



Fylkesmannen i Aust- og Vest-Agder



# 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**



## Sammen drag

Vi har i tilsynsrapporten valgt å gi ungdommen et navn. Denne rapporten handler ikke om en «sak», en «plassering» eller et «prosjekt». Det handler om ei ung jente og hennes historie. Vi har etter avtale med henne brukt navnet Stina.

Barneverntjenestene i de kommunene hvor Stina har bodd har vært kjent med at det har vært utøvd vold i hjemmet i hele hennes levetid. Hun har selv vært utsatt for fysisk og psykisk vold, og hun har vært vitne til at andre har vært utsatt for dette. Hun kom i fosterhjem i 2013. Vi har i tilsynene hatt hovedfokus på perioden etter at Stina flyttet i fosterhjem. Det er imidlertid hevet over enhver tvil at Stina og hennes biologiske familie ble sviktet på et langt tidligere tidspunkt.

Stina flyttet til et godt fosterhjem, og hennes positive utvikling ble bekreftet fra alle hold. Det kom som en overraskelse på alle rundt henne da hun augustdagen i 2016 brøt ut av fosterhjemmet. I tilsynene har vi sett nærmere på hva som skjedde etter denne dagen.

Fylkesmannen møtte Stina i en tidlig fase av tilsynet, for å kunne legge hennes perspektiv til grunn. I starten av tilsynet hadde Fylkesmannen samtaler med ungdommer fra Landsforeningen for barnevernsbarn og Forandringsfabrikken, og de ga oss viktige innspill til hva som er viktig for at barn skal oppleve god omsorg og oppfølging under barnevernet.

Vi har videre innhentet informasjon fra totalt 27 instanser som har vært i kontakt med henne, 24 instanser det siste året. Vi har gjennomført tilsyn med Kristiansand kommune ved barneverntjenesten, Barne, ungdoms- og familieetaten region sør (Bufetat), Næromsorg Sør (NOS), Aleris Ungplan & BOI (Aleris) og Sørlandet sykehus HF (SSHF).

Stina var ei jente som trengte stabilitet og faste rammer. Spesialisthelsetjenesten hadde behov for at hun skulle få langvarig stabilisering slik at de kunne få gjort en forsvarlig utredning, og gi henne god behandling. Hun ble i perioden 8.8.2016 - 2.6.2017 flyttet 17 ganger, og hadde i tillegg hatt et utall kontakter med legevakter og innleggelse i sykehus.

Vi har sett på saken ut fra de behov hun hadde, med rett på et koordinert og samordnet tilbud, preget av medvirkning, respekt og faglig forsvarlighet. Alle aktørene har selvstendige plikter etter sine respektive regelverk. Barneverntjenesten og spesialisthelsetjenesten er de store tjenesteyterne som på hver sin måte legger premissene.

Barneverntjenesten som «mor og far» skal følge med på hvordan barnet har det, og stå på for at hun samlet sett får et forsvarlig omsorgs- og behandlingstilbud som er til hennes beste. Spesialisthelsetjenesten er med sitt ansvar for utredning, diagnostikk og behandling en viktig premissegiver for valg av tiltak, faglige råd og veiledning av de som er nærmest til å følge opp jenta. Vi har avdekket lovbrudd overfor barneverntjenesten og spesialisthelsetjenesten på flere punkter.

Den private barnevernsaktøren NOS, som hadde daglig omsorg for Stina den siste tiden, har etter Fylkesmannens vurdering ikke levert forsvarlige tjenester. Barneverntjenesten har på sin

side ikke fulgt opp Stina eller tiltaket godt nok til å avdekke dette, og Bufetat har også et forbedringspunkt når det gjelder sin oppfølging og etterfølgende kontroll av tiltakene.

Vi har videre vurdert at ikke alle tjenestene har latt Stina medvirke slik de burde, og vi har kritiske merknader til hvordan samarbeidet rundt jenta har fungert.

Denne rapporten inneholder overordnede betraktninger og vurderinger knyttet til de sentrale temaene i tilsynene; forsvarlighet, medvirkning, tvangsbruk, samarbeid og koordinering, samt styring og ledelse. Vi har viet bruken av enetiltak et eget avsnitt, da dette etter vår vurdering langt på vei synes å være i et lovtomt rom.

I denne rapporten gjengir vi flere opplysninger om Stinas personlige forhold, som i utgangspunktet er underlagt taushetsplikt<sup>1</sup>. I denne saken har Stina samtykket til at enkelte opplysninger kan fremkomme i rapporten<sup>2</sup>. Videre er opplysningene her allment kjent, via Stina sine egne innlegg på internett og gjennom media<sup>3</sup>. Øvrige opplysninger av bl.a. personsensitiv karakter er unntatt i denne rapporten.

Konklusjonene fra de enkelte tilsynene er vedlagt. Med unntak av informasjon som måtte unntas av bl.a. personvern hensyn, jf. ovenfor, er vurderingskapitlene fra delrapportene vedlagt hovedrapporten.

---

<sup>1</sup> Lov av 19 mai 2006 nr 16 om rett til innsyn i dokument i offentlig verksemd (offentleglova, offl.) § 13. Lov av 10 februar nr. 10 om behandlingsmåte i forvaltningssaker (forvaltingsloven, fvl.) § 13. Lov av 17 juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester (barnevernloven, bvl.) § 6-7

<sup>2</sup> Fvl. § 13a nr. 1

<sup>3</sup> Fvl. § 13a nr. 3

## Innhold

<b>1</b>	<b>Innledning</b>	<b>5</b>
1.1	Bakgrunn for saken	5
1.2	Stinas historie	6
1.3	Gjennomføring av tilsynet	9
<b>2</b>	<b>Tilsynets tema og omfang</b>	<b>10</b>
<b>3</b>	<b>Om forsvarlighet</b>	<b>11</b>
3.1	Utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten	13
3.2	Tjenestenes oppfølging av Stina og de private tiltakene	15
<b>4</b>	<b>Medvirkning</b>	<b>16</b>
<b>5</b>	<b>Samarbeid og koordinering</b>	<b>18</b>
5.1	Informasjonsflyt	19
5.2	Individuell plan	20
5.3	Om samarbeidet	21
<b>6</b>	<b>Tvangsbruk</b>	<b>22</b>
6.1	Tvang eller trygge rammer?	22
6.2	Om tvangsprotokoller	24
6.3	Enetiltak – et tvangstiltak?	24
<b>7</b>	<b>Styring og ledelse</b>	<b>25</b>
<b>8</b>	<b>Fylkesmannens roller</b>	<b>27</b>
8.1	Fylkesmannens ulike oppgaver	27
8.2	Fylkesmannens ansvar for å følge med på tvangsbruk	28
8.3	Fylkesmannens oppfølging av saken	28
<b>9</b>	<b>Veien videre</b>	<b>30</b>
	<b>Vedlegg</b>	<b>31</b>
1.	Kristiansand kommune – konklusjoner og sentrale vurderinger	31
2.	Bufetat – konklusjoner og sentrale vurderinger	47
3.	Næromsorg Sør (NOS) – konklusjoner og sentrale vurderinger	55
4.	Aleris Ungplan & BOI – konklusjoner og sentrale vurderinger	67
5.	Sørlandet sykehus HF – konklusjoner og sentrale vurderinger	73
6.	Praktisk gjennomføring av tilsynet	86



# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for saken

Fylkesmannen ble den 26. juli 2017 raskt informert om knivdramaet på Sørlandssenteret samme dag der en ung kvinne ble drept og en annen kvinne ble hardt skadet. Vi ble raskt kjent med at ungdommen som hadde utført ugjerningen var hjemmehørende i vår region, og at ungdommen bodde i en barneverninstitusjon i Agder og mottok tjenester fra ABUP.

Hendelsen var i tråd med lovens krav meldt fra SSHF til Statens helsetilsyn som en varselsak<sup>4</sup>. I samråd med Statens helsetilsyn ble det besluttet å reise tilsynssak mot både spesialisthelsetjenesten<sup>5</sup>, barnevernet<sup>6</sup> og eventuelle andre aktører<sup>7</sup>. Fylkesmannen i Aust- og Vest-Agder skulle koordinere og lede granskningen. Fylkeslege Anne-Sofie D. Syvertsen har ledet tilsynsarbeidet, og tilsynsteamet har i tillegg bestått av seniorrådgiver Anne Stiansen fra Helse og sosialavdelingen og rådgiver Gro Lislegard-Bækken fra Utdanning- og barnevernsavdelingen hos Fylkesmannen. Spesialist innen barne- og ungdomspsykiatri, Rikard Nygård, fra Statens helsetilsyn har deltatt i tilsynene, og det har vært leid inn ekstern konsulent med barnevernfaglig kompetanse. I tillegg har flere ansatte hos Fylkesmannen bidratt inn i arbeidet.

Fylkesmannen har kjent til Stina siden høsten 2016. Selv om det flere ganger fra aktørene har vært uttrykt at «dette er en vanskelig og komplisert sak», har den samtidig vært fremstilt for oss som en sak der alle relevante tjenester samarbeider, og der alle har gjort alt de kunne for å få til gode løsninger. Det har ikke skortet på ressurser i form av økonomi. Lovhjemler (eller mangel på slike) har, med unntak av mulighet for tilbakeholdelse i det psykiske helsevern, i liten grad vært problematisert av tjenestene. Oppmerksomheten har i stor grad vært på å forhindre at hun skulle lykkes med å ta livet sitt, etter hvert har også sikkerheten til ansatte vært fokuset. Saken har vært preget av vilje til medvirkning fra alle aktører og alle involverte beskriver et godt samarbeid. Dette er også inntrykket Fylkesmannen sitter igjen med etter gjennomføring av tilsynet. Allikevel gikk det så galt.

