institusjonene skal skrive protokoller hver gang det er utøvd tvang, og fylkesmennene skal gå gjennom dem. Ut fra disse vet vi at tvang forekommer i svært ulik grad på de enkelte institusjonene og til ulike tider. Det er derfor viktig at tilsynsmyndigheten følger nøye med på utøvelsen av tvang. Dette gjelder både på den enkelte institusjon og for det enkelte barn over tid.

I denne rapporten beskriver vi hovedsakelig hva tilsynet avdekket i arbeidet med å gi barna forsvarlig omsorg og i arbeidet med å forebygge, gjennomføre og følge opp tvangsbruk i henhold til regelverket. Flere institusjoner innfrir imidlertid alle lovkrav på tilsynsområdene. Tilsyn skal bidra til læring. Vi refererer derfor noen beskrivelser fra rapporter med tilsyn i de barnevernsinstitusjonene hvor det er god praksis, ledelse og kontroll på tilsynsområdene.





4

Fakta og konklusjoner fra tilsynet

4.1 Oversikt

I tilsynet ble det avdekket lovbrudd både i arbeidet med forsvarlig omsorg og tvang og i ledelsen av det. Det betyr at barn ikke fikk tydelige rammer for å sikre trygghet og stabil og god voksenkontakt. Det betyr at barn ikke fikk ivaretatt sine rettigheter i forbindelse med bruk av tvang.

I tilsynet ble det ikke avdekket omfattende bruk av ulovlig tvang mot barna. Det sviktet allikevel på flere punkter når det gjelder kravene til institusjonenes systematiske arbeid med å forebygge, gjennomføre og følge opp tvangsbruk i henhold til regelverket.

I fylkesmennenes rapporter fra systemrevisjonene avdekkes lovbrudd som underbygges av et faktagrunnlag basert på informasjon fra blant annet intervjuer, dokumenter og observasjoner¹². Noen faktaopplysninger representerer et lovbrudd i seg selv. Andre er en av flere som til sammen underbygger et lovbrudd. Noen av disse faktaopplysningene gjengis som eksempler under hvert tema.

Flere av disse eksemplene kan være fra samme barnevernsinstitusjon, eller de kan være hentet fra ulike institusjoner. Antall gjengitte eksempler står ikke alltid i forhold til hvor mange opplysninger fylkesmennene har beskrevet på hvert område. I denne rapporten har vi imidlertid hovedsakelig gjengitt opplysninger og definerte lovbrudd som:

- er typiske for rapporter fra flere barnevernsinstitusjoner og/eller
- viser bredden i faktagrunnlaget og/eller
- er spesielt alvorlige

Vi angir ikke antall lovbrudd under hvert av hovedtemaene, men har innledningsvis oppgitt omfanget av barnevernsinstitusjoner med svikt på temaene. Operasjonaliseringen av temaene er gjort i veilederen ved å fortolke kravene i barnevernsloven. Fylkesmennene har vurdert praksis opp mot disse kravene.

¹² Informasjonen er hentet fra grunnlaget for lovbruddene og ikke eksplisitt fra forbedringsområdene, selv om opplysningene hovedsakelig dreier seg om de samme forholdene, men med ulik alvorlighetsgrad.

Tilsynet omfattet 37 private, 19 statlige og 4 kommunale barnevernsinstitusjoner. Det sviktet i en større andel av de private enn i de statlige (23/9). Fra en kommune med 4 barnevernsinstitusjoner sviktet det på begge tilsynsområdene i alle institusjonene.

4.2 Fakta og konklusjoner fra fylkesmennenes tilsyn – arbeid med forsvarlig omsorg

I denne delen av tilsynet er temaet avgrenset til om institusjonen sikrer:

- tydelige rammer for å sikre barna trygghet¹³
- stabil og god voksenkontakt

Fylkesmannen har undersøkt og konkludert om institusjonen har sikret forsvarlig omsorg når det gjelder å ha tydelige rammer for å sikre trygghet og stabil og god voksenkontakt. Tilsynet er avgrenset til disse to områdene og er dermed ikke bredt nok til å kunne konkludere hvorvidt institusjonen *generelt* gir forsvarlig omsorg.

Vi beskriver først hvordan vi har operasjonalisert hovedelementene i regelverket og deretter hvilken svikt fylkesmennene avdekket på områdene. Det er ikke et tydelig skille mellom hvordan institusjonen skal sørge for å ha tydelige rammer som sikrer barna trygghet og hvordan de sørger for stabil og god voksenkontakt. Fakta og konklusjoner fra de disse to temaene er derfor oppsummert samlet.

4.2.1 Hvordan hovedelementene i regelverket er operasjonalisert i tilsynet

Tydelige rammer for å sikre trygghet

For å sikre barna på institusjonen trygghet, er tydelige rammer og rutiner, tilstrekkelig bemanning med kompetanse til å bygge gode relasjoner og kompetanse på institusjonens målgruppe og metodikk viktige elementer.

I barns utvikling er trygghet et grunnleggende behov. Videre har barn behov for tydelige rammer som oppleves som omsorg. Omsorgspersoner rundt barnet må opptre respektfullt, være anerkjennende og sensitive i forhold til barnet.

Barnets medvirkning er helt sentralt for å få frem barnets perspektiv og for at institusjonen skal kunne gi den omsorg som er til barnets beste. Samtaler med barnet er utgangspunktet for nødvendig informasjon og kjennskap til det enkelte barn, dets særlige behov og hvem barnet er. Innhold fra samtaler skal være dokumentert i barnets handlingsplan eller tilsvarende. Barnet skal få mulighet

¹³Jf. forskrift om rettigheter og bruk av tvang under opphold i barneverninstitusjon.

til å fortelle noe om hva som kan skape trygghet og utrygghet for dem. Den sentrale kilde for kunnskap er barnet selv, i tillegg til kunnskap innhentet fra foreldre, kommunal barneverntjeneste og andre.

Institusjonen må ha tydelige rammer og regler som er til barnets beste og ivareta barns trygghet. De ansatte må følge opp institusjonens regler og rammer, men de må også vise i praksis at det er mulig å gjøre individuelle tilpasninger.

Stabil og god voksenkontakt

Stabil bemanning med kompetanse til å bygge gode relasjoner har avgjørende betydning på en barnevernsinstitusjon. Kompetanse på de faglige metoder som er tilpasset institusjonens målgruppe og målsetning er viktige elementer for å sikre barna på institusjonen stabil og god voksenkontakt. Ansatte skal behandle barna hensynsfullt og med respekt for det enkelte barns integritet, og sikre at barnas rettssikkerhet blir ivaretatt.

Ansatte må arbeide systematisk for å skape gode relasjoner på institusjonen. En god relasjon innebærer at barn og ansatte kjenner hverandre godt. Dette betyr at det må arbeides for stabilitet i bemanningen. Barn på barnevernsinstitusjonen skal oppleve at de har voksne de kan kontakte og snakke med om vanskelige ting og at de voksne er tilgjengelige.

