

Omsorg og rammer  
NÅR BARN TRENGER MER

**HELSETILSYNET**

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene



RAPPORT FRA  
HELSETILSYNET 9/2019

SEPTEMBER  
2019

## Innhold

<b>1 : Sammendrag</b>	<b>03</b>
<b>2 : Innledning</b>	<b>05</b>
<b>3 : Kort om bakgrunn og rapporten</b>	<b>06</b>
<b>4 : Om samhandling og risiko</b>	<b>09</b>
<b>5 : Om barna</b>	<b>10</b>
<b>6 : Om fylkemennenes vurderinger</b>	<b>13</b>
<b>7 : Hvorfor er det så vanskelig?</b>	<b>16</b>
7.1 Samhandling og kommunikasjon - hvem er «Kaptein»?	16
7.2 Kompetanse - er den god nok?	18
7.3 Ustabilitet i bemanning og bosted	22
7.4 Manglende risiko- og barrieretenkning	23
7.5 Regelverk - hvilke utfordringer finnes i dag?	24
7.6 Medvirkning	30
7.7 Konklusjon og anbefaling	31
<b>8 : Litteraturliste</b>	<b>34</b>
<b>: Fuolahus ja rámmat</b>	<b>39</b>
<b>: Care and framework</b>	<b>40</b>

# 1 :

## Sammendrag

Fylkesmennenes ordinære tilsyn med barnevernsinstitusjoner har bidratt til å avdekke en liten gruppe barn som er i særlig sårbare livssituasjoner. De har et utfordrende handlingsmønster og trenger hjelp fra barnevernstjeneste og psykisk helsetjeneste samtidig. Dette stiller store krav til faglighet, samarbeid og arbeid med sikkerhet for tjenesteapparatet.

Med utgangspunkt i dette har vi gjort en gjennomgang av fire tilsynssaker med alvorlige hendelser. Da vi startet gjennomgangen, hadde vi en forventning om å finne at ved bedre samhandling og håndtering av risiko kunne de alvorligste hendelsene i sakene vært unngått. Vi fant et utfordringsbilde som var mer komplekst. Forhold som gjelder medvirkning, samtykke, kompetanse, regelverk, diagnostisering, flytting og bruk av tvang viste seg å være viktige og gjorde det sammensatte bildet langt mer komplisert. Helheten var mer enn summen av delene.

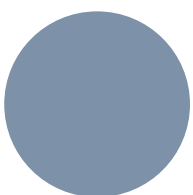
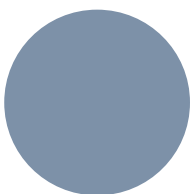
Vi fant tjenester som over tid erfarte omfattende og svært alvorlige trusler og livstruende handlinger fra fortvilte barn. At hendelsene fortsatte var en klar indikasjon på at til tross for alle varslene og til tross for stor innsats, klarte ikke tjenestene å etablere tilstrekkelige barrierer, sikre forsvarlig omsorg for barna og forhindre nye hendelser. I ettertid fremstår hendelsene som varslede ulykker som ikke burde kommet overraskende på tjenestene.

Barna vi har fokusert på i rapporten er fire barn med store utfordringer. De har alle noen eller flere av utfordringene vi beskriver for denne gruppen barn. Generelt kan vi si at det er få, men til enhver tid flere barn i barnevernet som har lignende utfordringer og handlingsmønstre. Det er barn mellom ca. 10 og 18 år<sup>1</sup> som barnevernet har overtatt omsorgen for. Barn med alvorlige psykiske lidelser, psykiske vansker og andre utfordringer som har begått eller med stor sannsynlighet kan komme til å begå alvorlige, skadelige handlinger rettet mot seg selv eller andre. Det er barn som trenger døgkontinuerlig overvåking, tett oppfølging over lang tid fra barnevern og psykisk helsetjeneste, og som ikke makter å forstå behovet for psykisk helsehjelp. De fleste av disse barna bor i barnevernsinstitusjoner. Tilsynssakene har vist oss at dette i flere tilfeller har endt med katastrofer.

<sup>1</sup> Informasjon om målgruppen fra fylkesmennenes tilsyn på barnevernsinstitusjoner, Statens helsetilsyn 2016, Intern rapport.

Helsetilsynet kan pr. i dag ikke se at vi har et velfungerende tiltak som med stor grad av sannsynlighet vil lykkes med å gi disse barna god og forsvarlig omsorg. Det mangler et tverrfaglig sammensatt tiltak med felles ansvar som eksplisitt har denne gruppen barn som sin målgruppe. Det mangler tiltak som har tilstrekkelig tilgjengelighet, kompetanse og nødvendige juridiske rammer for sin virksomhet.

Vi har belyst dette i rapporten.



# 2 :

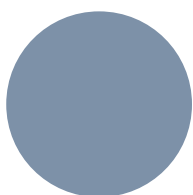
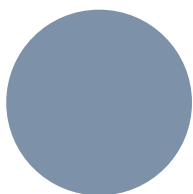
## Innledning

Denne rapporten handler om barn. Den handler om barn som har det vanskelig. Om barn som ingen har klart å gi en god barndom og ungdomstid. Foreldre har ikke klart det. Samfunnet har ikke klart det.

Barn gir uttrykk for hvordan de har det med ord og handlinger. For noen veldig få av barna blir uttrykkene så sterke at offentlige hjelpere ikke vet hvordan de skal hjelpe. Selv om de gjerne vil.

Denne rapporten handler om fire av disse barna. Den handler om fire barn som trengte og fikk hjelp av profesjonelle hjelpere. Den handler om fire barn som til tross for dette endte i fengsel.

Ofrene i sakene er mange. Barna selv. De som tilfeldigvis stod nærmest. Familie, etterlatte og profesjonelle hjelpere. Mange av de får liten omtale her. Ingen er imidlertid glemt. Men historiene må ikke gjenta seg. Det er derfor rapporten er skrevet.



# 3 :

## Kort om bakgrunn og rapporten

Hvordan styrte og kontrollerte virksomhetene arbeidet med samhandling rundt trygghet og sikkerhet til både barn og ansatte når barna hadde så store utfordringer?

Statens helsetilsyn er overordnet faglig tilsynsmyndighet på helse-, sosial- og barnevernsområdet. Tilsynet skal være et viktig bidrag til at barn får tjenester med rett kvalitet til rett tid. Tilsyn skal være virkningsfullt og bidra til å forebygge svikt og føre til varig forbedring i tjenestene.

I vår strategiske plan heter det at vi som tilsynsmyndighet, skal ha fokus på kvantitativ og kvalitativ kunnskap fra tilsyn og klagesaker for å oppsummere, analysere, kommunisere og formidle slik at det kommer til nytte og bidrar til endring. Denne rapporten er et ledd i dette arbeidet, og i vårt ansvar for områdeovervåking. Vi prioriterer tilsynsaktiviteter rettet mot områder med stor risiko for svikt, som har betydning for mange og som har stort skadepotensiale ved uforutsette hendelser. Vi følger med på sårbare grupper og tjenesteområder.

Helsetilsynet har i tildelingsbrev fra Helse-, og omsorgsdepartementet fått i oppdrag å utvikle tilsyn med kvaliteten på samhandling mellom barnevern og helsetjenester når barn har behov for tjenester fra begge.

Fylkesmennene har omfattende tilsynserfaringer når det gjelder barn med alvorlige psykiske vansker og lidelser på barnevernsinstitusjon og som har behov for barneverns- og psykiske helse-tjenester samtidig. Dette er tema i mange tilsynssaker. Vi har tatt utgangspunkt i fire av sakene med lignende problematikk. Barna i sakene kommer fra ulike deler av landet. De kjennetegnes av at hendelser har fått svært alvorlige konsekvenser for barnet og/eller for andre.

Disse fire barna har mange eller flere av utfordringene vi beskriver for denne gruppen barn; Det er barn mellom ca. 10 og 18<sup>2</sup> år som barnevernet har overtatt omsorgen for. Barn med alvorlige psykiske lidelser, psykiske vansker og andre utfordringer som har begått eller med stor sannsynlighet kan komme til å begå alvorlige, skadelige handlinger rettet mot seg selv eller andre. Det er barn som trenger døgnkontinuerlig overvåking, tett oppfølging over lang tid fra barnevern og psykisk helsetjeneste, og som ikke makter å forstå behovet for psykisk helsehjelp.

<sup>2</sup> «Kunnskapsgrunnlag for arbeid med trygghet og sikkerhet i barneverninstitusjoner.» Utviklet som grunnlag for faglige anbefalinger. Ekspertgruppe nedsatt av Bufdir. Rapport av 30.03.2017.

Sakene er et skjønnsmessig utvalg blant flere lignende saker. Etter en gjennomgang av sakene har vi sett hvilke utfordringer tjenestene møter i samhandlingen om disse få, sårbare barna, og vi bruker eksempler på dette herfra. Utvalget ble gjort på bakgrunn av at sakene er helt eller delvis offentlig kjent fra media og domstoler slik at deler av saksforhold kan gjengis.

Vi har ikke snakket med barna i sakene. Barnas medvirkning i egen barnevernssak og tilsynssak er imidlertid beskrevet i fylkesmennenes avgjørelser som ligger til grunn for denne rapporten.

Gjennomgangen av sakene viser at det er både helsefaglige, barnevernsfaglige og juridiske utfordringer for tjenestenes arbeid og samhandling på området. Fylkesmennene har vurdert ulike forhold i sakene og konkludert når det gjelder hvor tjenestene sviktet i den enkelte sak. Vi har ikke vurdert alle forhold og aktører i sakene, men sett på hver enkelt sak, sett dem i sammenheng og sammenlignet dem. Utfordringene er sammensatte og komplekse, både like og ulike. Vi har beskrevet noen av disse. Samtidig kjenner vi til hva som skjedde i sakene med alle de alvorlige hendelsene. Vi vet at det sviktet.

Derfor bestemte vi å ha et særlig fokus på vurdering og håndtering av risiko i virksomhetenes arbeid og samhandlingen om dette. Vi har sett på hvordan de satte opp barrierer både som forebyggende og konsekvensregulerende tiltak. Dette er et gjennomgående tema og problemområde i alle fire sakene. Hvordan styrte og kontrollerte virksomhetene arbeidet med samhandling rundt trygghet og sikkerhet til både barn og ansatte når barna hadde så store utfordringer?

Vurdering av risiko dreier seg om hva som kan skje i fremtiden, og noe som er forbundet med usikkerhet. Risiko defineres som uttrykk for kombinasjonen av sannsynligheten for og konsekvensen av en uønsket hendelse<sup>3</sup>. Samhandling defineres her som samspill, vekselvirkning mellom to eller flere personer som handler i forhold til hverandre<sup>4</sup>.