Den første formelle klagen fra Stina selv til Fylkesmannen er datert 24. mai 2017 og det siteres:

*«Hvorfor jeg ønsker å klage: Jeg ber om at Fylkesmannen ser om det kan foreligge kritikkverdige forhold i saken min. Jeg mener det er på høy tid at en nøytral instans rydder opp i denne saken. Jeg forstår hvorfor jeg ..... og jeg vil ikke fraskrive meg ansvaret for mine handlinger. Men jeg har et sterkt ønske om å endre min atferd - uten at det er nødvendig med tvang. Graden av inkompetanse og tvang i barnevernet, helsevesenet og politiet har vært høyt. Jeg mener det er begått alvorlige lovbrudd og mener det er grunnlag for omsorgssvikt og grove feilvurderinger. Barnevernet lar meg i dag leve et liv jeg åpenbart ikke takler å leve. Jeg bebreider barnevernet fordi jeg ikke*

<sup>4</sup> Lov av 2 juli 1999 nr 61 om spesialisthelsetjenesten m.v. (spesialisthelsetjenesteloven, sphl.) § 3-3a

<sup>5</sup> Lov av 30 mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven) § 2

<sup>6</sup> Lov av 17 juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester § 2-3 b. annet ledd (kommunalt barnevern) § 2-3 b. fjerde ledd (statlig barnevern)

<sup>7</sup> Barnevernloven § 2-3 b. tredje ledd, jf. § 5-7 (institusjoner), § 2-3 b. femte ledd (private aktører)

*blir tilbudt den rette hjelpa jeg ønsker eller har behov for. Derfor har jeg et ønske om at dere gjør om på vedtaket - eller kan se på saken. Min historie hadde i dag vært annerledes dersom jeg hadde blitt møtt på en mer human, rettferdig, forståelsesfull og empatisk måte. Jeg er redd for at jeg har blitt en Glassjente. Dette må vi stoppe sammen med barnevernet.»*

Stina har tidligere beskrevet hvordan livet ble opplevd i to blogginnlegg<sup>8</sup>.

## 1.2 Stinas historie<sup>9</sup>

Etter hendelsen på Sørlandssenteret har Fylkesmannen møtt Stina for å få hennes versjon og opplevelse av hvordan hun har blitt fulgt opp. Hun har i ettertid også skrevet brev til oss. I brevet presiserer hun:

*«Ansvarsfraskrivelsen er massiv og tragisk. Jeg har hatt samtale med så mange ulike fagpersoner i helsevesenet og barnevernet, men ingen har hatt mot eller vilje til å se på seg selv med kritiske blikk. Barnevernet må tåle prøvelser og kritikk. Min historie hadde vært annerledes dersom jeg hadde blitt møtt på en mer forståelsesfull, omsorgsfull og forutsigbar måte. Det har vært et strevsomt år. Endelig har jeg nådd en slags endestasjon, selv om utfallet ble katastrofalt og usedvanlig fortvilende.»*

Stinas familie er ikke etnisk norske, men flyttet til Norge året før hun ble født. Hun flyttet til Kristiansand i 2006 sammen med resten av familien. Hun er yngst av 6 søsken, og hun og søsknene har vært utsatt for, og vært vitne til vold fra far. Det ble meldt bekymring til barneverntjenesten for hennes eldre søsken i tidligere oppholdskommune, og også flere ganger til barneverntjenesten i Kristiansand. Barneverntjenesten satte inn ulike hjelpetiltak i familien. Stina ble første gang henvist til psykisk helsevern fra barneverntjenesten i 2010. Kontakten ble avsluttet etter kort tid uten at noen kan lastes for det.

*«Hvordan kunne de tro at det kunne hjelpe med tiltak i hjemmet med den relasjonen familien hadde og med tanke på hvor mye vold det var hjemme?».*

Stina, september 2017

Stina ble henvist på nytt til psykisk helsevern av barneverntjenesten i april 2012. Saken ble da fordelt til familieteamet i Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP) Kristiansand. Fra barneverntjenesten ble det opplyst at familien trengte mer hjelp enn det barneverntjenesten kunne tilby.

Stina flyttet til fosterhjem i januar 2013. Hun var da nettopp fylt 12 år, og hun ønsket selv å flytte i fosterhjem. Behandlingen ved ABUP Kristiansand ble overført til ABUP i Arendal. Det

<sup>8</sup> <http://krs247.no/meninger/leserinnelegg/jeg-er-jenta-som-har-skapt-trafikkaos-pa-varoddbrua-23288/>  
<http://www.verdidebatt.no/innlegg/11684175-refleksjoner-fra-jenta-som-har-truet-med-a-hoppe-fra-varoddbrua-helsevesen-og-politi>

<sup>9</sup> Kortversjon – godkjent av Stina.



ble gitt tilbud der første gang i september 2013. Hun hadde der tre samtaler før behandlingen ble avsluttet fordi Stina ikke ønsket videre behandling. Det ble avtalt at fostermor skulle få veiledning, men det kom ikke i gang.

Stina ble boende i fosterfamilien frem til august 2016, og hadde i denne perioden en positiv utvikling. Med fosterfamiliens tålmodighet opplevde hun etter hvert mestring og tilhørighet. Hun ga uttrykk for å trives i familien, hun hadde venninner, klarte seg bra på skolen, var aktiv på fritiden og hadde helgejobb. Sensommeren 2016 var det noen hendelser som gjorde at hun tok kontakt med Barnevernvakten med ønske om å flytte. Hun viste til vanskelige episoder i fosterhjemmet. Hun ble flyttet til et midlertidig beredskapshjem, og etter hvert også til en institusjon. Hun var ambivalent i forhold til hva hun ville, men ga i løpet av få uker uttrykk for at hun angret og at hun ønsket å flytte «hjem» til fosterhjemmet igjen.

Barneverntjenesten sa opp fosterhjemmet i slutten av august 2016, og hun fikk beskjed om at det var uaktuelt å flytte tilbake dit. Hun hadde i denne perioden flere episoder med blant annet rømminger, og hun utsatte seg selv for potensielt farlige situasjoner. Hun hadde tett telefonisk kontakt med fosterfamilien. Hun hadde mange innleggelses i spesialisthelsetjenesten og det ble foretatt flere selvmordsvurderinger. Hun sa selv at disse alvorlige hendelsene var utløst av hennes ønske om å flytte til en familie: Hvis hun ikke kunne komme tilbake til fosterfamilien sin så ønsket hun å komme til en annen familie. Minst av alt ville hun bo på institusjon.

Barneverntjenesten valgte å høre på henne, og hun flyttet til et nytt beredskapshjem. Etter få dager rømte hun og ga sterkt uttrykk for at hun ønsket seg tilbake til opprinnelig fosterhjem. Hun utsatte seg for store farer.

I september fattet barneverntjenesten vedtak om plassering etter barnevernloven § 4-25 annet ledd, jf. § 4-24. Hun ble plassert på institusjonen «Agder og Telemark ungdomssenter akutt, St.Hansgården» (heretter kalt St.Hansgården).

**For barn som trenger forsterkede trygge rammer kan barneverntjenesten fatte vedtak om plassering og tilbakehold i institusjon uten eget samtykke:**

**Barnevernloven § 4-24, første ledd**

Et barn som har vist alvorlige atferdsvansker

- ved alvorlig eller gjentatt kriminalitet,
- ved vedvarende misbruk av rusmidler eller
- på annen måte

kan uten eget samtykke eller samtykke fra den som har foreldreansvaret for barnet, plasseres i en institusjon for observasjon, undersøkelse og korttidsbehandling i opptil fire uker, eller i den kortere tid som er fastsatt i vedtaket. Ved nytt vedtak kan plasseringstiden forlenges med opptil fire nye uker.

**Barnevernloven § 4-25, annet ledd:**

*Fremgangsmåten ved § 4-24*

Et vedtak etter § 4-24 første og annet ledd skal treffes av fylkesnemnda etter reglene i kapittel 7. Midlertidig vedtak kan treffes av barnevernadministrasjonens leder og av påtalemyndigheten. § 4-6 annet, fjerde og femte ledd gjelder tilsvarende. Plasseringstiden etter det midlertidige vedtaket skal inngå i den totale plasseringstiden som gjelder for vedtak etter § 4-24 første og annet ledd.

Ungdom som er plassert på institusjon etter barnevernloven § 4-24\* og § 4-26 kan begrenses etter rettighetsforskriften kap. 4. Dette gjelder f.eks i forhold til bevegelsesbegrensning, bruk av kommunikasjonsutstyr, ransaking m.v.

\* Dette gjelder også ved midlertidig plassering etter barnevernloven § 4-25

Plassering etter barnevernloven § 4-25 ga institusjonen mulighet til å fatte vedtak om blant annet bevegelsesbegrensning etter rettighetsforskriften<sup>10</sup> § 22, og de fattet slikt vedtak.

Stina fikk en fast behandler i ABUP, akuttambulansetjeneste (AAE) som hun raskt fikk tillit til, og som ble hennes behandler frem til sommeren 2017. ABUP ga veiledning til personalet på St.Hansgården og fulgte opp Stina med samtaler.