Styring og ledelse – felles for begge områdene

Barnevernsinstitusjonens leder må styre og lede sin virksomhet slik at beboerne får forsvarlige tjenester når det gjelder å gi beboerne tydelige rammer for å sikre trygghet og stabil og god voksenkontakt. Ledelsen skal planlegge, gjennomføre, kontrollere og korrigere tjenestene slik at lovkravene innfris. Institusjonen må ha en stillingsplan som sikrer forsvarlig drift og leder må sørge for at ansatte har tilstrekkelig nivå og bredde i kompetansen sett i forhold til institusjonens målgruppe og målsetting.

Ledere skal vite at de ansatte snakker med barna, har tilstrekkelig kompetanse om målgruppen og det enkelte barn og at de faktisk arbeider i henhold til retningslinjer og institusjonsplan. Arbeidet skal dokumenteres og evalueres jevnlig sammen med barna, for eksempel i en handlingsplan, for at barnet skal motta målrettede

og forsvarlige tjenester. Leder må sørge for at ansatte kjenner til og følger etablerte rutiner, og at de melder fra om feil og mangler slik at virksomheten kan lære og drive forbedringsarbeid til barnets beste.

4.2.2 Fakta og konklusjoner – hvordan barnevernsinstitusjonene arbeidet med å gi beboerne tydelige rammer for å sikre trygghet og med å gi stabil og god voksenkontakt

I 36 av barnevernsinstitusjonene påpekte fylkesmennene lovbrudd. I 28 av disse ble det avdekket en praksis som ikke oppfylte lovens krav når det gjaldt arbeidet med å gi tydelige rammer og stabil og god voksenkontakt på ett eller flere av disse områdene:

- om barna fikk medvirke og om institusjonen la til rette for at de unge skulle føle seg trygge
- om bruk og oppdatering av informasjon om barnet
- om bemanning og kompetanse
- om styring og ledelse

Om barna fikk medvirke og institusjonen bidro til trygghet

I over halvparten av barnevernsinstitusjonene med svikt på dette området fortalte ett eller flere barn at de ikke følte seg hørt, informert eller trygge. De fortalte for eksempel at de ikke visste hva som skulle skje eller at det ikke fantes en oversikt hvor de kunne se hvem som skulle komme på jobb. Videre fortalte barn at det var voksne uten respekt og engasjement for dem, og at det var ansatte som ikke var til å stole på. Samtidig var det eksempler på at barnas meninger og behov ikke var dokumentert, oppdatert eller evaluert.

I ett tilfelle fortalte et barn at det var mange vikarer, at det var en vikar på hvert skift og at hun var blitt hentet på toget av en ansatt hun aldri hadde sett før. Det var også eksempler på institusjoner der husmøtene med barna «ikke hadde fungert», barna ville ikke delta og møtene var ikke gjennomført. Dette var ikke tatt tak i fra ledelsen.

På en institusjon fortalte et barn at han ikke følte at han ble spurt eller hørt om hva som gjorde ham sint, redd eller opprørt, og heller ikke om hvordan han ønsket å bli stoppet hvis det skulle bli nødvendig.

I et annet tilsyn ble det avdekket at det ikke ble lagt individuelt tilpassede rammer for trygghet og sikkerhet. Det fikk blant annet ingen konsekvenser for beboerne når regler ikke ble overholdt. Dette førte til at beboerne styrte mye av livet på institusjonen. Samtidig var det kommet flere alvorlige bekymringsmeldinger til barnevernsinstitusjonen fra politiet om barn som hadde utøvd vold og fra sykehus om ett av barna som hadde et stort alkoholkonsum. Dette skapte utrygghet.

På en institusjon ble det brukt spørreskjemaer med enkel avkryssning for om barna følte seg trygge. Skjemaene viste at alle følte seg trygge. Gjennom intervjuer med fylkesmannen kom det imidlertid frem at alle barna sa de hadde situasjoner der de følte seg utrygge. Utryggheten de oppga dreide seg om andre barns rus og opplevelsen av voksne som ikke brydde seg om dem.

Det er positivt at institusjonene spør barna direkte om de føler seg trygge. Eksemplet viser imidlertid at det kan være vanskelig for barn med mange negative opplevelser å føle seg grunnleggende trygge. Noen av dem har aldri opplevd det. Dette kan ikke institusjonen alltid endre, men kravet til institusjonene er at de legger til rette med tydelige rammer og stabilitet for at barna skal kunne ha muligheten for å oppleve trygghet.

Om oppdatering og bruk av informasjon om barnet

I et stort flertall av institusjonene med svikt på dette området fant fylkesmennene mangler i systematisk oppfølging av barnet gjennom rett bruk av informasjon.

I flere institusjoner ble det avdekket at barnas innspill om ønsker og behov ikke ble dokumentert, oppdatert og evaluert. Handlingsplanene fungerte ikke fordi det var stor ulikhet i hva de ansatte skrev ned, hva de fokuserte på og om planen var i bruk. Videre var det eksempler på at planene var altfor generelle og at konkrete virkemidler, tiltak og mål ikke var beskrevet eller justert. Det ble dermed ikke arbeidet på en systematisk måte med den enkelte ungdoms mål og utvikling.

Det er helt vesentlig at det blir dokumentert hva barnet selv har sagt og hvilke faglige vurderinger og evalueringer som er gjort. For det første for at barnet skal slippe å gjenta viktig informasjon og for at skiftende vaktlag skal kunne tilby barnet lik, stabil og forsvarlig omsorg.

Eksempel på en av fylkesmennenes formulering av lovbrudd: «Avdelingen sikrer ikke at det blir gjort systematisk evaluering av behandlingen til det enkelte barn, og sikrer heller ikke at det ligger til grunn en felles forståelse av hvordan enheten arbeider med barna.»

I flere tilfeller ble ikke planer evaluert jevnlig (hver 3. måned) og det ble heller ikke gjort faglige vurderinger av barnets tilbud og behandling. På en institusjon var det et barn som over et relativt kort tidsrom gjennomførte 19 rømminger. Det var ikke dokumentasjon på faglige vurderinger og evalueringer etter hendelsene. Fylkesmannen fant samtidig at forståelsen for når politiet skulle kontaktes ved uteblivelser var ulik i personalet.

I en annen institusjon ble det avdekket at informasjon fra risiko- og sårbarhetsanalysene for den enkelte ikke ble videreført i kartleggingsarbeidet i «bli-kjent»-planen til barnet. Et annet sted var det uklart om sikkerhetsplanene var oppdatert.

På flere institusjoner var det mye muntlig informasjonsutveksling og det resulterte i enkelte tilfeller i at informasjon ikke kom frem. Flere steder fungerte ikke rutinene for hvordan informasjonsutveksling skulle foregå i vaktskifter («overlapp») og på mange institusjoner ble det dokumentert på mange og ulike steder. Eksempler her var i handlingsplaner, tiltaksplaner, dagbøker, journalnotater osv. Dette skapte usikkerhet og også ulikhet blant de ansatte når det gjaldt hvilken informasjon de nedtegnet og hvor de skulle finne aktuell informasjon. Det var dermed uforutsigbart hvem som fikk hvilken informasjon og mye ble overlatt til tilfeldighetene. I en av institusjonene førte dette til at det ble gjort feil i situasjoner hvor det var viktig at barn ble vekket på en spesiell måte og det ble også gjort feil når det gjaldt medisinerings av barna.