Gjennomgangen av sakene er gjort med tidslinje som fremgangsmåte. Viktige hendelser, avgjørelser og forhold gjengis i kortform i kapittel 5. For å unngå for stort fokus på det enkelte barn har vi hovedsakelig beskrevet barna i tilsynssakene samlet. Historiene deres har mange likhetstrekk selv om hver av dem er unike.

<sup>3</sup> Standard.no. I henhold til NS 5814  
Krav til risikovurderinger.

<sup>4</sup> Bokmålsordboka.no

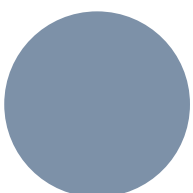
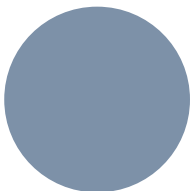
Alle barna har ikke alle utfordringene nevnt over. Vi har gjengitt beskrivelser av hendelser og forhold uten å knytte det til det enkelte barn, men i en del tilfeller vist til at det gjelder flere av dem. Forholdene vi har gjengitt er illustrerende for de utfordringer barna i denne gruppen har og møter.

### **Avgrensninger/forbehold**

Skoletilbudet til barna og barnas rett til utdanning er ikke omtalt. Dette forholdet er imidlertid verdt en rapport i seg selv.

Fylkesmennesenes arbeid, vurderinger og konklusjoner i tilsynssakene evalueres ikke.

Eksemplene i rapporten er hentet fra fire saker og er ikke representative for lignende tilsynssaker. De kan heller ikke brukes til å generalisere forhold ved alle tjenesters arbeid.





# 4

## Om samhandling og risiko

Både i barneverns- og helselovgivningen stilles det krav til tjenestene om å samhandle til beste for barn og pasienter<sup>5 6</sup>

Virksomheter som tilbyr helse- og barnevernstjenester er pålagt å identifisere særlig risikofylte deler av tilbudet og iverksette risikoreducerende tiltak om nødvendig<sup>7</sup>. Etter alvorlige hendelser skal de gå gjennom hendelsen og om nødvendig iverksette tiltak slik at det ikke skjer igjen.

<sup>5</sup> Barneverntjenesten er etter barnevernloven § 3-2 forpliktet til å medvirke til at barns interesser ivaretas også av andre offentlige organer. Barneverntjenesten skal samarbeide med andre sektorer og forvaltningsnivåer når dette kan bidra til å løse oppgaver som den er pålagt etter barnevernloven. Helse- og omsorgstjenesten er på sin side også forpliktet til å legge til rette for samhandling med tjenesteytere utenfor egen enhet, som for eksempel barneverntjenesten, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e. Nødvendig samarbeid og koordinering av tjenester er en av forutsetningene for forsvarlige tjenester, som barneverntjenesten og helse- og omsorgstjenesten er forpliktet til å tilby, jf. barnevernloven § 1-4, helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

<sup>6</sup> Rundskriv: «Samarbeid mellom barnevernstjenester og psykisk helsetjenester til barnets beste».

<sup>7</sup> Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Forskrift om krav til kvalitet og internkontroll i barnevernsinstitusjoner. Lov om barnevernstjenester.

<sup>8</sup> Rapport fra Helsetilsynet 2/2018.

<sup>9</sup> Rapport fra Helsetilsynet 1/2016. Oppsummering av samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen.

Tilsynsmyndigheten legger vekt på at virksomhetene har ansvar for å gi forsvarlige tiltak. Hvordan virksomheten leder og styrer, er i så måte kritisk. I dette ligger også oppfølging av alvorlige hendelser, løpende risikovurderinger som virksomhetene har gjort både før og etter alvorlige hendelser, og løpende risikostyring og kvalitetsforbedring.

I Rapport fra Helsetilsynet «Til beste for den neste – om risikostyring før og etter alvorlige hendelser»<sup>8</sup> er det listet opp momenter til refleksjon og kvalitetsforbedring for virksomhetene. Det heter at ledelsen må sikre samsvar mellom arbeidsoppgaver, bemanning og kompetanse. Det må finnes sikkerhetstiltak på kritisk viktige oppgaver, og enkeltpersoner må ikke alene ha ansvaret for oppgaver der feil kan få fatale konsekvenser. Ved samarbeid på tvers av enheter eller med eksterne parter må det sikres avtaler eller overordnede retningslinjer som viser hvordan arbeid med bruker- og pasientsikkerheten skal utføres.

Helsetilsynet har tilsynserfaringer fra andre områder som viser at det ofte svikter ved samarbeid når flere tjenester har ansvaret sammen. Ledere i tjenestene har ansvar for å følge opp at samarbeid fungerer etter hensikten. Fra et landsomfattende tilsyn med helsetjenesten i 2015 heter det i sammendraget:

«Når flere tjenester skal samhandle, oppstår det ofte svikt. Ved overgang mellom tjenestenivåene skifter ansvaret for pasientene, og oppgavens innhold og karakter endres. Dette er et kjent risikoområde.»<sup>9</sup>

# 5 :

## Om barna

Barna i sakene har hatt et vanskelig liv. De kunne ikke fortsette å bo hjemme, og barnevernet har overtatt omsorgsansvaret for alle fire.

De har blitt flyttet fra noen få til svært mange ganger av barnevernet, i ett tilfelle 17 ganger på ti måneder, mellom fosterhjem og barnevernsinstitusjoner. Når vi møter dem i tilsynssakene, bor de alle på barnevernsinstitusjoner, i såkalte enetiltak. Det betyr at de bor alene med stasjonær bemanning rundt seg hele døgnet. Det er fordi barnevernstjenestene og tidligere institusjoner og fosterhjem har vurdert at det er for vanskelig å ta godt nok vare på dem hvis det samtidig bor andre barn der.

Det er beskrevet at alle barna i varierende grad har hatt behov for tjenester fra psykisk helsevern. Det er beskrevet at barna i ulikt omfang har psykiske lidelser og vansker som følge av de svært krevende forholdene de har vokst opp under. De har også i ulik grad blitt utredet av helsetjenesten. Alle har hatt en eller flere kortvarige innleggelse i psykisk helsevern etter kritiske perioder og hendelser for seg selv og/eller andre, men er blitt utskrevet tilbake til barnevernsinstitusjonen etter få dager.

For noen av barna har tjenestene vært samstemte om at det er i psykisk helsevern de burde ha sitt bo- og behandlingstilbud for en lengre periode. Ett av barna mottok slik langvarig behandling gjennom innleggelse i ungdomspsykiatrisk avdeling i ett år med gode resultater slik helsetjenesten beskriver det. Det var en forutsetning for utskrivningen at det skulle være et tett samarbeid mellom helse- og barnevernstjenestene videre.

De andre fikk ikke dette tilbudet, men bodde i barnevernsinstitusjoner. Flere av barna fikk tilbud om behandling på Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (heretter BUP). De takket nei til dette i kortere eller lengre perioder. Tjenestene aksepterte i de fleste tilfellene avslagene, og barna mottok dermed heller ikke behandling i disse periodene eller i det hele tatt.

Barna i tilsynssakene har levd med store belastninger fra ung alder. Barn uttrykker seg på ulike måter. Noen av barna begynte tidlig å uttrykke seg med gjentagende handlinger med stort skadepotensiale. Handlingene har vært rettet mot seg selv og andre. Politiet ble i mange situasjoner koblet inn. Ofte var det tilfældigheter som avverget katastrofer.

---

Barna har opplevd ulik praktisering av å få medvirke i eget liv mens de har vært under barnevernets omsorg.

Som et resultat av alvorlige hendelser, og i et forsøk på å forebygge nye, har tjenestene iverksatt tvangstiltak i varierende grad overfor barna. Noen av barna har vært utsatt for svært omfattende tvangsbruk, f.eks. 36 tvangsvedtak på tre måneder, mens andre i mindre grad har vært utsatt for dette. Noen av barna opplevde å være mye alene, noen opplevde å ha bare ett personale tett rundt seg, mens i andre tilfeller var det flere. Det ble også forsøkt bruk av voldsalarm. Ingen av tiltakene forhindret at det oppstod nye alvorlige hendelser.

Barna har opplevd ulik praktisering av å få medvirke i eget liv mens de har vært under barnevernets omsorg. Alle har uttrykt ønske om hvor de vil bo, og flere av dem har eksplisitt bedt om å få bo i sitt eget nærområde og ikke i såkalte enetiltak. Dette ble ikke tatt til følge. Flere av de ble flyttet til andre kanter av landet mot sin egen vilje. Ett av barna uttrykte i tilsynssaken at det ikke ble hørt og forstått og et av de andre sa at det hadde fått bestemme alt for mye.

Flere av barna ga også uttrykk for at de ønsket seg få og omsorgsfulle voksne til å passe på seg. I noen av tilfellene opplevde de i stedet å være omgitt av mange ufaglærte, vikarer og et stort antall vekslende ansatte.

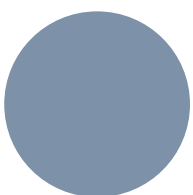
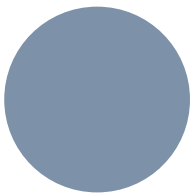
Barna vi skriver om i sakene er rett over kriminell lavalder når fylkesmennene beslutter å opprette tilsynssak mot tjenestene som har hatt ansvar for omsorg og behandling av dem. Bakgrunnen for opprettelsene er at to av barna har forårsaket et annet menneskes død, en har forårsaket at flere hus brant ned og alle har utsatt seg selv og/eller andre mennesker for flere farlige handlinger og utført omfattende skadeverk på bygninger og annet.

Etter det tidsrommet tilsynssakene handler om, blir alle fire fengslet i en periode. Fengslingen er et resultat av handlinger de alle har utført mens de bodde på barnevernsinstitusjoner under barnevernets omsorg.

Alle fire blir kjent tilregnelige og dømt til fengselsstraffer med varighet fra noen måneder til mange år. For noen av barna er det i ettertid blitt beskrevet «god utvikling» i fengselet.

I en av dommene omtalte retten en brannstiftelse. Det står beskrevet at tre av de ansatte ved institusjonen som oppholdt seg i huset, lett kunne ha omkommet dersom brannen ikke var blitt oppdaget.

I en annen dom beskriver sakkyndige hvordan en eventuell alternativ omsorgsbasis til fengsel måtte sett ut for barnet. De skriver at den måtte tilsvare en psykiatrisk sikkerhetsavdeling med en bemanningsnøkkel på 3:1 og hvor hver enkelt miljøterapeut måtte være håndplukket med tanke på formell kompetanse, personlig egnethet og relevant erfaringsbakgrunn. De sakkyndige anslår også et behov for behandling over et tidsrom på minst ti år før man eventuelt kunne ha håp om å se noen vesentlig bedring.