Antall alvorlige hendelser ble færre under dette oppholdet på St.Hansgården i september / oktober 2016, og hun ble gitt lettelse i bevegelsesbegrensningene. Barnevernet trakk saken om at hun skulle være plassert på tvangsparagraf i slutten av oktober, og det ble bestemt at hun skulle få flytte tilbake til opprinnelig fosterfamilie.

Avgjørelsen om å flytte kom brått på både Stina og fosterfamilien. Det ble kort tid til å planlegge flytting, og nødvendige tiltak kom ikke på plass i tide. Stinas forventninger til seg selv var store. Situasjonen ble imidlertid raskt vanskelig etter innflytting, og fosterhjemmet synes dette ble vanskelig å stå i. Avtalen med Aleris og fosterhjemmet ble sagt opp medio januar 2017.

Fra januar 2017 flyttet Stina 11 ganger mellom ulike private og statlige institusjoner. I hele denne perioden var det flere alvorlige hendelser med rømminger, hærverk, utagering og trusler mot ansatte. Hun utsatte seg selv for mange potensielt svært farlige situasjoner.

Hennes budskap har vært sterkt og klart hele tiden; hun ville være en alminnelig jente og bo i en familie, og om hun måtte bo på institusjon så måtte det ikke være enetiltak. Fra primo april ble hun kun plassert i ulike enetiltak. Etter barneverntjenestens og Bufetats vurdering av behovet for kontinuitet var alle tiltakene i Næromsorg Sør (NOS).

Stina hadde mange akuttinnleggelser i ulike helseforetak på grunn av suicidaladferd. Flere av de alvorligste episodene skjedde i etterkant av samtaler på ABUP, etter politiavhør eller etter at hun hadde fått beskjeder om flytting, enetiltak eller tvang. Hun beskriver selv tiden i NOS som den vanskeligste, og hun opplevde det skadelig for henne å være i enetiltak. Hun beholdt behandlingstilbudet fra ABUP gjennom hele denne perioden. De øvrige sykehusene og tjenestene var kjent med dette, og alle fant det mest hensiktsmessig og best for jenta selv, at hennes faste behandlere sto for den videre oppfølging.

Den 22. mai 2017 fattet barneverntjenesten på nytt vedtak om plassering etter barnevernloven § 4-25, og institusjonen fattet også vedtak om bevegelsesbegrensning<sup>11</sup>. Dette innebar at hun ikke kunne gå ut uten å ha følge med to ansatte. Hun flyttet til nytt enetiltak siste gang 2. juni 2017. Vedtak om bevegelsesbegrensning ble videreført hele perioden, og siste vedtak om dette ble fattet 24. juli 2017.

---

<sup>10</sup> Forskrift av 15 november 2011 er vurderingskapitlene fra delrapportene vedlagt hovedrapporten. er vurderingskapitlene fra delrapportene vedlagt hovedrapporten. er vurderingskapitlene fra delrapportene vedlagt hovedrapporten. nr. 1103 om rettigheter og bruk av tvang under opphold i barneverninstitusjon (rettighetsforskriften)

<sup>11</sup> Rettighetsforskriften § 22

### 1.3 Gjennomføring av tilsynet

Vi har i dette tilsynet innhentet dokumentasjon fra alle barnevernstjenester og alle helsestasjoner Stina har vært i kontakt med fra hun ble født, og alle barnevernstjenester/-tiltak og helsetjenester hun har vært i kontakt med siste året før hendelsen 26. juli 2017. Det har vært arbeidskrevende å få et tilfredsstillende og helhetlig bilde av alle hendelsene. Til sammen har vi gjennomgått dokumentasjon fra 27 ulike instanser, hvorav 24 av disse har vært i kontakt med Stina det siste året. Stina har flyttet 17 ganger i perioden 8.8.2016 – 2.6.2017, i tillegg har hun hatt flere innleggelse både i voksenpsykiatrien og barne- og ungdomspsykiatrien ved fem ulike sykehus.

Etter gjennomgang av dokumentasjon opprettet vi tilsynssak mot de mest sentrale aktørene siste året. Fylkesmannen har gjennomført tilsyn med Kristiansand kommune v/barneverntjenesten, Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat), Næromsorg Sør (NOS), Aleris Ungplan & BOI (Aleris), og Sørlandet sykehus HF (SSHF).

Vi vil i rapporten kort si noe om oppfølgingen hun har fått frem til omsorgsovertakelsen i 2013 og perioden i fosterhjemmet 2013-2016. Hoveddelen av rapporten omhandler perioden etter bruddet med fosterhjemmet i august 2016 og frem til drapet i juli 2017, med hovedfokus på siste halvår.

I rapporten sier vi noe om hvilke handlingsalternativer som med fordel kunne eller burde vært vurdert, og hva som kunne vært gjort bedre. Det er komplisert når fem instanser har ansvar og myndighet på tilgrensende og til dels overlappende områder. Dette kan være en styrke, men også en svakhet. Ingen av aktørene har det fulle bildet. Disse fem aktørene er Bufetat, barneverntjenesten, private og offentlige barneverninstitusjoner, spesialisthelsetjenesten og Stina selv. Ansvar på samme områder medfører behov for operasjonalisering og tydeliggjøring av hva som er den enkeltes konkrete ansvar, og denne forståelsen bør nedfelles skriftlig slik at de øvrige aktørene er kjent med dette slik at det kan etterspørres og etterprøves. Mange tilgrensende ansvarsområder medfører også fare for at ingen tar styringen og koordineringsansvaret – at ingen er «kaptein» på laget. Eksempler på områder der flere har et ansvar, er gjennomgang av tvangsprotokoller, som sendes tre steder (Fylkesmannen, barneverntjenesten, Bufetat), individuell plan (kravet ligger i regelverket til både helse- og barneverntjenesten), oppfølging når ungdommen er plassert i institusjon/fosterhjem (barneverntjenesten som «omsorgsperson», Bufetat som ansvarlig for å levere tiltakene, og tiltaket selv).

Fylkesmannens vurderinger er gjort på bakgrunn av de opplysningene som forelå på det tidspunkt veivalg ble tatt og beslutninger ble fattet, ikke hva man i ettertid har kunnskap om. Vurderingene er altså gjort på bakgrunn av den informasjonen som aktørene på det aktuelle tidspunkt hadde, eller med rimelighet burde forventes å ha.

## 2 Tilsynets tema og omfang

Barnevernets oppgave er å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid<sup>12</sup>. Helsevesenet skal bl.a. bidra til å sikre tjenestetilbudets kvalitet og at tjenestetilbudet blir tilpasset pasientens behov<sup>13</sup>, samt bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten<sup>14</sup>.

Vi har sett på saken ut fra de behov som *Stina* har hatt, med rett på et *koordinert og samordnet tilbud, preget av medvirkning, respekt og faglig forsvarlighet*.

Fylkesmannen har i tilsynene undersøkt om henholdsvis barneverntjenestene og spesialisthelsetjenesten har gitt *Stina* god nok omsorg og behandling. Vi har hatt fokus på følgende områder:

- Forsvarlighet
- Medvirkning
- Tvangsbruk
- Samarbeid med øvrige instanser
- Dokumentasjon
- Styring og ledelse

Fylkesmannen har i denne rapporten oppsummert konklusjonene etter tilsyn med de ulike tjenestene. Vi kommer med noen overordnede vurderinger knyttet til noen av de sentrale tilsynstemaene. Vi har her forsøkt å se på tjenestetilbudet i en større sammenheng. Hvilke sentrale vurderinger som ligger til grunn for konklusjonene til *den enkelte* virksomhet vil fremgå av delrapportene. Med unntak av informasjon som måtte unntas av personvern hensyn, er vurderingskapitlene fra delrapportene vedlagt hovedrapporten.

**Det er utarbeidet nasjonale kvalitetsmål** som er retningsgivende for barnevernet og vil være relevant for vurderingene av hva som er forsvarlig. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) har lagt disse kvalitetskriteriene til grunn for sitt arbeid.

De mest relevante kvalitetsmålene og underpunktene for dette tilsynet er følgende:

1. Barn og familier skal få hjelp som virker.  
I dette ligger bl.a. at tilstrekkelig og systematisert kunnskap om barnet og barnets situasjon gjennom utredninger, må ligge til grunn for tiltaksvalg.
2. Barn og familier skal møte sikre og trygge tjenester  
Stabilitet og kontinuitet i omsorgen står sentralt når barneverntjenesten har overtatt omsorgen for et barn. Barn skal i minst mulig grad flytte mellom ulike omsorgstiltak, og de skal forholde seg til færrest mulig omsorgspersoner. I tillegg skal de sikres forutsigbarhet gjennom å vite hva som skal skje på kort og lengre sikt. Ved uheldige hendelser må barnevernet lære gjennom å identifisere årsakene til feil og kvalitetssvikt.
3. Barn og familier skal bli involvert og ha innflytelse.  
De skal ha mulighet til å medvirke og ha innflytelse både i planlegging av tjenestene de får og oppfølgingen av tiltak.
4. Barn og familier skal møte tjenester som er samordnet og preget av kontinuitet  
For å oppnå god kvalitet må barnevernet ofte samarbeide med andre tjenester, slik at barn og familier får koordinerte tjenester og helhetlige tiltak.

### 3 Om forsvarlighet

Tiltak og tjenester etter barnevernloven skal være forsvarlige<sup>15</sup>, og helse- og omsorgstjenesten har ansvar for å yte forsvarlig helsehjelp<sup>16</sup>.