Dokumentasjon av informasjon fra og om barnet er viktig for at barn skal kunne oppleve trygghet og stabilitet på en barnevernsinstitusjon. Det er en avgjørende faktor for reell medvirkning og for systematisk oppfølging av barnet. Det er helt vesentlig at det blir dokumentert hva barnet selv har sagt og hvilke faglige vurderinger og evalueringer som er gjort. For det første for at barnet skal slippe å gjenta viktig informasjon og for at skiftende vaktlag skal kunne tilby barnet lik, stabil og forsvarlig omsorg.

Om bemanning og kompetanse

I alle institusjonene hvor det ble funnet lovbrudd på institusjonenes arbeid med å skape tydelige rammer og stabil og god voksenkontakt, har fylkesmennene beskrevet observasjoner som gjaldt svikt i bemanning og kompetanse.

I flere institusjoner fant de omfattende bruk av vikarer samtidig som opplæringen av dem var mangelfull. Ett sted var det beskrevet at vikarene fikk en dag til selv å lese institusjonsplanen, rutine, rettighetsforskriften, regler osv. Deretter fikk de jobbe en vakt sammen med en erfaren ansatt før de gikk inn og dekket vakter med samme ansvar som andre.

På en avdeling bodde det bare ett barn. I løpet av en hel måned hadde det kun vært ansatte som var vikarer og ufaglærte på arbeid i avdelingen. Et annet sted var det bare en tredel av de ansatte med sosialfaglig kompetanse, mens kravet er opp mot halvparten. Et annet barn som bodde uten andre barn hadde hatt 47 ansatte å forholde seg til i løpet av det siste året. Barnet hadde hatt sin egen opptelling.

Eksempel på en av fylkesmennenes formulering av lovbrudd: «Institusjonen sikrer ikke at det er forsvarlig bemanning og kompetanse tilpasset institusjonens målgruppe, målsetting og metodikk – herunder system for opplæring og faglig veiledning som sikrer at ansatte til enhver tid har tilstrekkelig kompetanse».

Enkelte institusjoner hadde planer som omtalte flere ulike behandlingsmodeller som var sentrale for institusjonen. De ansatte hadde fått opplæring i en av modellene, men ikke de andre. I tillegg viste det seg at metodikken omtalt i institusjonsplanen ikke samsvarte med det institusjonen faktisk kunne tilby. Dette er et svært alvorlig funn i tilsynet.

Fylkesmennene fant flere institusjoner som hadde sjelden og tilfeldig opplæring for sine ansatte i rettighetsforskriften og at veiledning ble gitt ad hoc i vaktskifter og at det var tilfeldig hvem som deltok. Ett sted var ikke nattevaktene inkludert i opplæringen.

Ved flere andre institusjoner var det opp til den enkelte ansatte selv å vurdere om de hadde behov for opplæringsvakter og veiledning. I tillegg fikk ulike team ansvar for å følge med på hverandre og vurdere veiledningsbehov dersom de oppdaget at de andre ikke håndterte barna i henhold til det som var bestemt.

Traumebevisst Omsorg (TBO) er en forståelsesmodell som benyttes på mange barnevernsinstitusjoner i arbeidet med å fremme trygghet og å forebygge bruk av tvang. Fylkesmennene avdekket flere institusjoner der opplæringen i modellen var mangelfullt implementert og gjennomført for de ansatte. Dette førte til at det manglet systematisk kartlegging av faktorer («triggere») som kan utløse utrygghet eller en utagerende handling hos barnet, det manglet refleksjoner om hva som lå bak barnets handlinger, og hvordan de ansatte skulle møte barnet for å bidra til utvikling.

Barna i tilsynet har fortalt at de blir urolige og utrygge av ukjente mennesker og av at de ansatte behandler dem ulikt. Mangel på stabilt personale og mangelfull kompetanse fører til nettopp dette.

Om styring og ledelse

I alle barnevernsinstitusjonene der det var svikt i arbeidet med tydelige rammer og stabil voksenkontakt beskrev fylkesmennene observasjoner om svikt i styring og ledelse av arbeidet.

Et gjennomgående funn er at det er for lite opplæring og oppfølging av hva som skal dokumenteres både av det barnet sier og av faglige vurderinger. Dette har ført til ulik forståelse og praksis blant ansatte. Handlingsplanene, som er viktige for å oppnå planlagt, systematisk og god omsorg for barnet, hadde ikke tilstrekkelig spesifikke og målbare mål og tiltak så de kunne benyttes som et levende verktøy i hverdagen. Ledelsen sikret ikke kontroll og oppfølging av at de ansatte fulgte opp dette. Det samme gjaldt informasjonsutvekslingen i «overlappene».

På flere institusjoner ble det påpekt at ledelsen ikke sørget for at alle ansatte har lik forståelse av hva som ligger til grunn for hvordan det enkelte barn skal behandles. Det faglige arbeidet med vurderinger og evalueringer rundt den enkelte ble ikke fulgt opp på en systematisk måte. De sørget ikke for at det var kjent for alle hvordan og hvorfor barnet skulle følges opp på en bestemt måte, til tross for at dette var tatt stilling til. Ansatte hadde dermed ikke forutsetninger for riktig behandling av barnet og barnet opplevde ulik tilnærming fra de voksne.

Ett sted var det henvist til rutiner som ikke fantes. Leder forklarte det med at for mange rutiner kunne stå i motsetning til gjennomføringen av forståelsesmodellen (traumebevisst omsorg) som de arbeidet etter.

I en institusjon hadde ikke ledelsen tatt tak i at barna hadde overtatt mye av styringen på institusjonen og at brudd på regler ikke fikk noen konsekvenser for de barna som brøt reglene. Ledelsen hadde ikke stoppet denne praksisen. Det skapte uforutsigbarhet og dermed utrygghet for alle barna som bodde der.

Mange institusjoner som vi har sett, hadde mangler i systematisk opplæring om institusjonens målgruppe, målsetting og metodikk. Dette er et ledelsesansvar. Det er også ledelsens ansvar å sikre at nattevakter og vikarer blir med på opplæring og veiledning i arbeidstiden. Det skal ikke være sporadisk og tilfeldig hvem som deltar og når det blir tilbudt.

I en institusjon hadde ikke ledelsen tatt tak i at barna hadde overtatt mye av styringen på institusjonen og at brudd på regler ikke fikk noen konsekvenser for de barna som brøt reglene. Ledelsen hadde ikke stoppet denne praksisen. Det skapte uforutsigbarhet og dermed utrygghet for alle barna som bodde der.

På de fleste institusjonene som sviktet på området forsvarlig omsorg sviktet det i registrering av feil og i en systematisk tilnærming til å lære av disse feilene. De ansatte var usikre på hva som var avvik, hva som skulle meldes og hvordan de skulle gjøre det. Noen steder var det for eksempel en oppfatning av at trusler fra barna skal meldes, men ikke feil i medisinerer eller for lav bemanning når ansatte ikke møtte opp. Ett sted var det en oppfatning at de bare meldte avvik om forhold rundt barnet dersom barnet selv ga uttrykk for at hendelsen ikke var grei.