# 6 :

## Om fylkesmennens vurderinger

---

Flyttinger ble gjennomført uten at det var dokumentert faglige vurderinger og begrunnelser for hvorfor de måtte flytte og på hvilken måte det neste tiltaket var bedre rustet til å ivareta nettopp dette barnets behov.

Barna mottok tjenester fra barnevern og helsetjeneste. Fire ulike fylkesmenn har opprettet og gjennomgått en omfattende tilsynssak rundt hvert av de fire barna. Sakene er ikke like. Imidlertid er det mange forhold som gjentar seg.

I alle sakene konkluderte fylkesmennene med at en eller flere tjenester på noen eller mange områder hadde opptrådt uforsvarlig i utøvelsen av omsorg og behandling av barna. I flere av sakene hadde helsetjenesten sviktet når det gjaldt forsvarlig utredning og undersøkelser av barnas psykiske helsetilstand. I tillegg ble det både i helsetjenesten og barnevernstjenesten påvist uforsvarlig behandling.

Uforsvarligheten besto av ulike forhold. Det ble i flere saker påvist svikt i å la barna få medvirke både fra barnevernstjenester, institusjoner og fra Barne- og familieetaten (heretter Bufetat). Det ble ikke alltid nedtegnet hva barna sa eller hvordan deres meninger var vektlagt, og hvorfor de eventuelt ikke ble tatt til følge.

Dette gjaldt særlig i forhold til flyttinger. Det ble i flere saker lite dokumentert hva barna selv ønsket. Flyttinger ble gjennomført uten at det var dokumentert faglige vurderinger og begrunnelser for hvorfor de måtte flytte og på hvilken måte det neste tiltaket var bedre rustet til å ivareta nettopp dette barnets behov.

I en av sakene ble det fastslått av fylkesmannen at barnet ikke hadde fått medvirket nok eller blitt tilstrekkelig hørt. I en av de andre skrev fylkesmannen at barnet hadde fått for mange valg og fått bestemme for mye. Barnet ble dermed tillagt et for stort modenhetsnivå og mye ansvar. Det hadde vært en tanke at dersom man bare fulgte barnets vilje, ville den uhensiktsmessige atferden slutte. Erfaringen viste at dette imidlertid ikke fungerte etter hensikten.

Både i deler av helsetjenesten og barnevernstjenesten ble det avdekket svikt i tilstrekkelig faglig kompetanse og i tillegg ble det påpekt ustabile personalsituasjoner. Ett av barna fortalte at det ble passet på av til sammen flere hundre personer over et tidsrom på to år mens vedkommende bodde i en barnevernsinstitusjon.

Det fremkom også svikt i personalets kompetanse om regelverket rundt barn på barnevernsinstitusjon og bruk av tvang. Ett av barna ble utsatt for omfattende tvangsbruk ved de ulike institusjonene

---

Det ble avdekket svikt i samarbeidet mellom barnevern og helsetjenester i noen av sakene.

det bodde i. Hver enkelt hendelse falt innenfor begrepet «lovlig bruk av tvang». Ingen fulgte imidlertid med på den samlede tvangsbruken overfor barnet. Ser man på livet til barnet i denne perioden som en helhet, ser man den inngripende, omfattende og varierte tvangsbruken det ble utsatt for.

Noen av de kommunale barnevernstjenestene fulgte ikke opp barna og deres omsorgssituasjon mens de bodde langt borte i barnevernsinstitusjoner. Barnevernstjenesten skal være barnets «mor og far» når foreldrene er fratatt omsorgen.

Fylkesmennene påpekte gjennomgående svikt i styring og ledelse av de områdene hvor det ble påpekt uforsvarlige tjenester. Det ble ikke fulgt godt nok opp at alle tiltakene i omsorgen og behandlingen av barna ble planlagt, gjennomført, kontrollert og korrigert.

Dette gjaldt også i hvordan det ble gjort vurderinger av risiko for nye hendelser, sikkerhet og bygging av barrierer. Det var i alle sakene mange og alvorlige hendelser forut for hendelsene med de mest alvorlige konsekvensene. Oppfølgingen av disse hendelsene og arbeidet med å bygge barrierer for å forebygge at nye hendelser skulle skje, førte ikke fram.

Det ble avdekket svikt i samarbeidet mellom barnevern og helse-tjenester i noen av sakene. Informasjon om oppfølging av barna nådde ikke alltid frem. Dette gjaldt både internt mellom aktører i den enkelte tjeneste og mellom de ulike tjenesteområdene. Viktig informasjon om avtaler som skulle gjelde og om barnas behov for behandling og oppfølging, ble ikke alltid kommunisert videre i tjenesteapparatet. I en av sakene førte dette til at et barn som skulle ha følge, fikk gå ut alene. Det fikk fatale konsekvenser.

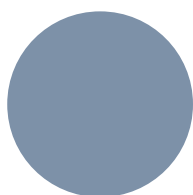
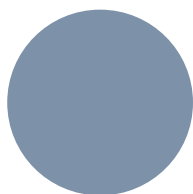
Fylkesmennene fant samarbeid i ulikt omfang og med ulik kvalitet. Fylkesmennene, og tjenestene selv, beskrev i tilsynssakene både godt og dårlig samarbeid. Uavhengig av dette ble ikke de alvorligste hendelsene forhindret. I en av sakene var alle enige om at samarbeidet hadde vært tett og godt. Imidlertid beskrev fylkesmannen at det ikke var tydelig hvem som hadde ledelsen i saken. Ingen visste hvem som var «kapteinen», som ledet møter, koordinerte tiltakene og hadde det overordnede ansvaret.

Det er komplisert når opp til fem ulike instanser har ansvar og myndighet på tilgrensende og til dels overlappende områder.

Dette kan være en styrke, men også en svakhet. Ingen av aktørene har det fulle bildet.

I noen av tilsynssakene stilte både tjenester og fylkesmenn spørsmål ved om en barnevernsinstitusjon var rette tilbudet til barn med så store omsorgs- og behandlingsbehov. I en av sakene skriver fylkesmannen at de deler Bufetats vurderinger i den saken om at de omfattende sikkerhetstiltakene som ble igangsatt for barnet vanskelig kan forenes med det å kunne gi forsvarlig omsorg og behandling i et barnevernfaglig perspektiv. De skriver videre i vedtaket at det synes nærmest umulig å ha et regime med så omfattende sikkerhetstiltak i en barnevernsinstitusjon. Dette begrunner de med at forskrift om rettigheter og bruk av tvang under opphold på barnevernsinstitusjon (heretter rettighetsforskriften) begrenser muligheten til så omfattende bruk av tvang. Den begrenser muligheten for døgkontinuerlig overvåking over lengre tid i de tilfellene dette vurderes som nødvendig omsorg og behandling for et barn.

Fylkesmannen skriver videre at de er bekymret for at alvorlig syke barn og unge får opphold på barnevernsinstitusjoner når de i realiteten har behov for et mer omfattende psykiatrisk tilbud. I noen av sakene unnlot barnevernstjenestene å søke om eller å klage på avslag om langvarige innleggelse i psykisk helsevern for barna. Begrunnelsene for dette var oppfatninger i tjenestene om at det ikke nyttet fordi døgnplassene til barn var få eller ikke fantes, og at det ikke var «mulig» med langtidsopphold i psykisk helsevern for barn. Dette kom i tillegg til at tilbud om poliklinisk psykisk helsehjelp ikke ble gjennomført fordi barnet i flere tilfeller motsatte seg hjelpen.



# 7 :

## Hvorfor er det så vanskelig?

Felles for sakene er at det har vært mange hendelser og en eskalering i atferden til barna. En kan dermed ikke si at de alvorlige hendelsene har kommet som lyn fra klar himmel. Det er riktigere å karakterisere dette som varslede ulykker. Gjennomgangen viser etter vår mening at det å gi barna forsvarlige tjenester skaper utfordringer for tjenestene på flere områder samtidig og over tid. Dette gjør samhandling og tjenesteyting krevende. Nedenfor har vi forsøkt å beskrive dette under noen sentrale overskrifter.

Det er likheter og ulikheter i sakene. Det varierer mellom mye, lite, godt og dårlig samarbeid, og det samme gjelder for arbeidet med risikohåndtering og sikkerhet. Det er ikke en gjennomgående svakhet eller enkeltfaktor som fører til svikten(e). Det er heller ikke i en enkelt situasjon det svikter. Det svikter igjen og igjen.

Vi har beskrevet og drøftet utfordringene under.

### 7.1 Samhandling og kommunikasjon – hvem er «kaptein»?

I en av sakene beskrev tjenestene at samarbeidet dem imellom var godt. Det var imidlertid ingen som faktisk tok ansvar for at samarbeidet førte til en bedre situasjon for barnet. De alvorlige situasjonene barnet satte seg i førte til at tjenestene i stor grad ble styrt av hendelsene.

I en sakene sviktet det i informasjonen både mellom helsetjenesten og barnevernstjenesten og innad i barnevernsinstitusjonen. Dette førte til at det ble gjort gale faglige vurderinger og at et vedtak om at barnet skulle ha følge ut med to ansatte, ikke kom fram. Barnet fikk dermed gå ut alene.

Vi har i sakene sett eksempler på at barna ble avvist fra psykisk helsevern når det gjaldt mulighet for langtidsinnleggelse til tross for at alle tjenestene var enige om at det var det som var det riktige tilbudet. Det er spesialisthelsetjenesten som tar den endelige beslutningen når det gjelder innleggelser og eventuelle diagnoser. Avslag på søknad om innleggelser ble ikke utfordret av barnevernet.

I en av sakene var det en forutsetning fra fylkesnemndas vedtak at barnevernstjenesten og institusjonen skulle samarbeide tett og omfattende med psykisk helsevern. Dette ble ikke gjennomført av tjenestene, og de iverksatte heller ikke nye eller kompensierende



---

Fylkesmannen kom til at rammene som hjelpeinstansene til sammen organiserte, ikke hadde vært tette og gode nok.

tiltak. Fylkesmannen kom til at rammene som hjelpeinstansene til sammen organiserte, ikke hadde vært tette og gode nok. Barnet hadde tidligere profitert godt på tette rammer på en barne- og ungdomspsykiatrisk institusjon.

I en stor kunnskapsgjennomgang fra 2017<sup>10</sup> oppsummeres utfordringer for samarbeid mellom barnevern og psykisk helsevern generelt på denne måten:

«Etter gjennomgangen av disse (78 publikasjoner), kan det synes rimelig å konkludere med at samhandlingen mellom barnevern og PHBU (psykisk helsevern for barn og unge) fungerer bra i de fleste tilfeller. Tross dette kan samarbeidet være utfordrende i noen saker.»