For å kunne gi det enkelte barn forsvarlig omsorg og behandling må barneverntjenestene og spesialisthelsetjenesten kjenne barnet, og deres historie og utfordringer best mulig. De må kjenne:

- Barnets omsorgshistorie og relasjonelle historie
- Barnets fungering på ulike områder
- Barnets og familiens etniske, kulturelle og religiøse tilknytning.
- Tjenestenes tidligere arbeid med barnet og familien
- Barnets synspunkter på egen situasjon og behov for hjelp.

God kjennskap til tidligere omsorgssituasjon og sykehistorie er grunnleggende for å kunne yte god omsorg og behandling. Det er jentas liv og hennes behov som er i fokus, ut fra den hun er og det hun har med seg av erfaringer på godt og vondt. Vi vet at hennes bakgrunn var godt kjent for barneverntjenesten, og mye var også kjent for spesialisthelsetjenesten. Kommunen har kjent til familien fra de flyttet til Kristiansand i 2006, og for SSHF fra 2010. Allikevel virker det som om tjenestene fra august 2016 arbeidet «historieløst».

Da Stina rømte fra fosterhjemmet høsten 2016 tok ikke tjenestene seg tid til å utforske hva som lå bak, utover å konstatere «at hun ikke vil tilbake». Stina begrunnet ønsket om å flytte med noen hendelser i fosterfamilien. Disse hendelsene lå noen år tilbake i tid og fremstår som «bagatellmessige». Vi undrer oss over barneverntjenesten sine mangelfulle vurderinger her. Når Stina allikevel etter et par uker ville flytte tilbake til fosterhjemmet, ble heller ikke dette utforsket. Barneverntjenesten reflekterte ikke over hvorvidt hun som 14-åring egentlig visste hva hun ville. Dette bildet preget etter Fylkesmannens vurdering saken videre. Stina fikk for mange valg, og for lite hjelp og støtte til å gjøre de riktige valgene – til eget beste.

Det er få faglige begrunnelser for valg av omsorgstiltak, utover at man ønsket «å gå med henne». Samtidig uten å sjekke ut hva det var hun prøvde å uttrykke med alle sine handlinger. Det synes ikke som om barneverntjenesten, tross hyppig kontakt med jenta, greide å etablere den plattformen preget av tillit som var nødvendig for å gå veien sammen.

I slutten av oktober 2016 besluttet barneverntjenesten at Stina skulle tilbakeføres til fosterhjemmet. Begrunnelsen var at hun selv ønsket dette. Hun hadde hatt tett kontakt med fosterforeldrene den siste tiden, og de ønsket henne også hjem igjen. Det er forståelig at barneverntjenesten ville prøve å etterkomme dette ønsket. Det ble imidlertid etter vår vurdering brukt for liten tid til å planlegge tilbakeføringen. Ingen forutså hvor kritisk det ville bli dersom dette ikke lyktes, og hvilken nederlagsfølelse det ville gi Stina å måtte forlate det eneste hjemmet hun hadde gode minner fra, enda en gang.

---

<sup>15</sup> Barnevernloven § 1-4

<sup>16</sup> Lov av 2 juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenester m.v. (spesialisthelsetjenesteloven) § 2-2. Lov av 2 juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) § 4

Etter vår vurdering burde barneverntjenesten gjort slike refleksjoner i oktober, før tilbakeflyttingen. Det burde vært laget mer detaljerte og realistiske planer for tilbakeføringen.

Individuell plan<sup>17</sup> var ikke utarbeidet, og det er vanskelig å se hvem som var koordinator i saken. I den sårbare situasjonen jenta da var i burde barneverntjenesten vært mye tettere på Stina for å påse at hun hadde det bra, og at de planlagte tiltakene ble iverksatt og fungerte<sup>18</sup>.

Manglende planmessighet er gjennomgående i hele denne prosessen. Vi ser at det en stund har vært en langsiktig plan om fosterhjem fra jenta. Underveis har det imidlertid vært mye endring av tiltaksvalg som ikke bærer preg av langsiktighet eller planmessighet, men tvert om av at det akutte (og jentas ønsker) i stor grad har fått styre.

I mars flyttet Stina til beredskapshjem etter eget ønske. Det ble laget planer for hva som skal gjøres hvis hun rømte, men det manglet konkrete planer for hvordan det kunne forebygges og hva som skulle til for å ivareta henne best mulig. Hvordan skulle dette hjemmet, som var nytt for Stina, klare å trygge henne og hindre nye episoder når fosterhjemmet hun hadde bodd i og fungert bra i i 3 ½ år ikke klarte det?

Det ble etter hvert vurdert at Stina skulle ha sitt tilbud i NOS. Begrunnelsen for dette var å forsøke å få til en mer langsiktig plan og sørge for mer kontinuitet. NOS sin beskrivelse av tilbudet var generell når det gjaldt tilnærming og metodikk, og det måtte kunne forventes at tiltaket raskt utarbeidet en mer konkret, individuell miljøterapeutisk plan for Stina, og en plan for tett, systematisk veiledning av de ansatte. God behandling for Stina ville vært å bli møtt på en mest mulig lik og forutsigbar måte av de ansatte, og at det ble jobbet systematisk med å skape en trygg relasjon. Da Stina flyttet til NOS sin avdeling på Evje hadde NOS kjent henne i nesten 3 måneder, og de aktuelle tiltakene som bl.a. nevnt over burde vært på plass ved innflytting. Stina møtte en bolig som ikke fremsto som et hjem, de ansatte jobbet «ulikt» og hun beskriver selv at hun ikke hadde noen ansatte hun følte tillit til. På mange av vaktene var det kun ufaglærte på jobb, og det var ikke kvinner på alle vaktlag slik det var etterspurt. Ufaglært personell kan gi god omsorg, og det gjorde også mange overfor Stina. Samtidig var det nødvendig med personell med fagkompetanse for å sørge for godt miljøterapeutisk arbeid. I forhold til ei jente med Stinas vansker og sterke uttrykk burde andelen faglærte etter vår vurdering ha vært høyere enn minstekravet tilsier, og det burde også vært vurdert om det var behov for personell med helsefaglig utdanning. NOS ga etter Fylkesmannens vurdering ikke Stina forsvarlig omsorg og behandling.

Mange av instansene viser til at det nærmet seg ferietid da Stina flyttet til Evje, og at flere tiltak var planlagt iverksatt over sommeren. Dette er etter Fylkesmannen ikke godt nok. Ferietid er en risikofaktor i seg selv, da kjente behandlere og saksbehandlere er borte, og med vikarer og stedfortredere i mange ledd som ikke kjenner historikken. Det er derfor ekstra viktig med gode planer og forsvarlig bemanning i ferietiden.

Det er ikke gjort grundige faglige vurderinger av hva som var til Stinas beste, og hva som skulle til for at tjenestene skal klare å ivareta henne på en god måte. Dokumentasjonen knyttet

---

<sup>17</sup> Bvl. § 3-2 a, sphi. § 2-5 første ledd, jf. forskrift om individuelle planer etter helselovgivningen § 5 (FOR-2001-06-08-676)

<sup>18</sup> Bvl. § 4-16



til, og begrunnelsen for de respektive valg er mangelfull. Dette medførte en risiko for at senere vurderinger og beslutninger ble tatt på sviktende grunnlag.

På slutten av oppholdet i NOS ser vi at det var ulike oppfatninger mellom barneverntjenesten og Bufetat om hvilket tiltak som var til Stinas beste. Agder behandling Ungdom, avd. Toppen ble av Nasjonalt inntaksteam (NIT) og Bufetat vurdert å være det mest egnede tilbudet, og dette ble begrunnet godt faglig. Det ble blant annet tatt hensyn til Stinas sterke ønske om å ikke bo i enetiltak, det ble beskrevet på en god måte hvordan institusjonen kunne ivareta henne både med hensyn til boligutforming, personalets kompetanse og faglig tilnærming, og sosialisering.

Barneverntjenesten takket allikevel nei til tilbudet og begrunnet sitt ønske om fortsatt plassering på NOS sin avdeling på Evje blant annet med Stinas mange flyttinger og behov for stabilitet. Barneverntjenesten argumenterte blant annet med at hun var godt i gang med behandling ved ABUP og at det var viktig å fortsette denne. ABUP på sin side hadde vært tydelig på at de ønsket å gi henne poliklinisk tilbud nærmest uavhengig av bosted, og hadde vist dette ved at behandlere ved ABUP har fulgt jenta gjennom alle flyttinger siste året. Avstanden Arendal- Kristiansand ville ikke vanskeliggjort kontinuitet i behandlingsopplegg. Det eneste Fylkesmannen finner at det var enighet om, er at det måtte være et mål å ha færrest mulig voksne rundt seg til enhver tid, og at det måtte åpnes for samvær med andre ungdommer. Vi kan ikke noe sted se at hun var innforstått med at det å bli værende på Evje var en god løsning slik barneverntjenesten syntes å gi inntrykk av. Barneverntjenesten vurderte ikke Stinas konsistente, gjentatte og uttrykkelig uttalte misnøye med å være på Evje og i enetiltak, opp mot egne argumenter

Barneverntjenesten beskrev en utvikling på institusjonen som Fylkesmannen ikke kan slutte seg til ut fra foreliggende dokumentasjon, og den stemte heller ikke med det bildet Stina ga hverken underveis eller i ettertid. Barneverntjenesten hadde ikke snakket med Stina under oppholdet på institusjonen på Evje. Deres vurderinger bygget etter vår vurdering på feilaktige opplysninger fra NOS.