I en institusjon hadde de ansatte manglende kompetanse på rus og hadde meldt avvik om dette til ledelsen. Dette hadde ikke ført til tiltak. I samme institusjon bodde det barn med omfattende rusproblem og positive urinprøver på opiater. Institusjonen hadde i tillegg informasjon om at barnet utsatte seg for annen fare. Dette hadde ikke ført til endringer i den omsorgen barnet fikk på institusjonen.

Når ledelsen ikke kontrollerer og følger opp at ansatte systematisk jobber med å bli kjent med barna og deres behov for trygghet, hva de ønsker og tenker og samtidig dokumenterer og evaluerer deres utvikling er det alvorlig og faren for svikt er stor.

I et av tilsynene ble det formulert følgende lovbrudd:
«(Barnevernsinstitusjonen) har mangler ved sin internkontroll som fører til høy risiko for at barna ikke vil få forsvarlige tjenester».

I rapporten var det beskrevet at avdelingsleder tok stort ansvar for at det ikke skulle svikte i tjenestene. Mangel på systematikk, dokumentasjon og skriftlighet gjorde imidlertid at uten denne «ildsjelen» ble sannsynligheten for at det ville svikte være for stor.

Styring har ingen egenverdi. Kravene til ledelse og kontroll er utviklet for å øke sannsynligheten for at barnet skal få forsvarlige tjenester og at omsorgen ikke blir overlatt til tilfeldigheter. Det er alvorlig når ikke ledelsen gjennom systematisk opplæring og veiledning sørger for at de ansatte har lik og god kompetanse om institusjonens målgruppe, målsetting og metodikk.

Barna har fortalt mange eksempler på de ikke føler seg hørt, at de mangler informasjon og at de har mange og ofte ukjente ansatte å forholde seg til. Dette er forhold som er egnet til å skape utrygghet.

4.3 Fakta og konklusjoner fra fylkesmennenes tilsyn – arbeid med bruk av tvang

Denne delen av tilsynet gjelder hvordan barnevernsinstitusjonen arbeider med:

- forebygging av alle typer bruk av tvang og begrensninger
- gjennomføring av tvang i akutte faresituasjoner
- oppfølging av alle typer bruk av tvang og begrensninger

Fylkesmannen har undersøkt om institusjonene forebygget all bruk av tvang og begrensninger godt nok, om institusjonene hadde en forsvarlig gjennomføring av tvang i akutte faresituasjoner og om institusjonene hadde en forsvarlig oppfølging av all bruk av tvang og begrensninger. Undersøkelsen av forebygging og oppfølging av tvangsbruk var ikke avgrenset til tvang i akutte faresituasjoner.

Vi beskriver først hvordan vi har operasjonalisert hovedelementer i regelverket og deretter hvilken svikt fylkesmennene avdekket på områdene. Fylkesmennene har avdekket lovbrudd med ulikt omfang. Noen steder er det funnet svikt på enten forebygging, gjennomføring eller oppfølging av bruk av tvang. Andre steder ble det funnet svikt på to eller tre av områdene samtidig. Fakta og konklusjoner fra disse tre temaene er derfor oppsummert samlet.

For institusjonene som svikter på begge tilsynsområdene svikter det ikke uventet på styring og ledelse i begge tilfeller. Dette fører til noen gjentakelser i teksten, men vi har allikevel valgt å beskrive hvilke særlige konsekvenser mangelfull ledelse har fått på de enkelte områdene.

4.3.1 Hvordan hovedelementene i regelverket er operasjonalisert i tilsynet

Forebygging av tvang og begrensninger

All bruk av tvang må ha hjemmel i lov. Når tvang er tillatt, er det fordi det kan være nødvendig for eksempel for å stoppe alvorlig selvsykdom eller at barn utøver vold mot andre. Før tvang benyttes må andre fremgangsmåter være prøvd først. Dette innebærer at institusjoner må arbeide systematisk for å forebygge at barn blir utsatt for unødvendige begrensninger og tvang, både generelt og konkret i den enkelte situasjon.

Institusjonen er avhengig av å kjenne barnets styrker, sårbarheter, kunnskap og kompetanse i ulike situasjoner for å lykkes med å forebygge bruk av tvang og begrensninger. De ansatte må snakke med det enkelte barn om hvordan vanskelige situasjoner skal håndteres og de må kjenne barnet så godt at de vet hvilke situasjoner som kan eskalere.

Krav til systematisk forebygging av tvang innebærer blant annet krav til å vurdere risiko og å avdekke situasjoner som kan føre til ulike former for tvang eller for økt tvangsbruk (for eksempel i ferier med mange ukjente vikarer).

Generelle husordensregler kan ikke være mer innskrenkende for barnets rettigheter enn regelverket tilsier, og det må gjøres individuelle og konkrete vurderinger før det iverksettes begrensninger.

Tvang i akutte faresituasjoner

Tvang i akutte faresituasjoner på en barnevernsinstitusjon bygger på hovedinnholdet i straffelovens alminnelige regler om nødrett og nødverge. Det betyr at en nødssituasjon gjør det lovlig å utøve handlinger som ellers ville vært ulovlige. Tvangen kan bare benyttes når det ikke finnes andre muligheter for å avverge skade på person eller vesentlig skade på eiendom. Andre tiltak skal være prøvd først og mindre inngripende tiltak må være vurdert som nytteløse eller som åpenbart utilstrekkelige. Det er ikke anledning til å bruke tvang dersom situasjonen kunne vært hindret uten bruk av tvang. Det er heller ikke lov å bruke mer tvang enn det som er nødvendig for å avverge skaden.

Barn og ansatte skal ha gode samtaler rundt hva som kan provosere fram og hva som kan hindre slike tvangssituasjoner. I situasjoner der det er nødvendig å utøve tvang i akutte faresituasjoner vil det være viktig at ansatte trenes i å utøve tvangen så skånsomt som mulig og at de kjenner sitt ansvarsområde.

Leder har ansvar for at de ansatte har kompetanse, og må sørge for nødvendig opplæring, veiledning og kompetansehevende tiltak.

Oppfølging av tvang og begrensninger

All tvangsbruk skal protokollføres og forelegges tilsynsmyndigheten. Etter en tvangsepisode skal barnevernsinstitusjonen gjennomgå hendelsen med barnet. Hensikten er å forebygge eller avverge lignende hendelser i fremtiden. Barnet skal få mulighet til å bearbeide og gi uttrykk for sin opplevelse og tanker om hvordan lignende episoder kan forebygges i fremtiden.

Ansatte må være i stand til å samhandle med barna i etterkant av en uønsket hendelse uavhengig av barnets reaksjonsform. De må ha gode nok kunnskaper til å forstå at barns reaksjoner på tvang kan ha sammenheng med tidligere opplevelser.

Barn har rett til å klage på all bruk av tvang. De har krav på god informasjon om rettighetene sine og hjelp til å klage dersom de ønsker det.

Styring og ledelse

– felles for alle områdene i arbeidet med tvang

Leder av barnevernsinstitusjonene skal styre og lede sin virksomhet slik at beboerne ikke utsettes for ulovlig eller unødvendig bruk av tvang. Ledelsen skal planlegge, gjennomføre, kontrollere og korrigere tjenestene slik at lovkravene innfris. Ledere skal vite at de ansatte gjør seg godt kjent med barna for at de i fellesskap kan jobbe med forebygging av tvang. Det samme gjelder dersom det blir nødvendig med å gjennomføre tvang og i oppfølgingen av barna i etterkant.