I den samme studien kommer det imidlertid frem i intervjuer med ansatte i helse- og barneverntjenesten at de ser store utfordringer i samarbeidet. De nevner som eksempler gjensidig skepsis, manglende tillit til hverandres kompetanse, ulik problemforståelse, mangel på ressurser, uklart hvem som har det økonomiske ansvaret og enkelt-sakers kompleksitet.

Det er gjort mye godt arbeid og iverksatt mange nye prosjekter og tiltak for å møte hele eller deler av utfordringene. Omfattende opplæringstiltak for kommuner og barnevernsinstitusjoner og kommunale samarbeidstiltak er iverksatt. Oppstart av nye barnevernsinstitusjoner i samhandling med psykisk helsevern er et nytt tiltak i regi av Helsedirektoratet og Barne- ungdoms og familiedirektoratet. Dette er et tilbud til barn og unge som har behov for tiltak fra begge tjenestene. Men slik vi leser målgruppebeskrivelsen kan vi ikke se at de barna vi omtaler her, ville fått tilstrekkelig behandling innenfor disse institusjonene. De nye institusjonene må også forholde seg til dagens regelverk når det gjelder oppfølging av de unge.

Vanskelige saker øker risikoen for dårlig samarbeid. I våre fire tilsynssaker er det beskrevet ulik kvalitet og omfang i samarbeidet. Det er ikke mulig å konkludere med at det er dårlig samarbeid og store konflikter mellom tjenestene som alene har ført til de dramatiske hendelsene. I enkelte saker kan vi si at til tross for enighet og omfattende samarbeid gikk det galt. I andre saker har vi sett at uklare forventninger og dårlig eller lite kommunikasjon har spilt en rolle.

<sup>10</sup> Samarbeid mellom barnevern og psykisk helsevern for barn og unge – utfordringer og muligheter. Camilla Lauritzen, Svein A.M. Vis og Sturla Fossum. Psykologisk. no, 2017.

---

Tett kommunikasjon mellom virksomheter med felles ansvar er helt nødvendig når det skjer alvorlige hendelser i rask rekkefølge og over lengre tid som her.

Tett kommunikasjon mellom virksomheter med felles ansvar er helt nødvendig når det skjer alvorlige hendelser i rask rekkefølge og over lengre tid som her. Det kan synes som at utfordringene med delt ansvar blir en risiko i seg selv i saker som disse. Det er ikke entydige rammer for hvor barnevernets og helsetjenestens ansvar for psykisk syke barn begynner og slutter i saker som dette. I tillegg er tiltaksapparatet (barnevernstjenesten, BUP, døgnplasser i psykisk helsevern og tilpassede/skreddersydde plasser i barnevernsinstitusjoner) under kontinuerlig press på kapasitet. Dette utfordrer samarbeidet.

## 7.2 Kompetanse – er den god nok?

*Hvilken kompetanse og hvilket faglig tilbud trenger barna og hvilket får de?*

Alle de fire barna i vårt materiale fikk etter hvert alvorlige utfordringer knyttet til sin psykiske helse med behov for tjenester fra psykisk helsevern. I et forskningsprosjekt fra NTNU 2015<sup>11</sup> ble det funnet at ca. 76 prosent av barn på barnevernsinstitusjon var diagnostisert med minst en eller flere psykiatriske lidelser. Sannsynligheten for at barn på barnevernsinstitusjon har behov for psykisk helsetjeneste, er dermed høy. Dette stiller store krav til kompetansen på institusjoner innenfor barnevernet.

Videre fra den samme studien heter det at:

« .... mange ungdommer i barnevernsinstitusjoner har psykiske vansker som de i liten grad får psykiatrisk hjelp for. Institusjonspersonalet som skal gi dem omsorg og hjelp til å fungere bedre har i liten grad kunnskap om problematikken. Institusjonene er ikke utformet for å ta hånd om den høye komorbiditeten (samsykeligheten) mellom angst, depresjon og alvorlige atferdsforstyrrelser som ungdommene viser. Dette innebærer komplekse problemer og komplekse omsorgs- og behandlingsbehov.»

Studien over peker på at det er sprik mellom de helseproblemene barna har og den kompetansen barnevernsansatte har. Det er et misforhold mellom barnevernsinstitusjonenes kompetanse i forhold til barnas store psykiske vansker. Kompetansen og forståelsen av hvilke tiltak som kan iverksettes i følge lovverket, er også varierende. Dette omtales nærmere nedenfor.

<sup>11</sup> NTNU 2015: «Psykisk helse hos barn og unge i barnevernsinstitusjoner».

Det er ikke krav om helsefaglig kompetanse på barnevernsinstitusjonene. Personalet skal ha nødvendig kompetanse avhengig av hvilke behov barna som bor der har til enhver tid, men fokus er ikke på helsefaglig kompetanse. Kravet er at minst 50 prosent skal ha sosialfaglig eller pedagogisk utdanning. De må ha nødvendig «bestillerkompetanse» når det gjelder behov for psykisk helsehjelp. Det betyr at de må kjenne igjen tegn på plager og sykdom og vite hvor de skal henvende seg for å skaffe hjelp.

I flere av tilsynssakene konkluderte fylkesmennene med at det var for svak kompetanse og bemanning på barnevernsinstitusjonene. Det ble pekt på manglende opplæring, oppfølging og sikring av at personalet faktisk hadde tilstrekkelig faglig kompetanse på de problemene barna slet med.

De senere årene har det vært stort fokus på opplæring og økt barnevernfaglig kompetanse når det gjelder kognitiv atferdsterapi<sup>12</sup> og traumebevisst omsorg<sup>13</sup>. Dette er to tilnæringsmåter som i ulik grad dominerer når det gjelder behandling og omsorg for barn på barnevernsinstitusjoner.

Atferdsterapi har lengst fartstid med vekt på grensesetting og omsorg, mens traumebevisst omsorg er nyere og med stort fokus på omsorg basert på trygghet, relasjoner og følelsesregulering. Det er utfordrende å finne den rette kombinasjonen av ulike tilnæringsmåter for å ivareta det enkelte barns behov. Tjenestene må arbeide med å ikke gå i noen av «grøftene»; nemlig med for lite eller for omfattende bruk av grenser. I tilsynssakene ser vi at dette har vært utfordrende for tjenestene.

<sup>12</sup> Bufdir.no 2018: Kognitiv atferdsterapi brukes som en paraplybetegnelse på sammensatte tilnæringer med et felles fokus på endring av atferd og tanker. I praksis går dette ut på å forstå og endre opprettholdende faktorer knyttet til barnet/ungdommen/familiens problemer og utfordringer, slik at nye løsninger på problemene etableres.

<sup>13</sup> «Utviklingstraumer», Dag Nordanger, Hanne Braarud, 2017.

<sup>14</sup> SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2015.

Det er et uttalt mål at ingen barn skal vokse opp på institusjon. Antall døgnplasser til barn og unge innen psykisk helsevern er lavt. Tilbudet har gått fra 2,8 døgnplasser pr. 10.000 innbyggere 0-17 år i 1998 til 2,6 plasser i 2015<sup>14</sup>. Barn som trenger langvarig hjelp fra psykisk helsetjeneste, må dermed i all hovedsak få nødvendige tjenester poliklinisk. Av barn i barnevernet er det oftest barn plassert på barnevernsinstitusjon som har størst utfordringer. De har behov for tjenester med høy faglig kompetanse både på helse og barnevern over lengre tid. Samtidig er det faglige føringer på at lengden på institusjonsopphold ikke skal være lenger enn helt nødvendig, verken i barnevernet eller i psykisk helsevern.

Fra dommen i en av sakene beskrev sakkyndige i retten at barnet trengte en omsorgsbasis tilsvarende en psykiatrisk sikkerhetsavdeling med håndplukkede terapeuter over en periode på ca. ti år. Det er lite som tyder på at barnet hadde helt ulikt behandlingsbehov før og etter den siste alvorlige hendelsen. Tilbudet som ble gitt i forkant var imidlertid hovedsakelig innenfor barnevernet. Det er dermed tydelig at det var stor avstand mellom det tilbudet som ble gitt og det som senere ble beskrevet at det var behov for. Dette viser igjen at det i de alvorligste tilfellene er lite samsvar mellom kompetansekravene til de som jobber på barnevernsinstitusjonene og de behovene barna kan ha.

Barn er ulike mange andre brukere av helse- og omsorgstjenester. De vet ikke at de trenger hjelp eller hvilken kompetanse de trenger. Barn på barnevernsinstitusjon takker ofte nei til samtaler på BUP når de får tilbud om det. Fylkesmennenes tilsynserfaringer tilsier imidlertid at barna veldig ofte takker nei fordi de ikke har tillit, ikke forstår hva tilbudet dreier seg om eller hvilke konsekvenser det kan få å takke nei til behandling. Avslaget blir ofte akseptert og journalført både fra helsetjenesten og barneverntjenesten.

Spørsmålet blir om barna i denne situasjonen blir tilstrekkelig informert om hvilke helseplager de har, hva behandlingen innebærer, hvilke konsekvenser deres helseplager kan få, hvilke konsekvenser det kan få hvis de ikke behandles eller hva som kan være gevinsten etter en god behandling. I dag er det vanskelig å se at barn på barnevernsinstitusjoner får god nok tilgang på helsefaglig kompetanse som kan gi dem informasjon og forståelse av hvor viktig helsehjelp kan være.

Flere av barna i tilsynssakene takket hovedsakelig nei til tilbud fra psykisk helsevern. Til tross for at hjelptjenestene mente de hadde et behov. I den ene saken påpekte Fylkesmannen tydelig tjenestenes ansvar for å bruke tid på å oppsøke og motivere barn til å motta hjelp. Det er helsetjenesten som har den viktigste kompetansen i dette arbeidet.

#### *Kompetanse på rettighetsforskriften og bruk av tvang*

Mange av barna på barnevernsinstitusjoner har vært utsatt for krenkende eller skremmende opplevelser, eller at deres sentrale behov ikke har blitt møtt gjennom tidlig barndom. Dette kan

Barna i de fire tilsynssakene uttrykker seg med handlinger som setter både dem selv og andre i fare.

medføre at de får utviklingstraumer<sup>15</sup>. Det vil si at barnets utvikling påvirkes og skades. Forskning på feltet har fått stor oppmerksomhet og betydning de senere årene, og det stiller nye krav til kompetanse og annen behandling av barn. Dette er stadig tema for diskusjon mellom og på tvers av fagområder og yrkesgrupper, og får blant annet store konsekvenser for synet på tvangsbruk.

Barna i de fire tilsynssakene uttrykker seg med handlinger som setter både dem selv og andre i fare. Det gjør det utfordrende å vite når og hvordan grensesetting skal iverksettes, når det er rett med bruk av tvang og hvordan begrensningene i rettighetsforskriften skal forstås.