Vi finner ikke at barneverntjenestens avslag på tilbudt institusjon var bygget på vektige, faglige argumenter. Selv om man burde tilstrebe å unngå nye flyttinger, skulle viktigheten av å gi Stina et godt faglig tiltak veid tyngre.

Medvirkning, tvangsbruk, samarbeid og koordinering er også viktige faktorer når det gjelder vurdering av forsvarlighet, se egne avsnitt knyttet til dette.

### **3.1 Utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten**

Da bruddet med fosterhjemmet ble et faktum i januar 2017 begynte det for alvor å gå galt. Stina utsatte seg for gjentatte farlige hendelser, og hun hadde diverse konsultasjoner ved legevakter og korttidsinnleggelse i sykehus.

Fylkesmannens vurdering er at spesialisthelsetjenesten ikke så alle situasjonene i sammenheng, og de benyttet heller ikke anledningen ved innleggelsene til videre utredning.

Spesialisthelsetjenesten, her ABUP, burde allerede i februar 2017 vurdert å sette inn flere behandlingsressurser. Fokus fra sykehusets side har vært på selvmordsvurdering og -forebygging. Etter vår vurdering er det for lite fokus på utredning og diagnostikk som grunnlag for faglige grundigere vurderinger av mulige behandlingsstrategier og tiltak. Vår vurdering er at SSHF ikke har gjennomført en forsvarlig utredning av Stina.

*«Det var ingen som stoppet opp og sa at nå må vi gjøre noe altså det her kan ikke fortsette».*

Stina, september 2017

I mars 2017 mente spesialisthelsetjenesten at det verken var faglig indisert eller av andre grunner ønskelig med langtidsinnleggelse. De øvrige aktørene (Bufetat, barneverntjenesten, fylkesnemda) mente at hun trengte det. ABUP sier selv at en stabil omsorgssituasjon var nødvendig for å kunne gjøre en grundig utredning og diagnostikk. Med de erfaringer som det på dette tidspunktet hadde vært med både fosterhjem, beredskapshjem og akuttinstitusjoner burde spesialisthelsetjenesten vurdert alternativene opp mot hverandre: Langtidsopphold i Ungdomsklinikken med de muligheter eller negative konsekvenser det kunne ha faglig sett; utredning og diagnostikk uten å ha den ønskelige stabile omsorgssituasjonen; eller de kunne bedt om «second opinion» dersom de følte seg usikre. Videre burde spesialisthelsetjenesten vurdert, og tatt med i betraktning, opplysningene som forelå fra Oslo universitetssykehus HF (OUS) (februar 2017) der man gjorde en voldsrisikovurdering (screening). I april og mai eskalerte situasjonen. Det var ikke nok å henvise til at institusjonene skulle gjøre risikovurderinger. Institusjonen gjør dette for de ansattes sikkerhet, ikke med tanke på jentas egen situasjon og hva hun utsetter seg selv og omgivelsene for øvrig for.

God behandling for Stina ville vært at omsorgsbasen fikk veiledning fra spesialisthelsetjenesten eller andre med nødvendig kompetanse. Spesialisthelsetjenesten burde sørget for å innhente viktig informasjon fra omsorgspersonene rundt Stina for å ta gode beslutninger og for å kunne gi konkret veiledning.

Spesialisthelsetjenesten ble ikke involvert ved utarbeidelse av institusjonens helseplan for Stina. Etter vår vurdering burde det vært laget omforente planer mellom NOS, barneverntjenesten og ABUP som alle kjente til og som beskrev hva som var de kritiske hendelsene som skulle rapporteres hvor, hvordan oppfølgingen skulle være, hvilken informasjon det var viktig at alle til enhver tid hadde osv. Utveksling av sentral informasjon og felles forståelse av informasjon er en viktig forutsetning for de gode beslutningene.

Det er i denne saken ikke gjort en forsvarlig utredning og diagnostikk som skulle gitt grunnlaget for god behandling, og dermed også muligheten for å gi det beste omsorgstiltaket. Det er alvorlige mangler knyttet til anamnese, sykehusets innhenting av komparentopplysninger, vurdering av voldsrisiko og selvmordsfare. Sykehuset mangler også en plan for behandlingen. De alvorlige manglene i utredningen, og mangelen på fortløpende faglige vurderinger og evalueringer gjør blant annet at behandlingen blir uforsvarlig, og råd til samarbeidspartnere blir lite faglig underbygget.



Spesialisthelsetjenesten skulle vurdert mulige handlingsalternativer, og burde involvert ledelsen i en så komplisert sak for å sikre at alle muligheter ble vurdert. At dette ikke er gjort er etter Fylkesmannens vurdering kritikkverdig.

### 3.2 Tjenestenes oppfølging av Stina og de private tiltakene

Barneverntjenesten har ansvar for å følge opp hvordan jenta har det<sup>19</sup>. De er «både mor og far». Stina hadde det åpenbart strevsomt. Barneverntjenesten var tett på, men tross alle hendelsene spurte de ikke «hvordan hun har det». Helt til 12.mai 2017 kan man få inntrykk av at barneverntjenestene og spesialisthelsetjenesten ville «gå med henne» - selv om all erfaring over lang tid hadde vist at man ikke hadde lykket med nettopp det Stina ville – nemlig å bo i et hjem. Frem til denne datoen er hun i 2017 flyttet 9 ganger mellom ulike tiltak.

Fylkesmannen mener man langt tidligere burde stoppet opp, evaluert og spurt seg hvor man var på vei, hva som var målet og hvordan man skulle nå det. Ledelsen burde sett at de ansatte, som hadde vært nærmest henne, hadde mer enn nok med å takle de akutte episodene. Ledelsen burde sørget for at det kom inn noen som kunne se på hendelsene, og samarbeidet med de øvrige aktørene, mer systematisk.

Fylkesmannen har konkludert med at Aleris har gitt Stina og familiehjemmet forsvarlig oppfølging<sup>20</sup>, men vi har også påpekt at de burde utarbeidet mer konkrete planer for tilbakeføringen. Barneverntjenesten hadde en forventning til at for eksempel veiledning var startet opp før innflytting, uten at dette var uttalt eller ble fulgt opp. Barneverntjenesten besøkte ikke Stina etter tilbakeflytting til familiehjemmet høsten 2017. Det burde de gjort, både for å påse at hun hadde det bra og for å påse at nødvendige tiltak fungerte.

Mange flyttinger er uheldig for alle barn, og for barn som Stina, var det spesielt skadelig. NOS ble valgt som leverandør og planen var at de skulle gi Stina et langsiktig tilbud. Vi er enige i at det var viktig å få stoppet den negative utviklingen og sørge for bedre forutsigbarhet og kontinuitet i tilbudet rundt Stina. For å få til dette var det viktig at Bufetat var tett nok på virksomheten til å kontrollere at kvaliteten på tilbudet var godt nok og at vilkårene for fortsatt godkjenning var tilstede. Samtidig burde barneverntjenesten fulgt opp at NOS ga Stina god omsorg, og at alle tiltak var på plass for å sikre at dette nå skulle gå bra. Fylkesmannen er av den vurdering at når man ikke maktet å oppnå den stabiliteten som var hensikten med å velge samme leverandør videre, burde barneverntjenesten vært mye tettere på i den videre oppfølging av Stina og av tiltakene.

Da Stina til slutt ble plassert på avdelingen på Evje, mot sin vilje, var ikke barneverntjenesten eller Bufetat på besøk hos henne før over fem uker senere. Det var i denne fasen kritisk nødvendig at alle satt inn alt av ressurser for at flyttingen skulle fungere, og at man skulle lykkes i å hjelpe og for å «ramme inn» Stina på en god måte. Alle nødvendige tiltak skulle vært på plass senest ved innflytting. Da barneverntjenesten og Bufetat besøkte henne på Evje ble det påpekt, etter vårt syn, alvorlige mangler ved boligen og bekymring knyttet til tiltaket. Boligen fremsto fremdeles ikke som et hjem, det var tre ufaglærte menn på jobb, de ansatte

---

<sup>19</sup> Barnevernloven § 4-16

<sup>20</sup> Barnevernloven § 1-4

fremsto som «nøylene til det de jobbet med». Bufetat stilte spørsmål ved kommunikasjon mellom ledelse og personal, mellom teamene, og den faglige tilnærmingen. Allikevel legges det ikke noen videre plan for oppfølgingen. Bufetat påpekte manglene overfor daglig leder i NOS som skulle følge det opp videre. Tiltak som daglig leder beskrev skulle iverksettes, for eksempel at avdelingsleder skulle delta på «overlappsmøter» ved vaktskifte for å sikre mer lik faglig tilnærming og behandling, ble ikke iverksatt.

Tvangsprotokoller er en viktig kilde til å følge med på hvordan ungdommen har det, men disse ble ikke lest og vurdert fortløpende av barneverntjenesten.

Enetiltak er i seg selv en spesiell sterk inngripen i et barns liv, og for Stina var det uten tvil en sterk belastning. Dette krevde en ekstra oppmerksomhet på å sikre god ivaretagelse og respektfull omsorg og behandling fra alle ansvarlige. Det var også en risikofaktor i seg selv at enetiltakene ble etablert på svært kort tid. Dette skapte ekstra utfordringer knyttet til å få inn tilstrekkelig kompetanse til å sikre forsvarlig omsorg og behandling. I denne saken har det vært 17 flyttinger siste året. Dette tilsier at barneverntjenesten og Bufetat burde vært tettere på, spesielt etter at det ble bestemt at hun skulle være plassert i NOS uansett.