Ledelsen har ansvaret for at rutiner finnes og etterleves. De har ansvaret for at de ansatte kan det de skal og faktisk arbeider systematisk etter vedtatte retningslinjer. Det skal ikke være opp til tilfeldigheter og den enkelte ansatte hvordan barna blir behandlet og hvilke grenser som settes. Tvang skal bare brukes når det er helt nødvendig.

Arbeidet med bruk av tvang skal dokumenteres og evalueres jevnlig. Ledelsen er ansvarlig for at feil i arbeidet meldes som avvik og brukes aktivt i forbedringsarbeid på området.

Institusjonens leder må ha oversikt over institusjonens samlede bruk av tvang. Leder har det videre overordnede ansvaret for at institusjonen bare bruker tvang i samsvar med regelverket. I dette ligger at leder sørger for at det brukes minst mulig tvang, og leder må kunne gjøre rede for hvordan ansvaret ivaretas.

4.3.2 Fakta og konklusjoner – hvordan sikret barnevernsinstitusjonene arbeidet med forebygging, gjennomføring og oppfølging av tvangsbruk

I 36 av barnevernsinstitusjonene påpekte fylkesmennene lovbrudd. I 13 av disse avdekket fylkesmennene en praksis som ikke oppfylte lovens krav når det gjaldt arbeidet med forebygging, gjennomføring og oppfølging av tvang på disse områdene:

- om barna ble hørt, informert og ivaretatt
- om bruk og oppdatering av informasjon om barnet
- om bemanning og kompetanse
- om styring og ledelse

Blant institusjonene som sviktet i arbeidet med tvang sviktet det oftest i arbeidet med forebygging av tvang (11/13). Svikten for øvrig fordelte seg på gjennomføring og oppfølging av tvangsbruk, som oftest i tillegg til forebygging.

Om barna ble hørt, informert og ivaretatt

I de fleste av barnevernsinstitusjonene som sviktet i arbeidet med tvang var det beskrivelser av barn som ikke ble snakket med for å forebygge tvang og heller ikke ble snakket med i etterkant av en tvangsepisode. Dette gjorde at de ikke følte seg trygge.

I mange rapporter ble det beskrevet at det manglet kartlegging av barnas risiko og sårbarhet for tvang når de flyttet inn på institusjonen. Videre ga barna uttrykk for at de ikke hadde blitt hørt og informert i forbindelse med tvangsbruk.

Et lovbrudd fra en av barnevernsinstitusjonene var formulert slik: «Systemet for å forebygge, gjennomføre og følge opp tvang har mangler som gjør at lovkravene ikke er forsvarlig overholdt. Barns medvirkning er ikke sikret i forbindelse med tvangsbruk.»

Barn på en institusjon opplyste at de oppfattet at de fikk trusler om flere begrensninger hvis de ikke tilpasset seg. Et annet sted hadde et barn gitt innspill til hvorfor hun mente at en situasjon hadde endt med bruk av tvang i en akutt faresituasjon. Informasjonen var ikke dokumentert.

Ett sted innskrenket rutiner for sikkerhet barnets rettigheter. Et annet sted var husreglene strengere enn regelverket gir rom for. Barn måtte som hovedregel ha døra åpen til rommet sitt ved besøk, ikke besøke hverandre på tvers av avdelinger og det ble ikke gjort individuelle og konkrete vurderinger av begrensningene.

Et annet eksempel var barn som fortalte at de var utrygge når andre barn ble utsatt for tvang og at de opplevde at det ikke var nok bemanning til å ta vare på alle.

Det var flere beskrivelser av at det gikk lang tid før tvangsprotokoller ble gjennomgått både med barna, ansatte og andre involverte. Barna ble heller ikke systematisk spurt om hvordan de hadde opplevd tvangsbruken. Et annet sted ble det funnet protokoller som ikke var gjennomgått med barna i det hele tatt og heller ikke var oversendt fylkesmannen.

Fra en barnevernsinstitusjon var det beskrevet alvorlige forhold. Det var eksempler på at de voksne ikke hadde klart å skjerme andre barn fra situasjoner med fysisk og verbal utagering. Dokumentasjonen viste lang tid med utagering fra barn før de ansatte hadde klart å stoppe det. Konflikter mellom barna var mangelfullt dokumentert til tross for at det hadde vært gjentatte konfliktsituasjoner mellom de samme barna.

Videre var det en forståelse blant de ansatte av at tvang helst ikke skulle brukes og bare hvis den ansatte følte seg i stand til å takle situasjonen. Det var ikke dokumentert forebyggende tiltak mot vold og trusler mellom barn eller mellom barn og voksne. Barnevernsinstitusjonen kunne ikke dokumentere at de fulgte opp barn som var vitner til episoder med utagering. Det var eksempler på at det ikke var dokumentert noen forebyggende tiltak mot vold og trusler.

Det var mange eksempler på at barna i tilsynet ikke opplevde at de ble hørt og tatt vare på. Bruk av tvang ble ikke i tilstrekkelig grad drøftet med dem hverken før eller etter hendelsene. Det er svært alvorlig at barn føler seg redde på barnevernsinstitusjon og at ikke konflikter blir tatt tak i og håndtert. I situasjoner hvor barna er deltagere i eller tilskuere til konflikter har de ikke virkemidler for å håndtere dette på egen hånd.

Om bruk og oppdatering av informasjon om barnet

I nesten alle barnevernsinstitusjonene med svikt i arbeidet med tvang var det observasjoner om mangler i bruk og oppdatering av informasjon om barnet.

I en av institusjonene var det en forventning om at de ansatte skulle «lese barnets sinnstemning» for å kunne forutse situasjoner som kunne eskalere. Ikke alle ansatte var i stand til å løse denne oppgaven på en god måte. Det var ikke dokumentert hva barnet hadde sagt at kunne hjelpe for å unngå bruk av tvang. Et annet sted var det ikke klart hvor de ansatte kunne få informasjon om hvilke tiltak som gjaldt for hvert enkelt barn.

Flere steder var det meldt om at det ble dokumentert mange ulike steder. Eksempler her er journal, avtalebok, beskjedbok, postkassett, sikkerhetsplan, handlingsplan og andre. Enkelte steder hadde de et system for at alle skulle lese gjennom all dokumentasjon jevnlig og/eller at informasjon ble overført mellom nedtegningssteder. Andre steder var ikke dette systematisert og det hadde ført til at informasjon, som for eksempel om sårbarheter og triggere hos barn, ikke kom frem.

Fylkesmennene beskrev mange institusjoner med mangelfulle rutiner når det gjaldt hvem som skulle og hvordan det skulle fylles ut tvangsprotokoller. Det samme gjaldt for gjennomgang av tvangsprotokoller med beboere. Ett sted var det uklart hvordan hendelser skulle fremstilles, noe som førte til at samme hendelse ble beskrevet ulikt i ulike dokumentasjon. Videre fant fylkesmennene at det manglet oversikt over tvangsbruk og tvangsprotokoller. Ett sted ble det dermed meldt ulike forekomst i journalen og til regionledelsen.