Det finnes ikke samlede nasjonale tall for forekomsten av tvangsbruk på barnevernsinstitusjoner<sup>16</sup>. Vi vet fra tilsyn at omfang, hyppighet og innhold i bruk av tvang ved barnevernsinstitusjoner varierer mye. Det varierer også i kompetansen om og bevisstheten rundt bruk av tvang.

Barnevernsinstitusjonene har ansvar for at ansatte har tilstrekkelig og relevant kompetanse når det gjelder barnevernlovgivning og tilhørende forskrifter. I regelverket er det et uttalt hensyn at det er barnets behov som skal stå i sentrum, og at barnevernloven ikke skal ivareta hensynet til samfunnsvern når det gjelder barns handlinger. Samtidig kan det brukes nødvendig tvang der det er absolutt nødvendig for å avverge fare for skade på person eller vesentlig skade på eiendom etter alminnelige nødrettsbetraktninger<sup>17</sup>.

I en av tilsynssakene hadde som nevnt, ingen fokus på den samlede bruken av tvang overfor barnet. Hver enkelt hendelse falt som oftest innenfor begrepet «lovlig bruk av tvang», men samlet sett ble denne perioden av barnets liv preget av den omfattende, inngripende og varierte tvangsbruken det ble utsatt for.

Det kreves samlet sett høy helsefaglig, barnevernfaglig og juridisk kompetanse for at tjenestene kan sikre forsvarlige tjenester til barna i de mest sårbare livssituasjonene. I tillegg må de med riktig kompetanse samarbeide.

Kompetanse skal sikre at barnets behov blir ivaretatt. Barnets behov er for det første hensynet til at barnet skal motta forsvarlige tjenester, og at institusjonene må ivareta omsorgen for barna med

<sup>15</sup> «Utviklingstraumer». Nordanger, Braarud 2017.

<sup>16</sup> Tvangen registreres i tvangsprotokoller som sendes fylkesmannen for vurdering. Antall klager fra ungdommen på bruk av tvang gikk fra 377 klager i 2009 til 663 klager i 2014. Det ble gitt medhold fra fylkesmannen i 18% av sakene. Bufdir.no, 2018.

<sup>17</sup> Jf. Straffeloven § 17 og 18 etter rettighetsforskriften § 14.

---

Noen barn vil aldri få eller «klare» å ta imot god omsorg i et fosterhjem.

normale grensesettinger. For det andre er det hensynet til at det ikke skal utsettes for ulovlig bruk av tvang. I disse mest kompliserte sakene blir regelverket utfordret når det gjelder hvor langt omsorgsansvaret eller tvangsbestemmelsene i barnevernslovgivningen tillater å overvåke, kontrollere og å holde tilbake et barn som over lang tid har impulser til å begå handlinger som kan skade seg selv eller andre, se pkt.7.5. Det er krevende å sikre ansattes kompetanse på regelverk og riktige faglige vurderinger når det råder stor usikkerhet rundt nettopp dette.

### 7.3 Ustabilitet i bemanningen og bosted

Flere av barna flyttet mange ganger mellom fosterhjem og ulike institusjoner. Alle ungdommene ble til slutt plassert i tiltak der de var den eneste beboeren, såkalte enetiltak.

I enetiltak er det lagt opp til at det skal være tett og god kontakt med de voksne, men for noen av barna ble det svært turbulent med stor turnover, mange sykmeldinger og mye bruk av vikarer. De måtte forholde seg til et stort antall ansatte.

Fylkesmennene har beskrevet manglende faglige vurderinger og begrunnelser for hvorfor barna flyttes. I en del tilfeller kan det se ut som at når det oppstår store problemer med barnet på en institusjon, flyttes barnet videre – ut i fra en tanke om at «noe må skje». Det manglet faglig dokumenterte vurderinger av hvorfor og hva som manglet der barnet var, og hva som måtte være annerledes dit det kom. Det ble mer av det samme.

Når det blir gjennomført mange flyttinger til steder barna ikke ønsker å være og med mennesker de ikke kjenner, er dette en åpenbar stressfaktor for sårbare barn. Vi ser i sakene at det blir enda en faktor som kan bidra til at tjenestene ikke lykkes med å gi barnet forsvarlig omsorg og behandling.

Noen barn vil aldri få eller «klare» å ta imot god omsorg i et fosterhjem. Noen barn har så omfattende vansker at de ikke er i stand til å forholde seg til et vanlig familieliv. Innenfor dagens ordning er det barnevernstjenesten som må ta ansvaret for å avklare dette, så barnet skal slippe å prøve og mislykkes flere ganger. Disse barna må identifiseres tidlig så de kan få et tilbud som er robust nok. Dette peker mot mangler i tiltaksapparatet ut ifra forståelsen av at dette er barn som har behov for langvarig spesialisert behandling

---

Vi har ikke et tilstrekkelig, trygt og sikkert tjenestetilbud for disse barna.

som overstiger det som er å forvente fra dagens barnevernsinstitusjoner.

Spørsmålet blir om organiseringen av hvor barn i barnevernet skal bo og leve livene sine, er blitt til en institusjonalisert flytting av barn. Ved at det er klare grenser for hvor lenge barn kan bo på den enkelte (type) institusjon basert på særlige målgrupper og tidsbegrensninger, er det forutsigbart at barnet snart må bryte opp<sup>18</sup>. Det er faglige føringer for at oppholdet skal være av kortest mulig varighet. Det er dermed forutsigbart at barnet ikke kan få en stabil og langvarig omsorg på ett og samme sted med mulighet for tilhørighet og å kunne «slå seg til ro».

Det er gode intensjoner som ligger bak organiseringen av institusjonstilbudet i barnevernet i dag, men det passer ikke for alle. Det passer ikke for de med de største hjelpebehovene over lang tid. Og det bryter for eksempel med rettssakkyndiges utredning av et av barna i sakene når det gjaldt beskrivelsen av hvor omfattende og langvarig base for omsorg og behandling det ville trenge. Vi har ikke et tilstrekkelig, trygt og sikkert tjenestetilbud for disse barna.

#### 7.4 Manglende risiko- og barrieretenkning

Et fellestrekk i sakene er at barna har begått svært alvorlige handlinger som fikk eller lett kunne fått fatalt utfall. Det skyldtes ofte tilfeldigheter at ikke flere liv gikk tapt. Utfallet kom som nevnt, ikke som lyn fra klar himmel, men er mer å betrakte som varslede ulykker. Det kan se ut som tjenestene rundt barna ikke evnet å etablere tilstrekkelige sikkerhetsbarrierer rundt dem.

Kombinasjonen omsorg og sikkerhetstenkning ble av flere av de ansatte i tjenestene beskrevet som krevende. De er hovedsakelig sosialfaglig - og pedagogisk utdannet med fokus på omsorg. Til tross for erfaring med grensesetting som en del av omsorgsbegrepet, beskriver de kombinasjonen av fokus på omsorg og «farlighet» som utfordrende.

I en av sakene så vi at til tross for at barnet hadde en alvorlig psykiske helsetilstand, ble arbeidet rundt det organisert slik at ett personale i perioder av døgnet var overlatt til seg selv med ansvaret. Det ble samtidig vurdert som godt nok at en alarm lå nedlåst i et annet rom. Det er lett å se i etterkant at barrierene ikke var tilstrekkelige.

<sup>18</sup> Bufdir.no: Barnevernsinstitusjoner.

Et av de andre barna i tilsynssakene bodde i en barnevernsinstitusjon over et lengre tidsrom. Institusjonen visste at barnet kunne være til fare for seg selv eller andre. De gjorde allikevel ikke faglige evalueringer eller risikovurderinger for å forhindre nye hendelser.

I noen av sakene var det et mønster når det gjaldt når de alvorligste hendelsene skjedde, for eksempel i etterkant av at barnet fikk det som opplevdes som «dårlige nyheter». I ettertid var det enkelt å se dette mønsteret, men det så ikke ut til at tjenestene oppfattet det og klarte å iverksette gode tiltak for å være i forkant. Det ble ikke satt inn tilstrekkelige sikkerhetsbarrierer slik at nye episoder kunne forhindres. På denne måten lærte ikke tjenestene av «nestenulykkene» som hver for seg reelt sett var store ulykker og hendelser.

Tjenestene til disse barna krever et døgkontinuerlig fokus på arbeid med risiko og sikkerhet, samt tett informasjonsoverføring og samhandling og at noen sitter med «det fulle bildet». På barnevernsinstitusjoner har grensesetting og «atferdsregulering» tradisjonelt vært i fokus<sup>19</sup>, men ikke eksplisitt arbeid med *farlighetsvurderinger*. Det kan synes som det er en stor utfordring for institusjonene å ha et riktig og tilstrekkelig fokus på dette samtidig med det tradisjonelle omsorgsfokuset.

Det kreves imidlertid tydeligere retningslinjer for *fordelingen* av ansvaret mellom barnevernstjeneste og psykisk helsevern når det gjelder sikkerhetsvurderinger rundt de samme barna. Hvor omfattende skal de være, og hvem har ansvaret for at det faktisk blir gjort?

## 7.5 Regelverk - hvilke utfordringer finnes i dag?

### *Tvang på barnevernsinstitusjoner*

I sakene ser vi at det varierer når det gjelder omfang av og holdninger til tvangsbruk. Vi har sett at tjenestenes holdninger varierer mellom om de vil «gå med (barnet)» eller håndtere «atferdsproblemer». Ingen av tilnærmingene ble fulgt opp av godt dokumenterte faglige vurderinger om hvorfor tjenestene valgte som de gjorde, og hvorfor det i det enkelte tilfelle ble vurdert å være den beste behandlingen. Som omtalt under pkt. 7.2 er det usikkerhet blant de ansatte på området. Regelverket på barnevernsinstitusjoner

<sup>19</sup> Bufdir: Kunnskapsgrunnlag for arbeid med trygghet og sikkerhet i barnevernsinstitusjoner, 2016.



hjemler ikke lovlig bruk av tvang i det omfang som kan være påkrevd, for eksempel langvarig overvåking eller skjerming.

Vi så i noen av sakene at de ansatte ga uttrykk for at de ikke kunne overvåke barna kontinuerlig. De viste til at<sup>20</sup> regelverket som regulerer dette i barnevernsinstitusjoner, ikke ga rom for det. Samtidig er personalet overlatt til å gjøre konkrete vurderinger og ta avgjørelser. Det kan gjøres vedtak om å innskrenke barnets bevegelsesfrihet. Det er imidlertid flere kriterier som skal være oppfylt. Det skal blant annet gjøres en konkret og individuell vurdering, og det skal gjelde for en tidsbegrenset tid. Dette er ikke forenlig med kontinuerlig overvåking.