Barneverntjenestene kan sette bort oppgavene, men ikke ansvaret for å følge med på og kvalitetssikre at det enkelte barn får forsvarlige tjenester. Fylkesmannen har gjennom tilsyn med NOS avdekket alvorlige avvik (lovbrudd). Flere av de forholdene som blir påpekt i vår rapport burde barneverntjenesten ha avdekket om de hadde vært tilstrekkelig tett på Stina og institusjonen. Bufetat hadde også en oppgave i å kontrollere om vilkårene for godkjenning av institusjonen var tilstede, og de burde også fulgt institusjonen tettere opp.

***Fylkesmannen finner på bakgrunn av ovenstående at kravet til faglig forsvarlighet er brutt fra Kristiansand kommune v/barneverntjenesten, Næromsorg Sør og Sørlandet sykehus HF. Vi har påpekt forbedringspunkter overfor Bufetat og Aleris.***

## 4 Medvirkning

Forskrift om medvirkning og tillitsperson av 1.6.2014 jfr barnevernloven regulerer barns rett i medvirkning i egen sak, for å sikre at de avgjørelser som tas er til barnets beste. Tilsvarende finner vi i pasient- og brukerrettighetsloven, kap 3.

Barns rett til å få medvirke i saker som gjelder dem kommer også frem av barnekonvensjonen artikkel 12.

**Barnet har rett til å si sin mening i alle forhold som vedrører det, og barnets synspunkter skal tillegges behørig vekt i samsvar med dets alder og modenhet.**

Barnekonvensjonen artikkel 12

Fra tverrfaglig samarbeidsmøte 29.9.16 siteres:

*«Gi henne all informasjon man kan gi og gjerne gjenta det flere ganger. Hun har godt forståelse for fagtermer på en overfladisk måte, men det betyr ikke at hun faktisk forstår betydningen av det. På grunn av dette kan det være viktig at vi prøver å bruke folkelige uttrykk.»*

Man har altså tidlig i dette turbulente siste året sett at selv om Stinas verbale uttrykksform var god, var dette ikke ensbetydende med god forståelse for termene eller at man forstod det samme. Informasjonen må tilpasses alder og modenhet og de forutsetningene brukeren forøvrig har for å forstå informasjonen, og for å kunne ta kvalifiserte valg. Dette innebærer også å sjekke ut om informasjonen, og konsekvensene av valgene som gjøres, virkelig er forstått.

Stinas evne til å forstå mottatt informasjon, og gjøre kvalifiserte valg ble ikke problematisert senere i saken. Tvert om lot tjenestene seg blende av at hun var verbalt sterk og fremstod reflektert i samtaler. Selv om erfaringene tilsa at hun på grunn av sine vansker ikke klarte å følge opp avtaler, fortsatte tjenestene «å følge henne» mer eller mindre frem til mai 2017.

*I mai 2017 fattet kontaktpersonene mine i barnevernet, ....et vedtak om §4-25 jf. 4-24. ....Jeg har faktisk flere ganger blitt avgitt løfte fra barnevernet om at de aldri kommer til å fremme en sak om § 4-24. Dermed var det selvsagt et stort sjokk da barnevernet brøt løftet i mai».*

Stina, november 201

Stinas eget ønske har hele veien primært vært å komme i fosterhjem, eventuelt institusjon sammen med andre ungdommer. Hennes opplevelse var at målet hennes om å komme i fosterhjem var kjent, og at det var enighet om dette. Hvordan det å «følge jenta» skulle operasjonaliseres ble det ikke tatt stilling til. Tilsynet fant ikke at noen av samarbeidspartene har hatt konkrete planer for å nå dette målet, jf. tidligere avsnitt.

Medvirkning forutsetter at man så langt som mulig forsøker å gå veien sammen. I samtalen Fylkesmannen hadde med Stina var hun veldig tydelig på at hun bare hadde ett mål, og det var å komme i fosterhjem. Hun opplevde ikke at noen spurte henne hva som lå *bak* ønsket om å flytte hjem/til en familie, hva «innholdet» i det var, og om noe av dette kunne innfris på andre måter. Fylkesmannen er enig med Stina i at noen burde tatt denne tråden, og funnet veien til et hjem, enten det var i institusjon eller familiehjem, sammen med henne.

En god relasjon er sentralt for å få til reell medvirkning, og for at et barn skal ha trygghet nok til å si ifra om forhold som er viktig for dem. Stina beskriver at det kun var to personer<sup>21</sup> hun opplevde å ha full tillit til, og som hun opplevde at lyttet til henne. Barneverntjenesten og ansatte i institusjonene hadde fremdeles et stykke vei å gå for å få til en god relasjon, og de skulle ikke la jenta få «velge de bort». Dersom hun avviste dem burde de jobbet med å finne nye strategier for å få henne i tale.

<sup>21</sup> Fagkonsulent i Aleris og behandler i ABUP

Spesialisthelsetjenestens råd var også «å følge jenta». Dette ble imidlertid ikke problematisert opp mot hva som var til hennes beste. Hvordan behovet for en stabil omsorgssituasjon, som det viktigste målet for å komme i posisjon til en grundig utredning og diagnostikk, ble vektet opp mot hennes ønsker og uttrykte behov fremkommer ikke.

Det vil ikke alltid være mulig, eller riktig, å følge barnets ønsker. Rett til å medvirke er ikke en rett til å bestemme eller legge ned «veto». Faglig forsvarlig oppfølging og behandling kan ikke settes til side for urealistiske eller uforsvarlige løsninger fordi det går på tvers av barnets ønsker. Barnets mening er et av flere momenter som skal tillegges vekt når beslutninger skal tas. Beslutninger som gikk på tvers av Stinas ønsker skulle vært begrunnet, og hvordan hennes mening ble vurdert skulle fremkommet av dokumentasjon. På samme måte skulle de faglige begrunnelsene, veid opp mot forsvarlighet<sup>22</sup> og barnets beste<sup>23</sup> for hvorfor de eventuelt valgte å følge Stinas ønsker, også vært dokumentert.

Vi ser at Stinas egne vurderinger av hva som kunne vært gjort annerledes fra august 2016 alle handler om medvirkning. Det er verdt å minne om at Stina da var 14 år. Hun hadde riktignok bodd 3,5 år i et godt fosterhjem, men hun hadde samtidig en flerkulturell historie fra barndommen, og traumer som preget henne. Denne «bagasjen» hun bar på beskriver hun at ingen så eller tok hensyn til.

**Da Stina ble spurt hva som kunne vært gjort annerledes dette siste året svarte hun dette:**

«Jeg

- fikk for mye ansvar og for mange valg
- fikk bestemme for mye
- ble for mye overlatt til meg selv
- skulle fått flytte hjem til fosterforeldrene tidligere
- skulle fått hjelp til å lage en realistisk plan ved tilbakeflytting

*De skulle bestemt for meg de ukene etter første flytting».*

Stina, september 2017

## 5 Samarbeid og koordinering

Både barneverntjenestene og helsetjenestene har en lovbestemt plikt<sup>24</sup> til å samarbeide med andre tjenester, herunder med hverandre, ut fra barnets behov. Tjenestenes plikt til å samarbeide gjelder på generelt nivå og på individnivå.

Barn som mottar hjelp fra barnevernet har høyere forekomst av psykiske vansker enn barn og unge ellers i befolkningen. Samarbeid mellom barneverntjenester og psykiske helsetjenester

<sup>22</sup> Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

<sup>23</sup> FNs konvensjon om barns rettigheter artikkel 3.

<sup>24</sup> Barnevernloven § 3-2. Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e. første ledd

er avgjørende for at barn og unge med behov for flere tjenester skal få et helhetlig tjenestetilbud<sup>25</sup>.

Tjenestenes plikt til å samarbeide følger av flere lovbestemmelser. Noen bestemmelser pålegger tjenestene en klar plikt til å samarbeide, andre bestemmelser gir barn og unge rettigheter som forutsetter samarbeid, som for eksempel rett til individuell plan<sup>26</sup>. Plikten til å samarbeide innebærer både en plikt til å bistå slik at barn får dekket behovet for tjenester, og en plikt til å etablere og gjennomføre samarbeid.

## 5.1 Informasjonsflyt

Det har vært gjennomført «utallige» samarbeidsmøter rundt Stina. På mange av møtene har hun selv også vært tilstede. Det er vanskelig å gi en samlet oppstilling av alle kontaktpunktene og møtene som har vært mellom aktørene i saken. Ikke fra noe hold har mangel på eller vilje til samarbeid vært problematisert, verken internt i tjenestene eller mellom tjenestene og over forvaltningsnivåene (kommune, sykehus, stat). Tvert om berømmer alle parter hverandre for respekt og vilje til godt samarbeid. Taushetsplikt er ikke på noe tidspunkt problematisert som tema eller hinder, men synes å ha blitt forvaltet på en god måte. Tjenestene kunne med fordel ha dokumentert hvilke vurderinger som var gjort i forhold til informasjonsutveksling.

Etter Fylkesmannens vurdering er det imidlertid ikke tydelig hva slags hensikt de ulike samarbeidsmøter har hatt, «hvem sine» møter det har vært eller hvem som faktisk koordinerte saken. Ett og samme møte omtales som et orienteringsmøte, drøftingsmøte, samarbeidsmøte, eller et møte der beslutninger ble tatt. Det er videre vanskelig å se hvem som faktisk tok beslutningene i møtene og om hva.

