

Gjennomgang av saker der barn med tilknytning til barnevernsinstitusjon har mistet livet

Rapport fra Helsetilsynet 3/2023

13.10.2023



Helsetilsynet

TILSYN MED BARNEVERN,
SOSIAL- OG HELSETJENESTENE

Innhold

Forord	3
1 Sammenheng	4
Del 1 Om oppdraget og jentene	
2 Innledning	7
2.1 Oppdraget.....	7
2.2 Avgrensninger	7
2.3 Gjennomføring av oppdraget	8
3 Om jentene	9
Del 2 Felles utfordringer som grunnlag for resten av rapporten	
4 Samarbeid som ikke virket	13
4.1 Behov for en felles forståelse og tverrfaglig hjelp	13
4.2 Behov for ansvarsavklaringer og forpliktende samarbeidsavtaler.....	15
5 Manglende psykisk helsehjelp til barn og unge	16
5.1 Mangler i det kommunale lavterskeltilbudet	16
5.2 Utfordrende arbeid med utredning og poliklinisk hjelp	17
5.3 For mange eksklusjonskriterier for døgnopphold i psykisk helsevern?	18
5.4 Foreldrene og barnevernsinstitusjonene får for stort ansvar	20
6 Manglende samsvar mellom jentens behov og tiltaket som ble valgt.....	21
6.1 Lang vei fra undersøkelse til tiltak.....	21
6.2 Beskrivelsen av barnets behov er ikke god nok	23
6.3 Tiltaket dekker ikke barnas behov.....	24
6.4 Finnes det en egnet institusjon?	25
7 Vansker med å ivareta omsorg for barna i barnevernsinstitusjonene	27
7.1 Institusjonenes tilnærming/ ivaretagelse av jentene	27
7.2 Mange alvorlige hendelser	29
8 Tilsyn med tjenestene	30
8.1 Gjennomføring av tilsyn med barnevern	30
8.2 Gjennomføring av tilsyn med helsetjenester	32
8.3 Sammenhengende tilsyn	32
8.4 Vurdering og forbedringsbehov.....	32
9 Barna som bodde i sentre for foreldre og barn	34
10 Helsetilsynets anbefalinger	34
Vedlegg	
Vedlegg 1: Litteraturliste	36
Vedlegg 2: Tillegg til tildelingsbrev nr. 2 - Gjennomgang av saker der barn i barnevernsinstitusjon har mistet livet	39

ISBN: 978-82-93595-54-0



Forord

Dette er en svært alvorlig rapport. Den handler om barn med store og sammensatte problemer, som mistet livet samtidig som de fikk både helsetjenester og barnevernstjenester. Den handler om det velferdstjenestene ikke klarte.

Det er utfordrende å beskrive barns liv på en verdig måte i en rapport som skal oppsummere flere levde liv som endte tragisk. Bak alle beskrivelsene av tjenester og prosjekter i denne rapporten er det barn som har trengt mer enn det de har fått, og foreldre som har mistet barn og er i dyp sorg.

Summen av enkelttjenester ga ikke det samlede tilbudet som barna hadde behov for. Barna og deres foreldre opplevde stadige brudd og manglende sammenheng, og tjenestene var ikke til barnets beste. Det var ikke nok at hver enkelt tjeneste gjorde det de skulle innenfor de rammene som organiseringen og regelverket setter.

Under avslutningen av arbeidet med rapporten har enda en jente med tilknytning til en barneverninstitusjon mistet livet. Statsforvalteren i fylket der hun døde undersøker om tjenestene der følger opp, for å bidra til å redusere sannsynligheten for at dette skal skje igjen.

Vi vil takke alle som har bidratt med sin kunnskap og erfaring til denne rapporten. En spesiell takk går til de pårørende, som har delt sine tanker og erfaringer med oss.



Heidi Merete Rudi
konstituert direktør



1 Sammendrag

Om oppdraget

Helsetilsynet fikk i oppdrag av Barne- og familiedepartementet å gjennomgå alle tilfeller der barn med tilknytning til barnevernsinstitusjon har mistet livet fra 2018 og til og med januar 2023. Formålet med gjennomgangen er å oppsummere alle tilfellene samlet, for å avdekke eventuell svikt og bidra til læring, utvikling og kvalitet i tjenestene. For å kunne bidra til dette, har vi funnet det hensiktsmessig både å beskrive forbedringsbehov og å vise til de forandringer og forbedringer som allerede er iverksatt, eller som planlegges, der det er relevant.

Gjennomgangen er i hovedsak basert på dokumenter som er innhentet fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir), kommunale barnevernstjenester og statsforvaltere (som inkluderer dokumenter om helsetjenester). I tillegg har Helsetilsynet hatt møter med fagmiljø i barnevern og barne- og ungdomspsykiatri, samt med ulike offentlige instanser som har kunnskap om og erfaring med arbeid med unge med komplekse og omfattende problemer.

Sist, men ikke minst, har pårørende til flere av barna bidratt med sine erfaringer.

Rapporten er i all hovedsak basert på informasjon om åtte jenter i alderen 13–18 år som har mistet livet de siste fem årene, mens de hadde tilknytning til barnevernsinstitusjon. I tillegg har vi kort omtalt fire tilfeller der barn som hadde tilknytning til sentre for foreldre og barn, mistet livet.

Om de åtte jentene

De første bekymringsmeldingene til det kommunale barnevernet kom tidlig i jentenes liv. Meldingene ble undersøkt og de fleste henlagt. Jentenes andre kontakt med barnevernstjenesten kom først da de hadde blitt ungdommer, og innholdet i bekymringsmeldingene utløste da akutte tiltak. I den akutte fasen flyttet jentene enten til beredskapshjem eller statlige akuttinstitusjoner, så videre til fosterhjem eller institusjon.

Jentene slet med ulike former for psykiske vansker eller lidelser. Alle jentene ble utredet av barne- og ungdomspsykiatriske helsetjenester (BUP), og alle jentene var akuttinnlagt i døgnenhet i psykisk helsevern flere ganger.

Basert på historiene til disse åtte jentene vil Helsetilsynet peke på fem utfordringer som vi mener er sentrale læringspunkter, som kan bidra til å forebygge tilsvarende tragedier.

1. Samarbeid som ikke virket

Ut fra referater og journalnotater ser vi at det var hyppig dialog og møtevirksomhet mellom de tjenestene jentene var i kontakt med. For jentene var det ikke nok at hver tjeneste gjorde sin jobb. I praksis handler god hjelp til barn med store og sammensatte problemer om å lene seg over kanten til andre fagprofesjoner og tjenester. Det er avgjørende at barnet blir satt i sentrum, og at det skapes en felles forståelse av hva som er barnets behov og barnets beste. Først da kan tiltaksapparatet bli tilpasset barnets behov, slik at ikke barnet må tilpasses tilbudet.

2. Manglende psykisk helsevern

Organiseringen av helsetjenester er ikke utformet med tanke på denne pasientgruppen, som er unge, har komplekse utfordringer og stadig flytter. De tjenestene barna fikk var



preget av manglende kontinuitet og var ikke tilpasset deres situasjon og behov.

3. Manglende samsvar mellom det behovet jentene hadde og det tiltaket som ble valgt

Kvaliteten på barnevernstjenestenes kartlegging og vurdering av barnas behov varierte. Det førte i flere tilfeller til at barna flyttet til tiltak som ikke kunne ivareta dem, og derved til at de måtte flytte flere ganger i løpet av korte tidsrom.

4. Vansker med å ivareta omsorg for barna i barnevernsinstitusjonene

Institusjonslivet var preget av alvorlige hendelser som rømninger, selvskading, institusjonens bruk av tvang eller andre inngrep, og begrensninger i jentenes personlige integritet. Institusjonene beskrev at de ikke hadde de nødvendige rammene for å ivareta jentene og at de hadde store utfordringer med å håndtere jentenes helseproblemer. De ansatte fikk i liten grad veiledning i hvordan de skulle møte barna.

5. Tilsynets manglende koordinerte innsats

Tilsynsmyndigheten har en unik mulighet til å se helheten i de tjenestene barnet mottar på tvers av helsetjenester og barnevern, og på den måten bidra til at tjenestene samarbeider om en helhetlig tilnærming. Denne muligheten utnyttet i for liten grad.

Barn i sentre for foreldre og barn

Fire babyer som hadde tilknytning til sentre for foreldre og barn mistet livet i perioden 2018 til 2023. Vi har gjennomgått dokumentene om disse tilfellene, og vi kan ikke se at det fremgår samlet eller systematisk svikt med potensial for læring i disse tilfellene. Det er gjennomført eller pågår tilsyn fra statsforvalterne i alle sakene, slik at de enkelte tjenestene får tilbakemeldinger om eventuelle behov for forbedring. I de sakene som er avsluttet, er det ikke funnet uforsvarlige helse- eller barnevernstjenester.

Anbefalinger

Anbefalingene våre følger av de trekkene ved tjenestene som vi mener har ført til at barna ikke fikk sammenhengende tjenester av den kvalitet de hadde behov for. Psykisk helsevern for barn og unge og barnevernet må i større grad tilpasses disse barnas behov, men ikke minst må samarbeidet mellom de ulike involverte tjenestene bli mer fleksibelt, robust og forpliktende.



DEL 1

Om oppdraget og jentene



2 Innledning

2.1 Oppdraget

Formålet med denne gjennomgangen er å se alle tilfellene i sammenheng der barn med tilknytning til barnevernsinstitusjoner har mistet livet, for å avdekke eventuell svikt og bidra til læring, utvikling og kvalitet i tjenestene. Oppdraget er ikke begrenset til kun å se på barnevernstjenester. Formålet er ikke å granske den enkelte sak. Vi har tatt utgangspunkt i det vi har identifisert som fellestrekk og sammenfallende utfordringer i beskrivelsene i barnas dokumenter, og brukt dette som grunnlag for anbefalinger om forbedrings- og læringspunkter.

Barna vi skriver om fikk barnevernstjenester og helsetjenester over et langt tidsrom, og noen av dem for relativt lenge siden. Mye er endret i tjenestene de senere årene, og vi har beskrevet tiltak som etter vår vurdering vil kunne bidra til bedre kvalitet og til å redusere risikoen for at andre barn skal oppleve det disse barna opplevde. Dette har vi gjort for at våre anbefalinger om forbedringer så langt som mulig skal være relevante for tjenestene slik de er i dag.

2.2 Avgrensninger

Utgangspunktet for vårt arbeid var at vi fikk en oversikt over 15 barn fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir). Hoveddelen av denne rapporten er basert historiene til åtte av disse barna, som var jenter i alderen 13–18 år.

Fire barn var babyer som mistet livet i sitt første leveår mens de hadde tilknytning til sentre for foreldre og barn. Disse fire barna, og deres og foreldrenes kontakt med barnevern og helsetjenester, er kort omtalt i rapporten. Sentre for foreldre og barn er ikke barnevernsinstitusjoner i barnevernslovens forstand. Vi har likevel vurdert informasjonen i dokumentene fra tjenestene og statsforvalterne.

De tre siste barna i oversikten er ikke med i grunnlaget for rapporten. Ett av barna hadde ikke hatt tiltak i statlig barnevern og var kommet med på listen ved en feil. De to andre hadde barneverntiltak, men deres bakgrunn og årsakene til at de mistet livet gir etter Helsetilsynets vurdering ikke grunnlag for å identifisere lærings- og forbedringspunkter som ledd i en samlet analyse.

En jente mistet livet mens hun bodde i en barnevernsinstitusjon, da vi var i ferd med å avslutte arbeidet med rapporten. Etter vår vurdering ville vi med den korte tiden som gjensto, ikke kunne gjøre en tilstrekkelig grundig gjennomgang til at det ville være forsvarlig å inkludere hennes historie. Statsforvalteren i fylket der dødsfallet fant sted vil føre tilsyn med barnevernstjenestene og helsetjenestene hun har mottatt. Statsforvalteren vil undersøke om de tjenestene hun har mottatt har vært forsvarlige, og bidra til at de ansvarlige for tjenestene identifiserer behov for læring og forbedring og setter i verk tiltak for å redusere risikoen for denne typen tragiske hendelser.

I mandatet heter det at vi skal analysere felles trekk ved barnas møte med barnevernet og andre relevante tjenester. Andre relevante tjenester kan for eksempel være Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), skole, skolehelsetjeneste, andre kommunale helsetjenester eller spesialisthelsetjenesten. I vårt materiale er det helsetjenesten, og da særlig spesialisthelsetjenesten, som trer tydelig fram. Skolesektoren var lite involvert i jentenes barnevernssaker, med unntak av noen få tilrettelagte opplæringstilbud der barna gikk mens de bodde på institusjon. Gjennomgående var disse barna for syke til å håndtere en stabil



skolegang. Vi går derfor ikke inn i barnas skoletilbud i samme utstrekning som vi omtaler helsetilbudet til jentene.

Alle dokumentene vi har gjennomgått er omfattet av tidligere barnevernlov. Vi forholder oss derfor til de rettslige rammene som gjaldt i denne tidsperioden; ikke til ny barnevernslov som trådte i kraft 1.januar 2023. Når vi drøfter forbedringsbehov, viser vi imidlertid flere steder også til ny barnevernslov.

2.3 Gjennomføring av oppdraget

Oppdraget

Barne- og familiedepartementet ga Helsetilsynet i oppdrag å gjennomgå alle tilfeller der barn med tilknytning til barnevernsinstitusjon har mistet livet de siste fem årene. Også andre tilfeller der barn med tiltak i det statlige barnevernet har mistet livet, kunne tas med dersom Helsetilsynet mente det var relevant for å svare på oppdraget.

Formålet med gjennomgangen er å avdekke eventuell svikt og bidra til læring, utvikling og kvalitet i tjenestene, slik at liknende tragiske hendelser kan unngås. Oppdraget skal resultere i en skriftlig rapport med oppsummering og analyse av alle tilfellene med vekt på å:

- identifisere felles trekk ved barnas møte med barnevernet og andre relevante tjenester

Gjennomgangen er ikke en gransking av hvert enkelt tilfelle. Statsforvalterne har gjennomført eller gjennomfører tilsyn, for å vurdere om barnet har mottatt forsvarlige tjenester og bidra til at tjenestene iverksetter forbedringstiltak om nødvendig.

Det fullstendige mandatet for oppdraget er lagt ved denne rapporten.

Arbeidet

Oppdraget presiserte at vi skulle basere oss på skriftlige dokumenter fra ulike kilder. Vi har hentet inn dokumenter fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir), Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat), statsforvaltere og i noen grad fra lokalt barnevern. Til sammen fikk vi dokumenter om 15 barn. Dokumentene omfatter vurdering av om barnet skulle flyttes ut av hjemmet, valg av plasseringssted, ulike planer, institusjonens arbeid, epikriser fra helsetjenesten og referat fra samarbeidsmøter.