Det er med andre ord en utfordring for tjenestene å gi de mest sårbare barna forsvarlig omsorg uten å bryte reglene for bruk av tvang og begrensninger innenfor det lovverket som gjelder for barns opphold på barnevernsinstitusjoner. Et eksempel kan være dersom det er behov for begrensning i form av døgnkontinuerlig overvåking av et barn 24 timer i døgnet over måneder og år. Vi har sett at i noen tilfeller kan dette være nødvendig.

#### *Behandling av barn i psykisk helsevern*

Barn på barnevernsinstitusjon tilbys ofte samtaler på BUP med en time hver eller hver annen uke hvis de takker ja til behandling. Dette vil ifølge forfatterne, Nordanger og Braarud (Utviklingstraumer, 2017) og andre, ikke være riktig eller tilstrekkelig behandling av barn med alvorlige utviklingstraumer. Noen av barna vil ha behov for at store eller alle deler av døgnet er tilrettelagt for «regulerende og sanseintegrerende erfaringer» fra profesjonelle hjelpere. Samtidig må sikkerheten for barnet ivaretas. Når det gjelder behandling av barna skriver forfatterne:

«Traumebehandling i et reguleringsperspektiv på utviklingstraumer vil ikke primært være psykoterapeutiske intervensjoner, men daglige regulerende og sanseintegrerende erfaringer i barnets naturlige omsorgssystem. (..) Samtidig mener vi ikke at vår utviklingstraumeforståelse trumfer alle andre perspektiver i arbeidet med utsatte barn og unge.»

Dette illustrerer at det er ulik tilnærming og syn mellom fagfolk og tjenester på hvordan disse barna kan og bør få den beste behandlingen; poliklinisk i BUP eller ved at store eller alle deler av døgnet er tilrettelagt for «regulerende og sanseintegrerende erfa-

<sup>20</sup> Forskrift om rettigheter og bruk av tvang under opphold i barnevernsinstitusjon (Rettighetsforskriften).

ringer» fra profesjonelle hjelpere. Det siste skulle tilsi en institusjon med både helsefaglig og barnevernsfaglig personale og med tilstrekkelige juridiske rammer for å kunne ivareta sikkerheten, uavhengig av hvordan barna uttrykker seg.

Et annet eksempel er den nevnte rettsakkyndige i en av sakene som i dommen beskrev behovet for et spesialisert og svært langvarig tilbud til barnet tilsvarende en psykiatrisk sikkerhetsavdeling som det eneste forsvarlige. Dette tilbudet finnes i realiteten ikke for barn.

Det er beskrevet noen svært få tilfeller der barn under 16 år ivaretas i psykisk helsevern under kontinuerlig tilsyn og over lang tid. Et av barna fikk et slikt tilbud i ett år før det ble flyttet til en barnevernsinstitusjon. Det ble beskrevet som et godt tiltak. Imidlertid er kapasiteten på døgnplasser minimal slik at i all hovedsak eksisterer ikke dette som et reelt alternativ.

Utgangspunktet for all helsehjelp, også i psykisk helsevern, er at pasienten skal samtykke til behandling. Barn over 16 år er i utgangspunktet myndige i spørsmål om egen helsehjelp. Foreldrene eller andre med foreldreansvaret har rett til å samtykke til helsehjelp for pasienter mellom 16 og 18 år som ikke har samtykkekompetanse. Helsehjelp kan ikke gis dersom pasienten motsetter seg dette, med mindre annet følger av særlige lovbestemmelser.

Barn over 16 år kan imidlertid legges inn under tvungent psykisk helsevern dersom de oppfyller vilkårene i § 3-3 i psykisk helsevernloven: «Alvorlig sinnslidelse er hovedvilkåret for å anvende tvungent psykisk helsevern. Kjerneområdet for begrepet alvorlig sinnslidelse er psykosene»<sup>21 22</sup> Fra 2017 er det et vilkår for tvungen observasjon, tvunget psykisk helsevern og tvungen behandling at pasienten mangler samtykkekompetanse, jf. pbrl<sup>23</sup> § 4-3. Vilkåret gjelder imidlertid ikke ved nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse. Tvungen skal i tillegg være den klart beste løsningen for pasienten etter en helhetsvurdering.

Det er sjelden det fattes tvangsvedtak etter psykisk helsevernloven for barn mellom 16 og 18 år. Barn over 16 år med utviklings-traumer vil i utgangspunktet ikke oppfylle vilkårene i loven for «alvorlig sinnslidelse», blant annet fordi disse tilstandene ofte faller inn under kategorien «ikke-psykotiske tilstander».

<sup>21</sup> Informasjonsskriv til medlemmer av kontrollkommisjoner i psykisk helsevern. Helsedirektoratet, 2008.

<sup>22</sup> «Også enkelte andre tilstander enn psykose omfattes av lovens hovedvilkår. Når det gjelder hvilke grensetilfeller dette gjelder, vil man stå overfor en helhetsvurdering der ikke bare selve sykdomstilstanden, men også utslagene den gir seg, må tillegges vekt. Spørsmålet er om sykdommen får så store konsekvenser for pasientens funksjons- og realitetsvurderende evne at tilstanden kan sidestilles med en psykosetilstand.» (Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforordningen med kommentarer, 2017).

<sup>23</sup> Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven).

«Ikke- psykotiske tilstander» er listet opp slik:

Tvang, angst, dissosiative tilstander, PTSD, atferdsforstyrrelser<sup>24</sup> og tilknytningsforstyrrelser. Blant barn både over og under 16 år i barnevernsinstitusjoner som har behov for psykiske helsetjenester, er det høy forekomst av disse tilstandene. Det må imidlertid vurderes om disse tilstandene kan gi en like stor funksjonssvikt som en psykose, jf. Psykisk helsevernlov og psykisk helsevernforskrift med kommentarer 2017.

I flere av tilsynssakene var det tverrfaglig enighet om at det var i psykisk helsevern barna burde hatt et langvarig døgnbasert behandlingstilbud. Imidlertid var de ikke fylt 16 år og var ikke diagnostisert med en psykotisk tilstand. Som nevnt er det bare unntaksvis at det etableres innleggelse i psykisk helsevern for barn under 16 år etter samtykke fra de som innehar foreldreansvaret hvis barnet motsetter seg helsehjelpen. Det er også sjelden det fattes tvangsvedtak for barn over 16 år om langvarig innleggelse i psykisk helsevern, og kapasiteten er liten.

Etter at barna i sakene var plassert i barnevernsinstitusjoner, hadde alle hatt en eller flere kortvarige innleggelser i døgnavdeling i psykisk helsevern etter hendelser. Alle ble utskrevet etter en eller få dager og tilbakeført til barnevernsinstitusjonen.

Vi ser at slik regelverket i dag er utformet og praktisert, er det sjelden at barn med alvorlige utviklingstraumer blir vurdert til å fylle vilkårene for rett til helsehjelp i form av innleggelse i henhold til psykisk helsevernloven dersom de motsetter seg dette. Dette gjelder både barn under 16 år der de med foreldreansvar kan samtykke, og de over 16 år med de særlige vilkårene for diagnostisering og samtykkekompetanse som foreligger. Dette på tross av at funksjonsnivået for noen er svært lavt. Poliklinisk behandling blir det gjenstående alternativet. Dette innebærer at de kan gå glipp av nødvendig helsehjelp.

#### *Diagnostisering av barn i psykisk helsevern*

Diagnoser i psykiatrien er omdiskutert. Å diagnostisere barn med alvorlige psykiske lidelser er helsevesenet av gode grunner forsiktede med. Dette på grunn av at barn er i utvikling og at mange av de mest alvorlige symptomene ofte debutterer sent i en barndom eller tidlig i voksen alder. Diagnoser har imidlertid en betydning for om man mottar behandling og hvilken behandling man mottar. Diagnoser kommer ofte med en form for «kompetansepakke».

<sup>24</sup> Schizofreni og schizofrenilignende tilstander i barne- og ungdomsalder. Brøyn/Myhre. Norsk barne- og ungdoms-psykiatrisk forening. Veileder i BUP. 2016.

Denne kompetansepakken kommer pasienten til gode. Den betyr at man vet hva som med størst sannsynlighet pr. i dag er den beste behandlingen pasienter med denne diagnosen kan få.

Ulike tilnærminger til diagnostisering omtales også i Dag Nordanger og Hanne Braaruds bok «Utviklingstraumer, 2017»:

«Diagnosesystemer for psykiske lidelser, som er basert på en kategorial medisinsk sykdomsmodell, er ikke nødvendigvis egnet til å fange opp vansker som er typiske for utviklings-traumatiserte barn- og det er dermed heller ikke screening- og kartleggingsinstrumenter basert på dette systemet.»

Det kan føre til at barn med omfattende vansker ikke får en diagnose noe som igjen kan gjøre at behandlingen de får blir mer tilfeldig.

### *Samtykke*

I noen sammenhenger kan tvang være god og nødvendig omsorg, i noen tilfeller kan omsorg være retten til tvang. Det betyr retten til å kunne bli stoppet i sine handlinger, også for barn.

Barn under 16 år kan ikke alene takke ja til frivillig innleggelse i psykisk helsevern. Det er foreldrene eller barnevernstjenesten hvis de har overtatt omsorgen etter barnevernloven, som har rett til å samtykke til innleggelse. Hvis barn mellom 12 år og 16 år motsetter seg innleggelse og foreldre eller barnevernstjenesten samtykker på vegne av barnet, kan barnet allikevel legges inn. Avgjørelsen skal legges frem for Kontrollkommissjonen, jf. phvl § 2-1, 2.ledd.

For barn under 16 år er bruk av tvang i psykisk helsetjeneste ikke regulert, utdypet og presisert i lovverket. I NOU 2011:9 om økt selvbestemmelse og rettssikkerhet i psykisk helsevern heter det at:

«...selv om foreldrenes samtykke rettslig sett omfatter en godkjenning av å bruke tvang, må helsepersonellet foreta en selvstendig etisk og faglig vurdering av om dette bør gjøres»<sup>25</sup>.

Det er usikkerhet blant helsepersonell i hvor langt deres rett til bruk av tvang overfor barn under 16 år strekker seg både når det gjelder innleggelse og andre tvangstiltak. Med uklare retningslinjer og

<sup>25</sup> NOU 2011:9 «Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet – Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern» s. 28.