Vi har påpekt plikten til å på selvstendig grunnlag å vurdere hva og hvilke opplysninger den annen part måtte ha behov for. Det vil si opplysninger som kunne være vesentlig betydning for at andre instanser skulle kunne gjøre gode vurderinger og gi et forsvarlig tilbud. Et eksempel her er når NOS observerer at Stina strever ekstra og har sterke smerteuttrykk, så bør de forstå at det er opplysninger som er av betydning for ABUPs vurderinger av nødvendige tiltak – og vice versa.

Stina har fått definere hvem hun ikke ville at behandlingsansvarlig i SSHF skulle gi opplysninger videre til, og hvem hun ikke ville ha med i konsultasjoner, uten at dette har blitt problematisert. Stina har en rett til at enkelte opplysninger kan beskyttes<sup>27</sup>. Det må gjøres en konkret vurdering av hva som er særlige grunner for å ikke dele viktig informasjon med de som skal ivareta ansvaret for å gi et barn nødvendig omsorg og beskyttelse. Det er vårt inntrykk at ungdommen selv, i for stor grad, har fått bestemme hvem som skulle ha tilgang til viktig informasjon. Konsekvensen av dette er at samarbeidspartnere har sittet med ulik informasjon, og til dels mangelfull eller feilaktig informasjon. Risikoen er at beslutninger tas på feil grunnlag. Tilsvarende risiko for at vesentlig informasjon ikke når frem til

<sup>25</sup> Rundskriv om samarbeid mellom barneverntjenester og psykiske helsetjenester for barnet beste (IS-11/2015)

<sup>26</sup> Barnevernloven §3-2 a. Spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 første ledd, jf. forskrift av 8 juni 2001 nr. 676 om individuelle planer etter helselovgivningen

<sup>27</sup> Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4, «av grunner som bør respekteres»

samarbeidspartnere ser vi også fra NOS sin side, der all informasjon utveksles gjennom avdelingsleder.

ABUP burde i større grad ha innhentet komparentopplysninger fra omsorgsbasen, men innenfor plikten til å legge til rette for et godt samarbeid til barnets beste ligger også en mulighet for institusjonen og barneverntjenesten til å informere.

Denne skjevheten i informasjonsutveksling - og innhenting, preger til en viss grad saken, og dette kan etter vår vurdering ha bidratt til at barneverntjenesten, spesialisthelsetjenesten eller institusjonen ikke har kunnet følge målrettet opp på en hensiktsmessig måte i viktige perioder. Ett eksempel er de for Stina kritiske dagene før drapet. Det var ikke kjent for spesialisthelsetjenesten at hun 24.7. hadde fått den beskjedene hun minst av alt ville ha, nemlig fortsatt plassering i eniltaket på Evje. Beskjeden ble formidlet til henne per telefon fra avdelingsleder i NOS. Beslutningen var altså kjent for barneverntjenesten og for NOS, men ikke for spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten hadde således ikke det fulle bildet da avslag om innleggelse for stabilisering ble gitt den 24.7.17.

## 5.2 Individuell plan<sup>28</sup>

Formålet med individuell plan og koordinator er bl.a. å sikre et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud.<sup>29</sup>

Det er ikke opprettet individuell plan i saken, det burde hun etter Fylkesmannens vurdering ha hatt. Med et systematisk blikk for de sentrale punktene i individuell plan ville man mest sannsynlig også sikret vurdering av om hun fikk et *helhetlig* og *koordinert* og tilbud.

I denne saken savner vi entydig målformulering, og den systematiske oppfølgingen, evalueringen og koordineringen som komplekse saker krever. Den langsiktige planen om å flytte henne til fosterhjem, og hva som skulle til for å nå dette målet burde vært en del av en individuell plan. I forbindelse med de ulike flyttingene burde det vært utarbeidet konkrete planer for hvilke tiltak som skulle iverksettes og i hvilken rekkefølge. Dette også for å evaluere om planene ble iverksatt og var tilstrekkelige. Denne mer detaljerte planmessigheten har manglet selv om de fleste av de mer formelle planene for barneverntjenestene har vært på plass<sup>30</sup>.

Hendelsene det siste året har preget Stina, og det har vært hennes liv. Hun fikk mange nye, sterke opplevelser med seg, og oppgaven med å få stabilisert og trygget henne ble stadig vanskeligere. Kravet til planmessighet, forutsigbarhet og gode evalueringer/vurderinger ble ettersom tiden gikk enda mer nødvendig. Aktørene samarbeidet, men planlegging, styring, oppfølging og kvalitetssikring (etterkontroll) var for dårlig.

Også samarbeidspartnere, ved innleggelse i andre sykehus, etterspurte hennes individuelle plan. Det ble anført at slik ikke fantes. En individuell plan ville for andre aktører raskt kunne gitt

<sup>28</sup> Spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 første ledd. Barnevernloven § 3-2a.

<sup>29</sup> Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven (FOR-2004-12-23-1837) § 2 bokstav a.

<sup>30</sup> Barnets plan, omsorgsplan, handlingsplan etc.



et bilde av mål, planer, retning, samarbeidspartnere osv. og det ville gitt større muligheter for å stoppe opp og etterprøve realismen i en plan. Barneverntjenesten skulle utarbeidet en slik plan. De øvrige aktørene (Bufetat, spesialisthelsetjenesten) skulle vært sterkere pådrivere for å få utarbeidet nevnt plan, og samarbeidet om denne.

Samtlige aktører på ABUP som hadde kontakt med Stina var opptatt av - som de uttrykte det - «å redde liv». I lys av hennes selvskadings – og suicidale oppførsel, er det forståelig at fokus ble på å gjøre det man kunne for å unngå at hun skadet seg alvorlig eller klarte å ta livet sitt. I barneverntjenesten var fortvilelsen stor over alle hendelsene, som – slik de uttrykte det – «gjorde om på konklusjonene før de var satt i verk». En individuell plan ville kunne i større grad tvunget frem en tydelig målformulering og systematikk omkring arbeidet for å nå de fastsatte mål når disse ble formulert. Det vises for øvrig til kapitlet om styring og ledelse under.

### 5.3 Om samarbeidet

De ulike aktørene beskriver et samarbeid hvor det også var mulig å ta opp uenighet. I vår gjennomgang av saken har vi ikke kunnet identifisere diskusjonstemaer eller uenighet, og det ble heller ikke i intervjuene gitt uttrykk for særlig grad av uenighet. Det er vanskelig å se om, og i tilfelle hvordan, samarbeidet ga kunnskap og ny forståelse av Stina sin situasjon. De etablerte sannhetene, for eksempel om hva og hvordan «man skulle gå med henne» og at hun «ikke tålte tvang», ble ikke utfordret. Fylkesmannen finner det underlig at det i en så kompleks sak ikke fremkommer større faglige uenigheter og drøftinger.

Det er grunn til å spørre om den solid forankrede enigheten om det gode samarbeidet også var til hinder for å teste grenser og prøve ut realiteten i enigheten. Ett eksempel her er fra 10.mars 2017 hvor det i et møtereferat der alle samarbeidspartnerne var tilstede, lyder:

*«Det har vært og er en diskusjon i forhold til hvem som har hovedansvaret for ivaretagelsen av Stina. Samtlige aktører som arbeider rundt henne er enige i og at det beste tilbudet er innen psykiatrien, at det er der hun burde vært innlagt over lang tid og få behandling».*

«Samtlige» aktører innbefatter her også spesialisthelsetjenesten. Konklusjonen står i motsetning til konklusjon i referat fra møtet dagen i forveien (se under medvirkning) der man besluttet «å følge Stina». Stina ønsket å bo i et hjem, subsidiært en institusjon med flere ungdommer. Hun ønsket periodevis selv også innleggelse i psykiatrien. Barneverntjenesten har hovedansvaret for ungdommen, og det er forståelig at de ikke skriver henvisning når de regner med avslag. Men dersom barneverntjenesten virkelig mente at det beste for Stina var innleggelse i spesialisthelsetjenesten, burde de sendt en henvisning for å få muligheten til å realitetsbehandle denne. Vi har også påpekt at spesialisthelsetjenesten her burde underbygget argumentene for hvorfor ikke langtidsopphold var aktuelt behandlingstilbud.

## 6 Tvangsbruk

### 6.1 Tvang eller trygge rammer?

*«Hvorfor økt maktbruk ikke har løst noen problemer:*

*.....Jeg har vært til stor fare for meg selv og andre og virkelig hatt en dramatisk oppførsel som ikke hører hjemme noe sted. Jeg ser/så noen ganger nødvendigheten i tvang, men er/var ikke enig i avgjørelsen.*

*Jeg tror imidlertid at tvang kan være eneste løsningen i situasjoner. Men det finnes en lang rekke tiltak barnevernet kan iverksette før tvangstiltak.*

*Da barnevernet vurderte at jeg periodevis måtte stoppes ved bruk av tvang, har det opplevdes forskjellig fra gang til gang. Dette ut fra .....måten tvangstiltakene ble utført på. Omsorg og tvang kan kombinere og jeg tror ofte det er nødvendig i barnevernet, men det kan oppleves re-traumatiserende og krenkende om det utføres på feil måte.*

*.....Barnevernet har aldri vurdert om selve tvangsinngrepet og/ eller barndommen min er grunnen til at jeg har vært så urolig.....»*

*Stina,*

Stina reagerte negativt på tvang. Naturlig nok. Ingen vil oppleve tvang gunstig, og med hennes traumer i oppveksten er dette særdeles forståelig. Det er grunn til å minne om at det å være plassert på en tvangsparagraf ikke er en tillatelse til å utsette barn for unødvendig tvangsbruk. Lovhjemlene<sup>31</sup> gir en mulighet til å beskytte barn og å sette de rammene som barnet trenger, men kun når det er nødvendig. Vi vet at alle mennesker trenger rammer og grenser å forholde seg til hvis man skal kunne fungere i et samfunn.