Hver barnevernssak inneholdt flere tusen sider med dokumenter. Det er mulig det finnes dokumenter vi ikke har hatt tilgang til. Det er likevel vår vurdering at dokumentene vi har mottatt, gir grunnlag for å oppsummere og analysere de viktigste trekkene ved sakene.

Vi har lest gjennom alle dokumenter til alle jentene og laget en tidslinje for hvert barn. Dokumentene kom ikke i tidsmessig riktig rekkefølge og flere var udaterte. Etter gjennomlesning av alle dokumentene, laget vi en oversikt over felles trekk og særtrekk ved de ulike jentenes erfaringer.

Oppdraget innebar også å innhente utfyllende informasjon, kunnskap og erfaring fra andre aktører og dialog med Barnevernsinstitusjonsutvalget, for å sikre erfaringsdeling og nødvendige avklaringer. Vi har derfor hatt samtaler med statsforvaltere og barnevernstjenester, etablert en intern ressursgruppe og hatt møter med ulike aktører i feltet for å få innspill på problemstillinger. Vi har hatt møter med Politidirektoratet,



Barnevernsinstitusjonsutvalget, spesialister i barne- og ungdomspsykiatri/psykologi, brukerorganisasjoner, profesjonsorganisasjoner/ombud og kompetansemiljø, Bufetat ved NABE og Region vest, samt Bufdir og Helsedirektoratet.

Alle pårørende som ønsket det, skulle gis mulighet til å bidra med sine erfaringer. Vi har derfor informert alle pårørende om arbeidet vi gjorde, og inviterte til en samtale med oss hvis de ønsket det. Vi har hatt samtale med pårørende til fem av de åtte jentene.

Den kunnskapen og de erfaringene vi har fått i disse møtene og samtalene, har vi ikke sitert fra, men brukt til å utvide forståelsen av det vi har lest og som bakgrunn for drøfting av forbedringsbehov.

I og med at vi skriver om svært få barn er vi forsiktige med omtale av dem enkeltvis, av hensyn til å beskytte deres private og personlige forhold. Etter vår vurdering er dette viktige hensyn, selv om barna har mistet livet. Det fører til at barnas individuelle erfaringer, og ulikheter mellom dem, blir lite synlig. Det fører også til at vi bruker begrep som *noen* av eller *flere* av, som bevisst er upresise begrep vi bruker for å rette oppmerksomheten mot tema eller hendelser vi skriver om. Det er forbedringsbehovene som er det sentrale i denne rapporten.

Vi har, med noen unntak, valgt å omtale alle barna som barn eller jenter, ikke som unge. Vi ønsker å gjøre det tydelig at det er barn vi skriver om, og at de har behov for ekstra beskyttelse og omsorg, til tross for at de nærmer seg myndighetsalder.

3 Om jentene

Det er de enkelte jentene sine unike historier som er grunnlaget for denne rapporten. Det kommer godt frem i de møtene vi har hatt med pårørende og av dokumentene vi har lest, at jentene var forskjellige. Deres historier, erfaringer og personligheter var ulike. I dette kapitlet beskriver vi trekk ved deres historier som er sentrale for våre vurderinger og analyser.

Jentene vi har lest og hørt om ble omtalt som snille, gode, omsorgsfulle og smarte jenter, som alle hadde lyst til å leve normale liv. Som andre barn, var de aktive med fritidsaktiviteter og hobbyer. De var ulike når det gjaldt venner og andre sosiale relasjoner. De var med i nettverk på sosiale medier, og det nettverket de hadde der, bekymret deres pårørende og ansatte i tjenestene.

Samtidig som flere av jentene var skoleflinke, beskrives deres skolegang som vanskelig, og de opplevde mobbing. Mens jentene bodde i tiltak, hadde de tilrettelagt skolegang, og fulgte i liten eller ingen grad ordinært skoleløp. Noen hadde langvarig sykemelding, og noen hadde individuelle opplæringsplaner (IOP).

De første bekymringsmeldingene om jentene kom tidlig i deres liv, og er derfor flere år gamle. Bekymringsmeldingene kom fra foreldrene, barnehage, skole eller helsestasjon og omhandlet jenta selv eller søsken. Meldingene ble undersøkt, og de fleste ble henlagt av barnevernet. I noen tilfeller ble det satt inn kortvarige tiltak i form av råd og veiledning.

Jentenes andre kontakt med barnevernstjenesten kom først da de hadde blitt ungdommer, og innholdet i bekymringsmeldingene utløste akutte tiltak. Da jentenes utfordringer ble større og mer alvorlige, kom det mange bekymringsmeldinger på kort tid.



Bekymringsmeldingene til den kommunale barnevernstjenesten kom også denne gangen fra noen av foreldrene, men nå kom flere fra spesialisthelsetjenester som var i kontakt med barnet, og noen fra barnet selv. Meldingene fra spesialisthelsetjenesten kom på bakgrunn av bekymring om at noen av jentene ikke spiste, at noen av dem skadet seg selv og noen brukte rusmidler.

Nesten alle jentene ønsket å flytte hjemmefra, og de flyttet fort ut av hjemmet. Flere av jentene flyttet akutt, enten til beredskapshjem eller til statlige akuttinstitusjoner. Noen var innom flere beredskapshjem. Det er ulikt hvor lenge jentene ble boende i beredskapshjem eller akuttinstitusjon. Noen rømte nærmest umiddelbart, mens andre bodde der i påvente av videre avklaringer. Etter den akutte fasen flyttet jentene videre til fosterhjem eller institusjon. For de jentene som flyttet videre til fosterhjem, ble dette kortvarig. Av dokumentene fremgår det at årsaken til at oppholdene i fosterhjem ble kortvarige, var at problematikken til jentene var for krevende å håndtere for fosterhjemmene. Noen av jentene bodde i flere fosterhjem, før de til slutt flyttet til institusjon.

Flere av jentene flyttet de neste årene mellom ulike institusjoner, mens andre ble boende lenge på samme institusjon. Noen flyttet også hjem i perioder.

Mens jentene bodde i barnevernsinstitusjon, rapporterte institusjonene til Bufetat om utfordringer med å etablere trygge rammer rundt jentene for å hindre dem i å rømme, skade seg selv eller ruse seg. Jentene hadde gjennomgående mange rømminger og andre alvorlige hendelser. Det var flere hendelser gjennom institusjonsoppholdene som kunne ha medført død, hvis ikke jentene var blitt funnet og reddet.

Alle jentene bodde i perioder på institusjon uten andre ungdommer. Dette ble besluttet etter en vurdering av at jentenes problematikk gjorde det krevende for dem å forholde seg til andre ungdommer, og for å unngå negativ påvirkning eller smitteeffekt. I perioder da jentene bodde sammen med andre, var det lite eller ingen kontakt med de øvrige ungdommene som bodde på institusjonen.

Da jentene bodde i institusjon, var det varierende hvor mye kontakt jentene hadde med familien sin. Noen jenter hadde jevnlig samvær og kontakt, mens andre hadde lite eller ingen kontakt. Det var basert på ønske fra jentene eller familien selv, eller begrensninger som følge av vedtak for plassering.

For flere av jentene var det jevnlig kontakt og samtaler med kommunal barnevernstjeneste under institusjonsoppholdet. For to av jentene har vi lite informasjon om hvilken kontakt og oppfølging de fikk av det kommunale barnevernet.

Flere av jentene har vært i behandling i psykisk helsevern i perioden mellom første og andre kontakt med barnevernet. Noen av jentene fikk behandling for alvorlig spiseforstyrrelse, andre var i kontakt med psykisk helsevern på grunn av selvskading og risiko for selvmord.

Alle jentene ble utredet og diagnostisert i barne- og ungdomspsykiatriske helsetjenester (BUP). Noen av diagnosene beskrives som tentative. Da jentene flyttet fra beredskapshjem til fosterhjem eller institusjon, eller mellom institusjoner, måtte de også bytte BUP, og relasjonen med behandlere ble brutt. Flere av jentene var i kontakt med mange behandlere. Det tok tid



før jentene var utredet og diagnostisert og behandling iverksatt. Det varierte om de samtykket til behandling.

Flere av jentene vekslet mellom å nekte å spise, selvskading på ulikt vis og bruk av ulike illegale rusmidler og lovlige medikamenter. Noen av jentene utviklet et rusproblem mens de bodde i institusjon. For noen av jentene eskalerte eksperimenteringen med rus fort til omfattende rusmiddelbruk og mange overdoser.

Noen av jentene hadde lengre opphold i psykisk helsevern. Alle jentene var akuttinnlagt i døgnenhet flere ganger, også i løpet av sitt opphold på barnevernsinstitusjon. De ble som regel skrevet ut igjen dagen etter, for så å legges inn igjen etter kort tid. Noen av jentene hadde tilbud om åpen retur på døgnenhetene, og dette ble benyttet i varierende grad.

Beskrivelsene av perioden før jentene døde er ulike. Noen av jentene hadde en periode med økt selvskading, annen adferd med stor risiko for å miste livet, rusbruk og rømming, mens andre fremsto som roligere, med god kontakt med de voksne på institusjonen og færre alvorlige hendelser.

Det er mange journalnotater fra samtaler med barna i materialet. Barna deltok i ulik grad på samarbeidsmøter og på møter med den kommunale barnevernstjenesten. Noen deltok på Teams eller de skrev ned det de ønsket å formidle.

Jentenes medvirkning mens de bodde på institusjon, kommer blant annet også fram av de ulike planene som ble utarbeidet og evalueringene av disse. Planene beskrev for eksempel hvilke mål jentene ønsket å arbeide mot og hvordan institusjonen skulle bidra til at de skulle nå målene.

De fleste foreldrene deltok i møter som handlet om barna. De deltok både i møter med barnevernet og i samarbeidsmøter med andre instanser. Deres meninger kommer frem av referat fra møter.

Med noen unntak er det ikke beskrevet om de ulike helsetjenestene barna var i kontakt med, hadde tilrettelagt for foreldre og barns medvirkning.



DEL 2

Felles utfordringer som grunnlag for resten av rapporten

Selv om jentene var forskjellige, hadde de flere felles erfaringer med de tjenestene de møtte. Deres historier gir derfor et godt grunnlag for identifisering av forbedringsbehov. Vi har identifisert fem felles utfordringer som vi vil gå grundigere gjennom i resten av rapporten:

- Samarbeid som ikke virket
- Manglende psykisk helsehjelp til jentene
- Manglende samsvar mellom det behovet jentene hadde og det barnevernstiltaket som ble valgt
- Vansker med å ivareta omsorg for barna i barnevernsinstitusjonene
- Tilsynets mangel på koordinert arbeid



4 Samarbeid som ikke virket

4.1 Behov for en felles forståelse og tverrfaglig hjelp

Det fremgår av dokumentene i alle sakene at det er store utfordringer i samarbeidet mellom tjenestene rundt jentene. Dette gjelder særlig samarbeidet mellom helsetjenester og barnevern. Jentene hadde omfattende helseproblemer, og det var behov for samarbeid mellom barnevern og psykisk helsevern i alle tilfellene.

Det er ikke mulig på bakgrunn av dokumentene å forklare jentenes omfattende problemer ut fra enten omsorgsbetingelser eller psykisk sykdom. Dokumentene gir imidlertid grundige beskrivelser av svært risikofylt selvskadende adferd som uansett årsakssammenheng, stiller store krav til kapasitet og kompetanse hos de som skal møte jentenes behov for hjelp.

Barnevernet og spesialisthelsetjenestene hadde ulike syn på hvordan barna skulle møtes og hva som var den rette behandlingen av deres sammensatte problemer og selvskadende adferd. Der barnevernet mente at barnets selvskading og utagering var utrykk for psykisk sykdom med behov for behandling i psykisk helsevern, mente psykisk helsevern at barnet primært hadde behov for stabilitet og omsorg og tilbød poliklinisk behandling. Det er viktig å understreke at det også kunne være ulike syn innenfor de enkelte tjenestene. Det fremkommer for eksempel i enkelte tilfeller at BUP poliklinikk mente det var behov for innleggelse uten at døgnenheten var enig.

De ulike tjenestene som arbeidet med det enkelte barn møttes i samarbeidsmøter og informerte hverandre om eget arbeid innenfor rammene av samtykkebestemmelsene. Samarbeidet bar imidlertid preg av at hver enkelt tjeneste gjorde så godt de kunne innenfor sitt fagområde, men at de i liten grad bidro aktivt til en felles forståelse av det enkelte barns behov. Det igjen førte til fragmentering og manglende helhetlige og sammenhengende svar på barnets behov.

Det fremstår gjennomgående i vårt materiale at det var uklart for begge sektorene hva de kunne forvente av hverandre, og at det tidvis oppsto gjensidig urealistiske forventninger om hvem som skulle gjøre hva. Tjenestene ga etter vår oppfatning ofte uttrykk for en «enten-eller»-forståelse av sitt ansvar, noe som førte til at barnets behov for helhetlig tverrfaglig hjelp ikke ble møtt. Det fremgår også av dokumentene at tjenestene hadde ulik oppfatning om ansvar for samarbeid med foreldrene, og at også dette samarbeidet ble preget av manglende helhet og kontinuitet. Denne ulike forståelsen av hvem som var ansvarlig for hva, så ut til å føre til et behov for å skyve ansvaret for tiltak over på hverandre.

Når barnet møtte ulike reaksjoner på sin adferd i barnevernsinstitusjonen, PHBUPoliklinikk (psykisk helsevern for barn og unge), døgnenhet i psykisk helsevern eller på skolen, ser det av dokumentene ut til at barnet mistet tillit til tjenestene og ble mindre mottakelige for behandling eller støtte.

Pågående endringer

Det er de siste årene utviklet konkrete verktøy for samarbeid om barn som tar utgangspunkt i barnets behov, snarere enn i grensene for de ulike tjenestenes ansvarsområder. Ved at tjenestene og de ulike fagpersonene innleder samarbeidet med å gjennomgå og analysere barnets situasjon, kan det etableres et felles eierskap til hva barnet trenger her og nå. Barnevernstjenesten har etter barnevernsloven ansvar for å sette søkelys på barnets helsetilstand i sitt undersøkelsesarbeid³⁸. Helsedirektoratet og Bufdir lanserte i år et nytt



nasjonalt forløp for kartlegging og utredning av psykisk og somatisk helse, tannhelse og rus²⁵. Det nasjonale forløpet skal bidra til at barn i barnevernet blir kartlagt og utredet for blant annet psykiske helseplager, slik at barnet sikres nødvendig helsehjelp. Det kommunale barnevernet gis ansvaret for å igangsette forløpet.