I en institusjon var det mangelfull dokumentasjon av vold og trusler som hadde oppstått. Fysisk vold har ikke blitt registrert

I de fleste barnevernsinstitusjonene med svikt i arbeidet med tvang er det opplysninger om svikt i bemanning og kompetanse som fikk konsekvenser for dette arbeidet.

som risiko i kvalitetssystemet. Videre manglet det dokumentasjon av konflikter mellom barn, av faglige vurderinger av vold og trusler og av faglige vurderinger av forebyggende tiltak mot vold. Det samme gjaldt for faglige vurderinger i konflikter der det var vurdert som ikke nødvendig å bruke tvang og av hvordan og om ledelsen fulgte opp vold og trusler i styring av virksomheten generelt.

Dokumentasjon og oppfølging av hendelser og faglige vurderinger om barnet er avgjørende for at barnet skal få rett omsorg og behandling til rett tid. Riktig og oppdatert informasjon er kvalitets-sikring av at det ikke er overlatt til tilfældigheter og enkeltpersoner at barna får forsvarlige tjenester også når det gjelder bruk av tvang. Et gjennomgående funn er at det eksisterer mange ulike kilder for nedtegning av informasjon. Dette er et stort risikomoment i seg selv.

Om bemanning og kompetanse

I de fleste barnevernsinstitusjonene med svikt i arbeidet med tvang er det opplysninger om svikt i bemanning og kompetanse som fikk konsekvenser for dette arbeidet.

På en institusjon ble det registrert økt tvangsbruk og økende usikkerhet og utrygghet blant ansatte. Dette ble ikke fanget opp med økte opplæringstiltak. Barna opplyste samtidig at de følte seg utrygge og de mente at de ansatte i denne situasjonen ikke var mange nok til å kunne sikre tryggheten for barna.

Videre var det flere steder svikt i opplæringen i rettighetsforskriften når det gjaldt tvangsbruk. Det samme gjaldt opplæringen om temaene konflikter, vold og traumer (KVT) som skal føre til forebygging av tvang.

Enkelte steder arbeides det etter forståelsesmodellen kalt Omsorgs- og endringsmodellen (OEM) for målrettet endringsarbeid i forhold til barnet. Sentrale elementer i denne modellen er ferdighetstrening, iverksetting av ekstra planer ved alvorlige hendelser (Plan for ekstra hjelp) og belønningssystem (POG).

Belønningssystemet skal virke ved at det brukes som en positiv forsterker for barnet, og ble i en rapport beskrevet slik:

«Ungdom får muligheten til å opptjene seg POGS både som belønning for gjennomførte aktiviteter som romvask, stå opp

i tide, gå på skole o.a.... Opptjente POGS kan veksles inn i penger og tjenester. 1 POG tilsvarer kr. 5,- og halvparten kan veksles inn i penger, mens halvparten må gå til sparing..... Eller de kan betale for tjenester de ønsker utført som kjøretur til byen, få invitere venner, ekstra kafebesøk o.a. Ulike tjenester er prissatt på en liste som henger på personalkontoret.»

Opplæringen til ansatte i OEM-modellen og hvordan tiltakene skulle gjennomføres og vurderes, sviktet på disse institusjonene. Ett sted var det uklart for både ansatte og barn hvilke regler som gjaldt når det handlet om belønningssystemet og betaling for tjenester og ytelser. Både belønninger og begrensninger ble dermed praktisert forskjellig og det ble heller ikke fanget opp og korrigert fra ledelsen.

I en annen barnevernsinstitusjon bodde det et barn med alvorlige psykiske vansker. Til tross for dette var det bare én ansatt som hadde særlig kompetanse om psykisk helse. Dette førte igjen til utfordringer med å forebygge tvangsbruk fordi barnets uttryksmåter ikke ble forstått.

Vi har tidligere i rapporten beskrevet mangler i bemanning og kompetanse når det gjelder å ivareta forsvarlig omsorg for barn på barnevernsinstitusjon. For institusjonene som svikter på begge tilsynsområdene får svikten også konsekvenser for arbeidet med tvang. Vi har i dette kapitlet særlig pekt på de opplysningene som beskriver hva svikt i bemanning og kompetanse får av konsekvenser når det gjelder ivaretagelse av barnets rettigheter og arbeidet med bruk av tvang.

Om styring og ledelse

I alle barnevernsinstitusjonene med svikt i arbeidet med bruk av tvang beskrev fylkesmennene svikt i styring og ledelse av institusjonene.

På dette punktet var det flest registreringer av svikt i kravet til at institusjonene skal ha tydelige rutiner når det gjelder fordeling av ansvar, myndighet og oppgaver knyttet til gjennomføring av tvangstiltak og etterfølgende føring av tvangsprotokoll.

I disse tilfellene hadde ikke ledelsen fulgt med på om det var tilstrekkelig med rutiner, om de ansatte kjente til dem og om

I tilsynet fant fylkesmennene 15 barnevernsinstitusjoner hvor det ikke ble avdekket verken lovbrudd eller forbedringsområder på tilsynsområdene. Dette viser at det er mulig å drive gode institusjoner og at mange arbeider godt og systematisk

de fulgte dem. Flere steder var det institusjoner med rutiner som ikke var oppdatert og som var uklare på ansvarsforhold. Dette førte til ulik og uforutsigbar oppfølging av barna. Det var heller ikke evaluert og iverksatt tiltak ved bruk av vikarer eller i vakt-skifter til tross for at dette var identifisert som situasjoner der sannsynligheten for tvangsbruk økte.

Det manglet flere steder rutiner for gjennomgang av tvangsepisoder med ansatte og drøfting av regler i etterkant. Dette ble da heller ikke gjort. I institusjoner med vold og trusler hadde ledelsen ikke fanget opp, evaluert og korrigert rutiner og praksis. Utageringene fikk fortsette i lengre tid og nødvendige begrensende tiltak ble ikke satt i verk. Dette hindret både barna som deltok i utageringene og de andre som var tilstede muligheten til å falle til ro og bli trygge.

Ved en institusjon var det et funn at manglende etterlevelse av egne rutiner for forebygging av tvang hadde ført til svært alvorlige hendelser for barnet.

Det var i arbeidet med tvang mange opplysninger om ansatte som ikke visste hva som skulle meldes som avvik, som ikke meldte og samtidig ledere som ikke fulgte tett nok opp og korrigererte praksis når feil ble meldt. I arbeidet med tvangsprotokollene gjaldt det samme. Det ble ikke alltid fanget opp av leder at verken gjennomgang av protokollene eller oppfølging av barn og ansatte foregikk i henhold til lovkravene.

Manglende ledelse, kontroll og styring på dette område har ført til svikt i forebygging, gjennomføring og oppfølging av bruk av tvang. Dette er svikt på et område med stor risiko og som kan ha store konsekvenser for barn i en sårbar livssituasjon dersom ikke institusjonene sikrer at det gjennomføres i henhold til regelverk.

4.4 Hvordan arbeidet de som fikk det til?

I tilsynet fant fylkesmennene 15 barnevernsinstitusjoner hvor det ikke ble avdekket verken lovbrudd eller forbedringsområder på tilsynsområdene. Dette viser at det er mulig å drive gode institusjoner og at mange arbeider godt og systematisk med forsvarlig omsorg og bruk av tvang. Hvordan arbeidet disse institusjonene og hva kan andre lære av deres praksis?