<sup>26</sup> «Når barn og unge under 16 år er innlagt i døgninstitusjon vil reglene som gjelder for frivillig innleggelse i psykisk helsevernloven kapittel 4 komme til anvendelse. Det skal treffes vedtak om tiltakene skjerming (§ 4-3), undersøkelse av rom og eiendeler samt kroppsvissitasjon (§ 4-6), beslag (§ 4-7) og tvangsmidler (§ 4-8), med klageadgang til kontrollkommissjonen.» (Nasjonalt faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser. Barn og unge under 16 år, HelseDirektoratet).

lovverk oppgir mange at de vegrer seg for å iverksette behandling av barn under 16 år som motsetter seg behandlingen<sup>26</sup>.

Et hovedprinsipp innen helse er samtykke til behandling. Et annet er at pasienten medvirker, noe som representerer noe mer enn samtykke eller fravær av protest. Dette er mye omtalt. Det finnes flere utredninger om regelverket rundt barnets rett til å uttale seg, til å motsette seg og til å bli hørt, men det er mindre omtalt og mindre fokus på barnets mulighet til å motta psykiske helse-tjenester de motsetter seg når de er under 16 år.

Vi ser dermed at hvis barn i barnevernet mellom 12 og 16 år har behov for psykisk helsehjelp de ikke selv ser behovet for, er det stor fare for at de ikke får nødvendig helsehjelp. Barna får dermed et stort og utilsiktet ansvar.

Vi har i flere av sakene sett at barna takket nei til behandling i psykisk helsevern. Et samtykke er et rettslig vilkår for at hjelpere kan starte behandling. Begrepet «informert samtykke» brukes i helserelatert juss. Med dette menes at samtykke er gitt med bakgrunn i at den som samtykker er tilstrekkelig informert om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen til å kunne samtykke.

Spørsmålet er om tjenestene tar nok ansvar for å informere barna om dette på en god måte. For barn både over og under 16 år blir dette ekstra viktig. De blir spurt og får muligheten til å takke nei til behandling. Det kan være krevende og kanskje ikke mulig for en syk 12-åring eller 16-åring å forstå rekkevidden av alle disse forholdene. Medvirkning er en prosess og krever tid for å kunne fungere.

I en av sakene stilte Fylkesmannen tydelige spørsmål hvorvidt den rettslige situasjonen er trygg og sikker nok for barn i situasjoner som dette dreier seg om. De stilte spørsmål ved om det er mulig for tjenestene å ha god nok omsorg for så psykisk syke barn i en barnevernsinstitusjon gitt de rettslige rammene som gjelder i dag. Vi mener dette er gode spørsmål. De samlede utfordringene når det gjelder regelverket i barnevern og psykisk helsetjeneste rundt de mest utsatte barna, mulighetene de har for å takke nei til behandling og virksomhetenes ulike syn på diagnoser og faglige tilnærminger gjør at faren for svikt i disse tilfellene blir høy.

---

I de svært få tilfellene der behovet for hjelp er stort, kan imidlertid innleggelse med tvang i psykisk helsevern være nødvendig.

Er det tvang som er svaret? Nei, i de aller fleste tilfeller er tvang verken ønskelig, nødvendig eller indisert, snarere tvert imot. Perspektivet rundt tvangsbruk blir fortløpende belyst og ivaretatt av tjenester, tilsyn og brukerorganisasjoner. I de svært få tilfellene der behovet for hjelp er stort, kan imidlertid innleggelse med tvang i psykisk helsevern være nødvendig. Lovverket er ikke tilrettelagt for disse situasjonene. Dette er lite problematisert.

## 7.6 Medvirkning

Etter barnekonvensjonen artikkel 12 har barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter, rett til å gi uttrykk for sine synspunkter i alle forhold som angår ham eller henne. Barneverntjenesten skal derfor legge til rette for at barnet blir informert, sett og hørt. Barn kan oppfatte og uttrykke forhold på andre måter enn voksne. De kan komme med helt ny informasjon. Det er avgjørende at barnet blir sett og hørt i alle forhold som angår det, også når det bor på en barnevernsinstitusjon. Barnets mening skal tillegges vekt i samsvar med barnets alder og modenhet. Barnet skal samtidig ikke få for stort ansvar når det gjelder å ta avgjørelser i eget liv.

Tidligere uttrykte ofte fylkesmennene bekymring for at barna på barnevernsinstitusjon fikk medvirke i for liten grad. Nå blir det også beskrevet eksempler på at institusjonene går for langt i å gjøre som barnet sier. I sakene varierer det fra den ene ytterkanten til den andre. Det er grøfter på begge sider av veien.

I tilsynsrapporten fra en av fylkesmennene ble det lagt stor vekt på at barnets stemme ikke ble ivaretatt, synliggjort og vurdert. I en annen av sakene var det et viktig poeng at tjenestene gikk for mye «med (barnet)». Det fikk for stort ansvar. Også i de andre to sakene ble det beskrevet hvordan tjenestene hele tiden arbeidet med vurderinger av hvordan de skulle forholde seg til barnas uttrykk, ønsker og meddelelser.

Den ene fylkesmannen skriver at det er et stort og viktig ansvar å sikre barn medvirkning til barnets beste. Videre at det er tjenestenes ansvar å bestemme og sikre forsvarlighet. I verste fall kan barnet bli fratatt god omsorg og forsvarlige tjenester fordi det ikke selv klarer å se at særlige tiltak kan være nødvendige. I denne saken ga barnet i ettertid tydelig uttrykk for at det fikk for mye ansvar og for mange valg, og fikk bestemme for mye.

---

Tjenestene må både unngå å la barnet styre for mye selv og unngå å sette for rigide grenser.

I flere av sakene ble det beskrevet barnas motstand mot å flytte langt vekk, motstand mot enetiltak og et eskalerende handlingsmønster.

I sakene var ikke barnas innspill til hva de ønsket når det gjaldt flytting synliggjort. Det var heller ikke begrunnet hvorfor det ikke var tatt hensyn til. At dette blir gjort er en viktig del av det å faktisk få medvirke, og som gjør at barn kan oppleve medvirkning selv om de ikke får bestemme. Her har barnevernstjenesten generelt en utfordring.

Ville sakene fått andre utfall dersom barna i større grad hadde opplevd at de ble hørt? Det er mulig, men slett ikke sikkert. Konklusjonene fra fylkesmennene når det gjelder medvirkning trekker i ulik retning. Imidlertid er forholdene i hver sak unike og ikke direkte sammenlignbare.

Medvirkning er avgjørende for barn i barnevernet uansett type utfordringer. Tjenestene må både unngå å la barnet styre for mye selv og unngå å sette for rigide grenser. Når det gjelder barn som uttrykker seg med sterke handlinger, er denne vurderingen ekstra vanskelig og ekstra viktig. Det er lett å trække feil, lett at feilvurderinger kan føre til svikt og alvorlige hendelser. Risikoen er stor.

## 7.7 Konklusjon og anbefaling

Noen få barn har hatt store og ufattelige belastninger tidlig og langvarig i barndommen. Det kan føre til at deres vurderinger og handlinger blir tilsynelatende uforklarlige, uforutsigbare og noen ganger farlige. For noen kan dette være kortvarig og i gitte situasjoner. For andre kan det være at de og omgivelsene må leve med det i mange år.

Gjennomgangen av sakene har pekt på mange og ulike utfordringer når det gjelder samhandling og sikkerhetsarbeid rundt barna. Fylkesmennene har vurdert temaene, men også forhold som medvirkning, samtykke, bruk av tvang, utredning, diagnostisering og flytting. De har vurdert hvordan og om forholdene fra ledelsens side er planlagt, gjennomført og fulgt opp. Fylkesmennene har avdekket svikten i den enkelte tjeneste og på det enkelte området. Dette er oppsummert i rapporten.

Sammensatte problemer krever sammensatte løsninger. Uavhengig av utfordringene er tjenestene helt avhengige av å ha god styring og ledelse av virksomhetene, det vil si god internkontroll for å gi forsvarlige tjenester. Barna vi har fokusert på, har hatt det svært vanskelig og representerer en særlig utfordring for tjenesteapparatet. Derfor er det spesielt viktig at ledelsen i ulike virksomheter er tett på og tar sitt ansvar. Det er nødvendig innad i den enkelte tjeneste og det kreves for det konkrete samarbeidet som skjer mellom tjenestene. «Kapteinen» må sikres.

Helsetjenesten og barnevernstjenesten klarer ofte å gi forsvarlige tjenester til sårbare barn på barnevernsinstitusjon. Det er på grunn av godt faglig arbeid, fordi tjenesteytere strekker seg langt og i noen tilfeller på grunn av tilfeldigheter. Men det går ikke alltid bra. Det viser disse få, men alvorlige sakene. Men disse fire barna er ikke de eneste. Det finnes flere. Alle må være sikret god omsorg og behandling, og beskyttelse mot å skade seg selv eller andre.

Det kan synes som at det i dag ikke eksisterer et tiltaksapparat som med stor sannsynlighet kan sikre at utfordringer for barn og samfunn som beskrevet i sakene, blir forsvarlig ivaretatt. Vi kan ikke se at det i dag er etablert et tilbud med tilstrekkelig kompetanse og rammer til å kunne ivareta denne gruppen barn<sup>27</sup>. Vi spør oss om det er behov for institusjoner som både kan ivareta de unges langvarige behandlingsbehov, og tilby de nødvendige rammene slik at de ikke er til fare for seg selv eller andre.

Konklusjonene våre er ikke betinget av at man kjenner til utfallet i sakene, altså at «det gikk galt til slutt». I alle sakene var det så mange og alvorlige hendelser under hele forløpet at det burde vært nok til å avslutte og iverksette andre og mer adekvate tiltak underveis. Slike «andre tiltak» finnes ikke, slik vi kan se det.

## Avslutning

Helsetilsynet har i denne rapporten pekt på en gruppe barn som vi ikke kan se at har et forsvarlig tjenestetilbud, og hvor regelverket ikke er tilpasset barnas behov for ivaretagelse, omsorg og behandling. Vi savner et tilbud til disse få barna som med stor grad av sannsynlighet sikrer dem forsvarlig omsorg og behandling fra barnevernstjenester og psykiske helsetjenester samtidig og over tilstrekkelig tid. Selv om barna er få, har fylkesmennene informert om at det til enhver tid finnes barn i denne målgruppen.

<sup>27</sup> s. 1: Dette er barn (ca. 10-18 år ) som barnevernet har overtatt omsorgen for. Barn med alvorlige psykiske lidelser eller vansker, (i noen tilfeller også innenfor autismespekteret), som har begått eller med stor sannsynlighet kan komme til å begå alvorlige, skadelige handlinger rettet mot seg selv eller andre. Barna trenger døgkontinuerlig overvåking, tett oppfølging over lang tid fra barnevern og psykisk helsetjeneste, og makter ikke å forstå behovet for psykisk helsehjelp.»