I tillegg er det utarbeidet et rundskriv om samarbeid mellom barnevernstjenester og psykiske helsetjenester³⁹ som skal avklare ansvar og oppgaver innenfor dagens regelverk, og en veileder om taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt i forvaltningen⁴¹.

Samtidig har det blitt innført en plikt til å vurdere tverrfaglig helsekartlegging av barn som skal flytte ut av hjemmet, og det er utarbeidet informasjonsmateriell om hvordan denne skal utføres. Tverrfaglig helsekartlegging³⁵ er et tiltak etter barnevernsloven hvor Bufetat tilbyr en kartlegging av barnets helse, gjennomført av et team som består av barnelege, psykologer og en person med barnevernsfaglig kompetanse.

Helsedirektoratet arbeider med en veileder som skal tydeliggjøre ansvars- og oppgavedeling og forventninger til samhandling på tvers av tjenester, nivåer og sektorer²⁸. Den skal beskrive et helhetlig og samordnet psykisk helsearbeid for barn og unge og gi anbefalinger til helse- og omsorgstjenestene. Veilederen er forventet ferdig høsten 2023, men det foreligger allerede innspill som tjenestene kan bruke til egen forbedring.

Alt dette skal avhjelpe samarbeidsutfordringene mellom barnevern og psykisk helsevern.

Vurdering

De uttalte samarbeidsproblemene mellom psykisk helsevern og barnevern henger tett sammen med forståelsen av hva som er årsaken eller opprinnelsen til jentenes psykiske uhelse. Ulike syn på bakgrunnen fremstår som et av de største hindrene for at jentene sikres hjelpen de har behov for. Denne problemstillingen er blant annet også påpekt av Helsetilsynet i vår gjennomgang av 106 barnevernssaker i 2019³.

Det er nødvendig og nyttig at det utarbeides rundskriv og forløp. Det er likevel ikke sikkert at dette er tilstrekkelig til å løse den underliggende utfordringen med manglende felles forståelse av barnets behov. Prinsippet om barnets beste⁷ tilsier at tjenestene hele tiden har ansvar for å tenke helhetlig. For disse barna er det ikke nok at hver instans gjør det som er et minimum, de må bruke alle tilgjengelige virkemidler og strekke seg utover sine egne definerte roller.

Prinsippet om barnets beste tilsier videre at det er nødvendig at tjenestene arbeider seg frem til en omforent og felles forståelse av barnets behov. Barn som har behov for hjelp fra flere instanser samtidig, er avhengig av at instansene er enige og innforstått med hva som er behovene og problemene, og at samarbeidet innebærer at den enkelte instans skal arbeide med dette ut ifra sin kompetanse. For å gi barn effektiv hjelp, er det avgjørende at de involverte tjenestene har felles mål.

Samarbeidet bør tilrettelegges så hver instans kan bruke sin ekspertise og sine ferdigheter for å bidra til barnet får dekket sine behov, og at risiko for skade på utvikling, liv og helse reduseres. Innsatsen må koordineres, og de ulike instansene må støtte hverandre, slik at barnet får den omfattende hjelpen det trenger og kan oppnå en bedre livssituasjon.



4.2 Behov for ansvarsavklaringer og forpliktende samarbeidsavtaler

I dokumentene er det referater og journalnotater som viser hyppig dialog og møtevirksomhet. Det ble avholdt ansvarsgruppemøter, avklaringsmøter, drøftingsmøter, samarbeidsmøter, evalueringsmøter, risikovurderingsmøter og inntaksmøter. I møtevirksomheten var det kontakten mellom kommunalt barnevern, Bufetat og barnevernsinstitusjonene som var mest fremtredende. I tillegg var det møter hvor også helsetjenestene ved BUP og skole var til stede. Vi finner i liten grad dokumenter fra møter hvor fastlege eller politi var til stede.

I ansvarsgruppemøter og enkelte samarbeidsmøter var også foresatte til stede. Det er varierende i hvilken grad jentene selv var til stede i møtene; noen deltok ved å lytte, mens andre var mer aktivt til stede, og noen møtte ikke i det hele tatt. De deltok av og til på Teams, og noen ga skriftlige innspill til møtene. I innkallingene ser vi at jentene var invitert inn til langt flere møter enn de deltok i.

Møtene ble referatført, og av disse ser vi at hver instans redegjorde for sine oppgaver og hva som er gjort siden sist, etterfulgt av den enkelte tjenestes oppgave videre.

Tjenestene har utarbeidet opptil 10 planer for hver jente. En av jentene hadde for eksempel både tiltaksplan, samværsplan, plan for daglige rutiner, «jentas plan», miljøterapiplan, trygghetsplan, sikkerhetsplan, oppfølgingsplan ved plassering, handlingsplan og kostplan. Ifølge notater og møtereferat pekte både Bufetat og kommunale barnevernstjenester i noen av tilfellene på behov for individuell plan¹⁵. Ingen av jentene hadde individuell plan, uten at det fremgår hvorfor dette ikke ble gjennomført. Det finnes heller ikke noen annen plan for samarbeidet mellom instansene for noen av barna.

Noen ganger var det Bufetat som innkalte til møte, andre ganger var det lokalt barnevern. Av dokumentene fremkommer det ikke hvilken av tjenestene som hadde et særskilt koordineringsansvar eller et utpekt ansvar for å holde i samarbeidet.

Pågående endringer

I ny Nasjonal veileder for samarbeid om tjenester til barn, unge og deres familier, fra Helsedirektoratet²⁶, påpekes det at «*Hensynet til barnets/ungdommens beste er et grunnleggende hensyn i vurderingen av hvordan velferdstjenestene skal samarbeide. Hva som er best for barnet eller ungdommen, må vurderes konkret i hvert enkelt tilfelle ut fra barnets eller ungdommens situasjon og behov*». Her legges det opp til at barnets beste skal være utgangspunktet for samarbeidet.

Familier som har barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne har nå fått rett til barnekoordinator¹⁷. Det er familien som har rett til barnekoordinator, ikke barnet selv. Det er den kommunale helse- og omsorgstjenesten som skal vurdere om det er behov for barnekoordinator og oppnevne barnekoordinatoren, mens spesialisthelsetjenesten ikke har tilsvarende plikt til å oppnevne dette²⁶.

Vurdering

Samarbeidsmøtene fremstår av dokumentasjonen som informasjonsutveksling om hva den enkelte tjeneste eller virksomhet hadde foretatt seg siden siste møte. Det fremkommer ikke at disse møtene arbeidet seg frem til en felles forståelse av hva barnet behøvde, og hva de ulike tjenestene skulle eller burde ha gjort for å støtte opp under dette. Det kan imidlertid ha vært gjort mer felles analyse og planlegging av hvordan barna skulle møtes enn det som kommer



frem av referatene. Selve referatformen kan skjule konstruktiv samhandling som foregår uformelt.

Dokumentene viser at tjenestene utøvde sitt samfunnsoppdrag og tok ansvar for sine oppgaver. Men for barn med komplekse behov som utfordrer dagens organisering av ulike tjenester, er det ikke nok at hver tjeneste gjør det de skal. Når barnas behov for hjelp ikke ble sett i et helhetlig perspektiv, førte dette til at behovene ble forstått og håndtert separat av de forskjellige tjenestene. Det igjen ga fragmenterte tiltak og tilnærminger som hver for seg ble utilstrekkelige for barn med store sammensatte problemer. Fragmentering kunne også bidra til ansvarsfraskrivelse; det ble vanskeligere for hver enkelt tjeneste å ivareta sitt ansvar når andre av ulike grunner ikke ivaretok sitt.

Dagens regelverk inneholder plikt til samarbeid mellom tjenestene når det er nødvendig ut fra barnets behov³⁹. All erfaring tilsier at regelverk kan, men ikke nødvendigvis alltid vil, føre til nødvendig handling. Samarbeid forutsetter ledelse som legger til rette og en kultur som verdsetter at man bidrar på andres ansvarsområder.

Det er behov for at tjenestene lager én felles plan for barnet. I utgangspunktet er retten til individuell plan ment å oppfylle dette behovet. Dersom individuell plan ikke er mulig eller er vanskelig å benytte for samarbeidet om disse barna, bør tjenestene lage en annen type felles plan for samarbeidet dem imellom.

For at samarbeid skal fungere, er det også viktig at noen har hovedansvar for å samordne tjenestetilbudet. Selv om barna i vårt materiale kunne hatt rett til barnekoordinator¹⁷, hadde de lite kontakt med den kommunale helsetjenesten. De flyttet i tillegg mye rundt mellom kommuner, noe som ville gjort koordinatorfunksjonen utfordrende.

Jentene i vårt materiale hadde antakelig også hatt rett til koordinator innenfor spesialisthelsetjenesten, ettersom de hadde behov for langvarig hjelp. Ingen av jentene hadde koordinator. Det bør vurderes hvorvidt både barnekoordinator, og koordinatorfunksjonen, er organisert på en hensiktsmessig måte, som bidrar til at barn med langvarige og sammensatte behov fra flere ulike tjenester kan få en nødvendig koordinator når kriteriene for individuell plan ikke er oppfylt.

5 Manglende psykisk helsehjelp til barn og unge

Alle de åtte jentene har hatt behov for og fått helsehjelp. Det varierte hvor gamle jentene var da helsehjelpen ble påbegynt. Samarbeid og samhandling mellom barnevern og helsetjenester er behandlet i kapittel 4; her drøfter vi forbedringsbehov som kun gjelder helsetjenester.

5.1 Mangler i det kommunale lavterskeltilbudet

Dokumentasjonen tyder på at primærhelsetjenester har hatt en forholdsvis begrenset rolle i arbeidet med å bistå de åtte jentene og deres familier. Dette kan skyldes at hovedtyngden av dokumentene vi har mottatt og innhentet handler om faser hvor problemene for barna allerede har blitt omfattende og komplekse.

I noen få tilfeller der jentene hadde alvorlig spiseforstyrrelse, har fastlegen vært med i et samarbeid med psykisk helsevern. I andre tilfeller har fastlegen henvist til BUP, men generelt



kan det virke som fastlegene har spilt en liten rolle i samarbeidet. Kun én av jentene var tilknyttet et tilbud om psykisk helsehjelp i kommunen der hun bodde.

Pågående endringer

Regjeringen lanserte våren 2023 en opptrappingsplan for psykisk helse³¹. I denne påpeker regjeringen utfordringer med å sikre psykisk helsehjelp i kommunene og varsler at den vil legge til rette for å styrke lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus i kommunene.

Vurdering

Både Riksrevisjonen og Barneombudet har påpekt at tilbudet i kommunene til barn og unge med psykiske plager ofte er underdimensjonert¹³. Ukom rapporterte i 2022 at det er et stort gap mellom helsetilbudet for barn og unge med psykiske vansker i kommunene og tilbudet i spesialisthelsetjenesten⁴². Nesten 40 % av kommunene opplyser at behandlingstilbudet til unge med samtidige psykiske plager/lidelser og rusmiddelproblemer ikke er godt nok i deres kommune³⁷.

Vi har ikke grunnlag for å fastslå en sammenheng mellom manglende tidlig intervensjon av helsetjenester og disse barnas utvikling av alvorlige og sammensatte problemer og lidelser. Vi finner det likevel naturlig her å peke på betydningen av forebyggende helsearbeid og tilgang til lavterskeltilbud i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

5.2 Utfordrende arbeid med utredning og poliklinisk hjelp

Alle jentene hadde tilbud i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP). Det varierte hvor lang tid BUP brukte på utredning og hvilke instanser som satte diagnosene.

Utredning, diagnostisering og behandling i BUP var preget av diskontinuitet. Dette skyldtes dels at barna selv aktivt avviste å motta hjelpen, og dels at de av ulike grunner ikke møtte til avtalte timer. Den viktigste årsaken til mangler ved utredning, diagnostisering og etablering av behandlingsrelasjon, var at barna stadig flyttet.

Flyttingene innebar søknader til nye barne- og ungdomspsykiatriske tjenester, nye ventetider og etablering av nye behandlingsrelasjoner. Det fremkommer svært tydelig av materialet at disse stadige byttene av behandlingssted utgjorde en stor utfordring for barna, og gjorde det vanskelig å skape relasjoner med ny behandler.

Vi har sett ett godt eksempel på hvordan denne ustabiliteten ble forsøkt kompensert. I ett tilfelle etablerte spesialisthelsetjenesten (BUP) et eget veiledningsteam som fulgte opp både barnet selv og barnevernsinstitusjonen hun bodde på. Utover dette tilbød BUP imidlertid i all hovedsak samtaler på poliklinikk. Jentene ble kjørt til og fra av ansatte i barnevernsinstitusjonen eller av foreldre. I enkelte tilfeller resulterte samarbeidsmøter i at BUP bidro med veiledning til de ansatte på barnevernsinstitusjonen.

Pågående endringer

Det er utviklet nye modeller for oppsøkende og helhetlige tjenester til personer med alvorlige psykiske lidelser. FACT ung⁶ er en slik modell som er under etablering i helseregionene, og som er tilpasset unge mellom 12 og 25 år. FACT står for fleksibel oppsøkende behandling, og et kriterium for å bli inkludert er at barnet skal ha alvorlig funksjonssvikt, sammensatte vansker og behov for langvarig og sammensatt innsats fra PHBU og barnevern.



Helsedirektoratet og Bufdir samarbeider om oppfølging av Helsetilsynets rapport *Når barn trenger mer – Rammer og omsorg*³⁰. Deres forslag til oppfølging vil bli viktige forutsetninger for forbedring av tiltakene til barn med den typen sammensatte og omfattende behov som vi beskriver i denne rapporten.

Vurdering

De sammensatte problemene til jentene gjorde det utfordrende både å diagnostisere og behandle dem. Tjenestene er ikke utformet med tanke på denne pasientgruppen som er unge, har komplekse utfordringer og stadig flytter. For å etablere tjenester med nødvendig kontinuitet og kompetanse, er det behov for å se på strukturelle hindre for fleksibilitet og tilpasning til barnas faktiske situasjon og behov. Det vi observerer i disse åtte tilfellene, og som er dokumentert og beskrevet i andre enkeltsaker og rapporter, er at behandling som tjenestene har ment var nødvendig helsehjelp, har stoppet opp.

Historiene til de åtte barna i vårt materiale er ikke enestående. Den svært uheldige oppstykkede kontakten med psykisk helsevern er beskrevet før^{12 30}. En registerstudie fra 2022 viser at en svært høy andel av barn som hadde kontakt med psykisk helsevern før selvmord, var uten diagnose eller diagnostisert med uspesifikke tilstander⁴⁸. Dette antyder et behov for bedre og mer systematisk utredning og diagnostikk i behandlingen av pasienter i psykisk helsevern for barn og unge.