Fra tilsynet i disse institusjonene har fylkesmennene gitt slike beskrivelser av virksomheten:

«Vi fikk i flere intervjuer beskrevet hvordan avdelingen arbeider for å skape relasjoner og stabilisere gruppen, og samtidig ha tydelige rammer og forutsigbare grenser. Ansatte beskriver en felles faglig plattform der det å se hvert enkelt barn er sentralt. Avdelingsleder er opptatt av å være tett på barna også for å gjøre en løpende vurdering av hvordan de fungerer sammen og virker på hverandre.»

Fra samme institusjon heter det videre:

«Hovedkontakt blir valgt ut i fra barnets problematikk, behov og interesser. Dersom relasjonen ikke vurderes som god, kan barnet få ny hovedkontakt. I tillegg kan barna velge en ansatt de kan ha som tillitsperson.»

Fra en annen institusjon:

«Det er utarbeidet rutiner for oppfølging av tvang, herunder utfylling av tvangsprotokoller, og disse var kjent blant de ansatte. Det skal alltid gjennomføres samtaler med ungdom ved bruk av tvang. Intervju viser at dersom tvang blir benyttet så er dette tema både i overlapp og på personalmøtene.»

Barna på en av de andre institusjonene uten svikt ble beskrevet slik:

«Noen av beboerne vi snakket med hadde erfaring med at det var tatt beslutning om begrensninger i bruk av elektroniske kommunikasjonsmidler eller adgangen til å bevege seg fritt innenfor eller utenfor institusjonen. Selv om de ikke i alle tilfellene var enige i grunnlaget for tvangen, hadde de kjennskap til årsaken og til hva som skulle til for å unngå slik begrensning. Denne kjennskapen hadde de gjennom skriftlig tvangsprotokoll og gjennom samtale med ansatte.»

Fra tilsynsrapport i samme institusjon henter vi dette:

«Ledelsen har fokus på å unngå unødvendig bruk av begrensninger og tvang, men er også opptatt av at begrensninger kan være nødvendige for å ivareta formålet med oppholdet for enkelte beboere. Bruk av tvang og begrensninger rapporteres også til Bufetats regionkontor. I det tilfelle det er laget fire eller flere tvangsprotokoller for enkelt beboer opprettes det kontakt mellom regionkontoret og institusjonsledelsen om tvangsbruken.»

I tilsynsrapportene fra institusjoner uten svikt er det registrert at ledelsen og de ansatte gjennomgående har gode systemer for å melde, rette og lære av feil og mangler dersom det oppstår i arbeidet med barna.



5 :

Erfaringer med bruk av barn som informanter i tilsyn

Helsetilsynet la i dette landsomfattende tilsynet til rette for at fylkesmennene skulle snakke direkte med barna som bodde på institusjonene om temaene forsvarlig omsorg og bruk av tvang. Det vil si at de ble intervjuet om sine erfaringer innenfor tilsynsområdene. I tillegg fikk de anledning til å snakke om andre forhold de var opptatt av.

Fylkesmennene sendte ut informasjon om tilsynet til barna på forhånd og la stor vekt på å motivere barn på ulike måter til å ville snakke med dem. Ett av embetene sendte ut brev med bilder av de som skulle komme fra fylkesmannen. Andre la til rette for alternative samtaledatoer og flere andre tiltak. Det var til tross for dette mange barn som takket nei til samtale med fylkesmannen, noe som er en vanlig utfordring også ved andre tilsynsbesøk. Det er selvfølgelig opp til det enkelte barn å velge å delta i en slik samtale.

Landsforeningen for barnevernsbarn hadde laget en informasjonsfilm om tilsynet for barna og alle barna ble invitert til å delta på oppstartsmøte og oppsummerende møte. Møtene er informasjonsmøter mellom fylkesmennene og deltagerne i tilsynet.

I samtalene med barna kom det frem informasjon som ble en viktig bakgrunn for fylkesmennes intervju med de ansatte og som del av grunnlaget for deres konklusjoner.

Erfaringene med at barna ble invitert til å delta i informasjonsmøtene var ulik og variert. Noen barn deltok i møtene. Noen ga uttrykk for at det var positivt, noen forlot møtet og andre ga uttrykk for at det var vanskelig å forstå det som ble gjennomgått, men at de syntes det var fint å få være til stede.

Fylkesmennene vurderte det også ulikt. Det var positive erfaringer med interesserte barn som deltok, erfaringer med barn som «tok over» møtet og erfaringer med utfordringer knyttet til å presentere lovkrav og funn fra tilsynet på en måte som sørget for at informasjonen nådde fram og at taushetsplikten ble ivaretatt.



6 :

Samlet vurdering fra Statens helsetilsyn

Å kjenne barnet godt er en viktig forutsetning for å kunne forebygge bruk av tvang. Flere av institusjonene sviktet i systematisk arbeid med å gjøre seg godt kjent med barnets styrker og sårbarheter gjennom å høre på barnet selv.

I dette tilsynet oppdaget fylkesmennene barnevernsinstitusjoner som ikke ga barna som bor der trygge rammer og stabil og god voksenkontakt. De avdekket institusjoner som sviktet i arbeidet med bruk av tvang. Barn fortalte at de følte seg utrygge, at de ikke stolte på de voksne og at de var redde når de selv eller andre ble utsatt for tvang.

Det sviktet i å skaffe nok informasjon om barnet ved inntak og fortløpende mens barnet bodde der. Det sviktet i å systematisk dokumentere, evaluere og gjøre faglige vurderinger av informasjonen slik at oppfølgingen av barnet skulle bli riktig. Det var mye utskifting av personalet og mange med mangelfull kompetanse. Dette førte i mange tilfeller til utrygge barn.

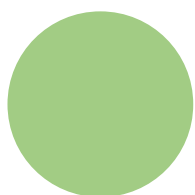
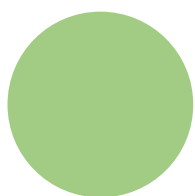
Å kjenne barnet godt er en viktig forutsetning for å kunne forebygge bruk av tvang. Flere av institusjonene sviktet i systematisk arbeid med å gjøre seg godt kjent med barnets styrker og sårbarheter gjennom å høre på barnet selv. Barn har ofte selv gode forslag til hva som skal til for å redusere stress i en situasjon der de ikke mestrer å regulere følelsene sine. Det å snakke med barnet om hvordan vanskelige situasjoner skal håndteres, er en viktig del av arbeidet med å forebygge tvang.

Et annet viktig funn i tilsynet er at det enkelte steder ikke var satt tydelige rammer og begrensninger for barn. Dette førte til at konflikter fikk eskalere, gjenta seg og vare over tid. Det skapte stor utrygghet hos de som bodde der. Institusjonene må med andre ord sikre riktig bruk av rammer – ikke for strenge, men tilstrekkelige.

Ledelsen i institusjonene med svikt hadde ikke tilstrekkelig oversikt over om de ansatte gjorde det som var planlagt og bestemt. Rutinene manglet eller var ikke kjent eller ikke fulgt. Dette gjaldt særlig i arbeidet med bruk av tvang.