Tilsynssakene er eksempler på hvilke alvorlige konsekvenser som kan oppstå for barna selv og deres omgivelser. Vi ønsker å bidra til at dette ikke skjer igjen.

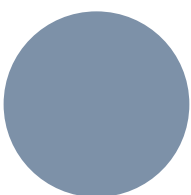
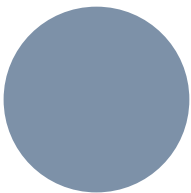
### **Oppfølgingspunkter**

Statens helsetilsyn har i gjennomgangen av sakene avdekket forhold som har betydning for sikkerheten og kvaliteten i barnevernstjenesten og helsetjenesten for en liten gruppe barn i svært sårbare livssituasjoner.

Statens helsetilsyn har valgt å peke på områder der beslutningstakere bør vurdere å iverksette tiltak:

- Barne- og familiedepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet: Vurdere å etablere et eget type tiltak forankret i egen lov for denne mest utsatte gruppen barn i barnevernet som rapporten omtaler.

Fokus bør være på tydelig regelverk og rammer, riktig og tilstrekkelig kompetanse og stabile institusjonsplasser der barnet kan bo så lenge det har behov for det.



# 8

## Litteraturliste

Backe-Hansen E. red. God omsorg i barnevernsinstitusjoner. NOVA Rapport 12/2017. Oslo: Velferdsforskningsinstituttet NOVA, 2017.

Brøyn og Myhre: Schizofreni og schizofrenilignende tilstander i barne- og ungdomsalder. Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening. Veileder i BUP, 2016.

Fossum S, Lauritzen C, Vis SA. Samhandling og samarbeid mellom barnevern og psykisk helsevern – en kunnskapsoversikt. RKBU Nord rapport nr. 5 2014. Tromsø: Regionalt kunnskaps-senter for barn og unge, Nord (RKBU Nord), 2014.

Generell kommentar nr. 15 (2013) om barnets rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandarden (art. 24). CRC/C/GC/15. FNs konvensjon om barns rettigheter. Komitéen for barns rettigheter.

Grenseløs omsorg – om bruk av tvang i psykisk helsevern og barnevern. Barneombudets fagrapport 2015. Oslo: Barneombudet, 2015.

Helse på barns premisser. Barneombudets fagrapport 2013. Oslo: Barneombudet, 2014.

Informasjonsskriv til medlemmer av kontrollkommisjoner i psykisk helsevern, Helsedirektoratet. Utgitt: 01.04.2008, IS-nummer: IS-1559.

Innst. 361 L (2016–2017). Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Endringer i pasient- og brukarretslova, helsepersonellova m.m. (styrking av rettsstillinga til barn ved yting av helse- og omsorgs-tjenester m.m.).

Kayed NS. Psykisk helse hos barn og unge i barnevernsinstitusjoner. Trondheim: Regionalt kunnskapssenter for barn og unge, 2015.

Kunnskapsgrunnlag for arbeid med trygghet og sikkerhet i barnevernsinstitusjoner. Utviklet som grunnlag for faglige anbefalinger. Ekspertgruppe nedsatt av Bufdir. Rapport av 30.03.2016. Oslo: Bufdir, 2016.

Kaasbøll J, Aanonli AK. Helsetjenester i barnevernsinstitusjoner. Trondheim: SINTEF, 2015.

Lauritzen, C, Vis, SAM, Fossum, S. Samhandling mellom barnevern og psykisk helsevern for barn og unge – utfordringer og muligheter. Scandinavian Psychologist 2017; 4, e14.

Lindboe A. Vi trenger mer kunnskap om bruk av tvang mot barn. Kronikk. Dagens medisin 13. mai 2016.

Lurie J. Erfaringer med etablering av felles institusjoner for psykisk helsevern og barnevern. Trondheim: Regionalt kunnskapssenter for barn og unge, 2016.

Melby L. Evaluering av samhandlingstiltak rettet mot utsatte barn og unge. Suksesskriterier og barrierer på veien mot mer helhetlig tjenestetilbud. Trondheim: SINTEF, 2017.

Mytar og anekdotar eller realitetar? Rapport fra Helsetilsynet 5/2012. Oslo: Statens helsetilsyn, 2012.

Nasjonalt faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser. Barn og unge under 16 år, Helsedirektoratet.

Nordanger DØ, Braarud HC. Utviklingstraumer. Regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi. Bergen: Fagbokforlaget, 2017.

Norges offentlige utredninger. Økt selvbestemmelse og retts-sikkerhet — Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern. NOU 2011:9.

Norges offentlige utredninger. Ny barnevernslov – Sikring av barnets rett til omsorg og beskyttelse. NOU 2016:16.

Oppsummering og anbefalinger fra arbeidet med helsehjelp til barn i barnevernet. Oslo: Helsedirektoratet/ Bufdir, 2016.

Prop. 75 L (2016–2017). Endringer i pasient- og brukarrettslova, helsepersonellova m.m. (styrking av rettsstillinga til barn ved yting av helse- og omsorgstenester m.m.).

Samarbeid mellom barneverntjenester og psykiske helsetjenester til barnets beste. IS-1/2015. Oslo: Helsedirektoratet/ Bufdir, 2015.

SAMDATA Spesialisthelsetjenesten, 2017.  
[www.helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata](http://www.helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata)  
(29.4.2019).

Standard.no. Oversikt over standarder for samfunnssikkerhet.

Syse A. Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer. Oslo: Gyldendal, 2015.

Undersøkelse av Vestlundveien ungdomssenter. Oslo: Bufdir, 2018.

Til beste for den neste –risikostyring før og etter alvorlige hendelser. Rapport fra Helsetilsynet 2/2018.  
Oslo: Statens helsetilsyn, 2018.

### **Lover med forskrifter**

Lov av 17. juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester (barnevernloven).

Lov av 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven).

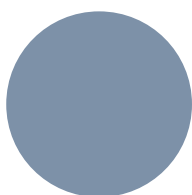
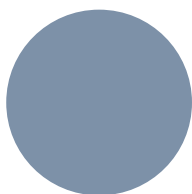
Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven).

Lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v (helsepersonelloven).

Lov av 20. mai 2005 nr. 28 om straff (straffeloven).

Lov av 11. desember 2015 om endringer i spesialisthelsetjenesteloven m.m. (kontaktlege i spesialisthelsetjenesta m.m.).

Lov av 15. juni 2018 nr. 38 om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven).





**Samisk og  
engelsk sammendrag**



## **Go mánát dárbbášit eanet Fuolahus ja rámmat**

### **Raporta 9/19**

Dán raportta vuodđun leat Stáhta dearvvašvuodabearráigeahččus njeallje geahččoássi main ledje duođalaš dáhpáhusat. Geahččoássiin leat mánát geat leat hearkkes eallindilálašvuodain Sii gaskkustit iežaset hui hástaleaddji daguiguin ja dárbbášit veahki sihke mánáidsuodjalusbálvalusas ja psykalaš dearvvašvuodabálvalusas. Dát gáibida ahte bálvalusapparáhtas lea alla fágalaš kvaliteahhta, ovttasbargu ja sihkkarvuodadoaimmat.

Go iskagođiimet de lei mis erenoamáš fuomášupmi bálvalusa ovttasdoaimmamii ja mo riskagieđahallan lei. Mii fuomášeimmet ahte lei ollu moalkát hástalusgovva. Ollislašvuohta lea stuorát go osiid submi oktiibuot.

Dearvvašvuodabearráigeahčču oaivvilda ahte váilo fágaidrasttildeaddji doaibmabidju mas lea oktasaš ovddasvástádus erenoamážit dáid mánáide ulbmiljoavkun. Váilot doaibmabijut mat leat doarvái olámuttus, main lea doarvái gelbbolašvuohta ja dárbbášlaš juridihkalaš rámmat iežaset doibmii.



## **When children need more Care and frameworks**

### **Report 9/19**

In this report, the Norwegian Board of Health Supervision considers four supervisory cases involving serious incidents. The cases concern children who are facing vulnerable life situations. They express themselves via particularly challenging actions and need support from both the child care services and the mental health services. This imposes considerable demands on the health and child care services' professionalism, cooperation and work related to safety.

When we began the review, we particularly focused on the interaction between the services and the risk management practised by the various services. We found a pattern of challenges which proved to be more complex. The whole was greater than the sum of the parts.

The Norwegian Board of Health Supervision believes that a multidisciplinary initiative with joint responsibility which explicitly has this group of children as its target group is lacking. There is no initiative which has sufficient availability, expertise and the necessary legal framework for it to carry out its work.



Alle utgivelser i Rapport fra Helsetilsynet finnes i fulltekst med sammendrag på engelsk og samisk på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

### **Videre lesning på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)**

Vi vil gjerne treffe deg – info om fylkesmannens tilsyn med bareverninstitusjoner.

Video beregnet på beboere på barneverninstitusjoner som får tilsyn

<https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/videoer/?pid=134082&vid=29676>

«Barnas hjem. Voksnes ansvar» oppsummering av landsomfattende tilsyn med barnevernsinstitusjoner i 2018. Rapport 3/2019. Oslo: Statens helsetilsyn, 2019.

Alle tilsynsrapporter fra tilsyn i barnevern

<https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynsrapporter/?s=Barnevernsektor>

---

## **Rapport fra Helsetilsynet 9/2019**

### **Når barn trenger mer. Omsorg og rammer.**

September 2019

Design: Kitchen

ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgave)

ISBN: 978-82-93595-29-8

[www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

Statens helsetilsyn

Postboks 231 Skøyen, 0213 Oslo

**T:** 21 52 99 00

**E:** [postmottak@helsetilsynet.no](mailto: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](http://www.helsetilsynet.no)

**HELSETILSYNET**

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

Rapport fra Helsetilsynet 09/2019

## **Når barn trenger mer**

### **Omsorg og rammer.**

I denne rapporten har Statens helsetilsyn tatt utgangspunkt i fire tilsynssaker med alvorlige hendelser. Tilsynssakene handler om barn som er i sårbare livssituasjoner. De uttrykker seg med særlig utfordrende handlinger og trenger hjelp fra barnevernstjeneste og psykisk helsetjeneste samtidig. Dette stiller store krav til faglighet, samarbeid og arbeid med sikkerhet for tjenesteapparatet.

Da vi startet gjennomgangen, fokuserte vi særlig på tjenestenes samhandling og håndtering av risiko. Vi fant et utfordringsbilde som var mer komplekst. Helheten var mer enn summen av delene.

Helsetilsynet mener det mangler et tverrfaglig sammensatt tiltak med felles ansvar som eksplisitt har denne gruppen barn som sin målgruppe. Det mangler et tiltak som har tilstrekkelig tilgjengelighet, kompetanse og nødvendige juridiske rammer for sin virksomhet.