Det å sette diagnoser på barn stiller særlige krav til utredningskompetanse. Det er behov for fortsatt forskning og utvikling av kunnskap og kompetanse som kan bidra til at den psykiske helsehjelpen til barn med komplekse utfordringer kan tilpasses disse barnas spesielle behov.

5.3 For mange eksklusjonskriterier for døgnopphold i psykisk helsevern?

Alle barna hadde hatt døgnopphold i psykisk helsevern. Noen hadde behandlingsopphold over en lengre periode i en tidlig fase av problemutviklingen. De var da innlagt med en alvorlig hoveddiagnose som det er faglig konsensus om at skal behandles i institusjon over noe tid.

Alle hadde senere hyppige innleggelser over en natt eller to, i sammenheng med situasjoner der de utsatte seg for stor fare. De hyppige kortvarige innleggelsene ble ofte etterfulgt av at ansatte i barnevernsinstitusjonen de bodde i, etterlyste et lengre behandlingsopphold i en barne- og ungdomspsykiatrisk døgnenhet.

Utskrivelsene etter kortvarige innleggelser hadde ulike begrunnelser. Ofte var begrunnelsen at barnet ikke var psykotisk, at det dreide seg om en traumebasert lidelse, og at det derved ikke var behov for innleggelse. Utskrivelser etter kort tid ble også begrunnet med at døgnenheter i spesialisthelsetjenesten ikke hadde omsorgsoppgaver, og derfor kun ga akutt hjelp. Det kommer også til uttrykk en klar faglig holdning om at det er uheldig for barn å institusjonaliseres ved lengre døgnopphold i psykisk helsevern. I de tilfellene det var snakk om fare for selvmord, var begrunnelsen for utskriving at selvmordsfaren var kronisk, ikke akutt.

To av jentene fikk tilbud om åpen retur til kortvarig opphold i sengepost i en periode. Dette ble beskrevet av alle som en god løsning, der jentene selv, sammen med personalet på barnevernsinstitusjonen, kunne vurdere når de hadde behov for mer hjelp.



Det ble søkt om innleggelse i en av de to institusjonene som gir helsetjeneste i tillegg til omsorg etter barnevernloven (se nedenfor under Pågående endringer), for en av jentene. For en annen ble det undersøkt om dette kunne være en mulighet. Jentenes konkrete psykiske helseproblem og deres manglende behandlingsmotivasjon ble angitt som grunn til at de ikke kunne tilbys plass.

Det er gjennomgående at spesialisthelsetjenesten mente jentene hadde behov for en stabil omsorgsbasis som tilbød traumesensitiv omsorg, ikke innleggelse i sykehus. Når jentene manglet en stabil omsorgssituasjon eller ikke var motivert for behandling, ble dette brukt som begrunnelse for ikke å tilby behandling i døgnenhet. I noen tilfeller var det uenighet mellom BUP poliklinikk og døgnenheten om dette.

Jentene var i varierende grad selv motivert for innleggelse lenger enn over natten. Det er flere eksempler på at jentene var så dårlige at de ble lagt inn om kvelden eller natten, reiste tilbake til barnevernsinstitusjonen neste morgen, for så å komme tilbake til sykehuset noen timer senere, og at dette gjentok seg gang på gang.

De åtte jentene ble enten ikke ferdig utredet slik at det kunne settes en diagnose, eller det var satt en tentativ diagnose. De som var diagnostisert hadde ofte flere diagnoser, men de hadde ikke en alvorlig sinnslidelse.

Pågående endringer

Det er etablert to institusjoner som skal dekke både barns behov for omsorg etter barnevernloven og deres behov for helsetjenester. Disse to institusjonene er i utgangspunktet regionale, men Bufdir opplyser at de har mulighet til å gi tilbud til barn fra hele landet når det er ledig kapasitet.

FACT ung er etablert i flere helseregioner som et forpliktende samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommuner. Vi har kort omtalt dette tiltaket i kapittel 5.2.

Vurdering

Diskusjonen om innleggelse i døgnenhet gjaldt alle jentene i vårt materiale. Barn som trenger langvarig hjelp fra psykisk helsevern, får i all hovedsak nødvendige tjenester poliklinisk. Antall døgnplasser i psykisk helsevern for barn og unge har holdt seg relativt stabilt de senere år. Samtidig er behovet stort. Tallene for 2021 viser en kraftig økning i nye pasienter som startet behandlingsforløp i døgnbehandling. Spesielt stor var veksten blant jenter, med 53% økning fra 2019–2021⁴⁰.

Det er ikke grunnlag for å konkludere med at manglende kapasitet var årsaken til at jentene i vårt materiale ikke ble lagt inn i døgnenhet utover de korte akutte situasjonene. Kapasitet i PHBU døgnenheter er imidlertid et tema som må vurderes løpende, for å sikre at barn som trenger lengre innleggelse, kan tilbys det. Det er også behov for å gjennomgå kriteriene for innleggelse for å sikre at barn får rett hjelp.

Helsetilsynet har tidligere påpekt at barn både over og under 16 år i barnevernsinstitusjoner har høy forekomst av alvorlige og sammensatte problemer, og at det må vurderes om disse tilstandene kan gi en like stor funksjonssvikt som en psykose³⁰. Beskrivelsene av de åtte jentene i dette materialet, deres psykiske plager og selvskadende adferd understreker behovet for en slik vurdering.



I 2019 skrev Helsetilsynet:

«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.»³⁰

Helsetilsynet konstaterer at barn utsettes for gjentatte inn- og utskrivinger og avbrutte relasjoner til behandlingstiltak i psykisk helsevern. Dette er skadelig for barn med så store og sammensatte problemer som de åtte jentene i vårt materiale hadde. Det er behov for kunnskapsutvikling og videreføring av arbeid med utvikling av faglig konsensus når det gjelder psykisk helseverns tilbud til barn som har store alvorlige psykiske plager eller lidelser, og som utsetter seg selv for svært stor fare.

Statsforvalterne har vurdert helsehjelpen de åtte barna har mottatt. Ikke alle tilfellene er ferdig behandlet av statsforvalteren når dette skrives. Med ett unntak er konklusjonen i de tilfellene som er avsluttet, at helsehjelpen har vært forsvarlig. Dette forhindrer ikke at når vi ser de åtte tilfellene samlet og i sammenheng, blir det tydelig at det er behov for en drøfting av om tilbudet i psykisk helsevern er utformet på en måte som ivaretar barn med store og sammensatte problemer.

5.4 Foreldrene og barnevernsinstitusjonene får for stort ansvar

Foreldrenes medvirkning når barnet fikk helsehjelp varierte. I de tilfellene der barnet hadde alvorlige spiseforstyrrelser forventet tjenestene mye av foreldrene. Tjenestene ga foreldrene noe opplæring og veiledning. I andre situasjoner kan det se ut som medvirkningen ikke handlet om annet enn å samtykke til helsehjelp for barnet. Mange av foreldrene ønsket mer helsehjelp for sine barn, men opplevde ikke å få innpass hos helsetjenesten.

De barna som hadde spiseforstyrrelser, fikk tilbud om døgnopphold i psykisk helsevern eller barneavdeling på sykehus over tid. Formålet med disse innleggelsene var å gi barna ernæring og sørge for å nå en vekt som kunne muliggjøre videre poliklinisk oppfølging. Det ble forventet at foreldre eller barnevernsinstitusjonen skulle følge opp behandlingen etter utskrivelse, eller i helger når klinikken var stengt. Foreldrene fikk veiledning på helsehjelp til barna sine, f.eks. veiledning om ernæring. Det fremgår av dokumentasjonen at denne situasjonen var vanskelig for flere foreldre.

Under innleggelse for behandling for spiseforstyrrelser var det forventninger fra sykehuset om at omsorgsperson skulle være til stede. I ett tilfelle ser vi at når foreldrene ikke hadde mulighet, forventet psykisk helsevern at barnevernsinstitusjonens ansatte skulle være til stede og lære seg «psykoedukasjon og sondering slik at institusjonen kan ivaretas behov for inntak av ernæring».

Vurdering

Barn har rett til å ha med seg en omsorgsperson ved innleggelse, men helsetjenesten kan ikke sette dette som et krav for å gi nødvendig helsehjelp¹⁸.



Foreldrene til disse åtte barna har ulike utgangspunkt, men alle har opplevd store utfordringer i møtene med helsetjenestene. Det stilles til dels store forventninger til disse foreldrenes deltakelse²⁴. Det er nødvendig at tjenestene har fleksibilitet og kompetanse til å tilrettelegge behandlingen for den kapasiteten og det utgangspunktet foreldrene faktisk har, dersom de skal bli i stand til å hjelpe sine barn.

Barnevernsinstitusjoner vil vanligvis også ha behov for betydelig tilførsel av kompetanse hvis de skal ivareta omsorgsrollen for disse barna i samarbeid med foreldre og helsetjenesten.

Samarbeid mellom kommunale helsetjenester, spesialisthelsetjenesten og barneverntjenesten er avgjørende for å etablere gode tiltak rundt de barna med alvorlige spiseforstyrrelser eller andre alvorlige psykiske plager, som har behov for mer hjelp og støtte enn det foreldrene har kapasitet til å gi.

6 Manglende samsvar mellom jentens behov og tiltaket som ble valgt

6.1 Lang vei fra undersøkelse til tiltak

For seks av de åtte jentene ble det meldt bekymring til barnevernet mens de var små. Bekymringene var knyttet til barnets atferd eller mulig manglende ivaretagelse og omsorg i hjemmet, noen med bekymring om mulig vold i hjemmet. Disse bekymringsmeldingene ble undersøkt, og for noen ble det iverksatt tiltak som råd og veiledning, eller de ble henlagt. Tiltakene som ble iverksatt ble i de fleste tilfellene avsluttet ganske raskt med begrunnelse at barnet og familien fikk bistand fra helsetjenesten, eller fordi barnevernet og foreldrene mente det ikke var behov for tiltak. For noen av barna kom det fram mistanke om at barnet eller søsken var utsatt for vold, men det ikke ble vurdert som nødvendig at jentene flyttet.

Bekymringsmeldinger som utløste ny undersøkelse eller akutte tiltak, kom først da jentene var blitt ungdommer. Bekymringsmeldingene kom enten fra helsevesenet, jentene eller foreldrene selv, anonyme privatpersoner, utekontakten, barnevernvakt eller PPT. I løpet av kort tid, og mens barnevernets undersøkelser pågikk, ble det sendt inn flere bekymringsmeldinger fra de samme instansene. Det ble også sendt bekymringsmeldinger etter at barna var flyttet ut av hjemmet.

Undersøkelsene som barnevernet gjennomførte i denne fasen, er svært forskjellige. Noen ganger ser vi at undersøkelsesrapporten kom sent i forløpet, fordi barneverntjenesten ikke hadde rukket å gjøre alle undersøkelsene før barnet flyttet ut av hjemmet. Andre ganger var undersøkelsene oppsummert i vedtak om hjelpetiltak eller plassering, eller i saksframlegg til fylkesnemnda og ikke som egne undersøkelsesrapporter.

Barns og foreldres deltakelse i arbeidet ble godt dokumentert i barnevernets journalsystem, møtereferat og ulike planer.

Samarbeid mellom flere tjenester kom først i stand når situasjonen hadde eskalert, og jentenes utfordringer hadde blitt store. En av familiene var i kontakt med familietjenesten i kommunen. Et annet barn ble tilbudt hjelp i et psykisk helsetiltak i kommunen. Ellers var det ingen andre kommunale tjenester som var involvert. Familievernet (som er en statlig tjeneste) var ikke



koblet inn i noen av familiene, til tross for at dette skal være et lavterskeltilbud for familier som har utfordringer.

Pågående endringer

Det er gjort mange grep for å bedre saksbehandlingen i barnevernet. Ny barnevernslov er forenklet i sin form for å være enklere å bruke i praksis. I tillegg har barnevernet fått et nytt saksbehandlingsrundskriv, og Bufdir har utviklet et barnevernfaglig kvalitetssystem og foretatt en digitaliseringsdugnad i barnevernet (Digibarnevern). Et arbeid med en grunnmodell for hjelpetiltak er også i gang²⁹, og det er kommet en ny forskrift om barnevernets oppfølgingsansvar⁸.

Vurdering

Helsetilsynet kan ikke ut fra materialet konkludere om de undersøkelsene barnevernet gjennomførte da jentene var små, skulle ført til flere tiltak. Det er flere år siden barneverntjenestene gjennomførte de første undersøkelsene i vårt materiale. Hvis de hadde vært gjennomført i dag, ville det etter vår vurdering vært naturlig i mange av disse sakene at barnevernet hadde initiert et samarbeid mellom barnevern, helsetjenesten og skolen i stedet for å henlegge saken. Det skal være lav terskel for å innkalle eller invitere andre sentrale instanser til konkrete avklaringsmøter, og instansene må være pålagt å stille. I slike avklaringsmøter må de som deltar ha myndighet til å forplikte egen virksomhet til samarbeid, og eventuelt til å la seg koordinere av en annen virksomhet.

Det at undersøkelsene som ble iverksatt flere år senere, da barnets problemer var blitt alvorlige og sammensatte, ble gjennomført etter at jentene hadde flyttet ut av hjemmet, er forståelig fordi situasjonen var alvorlig og akutt. Samtidig er det viktig at dette ikke fører til at barnevernets undersøkelse kun oppsummerer og beskriver det som er gjort, men at det beskrives tydelige mål basert på barnets behov, og en god plan for oppfølging av disse. Undersøkelsene som ble gjort i flere av de åtte tilfellene bærer preg av at det ikke var anledning til den grundighet som er nødvendig.

Barns og foreldres medvirkning i undersøkelsesarbeidet ser ut til å være godt ivaretatt i de fleste barnevernssakene. Det er godt dokumentert hva barnet selv mente i ulike journaldokument. Barnevernet har hatt samtaler med jentene alene. Jentene ble invitert til møter, men deltok i varierende grad. Ett barnevernsskontor la opp til at jenta, når hun ønsket det, kunne delta på Teams, uten bilde.

Barnevernsreformen har som mål at kommunene skal arbeide mer forebyggende, slik at familier får hjelp før barnevernet kobles inn. En del kommuner har opprettet tverrfaglige helseteam, men disse teamene er begrenset til arbeid med personer som har behov for omfattende helsetjenester²⁷. Tverrfaglige team er en god modell for samarbeid som også burde kunne etableres på et tidlig stadium i barnets liv, der problemene tilsier hjelp fra flere tjenester, men ennå ikke er definert som omfattende. I Helsedirektoratets veileder²⁴ om tjenester til barn, unge og deres familier gjøres det også tydelig at samarbeidsplikten i enkeltsaker starter når det er nødvendig for å gi barnet et helhetlig og samordnet tjenestetilbud.