Ledelsen fulgte ikke godt nok med på de ansattes kompetanse og behov for opplæring. Dermed var det flere steder for lav kompetanse på metoder og på de ulike målgruppene med barn de skulle ta vare på. De sikret heller ikke at feil ble oppdaget, evaluert og korrigert.

Til tross for at flere institusjoner innfridde alle krav i tilsynet, fremstår svikten i de andre institusjonene som gjennomgående. Når ledelsen svikter i planlegging, kontroll og korrigerende virkingsomhet, kan det få konsekvenser for alle forhold ved tjenestene ved en barnevernsinstitusjon og ikke bare på de områdene fylkesmennene har undersøkt i dette tilsynet. Barna betaler prisen.



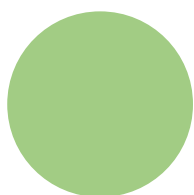
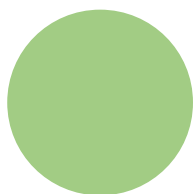


7 :

Hva nå og veien videre

Institusjonene med svikt og eierne av institusjonene (regionnivå og tilsvarende for private og kommunale institusjoner), må sørge for at det lages en plan for hvordan og når de skal ha rettet på forholdene som er påpekt av fylkesmennene. Institusjonene må kunne vise at tiltakene har virket i praksis og at forholdene dermed er rettet opp. Fylkesmennene følger opp dette arbeidet.

Barn som bor på barnevernsinstitusjoner har i likhet med barn i vanlige hjem krav på trygghet, stabilitet og å bli behandlet hensynsfullt og med respekt for den enkeltes integritet. Barnets rettssikkerhet skal ivaretas. De representerer store verdier. Institusjonene har et stort ansvar. De er barnas hjem.





**Samisk og
engelsk oversettelse**



Mánáid ruoktu. Rávisolbmuid ovddasvástádus. Čoahkkáigeassu riikavidosaš bearráigeahčus mánáidsuodjalusásahusain 2018:s

Dearvvašvuodageahču raporttas 3/2019

Mánáidsuodjalanásahusa ássi mánát galget oažžut dohkálaš fuolahusa ja divššu. Sii leat rašis eallindilis. Sii ellet ja ássat ásahusa fuolahusa veagas, almmá beaivválaš lagašvuoda haga sin bearrašiin. Sis galgá atnit ávvira ja doahttalit sin integritehta, ja sin riektesihkkarvuoda galgá áimmahuššat. Dál ássat su. 1200 máná mánáidsuodjalanásahusas.

Goziheapmi čájeha ahte mángga sajis ledje váillit das mo ásahus oahpásmuvai mánáin ja systemáhtalaččat čuovui ja árvoštalai mo máná mitalii iežas dili birra. Ahte bargit dovdet máná bures ja dihtet makkár hástalusat mánás leat, dárbbasuvvo vai sáhtta dohkálaččat fuolahit ja bággema eastadit.

Jodihangottis, daid ásahusain gos lei váili, ii lean doaivái visogovva das ahte barggai go bargoveahka dan mii lei plánejuvvon ja mearriduvvon. Jodihangoddi iige sihkkarastán ahte sivaidd fuomášii, árvoštalai ja divui. Dán geažil ožžo mánát dohkketmeahttun bálvalusaid.



«Children's home. Adults' responsibility» Summary of countrywide supervision of child welfare institutions in 2018

Summary of Report of the Norwegian Board
of Health Supervision 3/2019

Children who live in child welfare institutions shall receive adequate care and treatment. They are in a vulnerable life situation. They are taken care of in the institution, without daily contact with their original family. They should be treated with consideration and with respect for their integrity. Their statutory rights shall also be safeguarded. Currently, about 1200 children live in child welfare institutions.

During supervision we detected several areas where there were deficiencies in the way the personnel in the institution got to know the child, followed up the child, and assessed the child's account of their situation. In order to provide adequate care and prevent the need for the use of restraint, the personnel need to get to know the child well, and to be aware of the challenges the child faces.

In the institutions where we detected deficiencies, the leadership lacked an adequate overview of whether the personnel followed up plans and decisions. They did not ensure that mistakes were detected, evaluated or corrected. The result of this was that the children did not receive adequate care.

Alle utgivelser i Rapport fra Helsetilsynet finnes i fulltekst med sammendrag på engelsk og samisk på www.helsetilsynet.no

Videre lesning på www.helsetilsynet.no

[Vi vil gjerne treffe deg – Info om fylkesmannens tilsyn med barnevernsinstitusjoner.](#) Video beregnet på beboerne på barnevernsinstitusjonene som fikk tilsyn

[Statens helsetilsyns veileder](#) som fylkesmennene har brukt i gjennomføringen av dette landsomfattende tilsynet, Internserien 1/2018, menyen Publikasjoner

[Tilsynsrapporter som inngår i dette landsomfattende tilsynet,](#) menyen Tilsyn

[Alle tilsynsrapporter fra tilsyn med barnevern,](#) menyen Tilsyn

[Involvering av pasienter, brukere og pårørende i tilsyn,](#) artikkel

Rapport fra Helsetilsynet 3/2019

«Barnas hjem. Voksnes ansvar» Oppsummering av landsomfattende tilsyn med barnevernsinstitusjoner i 2018

Mars 2019

Forsideillustrasjon: Siri Dokken
Design: Kitchen

ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgave)
ISBN: 978-82-93595-17-5 (elektronisk)
ISBN: 978-82-93595-18-2 (trykt)

Denne rapporten finnes på Helsetilsynets nettsted

www.helsetilsynet.no

Statens helsetilsyn

Postboks 231 Skøyen, 0213 Oslo

T: 21 52 99 00

E: postmottak@helsetilsynet.no

I serien Rapport fra Helsetilsynet formidles funn og erfaring fra klagebehandling og tilsyn med sosiale tjenester, barnevern- og helse- og omsorgstjenestene.

Serien utgis av Statens helsetilsyn. Alle utgivelser i serien finnes i fulltekst på www.helsetilsynet.no

HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

Rapport fra Helsetilsynet 3/2019

«Barnas hjem. Voksnes ansvar» Oppsummering av landsomfattende tilsyn med barnevernsinstitusjoner i 2018

Barn som bor på barnevernsinstitusjon skal få forsvarlig omsorg og behandling. De er i en sårbar livssituasjon. De lever og bor under institusjonens omsorg, uten daglig nærhet til sin opprinnelige familie. De skal bli behandlet hensynsfullt og med respekt for sin integritet, og deres rettssikkerhet skal ivaretas. Det bor i dag ca. 1200 barn på barnevernsinstitusjon.

Tilsynet viser at det sviktet flere steder i hvordan institusjonene gjorde seg kjent med barnet og systematisk fulgte opp og vurderte barnets uttalelser om egen situasjon. At de ansatte kjenner barnet godt og vet hvilke utfordringer barnet har, er nødvendig for å kunne gi forsvarlig omsorg og forebygge bruk av tvang.

Ledelsen i institusjonene med svikt hadde ikke tilstrekkelig oversikt over om de ansatte gjorde det som var planlagt og bestemt. Ledelsen sikret heller ikke at feil ble oppdaget, evaluert eller korrigert. Dette førte til at barn fikk uforsvarlige tjenester.