I flere familier ble råd og veiledning benyttet som hjelpetiltak, uten at vi ser noen drøfting av om dette var et godt tiltak, eller en vurdering av effekten når de ble avsluttet. Det er også i liten grad beskrevet hva innholdet i råd og veiledning var. Det ser for oss ut til å være et misforhold mellom bekymringsmeldingenes innhold og tiltakene som blir satt inn.



6.2 Beskrivelsen av barnets behov er ikke god nok

Det er kommunalt barnevern som vurderer hvilken type tiltak barna har behov for, om det er beredskaps- eller fosterhjem, akutt-, omsorgs- eller behandlingsinstitusjon. Når barneverntjenesten vurderer at barn trenger å flytte ut av foreldrehjemmet, sender de en henvisning til Bufetat.

I henvisningene i de åtte sakene beskrev barneverntjenesten det tiltaket de mente barnet hadde behov for, og begrunnet sine vurderinger. Konkretiseringen av behovene varierte. Noen av henvisningene var utfyllende, mens andre var svært knappe. I flere saker kom det nye henvisninger til Bufetat, ettersom fosterhjem eller institusjonsopphold ble avbrutt. Barnets behov ble mer utfyllende analysert og beskrevet i de senere henvisningene.

Det er Bufetat som bistår den kommunale barneverntjenesten med å finne rett tiltak. Det varierte hvordan henvisningene til omsorgsinstitusjon ble behandlet av Bufetat. I noen tilfeller ble henvisningene vurdert av psykolog, i andre tilfeller ble det søkt etter tiltak basert på henvisningen fra barneverntjenesten alene. Bufetat var ikke i direkte kontakt med barna når de vurderte hvilke tiltak de skulle tilby.

De fleste av de åtte jentene ble henvist til omsorgsinstitusjon. Noen ble også, enten som første institusjon eller senere, henvist til behandlingsinstitusjon.

Pågående endringer

Tverrfaglig helsekartlegging er i ferd med å bli innført som et nasjonalt tiltak for å vurdere helheten i behovene til de barna som skal flytte ut av hjemmet. Tverrfaglig helsekartlegging er et tiltak etter barnevernsloven¹⁵ og gjennomføres av Bufetat med et team bestående av barnelege, psykolog fra BUP, psykologer og en med barnevernfaglig kompetanse fra Bufetat.

Vurdering

En god analyse og beskrivelse av barns behov er essensielt for å finne rett tiltak. Barna i vårt materiale hadde ikke krav på tverrfaglig helsekartlegging da de flyttet ut av hjemmet. Når vi ser betydningen av helsesituasjonen til jentene, ville en kartlegging etter vår vurdering hatt potensial for å gi en mer omfattende og dekkende beskrivelse og vurdering av deres behov enn det de fikk.

Når barn flytter til en omsorgsinstitusjon har barneverntjenesten vurdert at barnet har behov for omsorg utenfor hjemmet, og at institusjonen skal gi den omsorgen foreldre vanligvis gir sine barn. Når barn har alvorlige atferdsvansker knyttet til rus, kriminalitet eller annen utfordrende atferd, henviser barneverntjenesten til behandlingsinstitusjon.

Når barneverntjenesten vurderer at barnet har behov for å flytte til en behandlingsinstitusjon, blir henvisningen gjennomgått av en egen enhet i Bufetat, Nasjonal enhet for behandlingstiltak (NABE), som beslutter hvilken type behandlingsinstitusjon barnet har behov for.

Verktøyet som NABE bruker er ikke ment for barn som skal flytte til omsorgsinstitusjon etter omsorgshjemler¹⁵. Noen av jentene ble vurdert av NABE siste gang de flyttet til ny institusjon, fordi de da flyttet til en behandlingsinstitusjon. NABEs vurderinger er

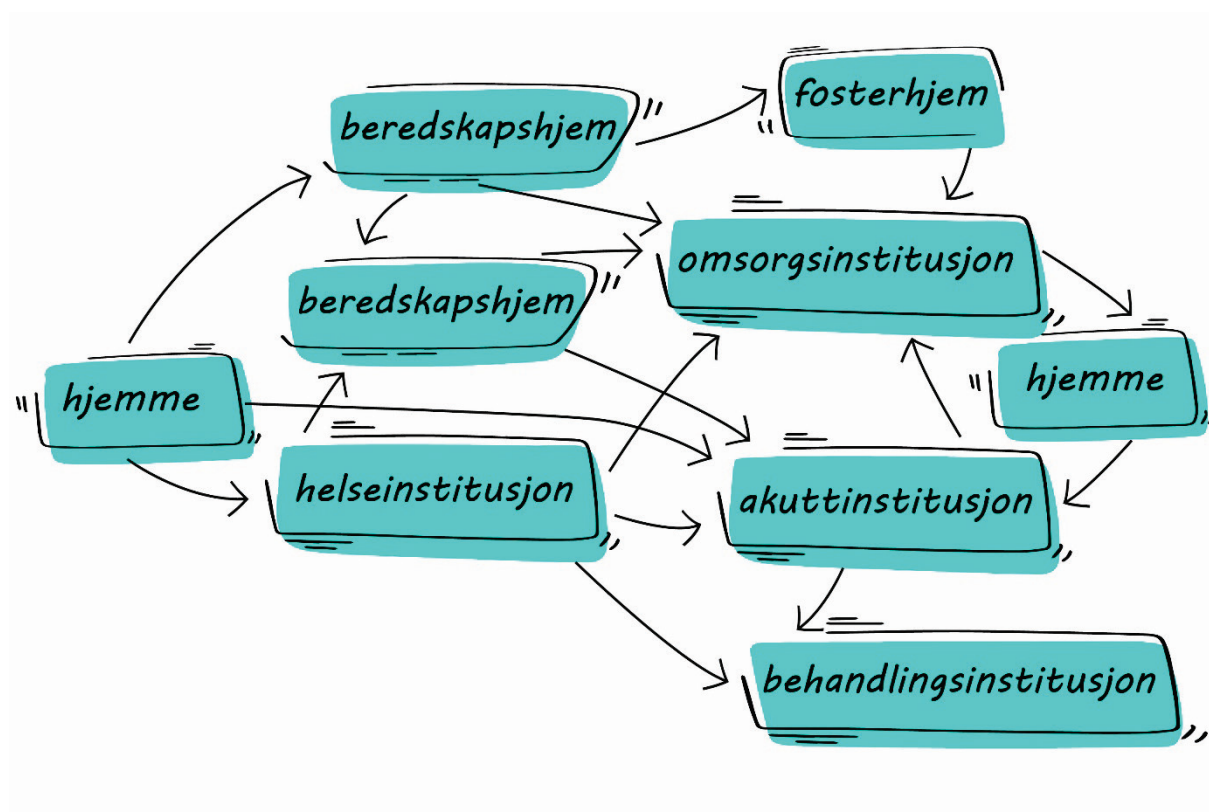


systematiske, men det er en svakhet at vurderingene gjøres på bakgrunn av dokumenter og uten barnets medvirkning.

Etter vår vurdering viser en oppsummering av alle de åtte tilfellene i vårt materiale at det er behov for forbedring når det gjelder å beskrive og vurderer barnas behov når de skal flytte til en omsorgsinstitusjon. En bedre beskrivelse ville kunnet gitt grunnlag for gode målformuleringer, og ikke minst for regelmessig oppfølging av jentene for å vurdere endringer i deres situasjon sammen med dem.

6.3 Tiltaket dekker ikke barnas behov

De fleste jentene flyttet først i beredskapshjem. Dette fungerte dårlig, og de flyttet så til akuttinstitusjon. Det ble så lett etter fosterhjem, men nesten alle jentene flyttet etter kort tid til institusjon basert på samtykke fra dem selv eller foreldre. Deretter fulgte en rekke flyttinger, som til slutt endte med enten omsorgsovertakelse, plassering på tvang, samtykke til tvang eller fortsatt samtykke til plasseringen¹⁵.



Illustrasjon: Jentene flyttet mange ganger.

Barneverntjenesten ga ifølge møtereferat og henvendelser til Bufetat, i flere tilfeller uttrykk for at de var usikre på om jentene i den akutte fasen var for syke eller for dårlig fungerende for beredskapshjem. Etter en drøfting med Bufetat besluttet barnevernet i de enkelte tilfellene likevel å ta imot tilbud om beredskapshjem, ut fra tanken om at geografisk nærhet i undersøkelsesfasen er viktig, og at det ikke er ønskelig at barnet bor i institusjon.

Beslutningen om å velge fosterhjem var basert både på jentenes ønske om normalitet og på oppfatningen i barneverntjenesten om at dette skal forsøkes før institusjon blir aktuelt.

Det dokumenteres godt i materialet hvor vanskelig det var for beredskapshjemmene og fosterhjemmene å gi jentene trygghet og omsorg, og hvorfor de ga opp. Gjentatte rømminger, alvorlig selvskading, trusler om vold og selvmord er svært utfordrende, selv for et erfarent og forsterket hjem.

Pågående endringer

Bufdir og Helsedirektoratet arbeider nå med å løse de utfordringene som ble påpekt i *Når barn trenger mer – Omsorg og rammer*³⁰, og har foreløpig kommet fram til tre alternative løsninger på utfordringen med å sikre at tiltaket står i forhold til barnets behov^{32 33}. Forslagene er oversendt de respektive departementene.

Vurdering

Etter vår vurdering burde det vært undersøkt grundigere om fosterhjem var rett for disse jentene. Deres alvorlige og sammensatte problemer, kombinert med det barnevernet ellers vet om hyppig flytting og relasjonsbrudd, gir grunn til å stille spørsmål ved om det i første omgang ble valgt riktig type tiltak for disse barna.

Dette er også problematisert i Helsetilsynets rapport om Vestlundveien⁴⁵, hvor vi skriver at prinsippet om hjem før institusjon bør fravikes når det er åpenbare grunner til at omsorgsoppgavene er for store for de fleste hjem og risikoen for relasjonsbrudd er svært høy.

Begrunnelsen for frivillig plassering av jentene i omsorgsinstitusjon var blant annet at barnevernet vurderte foreldrenes omsorgsevne som tilstrekkelig, og at det på daværende tidspunkt ikke var rus, kriminalitet eller annen atferd som var årsaken til plassering. Det ble også tatt hensyn til at frivillighet alltid skal forsøkes først.

Muligheten til å trekke samtykket til plassering bidro for noen av jentene direkte til at de flyttet ofte, noe som var svært uheldig for dem og bidro til en ustabil omsorgssituasjon. Institusjonene ble også usikre på hvor langt de kunne gå i å sette grenser for jentene når de var avhengige av at samtykket til plasseringen ble opprettholdt.

6.4 Finnes det en egnet institusjon?

I arbeidet med å skaffe til veie institusjonsplass til barnet, sendte Bufetat forespørsler til en rekke institusjoner. Statlige institusjoner ble forespurt først, men de kunne ikke gi tilbud til disse jentene av hensyn til gruppesammensetningen ved institusjonen, eller fordi jentenes behov ikke kunne ivaretas godt nok. Bufetat sendte dermed forespørsler til private institusjoner.

Bufetat fikk tilbud fra svært få av institusjonene de kontaktet. I tilbudene fra institusjonene beskrev de fleste at de benytter en traumebasert tilnærming i kombinasjon med opplæring i trygghet og sikkerhet. Det var få som beskrev hvordan dette skulle tilpasses det aktuelle barnet.

Som nevnt tidligere ble en av jentene søkt inn på en av de to felles helse- og barnevernsinstitusjonene Lunde og Bodø. For en annen ble det undersøkt om dette kunne være en mulighet. Ingen av jentene tilfredsstilte inntakskriteriene for disse institusjonene. Jentenes problematikk og mangel på egenmotivasjon var årsaker til at det ikke ble søkt eller ikke ble gitt plass.



I dokumentene ser vi at det hadde vært diskusjoner om hvorvidt Bufetats bistandsplikt hadde blitt oppfylt. I flere tilfeller mente jentene, Bufetat og barneverntjenesten at jentene trengte mer, og da særlig psykisk helsehjelp, enn Bufetat mente barnevernet kunne tilby. I disse tilfellene drøftet Bufetat og barneverntjenesten om det innebar at Bufetat ikke hadde bistandsplikt. Statsforvalteren avklarte i disse tilfellene at Bufetat sin bistandsplikt gjelder uansett hvilket helsebehov barnet har.

Det fremgår av dokumentene at det var utstrakt kontakt mellom Bufetat og institusjonene. Kontakten var preget av meldinger om alvorlige hendelser og behov for akutte avklaringer. Det er lite skriftlig dokumentasjon på at Bufetat satte mål for institusjonsoppholdet og regelmessig evaluerte jentenes utvikling mot målene.

I anbuds- og avtaledokumentene fremgår det at institusjonene skulle oversende varsel om alvorlige hendelser, som Bufetat deretter la inn i sitt avvikssystem. Bufetat mottok mange rapporter og meldinger om alvorlige hendelser med jentene, uten at vi kan se at dette førte til annen endring enn økt bemanning, dersom institusjonen ba om det.

Manglende oppfølging av barn på barnevernsinstitusjon fra lokalt barnevern har vært et tema lenge². I vårt materiale er det stor variasjon når det gjelder dokumentasjon om dette. Noen kommunale barneverntjenester var tett på og hyppig kontakt med jentene ble dokumentert i form av møtereferater, referat fra telefonsamtaler og fra besøk. Andre dokumenterte liten eller ingen kontakt.

Pågående endringer

Med hjemmel i barnevernsloven er det nå gitt en egen forskrift, oppfølgingsforskriften⁸. Formålet med forskriften er at barneverntjenesten skal ivareta sitt ansvar for å følge opp barn når de bor i institusjon.

Vurdering

Institusjonene ga på Bufetats forespørsel tilbud hvor de i relativt generelle vendinger beskrev hvordan de ville imøtekomme barnets behov. De utviste fleksibilitet i den forstand at de raskt bygget opp tiltak som kunne ta imot jentene. Institusjonene var imidlertid for lite konkrete når det gjelder hvordan behovene til barnet skulle ivaretas.

Bufetat og institusjonene hadde utstrakt kontakt, men det var i de fleste tilfeller ikke gjort en skriftlig og konkret vurdering av jentenes behov opp mot tiltakets tilbud. I flere tilfeller var institusjonens faglige tilnærming beskrevet i generelle vendinger, for eksempel at de tilbød miljøterapi eller hadde en traumebevisst tilnærming, uten at dette ble satt i sammenheng med jentenes situasjon.

Intensjonen med å samle helse og barnevern i felles institusjoner i Lunde og Bodø var å svare ut behovet til blant annet denne gruppen barn, som har sammensatte behov. Det må arbeides videre med å utvikle modeller som ivaretar barn med behov for både psykisk helsehjelp og omsorg.

Helsetilsynet mener også at det er en utfordring at bistandsplikten til Bufetat vurderes som oppfylt når en institusjon er valgt, til tross for at institusjonen ikke er tilpasset barnets behov. Flere av de pågående forbedringsaktivitetene i regi av Bufdir og Helsedirektoratet har som formål å bedre kartleggingen av barns behov. Når behovene er godt beskrevet og vurdert, må



det legges til rette slik at de institusjoner barn skal bo i, kan ha fleksibilitet og ressurser til å tilpasse tilbudene sine til det enkelt barns behov.

I forarbeidene til forslag til ny barnevernslov³⁸ understreker departementet at tiltaket skal være tilpasset barnets behov og ha den ønskede effekt. Samtidig skal tiltaket vurderes mot ressursbehov, blant annet andre barns behov på institusjonene. I en tolkningsuttalelse fra Bufdir tydeliggjøres det at Bufetat skal gjøre vurdering av barnets behov opp mot kapasitet⁴³. Tilgjengelig kapasitet og ressurser vil alltid være en ramme for valg av tiltak, samtidig skal det legges til rette for at barnevernsinstitusjoner kan være både fleksible og forutsigbare når det gjelder å ivareta det enkelte barns behov.

7 Vansker med å ivareta omsorg for barna i barnevernsinstitusjonene

7.1 Institusjonenes tilnærming/ ivaretagelse av jentene

Institusjonene ga generelle og dagligdagse beskrivelser av hvordan de jobbet med å tilrettelegge skoletilbud eller dagtilbud, følge opp jentenes aktiviteter og interesser og vanlig planlegging av turer, bursdager eller oppfølging av jentenes ønsker.

Noen av institusjonene beskrev kontakten jentene hadde med jevnaldrende. For enkelte var kontakten de hadde med jevnaldrende god og ønskelig. For andre ble det beskrevet et mer problematisk bilde, ved at jentenes nettverk besto av andre barn med tilsvarende problematikk, noe som vedlikeholdt eller forverret deres egne utfordringer. Det kommer også frem at jentene etablerte relasjoner med andre ungdommer gjennom sosiale medier, og at flere av disse kontaktene hadde en destruktiv innvirkning på jentene.

Når jentene hadde flyttet inn på institusjonen, beskrev personalet (med unntak av på én institusjon) hvordan de jobbet for å komme i kontakt og etablere relasjon med jentene. De beskrev ulike tilnærminger og tilpasninger for å ivareta og gi jentene den omsorgen de trengte. Institusjonene hadde delmål som de jobbet med, og de gjorde tilpasninger og tilrettelegging for å nå disse målene.

Det er gjentatte beskrivelser av hvordan institusjonene forsøkte å tilrettelegge for helsemessig oppfølging, og utfordringer med dette. Institusjonens kontakt med spesialisthelsetjenestene i forbindelse med vurdering av jentenes psykiske helse, og ved innleggelse og utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten, beskrives også.

Flere av jentene ruset seg, og flere utviklet et rusproblem mens de bodde i institusjon. For noen av jentene eskalerte eksperimenteringen med rus fort til sterke stoffer og mange overdoser.

Institusjonslivet var preget av alvorlige hendelser som rømninger, selvskading, institusjonens bruk av tvang eller andre inngrep og begrensninger i jentenes personlige integritet. I e-poster, journalnotat og meldinger til Bufetat ser vi gjentatte ganger at institusjonene beskrev utfordringer med å ivareta jentene, og problematisering av rammene som institusjonene opplevde at de hadde for å gi forsvarlig omsorg. Særlig beskrev institusjonene at de ikke opplevde at de hadde de nødvendige rammene for å forhindre jentene i å rømme, skade seg selv eller at jentene kom i situasjoner som kunne være skadelige for dem. Flere vektla at



jentenes utfordringer var mer komplekse og utfordrende enn det som kom frem av forespørslene fra Bufetat.

Når jentene hadde uteblitt eller rømt fra institusjonen, utformet institusjonene detaljerte beskrivelser av det de foretok seg, hvem de kontaktet og hvor de lette. Ettersom institusjonene selv oppfattet ikke å ha mulighet til å hindre jentene fra å rømme, eller bringe dem tilbake til institusjonen, fulgte personalet etter. De ba politiet benytte fysisk makt for å hente jentene tilbake, eller hindre dem i å ta livet av seg. Dette fremstår som svært vanskelige situasjoner for de ansatte, og ikke minst for jentene.

Det fremgår av materialet at institusjonene strakk seg langt i arbeidet med disse jentene, og at de ba om samarbeid med psykisk helsevern og om veiledning. Flere av institusjonene fikk veiledning fra psykisk helsevern og uttrykte at dette var til stor hjelp. Andre ba om veiledning, men fikk det ikke.

Pågående endringer

Det er godt dokumentert at barn i barnevernsinstitusjoner har stort behov for psykisk helsehjelp¹⁴, og det er satt i gang tiltak for å bedre situasjonen. Det er skal for eksempel utpekes helseansvarlig på barnevernsinstitusjonene⁴⁷ og barnevernsansvarlig i psykisk helsevern²². Disse ordningene kan bidra til å sikre at noen etterspør og følger opp helsehjelp for barnet.

Det finnes eksempler på team som kan veilede og samarbeide med både lokalt barnevern og institusjoner, som for eksempel Stillasbyggerne, en ambulant tjeneste ved Akershus universitetssykehus, som bistår både lokalt barnevern og barnevernsinstitusjoner. Dette er imidlertid geografisk begrensede tilbud.

Videre er tilbudet fra FACT ung, som er beskrevet foran, relevant for disse barna når de bor i barnevernsinstitusjon.

Vurdering

Gjennomgående er inntrykket at institusjonene i stor grad gjør det de har beskrevet at kan gjøre og har kompetanse til. Det er likevel en gjentakende problemstilling at institusjonene ikke opplevde å ha de nødvendige rammene for å trygge og hjelpe jentene.

Mange av jentene i denne gjennomgangen bodde på institusjon etter eget eller foreldrenes samtykke jf. barnevernloven (bvl.) § 4-4 sjette ledd. Institusjonen var dermed hele tiden er avhengig av å bidra til å opprettholde dette samtykket for å få barna til å bli boende.

Videre fremgår det av dokumentene at det var usikkerhet hos institusjonene rundt hva de hadde anledning til å gjøre av begrensninger og inngrep når barn var plassert etter bvl. §§ 4-4, 6. ledd eller 4-12. Disse utfordringene gjør seg tilsvarende gjeldende etter ny barnevernslov, i og med at reglene om begrensninger, inngrep og tvang er de samme som før lovendringen.

Institusjonen utøver den daglige omsorgen for barnet i foreldrenes sted, og har derfor både rett og plikt til å sette de nødvendige grenser for å ivareta det enkelte barn og hindre barnet i å skade seg selv. Avveiningen og vektingen mellom hva institusjonen kan og skal gjøre er en balanse mellom barnets rett til personlig integritet og behovet for å verne, beskytte og legge til rette for gode og trygge utviklingsbetingelser.



Helsetilsynet påpeker at institusjonene, uavhengig av plasseringshjæmmel, har mulighet til å sette nødvendige begrensninger i regi av omsorgsansvaret og gjøre inngrep i barnets integritet etter konkrete bestemmelser i rettighetsforskriften⁹. Dette kan for eksempel innebære å begrense hvilke steder et barn kan oppholde seg, fordi det kan være utrygt. I situasjoner der barnet har et ekstra behov for beskyttelse, kan det være nødvendig ut fra omsorgsansvaret å begrense barnets bevegelsesfrihet med mer omfattende virkemidler. Det kan for eksempel være at barnet for en kort avgrenset periode ikke får forlate institusjonen eller må ha følge av en institusjonsansatt utenfor institusjonen. Slike beslutninger må knytte seg til konkrete hendelser som forutsetter behov for beskyttelse, og være tilpasset barnets alder og modenhet. Institusjonen kan også undersøke barnets rom for oppbevaring av smertestillende piller, rusmidler eller andre gjenstander som barnet kan skade seg med, og inndra disse. Dersom det er akutt fare for skade på barnet, kan institusjonen utøve tvang, på nærmere angitte vilkår.

I disse vurderingene vil det også være vesentlig hva institusjonene har gjort av forebyggende og avvergende tiltak, og i hvilken grad de har gjort systematiske evalueringer av lignende hendelser (§ 12).

Vårt materiale gir etter vår vurdering ikke en tilstrekkelig beskrivelse av tiltak som kunne ha forhindret eller redusert jentenes mulighet til å skade seg selv. Institusjonene har produsert både sikkerhetsplaner og risikovurderinger. Likevel ser det ut til at de akutte og alvorlige hendelsene gjentok seg gang på gang, uten at evalueringer, planer og vurderinger førte til mer effektiv forebygging.

Institusjonenes omsorgsansvar utfordres også når barn bor etter samtykke, og likevel rømmer fra institusjonen. Her får plasseringshjæmmelen betydning for hva institusjonen kan gjøre. For barn som bor på samtykke etter § 4-4, 6. ledd har ikke institusjonen anledning til å bringe dem tilbake til institusjonen mot sin vilje. I disse tilfellene kan institusjonen anmode politiet om hjelp, men politiet må da vurdere om de ut fra eget regelverk kan bidra med tilbakeføring jf. rettighetsforskriften § 20. Barn plassert blant annet etter §§ 4-12 eller 4-24, kan de ansatte bringe tilbake mot sin vilje, og barnevernstjenestens leder kan kreve at politiet bistår. Etter Helsetilsynets vurdering bør ikke muligheten for å hente tilbake barn som rømmer være avhengig av plasseringshjæmmel, og det bør vurderes om det er behov for justering av lovverket på dette området.

Deltakelse på sosiale medier utgjorde en risiko for jentene. Det påpekes av både Bufdir og Helsedirektoratet at aktivitet på sosiale medier utgjør en mulig kilde til smitte av selvskading og selvmord³². Jentene i vårt materiale hadde få fysiske venner, men ble med i nettverk på sosiale medier. Disse nettverkene kan både ha positive og negative konsekvenser. Jentene fant imidlertid sider med negativt innhold og nettverk som bidro til å forverre deres situasjon. Både norske og internasjonale undersøkelser viser at barn og unges bruk av internett og sosiale medier har økt de siste årene. Det er derfor viktig med økt fokus på hvordan sosiale medier generelt bidrar til å forverre den psykiske helsen til barn i barnevernsinstitusjoner.

7.2 Mange alvorlige hendelser

Institusjonene fattet enkeltvedtak for å beskytte jentene mot fare. Vedtakene om bruk av tvang etter rettighetsforskriften⁹, ble brukt for å holde igjen jentene når de skadet seg selv eller forsøkte å rømme. Det ble også fattet vedtak om ransaking av rom og eiendeler og kroppsvisitasjon når institusjonene mistenkte at jentene var i besittelse av gjenstander som de kunne bruke til å skade seg selv. Det ble også gjort vedtak om ransaking ved mistanke om at



de hadde rusmidler eller legemidler som ikke var foreskrevet til dem av lege. Vedtakene ble ført i protokoll, og disse ble sendt til statsforvalterne, barnevernstjenesten, foresatte og Bufetat.

I tilfeller hvor jentene hadde rømt eller skadet seg selv alvorlig, loggførte institusjonene detaljert hva de ansatte gjorde. Meldinger om alvorlige hendelser som ikke medførte enkeltvedtak, ble kun sendt til Bufetat.

Omfanget av enkeltvedtak for å beskytte jentene mot fare varierte sterkt. Noen hadde flere enn 50 vedtak over en kort tidsperiode.

Hendelsene ble i de fleste tilfellene ikke gjennomgått med jentene, og de klaget i liten grad på vedtakene. Enten husket de ikke det som hadde skjedd, eller de orket ikke gå gjennom det på nytt.

Vurdering

Omfanget av enkeltvedtak etter rettighetsforskriften⁹ og varsler til Bufetat om alvorlige hendelser på institusjonene sier noe om hvor alvorlig problematikken til jentene var, og også hvor utfordrende situasjonen var for institusjonene.

Barnets mening er en viktig del av den evalueringen institusjonen skal gjøre for å forebygge fremtidige hendelser. Det er i de fleste tilfellene ikke lett å se hvordan institusjonene reflekterte over de alvorlige episodene. Det ble gjort skriftlige evalueringer, men disse inneholder ofte bare en bekreftelse av at de har fulgt rutinene og lite om hva som kunne vært gjort annerledes. Det er alvorlig at denne type inngrep i barns liv i liten grad brukes til læring, forbedring og forebygging.

Det ser også ut til at tvangsprotokollene i liten grad ble brukt av statsforvalterne for å vurdere tilsyn med institusjonen eller Bufetat. Statsforvalterne mottok ikke rutinemessig rapporter om alvorlige hendelser, og de gikk dermed glipp av viktig risikoinformasjon. Det bør i fremtiden sikres at all relevant informasjon gjøres tilgjengelig for statsforvalterne, slik at de har det fullstendige bildet av situasjonen på institusjonene når de skal forberede tilsyn.

8 Tilsyn med tjenestene

Statsforvalterne fører tilsyn med både barnevern og helsetjenester. Statsforvalternes interne organisering varierer. Noen har felles avdeling for både barneverns- og helsetilsyn, andre har plassert ansvar for tilsyn med disse tjenestene i ulike avdelinger.

Det er tjenestene selv som har ansvaret for sikkerhet og kvalitet, og tilsyn skal innrettes slik at det understøtter tjenestenes eget arbeid. Formålet med tilsyn er å bidra til sikkerhet og kvalitet i tjenestene. Statsforvalterne innretter sitt tilsyn mot virksomhetenes egne rutiner og systemer, både når det har skjedd en uønsket hendelse og når tilsynet er planlagt med et forebyggende formål.

8.1 Gjennomføring av tilsyn med barnevern

Statsforvalterens tilsyn med barnevernsinstitusjoner er lovpålagt og forskriftsfestet^{15 16 10}. De skal føre regelmessig tilsyn med barnevernsinstitusjoner og ha samtaler med de barna som bor der. Statsforvalter fører også tilsyn med andre statlige barnevernstjenester og med kommunalt barnevern. Disse har ikke et lovkrav om periodisk tilsyn, men gjennomfører tilsyn basert på



vurderinger av risiko og sårbarhet. Videre behandler statsforvalter klager på vedtak, inkludert vedtak om bruk av tvang på barnevernsinstitusjoner.

I sakene som gjaldt de åtte jentene var det flere statsforvaltere involvert, både statsforvalter i barnets hjemfylke og statsforvaltere i ulike fylker der det enkelte barnet hadde bodd i beredskapshjem, fosterhjem og institusjoner. Det er eksempler på samarbeid mellom statsforvalterne, men også på at den enkelte statsforvalter kun har forholdt seg til tjenester og tiltak i eget fylke, uten å vurdere den helheten tiltakene inngikk i.

Det ble gjennomført lovpålagt institusjonstilsyn på de barnevernsinstitusjonene som de åtte barna har vært på, men ikke alltid når barnet var der. Tema for disse tilsynene var liten grad relevante for de utfordringene barna slet med. Få av barna hadde samtaler med tilsynsmyndighetene under sine opphold i institusjonen.

Bufetat har henvendt seg til statsforvalter i noen av sakene for å få en vurdering av hvorvidt de hadde bistandsplikt når barna har store helsemessige utfordringer og behov for psykisk helsevern. Bufetat har i noen tilfeller uttrykt tvil ved om en barnevernsinstitusjon kan være et forsvarlig tilbud til det aktuelle barnet. I disse tilfellene konkluderte statsforvalter med at Bufetat har bistandsplikt også når barn eller unge har behov for og rett til helsehjelp.

Som vist tidligere i rapporten, ble det gjennomført et betydelig antall vedtak om tvang under barnas institusjonsopphold, men kun et lite fåtall ble påklaget til statsforvalteren. I de få klagen statsforvalteren har behandlet, ble barnet ikke gitt medhold.

Barnevernsinstitusjonene varslet Bufetat om det som er definert som alvorlige hendelser. I noen tilfeller har Bufetat eller foreldre informert statsforvalter, og det er gjennomført tilsyn.

I ett tilfelle hadde statsforvalter vurdert å stenge institusjonen da barnet ble plassert der. Utgangspunktet for vurdering av stenging var at statsforvalteren, etter flere klager fra beboere og pårørende og fra egne tilsyn, vurderte at institusjonen ikke ga barna forsvarlig omsorg og behandling. Av hensyn til beboeren ble det i stedet pålagt inntaksstopp samt å sette sammen en ansattgruppe som kunne gi barnet den omsorg og behandling det var behov for.

Dødsfallene ble rapportert og undersøkt på ulike måter. Felles er at alle dødsfallene ble rapportert av institusjonene til Bufetat. Bufetat eller institusjonen informerte Statsforvalteren i det fylket institusjonen lå. Statsforvalteren i barnas hjemfylke ble ikke alltid orientert.

Det ble gjennomført tilsyn med institusjonen barnet var på da det mistet livet, og med to unntak ble det også gjennomført tilsyn med barnevernstjenesten i barnets hjemkommune. Noen ganger ble det også gjennomført tilsynsaktivitet rettet mot Bufetat etter dødsfallet.

Tilsyn etter dødsfallene ble i all hovedsak gjort ved innhenting av dokumentasjon hvor tjenestene selv beskrev sitt arbeid og hendelsesforløpet. På denne bakgrunnen har statsforvalterne vurdert og konkludert om barnevernstjenestene har vært forsvarlige. Vi har ikke funnet noen tilfeller der det er konkludert med uforsvarlige barnevernstjenester, men ikke alle tilfellene er på det nåværende tidspunkt ferdig behandlet av tilsynsmyndigheten.



8.2 Gjennomføring av tilsyn med helsetjenester

De åtte barna har alle hatt behov for og mottatt omfattende helsehjelp, både somatisk og psykiatrisk. Tilsyn med helsetjenesten er basert på risikoinformasjon, og det er ikke krav til periodiske tilsyn, slik kravet er for tilsyn med barnevernsinstitusjoner.

Noen foreldre og barn klaget flere ganger til statsforvaltere om manglende eller utilstrekkelig helsetjenester før barna mistet livet. Ingen fikk medhold i at barnet ikke hadde fått nødvendig helsehjelp.

Etter at barna mistet livet, ble syv av dødsfallene varslet til Statens helsetilsyn etter reglene om varsling fra spesialisthelsetjenesten^{20 21}. Helsetilsynet fant ikke grunnlag for stedlig tilsyn i noen av tilfellene. De fleste varslene ble overført til statsforvalter for vurdering av om det skulle gjøres tilsyn. Ett av varslene ble avsluttet av Helsetilsynet.

Statsforvalterne gjennomførte tilsyn etter at barna mistet livet der de har innhentet beskrivelser og vurderinger fra de aktuelle spesialisthelsetjenestene og på den bakgrunn vurdert om helsetjenestene var forsvarlige, og om hendelsen er fulgt opp med tiltak som skal hindre at tilsvarende skjer igjen. Ikke alle sakene er ferdigbehandlet i skrivende stund. I ett av tilfellene konkluderte statsforvalter at tjenesten var uforsvarlig og fulgte opp funnet overfor tjenesten. I de øvrige tilfellene er det konkludert med at barnet har fått forsvarlig helsehjelp.

8.3 Sammenhengende tilsyn

Det finnes eksempler på internt samarbeid hos statsforvalteren om tilsyn med barnevernstjenester og helsetjenester i den fasen barna mottok begge deler. I de fleste tilfellene der statsforvalter har behandlet klager eller vurdert tilsyn, er det imidlertid ikke spor av samarbeid på tvers av fag- eller tjenestegrener. I våre samtaler med statsforvaltere kom det fram at det foregår mer uformelt samarbeid enn det som dokumenteres.

I noen av tilsynene som ble gjennomført etter dødsfallet, er det dokumentert at de som arbeider med tilsyn med helsetjenester og de som arbeider med tilsyn med barnevern har satt seg ned sammen og vurdert helheten i tjenestene. De endelige vedtakene ble utformet i separate brev etter henholdsvis helselovgivningen og barnevernslovgivningen.

Tilsyn i forbindelse med dødsfallene ble også i enkelte tilfeller gjennomført ved at statsforvalteren samlet de involverte tjenestene til et felles møte, for å komme til enighet om forbedringsbehov både i den enkelte tjeneste og i samhandlingen mellom dem. Disse møtene ble i varierende grad fulgt opp for å vurdere om de hadde hatt den ønskede effekt på samarbeid med utgangspunkt i barnets behov.

8.4 Vurdering og forbedringsbehov

Tilsyn skal understøtte tjenestene og virksomhetenes ansvar for å levere tjenester som har rett kvalitet. Tema for tilsyn med de tjenestene vi har beskrevet i denne rapporten kan for eksempel være å undersøke om barnets behov blir kartlagt og vurdert, om tjenesten sørger for at kravet om barnets beste legges til grunn i alle tiltak, og om barna får forsvarlig omsorg og behandling.

Helsetilsynet gjennomførte i 2018 en vurdering av (den gang) fylkesmannens tilsyn med en barnevernsinstitusjon (Vestlundveien ungdomssenter)⁴⁵ etter at to ungdommer som bodde der,



døde av overdoser. Rapporten etter denne gjennomgangen konkluderte med at det tilsynet fylkesmannen hadde ført ikke var forsvarlig. Tilsynet bygget ikke systematisk på informasjon fylkesmannen hadde om risiko, og det ble ikke i tilstrekkelig grad samtalt med ungdommene. Det er fortsatt grunn til å fremheve betydningen av å systematisere informasjon om risiko som forberedelse til tilsyn med barnevernsinstitusjoner.

På barnevernsområdet har statsforvalterne hyppig formell og uformell kontakt med både kommunale barneverntjenester og barnevernsinstitusjoner. Statsforvalterne får imidlertid ikke systematisk informasjon om alvorlige hendelser som at barna rømmer for å ta livet av seg eller på annen måte utsetter seg selv for alvorlig fare.

Tilsyn med barnevernsinstitusjoner gjennomføres sjelden på bakgrunn av risikoinformasjon eller etter alvorlige hendelser som at barn rømmer, forsøker selvmord eller skader seg alvorlig på andre måter. Det er etter vår vurdering behov for å knytte de lovpålagte tilsynsbesøkene nærmere til de faglige utfordringene den enkelte institusjon har og til de behovene barna har. Helsetilsynet arbeider med forbedring av institusjonstilsynet med sikte på å gjøre det mer relevant og derved bidra til nødvendig forbedring. Når den kontinuerlige informasjonsflyten fra institusjonene gir informasjon om mulige manglende helsetjenester, bør statsforvalteren også vurdere tilsyn med helsetjenestene.

Det er viktig at statsforvalterne som forberedelse til tilsynsbesøk eller som utgangspunkt for å be om en egenvurdering av risiko, har tilgang på informasjon om alvorlige hendelser i tillegg til den informasjonen de allerede får gjennom protokollene om enkeltvedtak etter rettighetsforskriften⁹. Det må vurderes om det er hensiktsmessig med en meldeplikt eller om det er mest hensiktsmessig at informasjon innhentes som forberedelse til det enkelte tilsyn. Uansett vil vi understreke at statsforvalteren ikke skal ha en automatisk tilsynsplikt på bakgrunn av alvorlige hendelser – det må forventes at institusjonenes eiere og ledere selv sikrer den nødvendige gjennomgang og identifisering av forbedringsbehov.

Det ser ut til at det ikke er systematisk hvordan informasjon om dødsfallene kom inn til statsforvalterne, men alle statsforvalterne fikk informasjon raskt etter hendelsene. Når barn som er under samfunnets omsorg mister livet, er det etter vår vurdering nødvendig å sikre at det uavhengige tilsynsorganet blir informert. Det gir statsforvalteren mulighet til å innhente informasjon og gjøre en vurdering av behov for ytterligere tilsynsaktivitet for å sikre at tjenestene gjennomgår hendelsene og eventuelt iverksetter effektive forbedringstiltak.

Barn flytter geografisk mellom landsdeler og fylker og mottar tjenester fra flere velferdstjenester. Tilsynsmyndigheten må bidra til å se helheten i barnets situasjon. Tilsynets arbeidsform og metoder må videreutvikles for å bidra til å redusere tendenser til å handle i siloer og miste helheten av syne.

Når helsetjenestene varsler Helsetilsynet om alvorlige hendelser etter bestemmelser i helsetilsynsloven § 6, og det fremgår av dokumentene at barnet har hatt tjenester fra barnevernet, skal det legges til rette for samhandling både i Helsetilsynet og hos statsforvalterne, slik at barnets samlede behov for hjelp blir vurdert.

Samlet sett er det behov for å se helhetlig på alle tjenestene barnet mottar, og følge med på om forbedringstiltak faktisk gjennomføres og har effekt.



9 Barna som bodde i sentre for foreldre og barn

Fire av barna som var inkludert i dokumentene fra Bufdir gjaldt babyer som var i, eller nettopp hadde vært i, sentre for foreldre og barn. Sentre for foreldre og barn er ikke barnevernsinstitusjoner i barnevernslovens forstand. Sentrene gir primært tilbud om undersøkelse og kartlegging av foreldrefunksjon, men det gis også veiledning og støtte til foreldrene under oppholdet. Sentrene er et tilbud til familier, og oppholdet er frivillig.

Vurdering

På bakgrunn av den dokumentasjonen vi har om de fire tilfellene er det ikke grunnlag for å oppsummere felles trekk som kan si noe om gjennomgående forbedringsbehov, i saker som gjelder barn som mister livet under opphold i sentre for foreldre og barn. Vi ser av dokumentasjonen at kommunenes barnevernstjeneste og Bufetat har gjort undersøkelser av foreldrenes situasjon forut for fødsel og som forberedelse til tilbud om plass i senter for foreldre og barn. Foreldrene har medvirket og har samarbeidet både med barneverntjenestene, sykehus og sentrene.

Når spedbarn dør utenfor sykehus varsles politiet rutinemessig, og politiet har etterforskningsplikt. Det innebærer at disse sakene er etterforsket eller fortsatt er under etterforskning. Statsforvalterne vurderer i hver enkelt sak om det er aktuelt å gjennomføre tilsyn. De fire tilfellene vi har dokumenter om, har enten pågående eller avsluttet tilsyn. Det er ikke funnet uforsvarlighet eller andre lovbrudd i de avsluttede sakene.

De fire sakene er blitt kjent for de aktuelle statsforvalterne på ulikt vis. Det bør vurderes om det vil være hensiktsmessig å standardisere informasjonstilgangen til statsforvalterne når barn mister livet i statlige barnevernstiltak.

10 Helsetilsynets anbefalinger

- Basert på disse åtte barnas historier er samarbeid og samordning den viktigste utfordringen Helsetilsynet ser for å sikre barns rettigheter. På tross av at helsemyndigheter og barnevernsmyndigheter har samarbeid om å utvikle regelverk og veiledere som skal bidra til samarbeid, er det fortsatt arbeid i siloer som preger bildet. Selv om det gjøres til dels godt arbeid av kompetente ansatte innenfor de ulike sektorene, svikter samarbeidet, og det samlede tilbudet blir ikke slik barnet har behov for.

Regelverket er nylig gjennomgått og revidert for å legge til rette for at tjenester med ulike profesjoner, og ulike faglige kulturer kan arbeide sammen om å analysere det enkelte barns behov slik at alle har samme forståelse og samme mål.

Det er behov for organisatoriske insentiver og faglige verktøy som sikrer en felles og koordinert innsats. Målet må være at tjenestene tilpasser seg barnas behov, ikke at barna må tilpasse seg tjenestene.

- Samordnede og sammenhengende tjenester må inkludere kommunale tjenester, både helse- og omsorgstjenester og barnevernstjenester. Når barn viser tegn til atferd som kan være skadelig for dem selv, slik flere av de åtte jentene gjorde tidlig, vil flere kommunale tjenester ha nødvendig kompetanse og virkemidler. Tverrfaglige kommunale team rundt et barn eller en familie som har behov for ulike hjelpetiltak,



har potensiale for fleksibilitet og treffsikkerhet som den enkelte tjeneste hver for seg ikke har.

- Det er behov for å gjennomgå de virkemidlene som er etablert for å bidra til koordinerte tjenester. Når individuell plan bare inngikk i disse åtte tilfellene som noe tjenestene mente barnet burde ha, men barna rent faktisk ikke hadde, er det etter vår vurdering grunn til å se på om det er strukturelle eller andre systematiske hindre som bør fjernes.
- Mangelfulle kartlegginger av barns behov påvirker muligheten til å finne egnede barnevernstiltak. Barns behov må beskrives detaljert og konkret slik at det blir mulig å tilpasse tilbudene, sette mål og følge med på om målene nås. Barnevernsinstitusjonene har behov for en tydeliggjøring av rammene for å ivareta ungdom som har store helseproblemer og utsetter seg selv for fare. Det er grunn til å tydeliggjøre i hvilke tilfeller og hvordan de ansatte kan gjøre nødvendige begrensinger, når de kan gjøre inngrep i barns personlige integritet og i hvilke tilfeller de kan utøve tvang.

Barn med den typen sammensatte og alvorlige problemer disse åtte jentene hadde, vil i de aller fleste tilfeller både ha behov for barnevernets omsorg og helsetjenestens behandling. Det er nødvendig å arbeide videre med å utvikle institusjoner som kan ivareta begge behov. Dagens situasjon med gjentatt innleggelse i og utskrivning fra spesialisthelsetjenestens døgnenheter og flytting mellom barnevernsinstitusjoner som selv mener de ikke har tilstrekkelig kompetanse, er ikke til barnets beste.

- Psykisk helsevern har faglige begrunnelser for å stille krav om motivasjon, stabil omsorgsbasis, avsluttet rusmisbruk eller en viss vekt ved spiseforstyrrelser før det er hensiktsmessig å sette inn psykiatriske behandlingstiltak. Det er behov for at PHBU organiseres slik at helsehjelpen blir fleksibel og tilpasset disse barnas komplekse og omfattende problemer. Det er behov for å gjennomgå kriteriene for tilgang til behandling i PHBU for å sikre barns rett til helsehjelp.
- Tjenestene bør få plikt til å informere statsforvalterne når barn med tiltak i barnevernet mister livet. Det er etter vår vurdering nødvendig at uavhengig tilsynsmyndighet skal være informert når alvorlige hendelser skjer med barn som er under samfunnets omsorg. Statsforvalter skal vurdere om det er nødvendig å gjennomføre tilsynsaktivitet for å følge opp at tjenestene selv gjennomgår hendelsene og treffer nødvendige og effektive tiltak som skal forebygge lignende hendelser.



Vedlegg - Litteraturliste

1. Bedre beslutninger, bedre behandling. Rapport til Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo: Ekspertutvalg om samtykkekompetanse, 2023.
2. «De tror vi er shitkids». Rapport om barn som bor på barnevernsinstitusjon. Oslo: Barneombudet, 2020.
3. Det å reise vasker øynene. Gjennomgang av 106 barnevernsaker. Oslo: Helsetilsynet, 2019.
4. Drange N, Hærnes ØM. Kvantitativ beskrivelse av institusjonspopulasjonen. Rapport 3/2020. Oslo: Stiftelsen Frischsenteret for samfunnsøkonomisk forskning, 2020.
5. Havre, M. Menneskerettslig handlerom – «Når barn trenger mer». Oslo: Barne- og familiedepartementet, 2023.
6. FACT ung. Oslo: Helsedirektoratet 2023.
7. FNs konvensjon om barns rettigheter med protokoller.
8. Forskrift om barnevernstjenestens oppfølging av barn på barnevernsinstitusjon (oppfølgingsforskriften).
9. Forskrift om rettigheter og bruk av tvang under opphold i barneverninstitusjon (rettighetsforskriften) Opphevet, nå i kap. 10 i barnevernsloven.
10. Forskrift om tilsyn med tjenester og tiltak til barn i barnevernsinstitusjoner m.m. (tilsynsforskriften).
11. Helsetilsynets høringsuttalelse – Forslag til tverrfaglig helsekartlegging av barn i barnevernet. Oslo: Statens helsetilsyn, 30. mars 2021.
12. Historien om Stina. Fylkesmannens rapport etter tilsyn med Kristiansand kommune, Sørlandet sykehus HF, Bufetat Region Sør, Næromsorg Sør og Aleris Ungplan & BOI 27.7.2017 – 7.2.2018. Arendal: Fylkesmannen i Aust- og Vest-Agder, 2018.
13. «Jeg skulle hatt BUP i en koffert». Oslo: Barneombudet 2022.
14. Kaye NS et al. Psykisk helse hos barn og unge i barnevernsinstitusjoner. Trondheim: NTNU, 2015.
15. Lov om barneverntjenester (barnevernloven) Opphevet.
16. Lov om barnevern (barnevernsloven).
17. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).



18. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven).
19. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven).
20. Lov om spesialisthelsetjenester m.m. (spesialisthelsetjenesteloven).
21. Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. (helsetilsynsloven).
22. Nasjonale faglige råd, Barnevernansvarlig i psykisk helsevern. Oslo: Helsedirektoratet, 2017.
23. Nasjonalt pasientforløp, Psykiske lidelser hos barn og unge. Oslo: Helsedirektoratet, 2022.
24. Nasjonalt pasientforløp, Spiseforstyrrelser hos barn og unge under 23 år. Oslo: Helsedirektoratet, 2022.
25. Nasjonalt forløp, Barnevern – kartlegging og utredning av psykisk, somatisk og seksuell helse, tannhelse og rus. Oslo: Bufdir og Helsedirektoratet, 2023.
26. Nasjonal veileder, Samarbeid om tjenester til barn, unge og deres familier. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet, Utdanningsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Helsedirektoratet, 2022.
27. Nasjonal veileder, Oppfølging av personer med store og sammensatte behov. Oslo: Helsedirektoratet, 2022.
28. Nasjonal veileder, Sammen om barn og unges psykiske helse (høringsutkast). Oslo: Helsedirektoratet, 2023.
29. Nordahl, KB et al. Grunnmodell for hjelpetiltak i barnevernstjenesten, Rapport fra et samarbeidsprosjekt på oppdrag fra Bufdir. Oslo/Bergen: NUBU, RBUP Øst og Sør, RKBV Vest, NORCE.
30. Når barn trenger mer – Omsorg og rammer. Rapport fra Helsetilsynet 9/2019. Oslo: Statens helsetilsyn, 2019.
31. Meld. St. 23 (2002-2023) Opptrappingsplan for psykisk helse.
32. Oppfølging av rapporten «Omsorg og rammer – når barn trenger mer». Tildelingsbrev 2022-tillegg 2 – Deloppdrag 1. Oslo: Bufdir og Helsedirektoratet 2022.
33. Oppfølging av rapporten «Omsorg og rammer – når barn trenger mer», tildelingsbrev 2022-tillegg 2 – Oppdrag 1, Deloppdrag 2. Oslo: Bufdir og Helsedirektoratet, 2023.
34. Oppsummering av tilsyn med barnevernsinstitusjoner – et tilstandsbilde. Rapport fra Helsetilsynet 2/2023. Oslo: Statens helsetilsyn, 2023.
35. Om tverrfaglig helsekartlegging. Oslo: Bufdir 2022.



36. Prop. 133 L Lov om barnevern (barnevernsloven) og lov om endringer i barnevernloven (2020-2021).
37. Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester. Dokument 3:13 (2020-2021).
38. Rundskriv for barnevernstjenestens saksbehandling (Saksbehandlingsrundskrivet) 03/2023. Oslo: Bufdir, 2023.
39. Samarbeid mellom barneverntjenester og psykiske helsetjenester til barnets beste. Rundskriv. Oslo: Bufdir og Helsedirektoratet, 2015.
40. Status og utviklingstrekk for spesialisthelsetjenesten. SAMDATA spesialisthelsetjeneste 2021. Rapport IS-3053. Oslo: Helsedirektoratet, 2023.
41. Taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt i forvaltningen – en veileder. Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet, 2023.
42. To år med pandemi – Status for det psykiske helsetilbudet til barn og unge. Stavanger: Ukom, 2022.
43. Tolkingsuttalelse – Innholdet i bistandsplikten. Oslo: Bufdir, 2019.
44. Tøssebro J. et al. Bedre tjenester til barn og unge med sammensatte behov. Delrapport 1. Trondheim: NTNU samfunnsforskning, 2023.
45. Undersøkelse av Fylkesmannen i Hordalands tilsyn med Vestlundveien ungdomssenter. Oslo: Helsetilsynet, 2018.
46. Veiledning til bruk av barnekonvensjonen. Oslo: Utdanningsdirektoratet, 2017.
47. Veileder om helseansvarlig i barneverninstitusjoner. Oslo: Bufdir, 2021.
48. Walby FA. et al. Selvmord under og etter kontakt med psykisk helsevern for barn og unge 2008 til 2018 – en nasjonal registerstudie. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Oslo: UiO og NSSF, 2022.



Statens helsetilsyn
Postboks 231 Skøyen
0213 OSLO

Deres ref

Vår ref
23/545-4

Dato
8. mars 2023

Tillegg til tildelingsbrev nr. 2 - Gjennomgang av saker der barn i barnevernsinstitusjon har mistet livet

Statens helsetilsyn (Helsetilsynet) gis med dette i oppdrag å gjøre en gjennomgang av saker der barn i barnevernsinstitusjon har mistet livet:

Gjennomgang av saker der barn i barnevernsinstitusjon har mistet livet

1. Oppdraget

Som overordnet tilsynsmyndighet med barnevernet stilles Statens helsetilsyn til rådighet inntil to millioner kroner for å gjennomgå alle tilfeller der barn med tilknytning til barnevernsinstitusjon har mistet livet de siste fem årene. Helsetilsynet kan også ta med andre tilfeller der barn med tiltak i det statlige barnevernet har mistet livet dersom det anses relevant for å svare på oppdraget. Formålet med gjennomgangen er å avdekke eventuell svikt, og bidra til læring, utvikling og kvalitet i tjenestene, slik at liknende tragiske hendelser kan unngås. Gjennomgangen skal oppsummeres i en egen rapport med Helsetilsynets vurderinger og anbefalinger. Rapporten skal utformes slik at den kan gjøres allment tilgjengelig. Dersom Helsetilsynet vurderer at det er behov for det, kan det i tillegg utformes et vedlegg til rapporten som unntas offentlighet, jf. fvl. § 13 jf. offl. § 13.

Frist for oppdraget er 1. oktober 2023

1. Nærmere om bakgrunnen for oppdraget

Statens helsetilsyn har det overordnede faglig tilsynet med barnevernet, jf. barnevernsloven § 17-2.

Av tildelingsbrevet til Statens helsetilsyn for 2023 fremgår at Helsetilsynet årlig skal systematisere informasjon fra statsforvalternes tilsyn med barnevernsinstitusjoner og presentere tilsynserfaringer i en nasjonal oversikt over barneverninstitusjoner ut fra en vurdering av risiko for svikt. I årets tildelingsbrev er det i tillegg lagt inn som en fast oppgave at Helsetilsynet skal sammenfatte og gi en systematisk oversikt over funn fra gjennomførte

tilsynsaktiviteter i barnevernet, gjennomføre analyser av tilsynserfaringer og komme med vurderinger av alvorlige tilsynsfunn. I tildelingsbrevet er det videre presisert at Helsetilsynet særlig skal gjennomgå de alvorligste hendelsene med en tverrfaglig tilnærming, og gi anbefalinger som kan bidra til forbedring og kvalitetsutvikling i barnevernet.

Statsforvalterne har ansvar for å føre tilsyn blant annet med kommunene, barnevernsinstitusjoner og andre statlige tjenester og tiltak, jf. barnevernsloven § 17-3. Tilsynet med barnevernsinstitusjonene er nærmere regulert i Forskrift om tilsyn med tjenester og tiltak til barn i barnevernsinstitusjoner m.m. (tilsynsforskriften). Det er presisert i forskriften at dersom statsforvalteren får kunnskap om hendelser som innebærer fare for liv eller helse, skal dette snarest mulig følges opp, jf. § 4 tredje ledd. Departementet legger til grunn at det å gjennomgå tilfeller der barn har mistet livet under opphold i barnevernsinstitusjon er i kjernen av Statens helsetilsynets og statsforvalterens tilsynsansvar etter barnevernsloven. Departementet ser det likevel som hensiktsmessig å gi Statens helsetilsyn et særskilt oppdrag om å gjennomgå alle saker der barn har mistet livet under opphold i barnevernsinstitusjon.

Departementet viser blant annet til at media i den senere tid har omtalt tilfeller der barn med tilknytning til barnevernsinstitusjoner har mistet livet. I omtalen av sakene er det blitt stilt spørsmål ved om barnevernsmyndighetene selv gjennomgår og lærer når særlige alvorlige tilfeller skjer. Det er også vist til at det ikke foreligger en systematisk nasjonal oversikt og gjennomgang av særlig alvorlige tilfeller i barnevernet. Departementet viser også til at Riksrevisjonen i rapporten «Undersøking av om statlege barnevernsmyndigheiter sikrar det beste for barn i barnevernsinstitusjonar», Dokument 3:7 (2019–2020), har pekt på at barnevernsinstitusjoner har mangelfulle rutiner for å registrere alvorlige hendelser i sine avvikssystem. Barne- og familiedepartementet vil også vise til at det er nedsatt et offentlig utvalg som skal gi forslag til endringer som gjør at barn som i dag blir flyttet til barnevernsinstitusjon, får bedre hjelp. Barnevernsinstitusjonsutvalget har frist til oktober 2023 med å levere en utredning med vurderinger og anbefalinger.

2. Gjennomføringen av oppdraget

Statens helsetilsyn skal innhente tilgjengelig skriftlig informasjon om hvert enkelt tilfelle der barn med tilknytning til barnevernsinstitusjoner har mistet livet. Dette omfatter opplysninger fra Bufetat, barnevernsinstitusjonene, barnevernstjenestene, statsforvalterne og fra andre aktuelle tjenester som helsetjenestene. Helsetilsynet skal også innhente utfyllende informasjon gjennom intervjuer dersom dette anses hensiktsmessig for gjennomføringen av oppdraget. Pårørende som ønsker det, skal gis mulighet til å bidra med sine erfaringer.

Statens helsetilsyn kan uten hinder av taushetsplikt innhente de opplysninger som er nødvendige for å gjennomføre oppdraget, jf. barnevernsloven § 17-4. Statens helsetilsyn skal som del av oppdraget innhente kunnskap og erfaring fra andre aktører, som Barneombudet, brukerorganisasjoner, samt fra relevante fag og forskningsmiljøer. Helsetilsynet skal som del av oppdraget ha dialog med institusjonsutvalget for å sikre erfaringsdeling og nødvendige avklaringer. Statens helsetilsyn skal innen fastsatt frist

utforme en egen rapport som oppsummerer Helsetilsynets vurderinger og anbefalinger. Rapporten skal blant annet inneholde:

1. En oppsummering og analyse av alle tilfellene samlet, med vekt på å identifisere felles trekk ved barnas møte med barnevernet og andre relevante tjenester.
2. En oppsummering og analyse av om, og på hvilken måte barnets rett til medvirkning er blitt ivaretatt, barnevernstjenestenes undersøkelse og identifisering av barnas behov og begrunnelsen for de tiltak som er blitt iverksatt.

Finansiering: kap. 854, post 21

Statens helsetilsyn stilles til rådighet inntil 2 mill. kroner i tilknytning til oppdraget. Barne- og familiedepartementet ber Statens helsetilsyn om å oversende et regnskap for bruken av midlene for inneværende år innen 1. oktober 2023.

Med hilsen

Øystein Gjeset Ellingsen (e.f.)
avdelingsdirektør

Marius Aleksander Lium
rådgiver

Dokumentet er elektronisk signert og har derfor ikke håndskrevne signaturer

Kopi

Barne- og familiedepartementet