Det har ved gjennomgang av sakens dokumenter, og i intervjuene, vært en uttalt enighet mellom aktørene i både barneverntjenesten og spesialisthelsetjenesten om at Stina «ikke tåler tvang». Fra barneverntjenesten uttrykkes sterkt at man har «ønsket å gå med henne», og i spesialisthelsetjenesten har de påpekt viktigheten av å vektlegge hennes autonomi.

Som begrunnelse for at hun «ikke tåler tvang» vises til erfaringer fra St.Hansgården hvor hun oppholdt seg det meste av tiden frem til flyttingen tilbake til fosterhjemmet.

Under oppholdet på St.Hansgården i september / oktober 2016 var hun på tvang etter barnevernloven § 4-25, og hadde begrensninger knyttet til bevegelsesfrihet<sup>32</sup> og mobilbruk<sup>33</sup>.

**Referat fra tverrfaglig samarbeidsmøte  
29.9.16**

«Det er sterkt faglig begrunnet å begrense ungdommen, da en gjentatt opplever at hun .. fort blir desperat og mister kontrollen, utsetter seg for stor fare med videre. Bruk av telefon, sosiale medier er også vurdert som en sterk trigger som raskt bidrar til destabilisering og stress. Ungd. forteller selv at hun blir redd for hva hun kan gjøre på rømmen og trenger å bli passet på.»

<sup>31</sup> Bvl. § 5-9, jf. rettighetsforskriften.

<sup>32</sup> Rettighetsforskriften § 22

<sup>33</sup> Rettighetsforskriften § 24



Slik Fylkesmannen leser erfaringene fra dette oppholdet hadde hun der noen av sine beste uker dette siste året. Hun fulgte i disse ukene opp både skole og fritidsinteresser, og det er beskrevet at rømmingstanker/-forsøk gikk ned. Ettermæle etter dette oppholdet ble imidlertid at «hun ikke tåler tvang», mens etter hennes eget utsagn «trengte hun disse rammene». Det ga hun også uttrykk for under oppholdet. Hun beskriver at det var forutsigbart å være på St.Hansgården, og det opplevdes trygt at alle «gjorde likt». Vi kan ikke vite om situasjonen hadde blitt annerledes dersom barneverntjenesten hadde benyttet tvangsparagraf i forhold til Stina tidligere over lengre tid. I etterpåklokskapens lys kan en si at det var synd man ikke utforsket nærmere hvorfor det gikk bedre under oppholdet.

Gjennom tilsynene ville vi ha svar på hvilken form for tvang tjenestene mente Stina ikke tålte, og hva som ble lagt i begrepet autonomi i denne saken. Fra de ulike aktørene, på tvers av tjenestene, var det ulike oppfatninger og meninger om hva som ble lagt i dette. Det kunne være alt fra grensesetting til hennes subjektive opplevelse av å være styrt, å ha mennesker for tett innpå seg, til reell maktutøvelse. Det var ingen uenighet i at hun trengte rammer. Det var Stina også selv enig i. Men vi har ikke klart å finne den omforente forståelse av disse rammene.

Fylkesmannens vurdering er at den opplevde enigheten om at hun «ikke tålte tvang», med «ønsket å gå med henne» og vektlegging av hennes autonomi, har stått i veien for diksusjoner om *hvordan* man skulle gå med henne og i forhold til hva, innenfor hvilke rammer, hva som kunne forventes at hun forsto av tvangsbegreper / paragrafer, og på hvilke områder hennes autonomi skulle få være mer eller mindre styrende for prosessene.

For Fylkesmannen er det vanskelig å finne igjen begrunnelsen for den enigheten som synes å ha oppstått i ettertid, om at «hun ikke tålte tvang».

Fylkesmannen er enig i at man med alle midler og på alle måter skal søke å unngå situasjoner som leder til bruk av tvang (herunder fotfølging, overvåking ol). Innenfor alminnelig barneoppdragelse vil man uvilkårlig komme opp i mange ulike situasjoner som kan problematiseres opp mot begrepene frivillighet vs tvang. Hvor grensene for hva som er tvang, og hva som er omsorgsfulle rammer går, må vurderes i de konkrete tilfellene. Å finne disse grensene er et ansvar tjenestene må ta. Denne problematiseringen savnes i saken. Det er også verdt å merke seg bytte av saksbehandlere i barneverntjenesten i denne tiden (det er ikke de samme som er på samarbeidsmøte 29. september. og som senere innstiller tilbakeføring til fosterhjem).

Lovhjemlene gir en mulighet til å beskytte barn og å sette de rammene som barnet trenger, men kun når det er nødvendig. Det er grunn til bekymring når barneverntjenesten ikke har tillit til, tror på eller benytter seg av sitt eget tiltaksapparat.

## 6.2 Om tvangsprotokoller

Det ble første halvår i 2017 skrevet 24 tvangsprotokoller, hvorav flere gjaldt tvang i akutte faresituasjoner, jf. rett<sup>34</sup> Tvang skal etter denne bestemmelsen være uomgjengelig nødvendig, og *hendelsene* skal gjennomgås med ungdommen i ettertid. Stina selv har opplyst til oss at hun fikk seg forelagt protokollene da hun bodde i NOS' institusjoner, men de ble ikke systematisk gått gjennom sammen med henne.

### Rettighetsforskriften § 12

«Bruk av tvang og andre inngrep i den personlige integritet skal ikke benyttes i større grad enn det som er nødvendig for formålet».

Det viktigste formålet med protokollene som skriftlig dokument, utover ungdommens muligheten til å klage over tvangsbruken, ligger i barneverntjenestens mulighet for å følge med på hvordan barnet har det<sup>35</sup>. Tvangsbruk (integritetskrenkelse, innskrenking i den private frihet) er ett viktig mål for livskvalitet. For en jente, der tjenesten selv har definert at ungdommen «ikke tåler tvang», burde det vært instruks til institusjonen om at slike protokoller skulle vært sendt umiddelbart og de skulle vært gjennomgått uten opphold. Det er ikke gjort. Barneverntjenesten har heller ikke etterspurt hva institusjonen gjorde for å forebygge tvangsbruken og hvilke tiltak som ble gjort for å få redusert tvangsbruken. Barneverntjenesten har ikke vurdert om den samlede tvangsbruken har vært forsvarlig. Protokollene er viktig informasjonskilde til å følge med på hvordan ungdommen har det, og for å kunne følge opp med besøk og samtaler.

## 6.3 Enetiltak – et tvangstiltak?

Et enetiltak er et instusjontilbud, der tilbudet er bygget opp omkring kun en ungdom. Det vil oftest være 2 eller 3 voksne ansatte tilstede i institusjonen til enhver tid. Enetiltak er et spesielt sterkt inngrep i et barnets liv, og for Stina var det uten tvil en sterk belastning. Det siste hun ønsket, var å bli plassert i enetiltak. Slikt tiltak krever en ekstra oppmerksomhet på å sikre god ivaretagelse og respektfull omsorg og behandling fra alle ansvarlige.

Stina har pekt tydelig på hvordan det opplevdes å konstant være under «overvåking» av to eller flere voksne, og hvor belastende hun opplevde det å alltid være gjenstand for de voksnes oppmerksomhet og ikke ha særlig omgang med andre ungdommer. Barn utvikler seg i relasjon og interaksjon mellom mennesker. Stina ønsket sterkt å være i fellesskap med andre, og være en mest mulig alminnelig jente. Det å bo i enetiltak er i seg selv begrensende i forhold til å utvikle og opprettholde vennskap med jevnaldrende.

Det er videre en risikofaktor når enetiltakene blir etablert på svært kort tid, noe som skaper ekstra utfordringer knyttet til å få inn tilstrekkelig kompetanse til å sikre forsvarlig omsorg og behandling.

Ved planlagte atferdstiltak<sup>36</sup> vil det være behov for å vurdere hvilken betydning atferden skal tillegges. Det stilles eksplisitt krav om at institusjonen i slike tilfeller er «faglig og materielt i

<sup>34</sup> Rettighetsforskriften § 14

<sup>35</sup> Bvl § 4-16

<sup>36</sup> Barnevernloven §§ 4-24 og 4-26

stand til å tilby barnet tilfredsstillende hjelp», jf. barnevernloven § 4-24 siste ledd. Selv om det er barneverntjenesten som fremmer sak for fylkesnemnda, må Bufetats innstilling til tiltak også vise hvordan tilbudt tiltak er egnet for det enkelte barnet. Det vil si «faglig og materielt i stand til å tilby barnet tilfredsstillende hjelp». Institusjonene skal godkjennes<sup>37</sup> etter samme kvalitetskrav som øvrige institusjoner. Det er gjort i denne saken.

Valg av enetiltak bør etter vår vurdering gjøres etter en grundig og konkret vurdering, og det bør fortløpende vurderes om dette er rette tiltak. Det har i denne saken vært vanskelig å få tak i begrunnelse for valg av enetiltak, og det har vært gitt motstridende svar på hvorfor det ble valgt og hvem som besluttet dette. Vi stiller spørsmål (igjen) om det ble gjort konkrete faglige vurderinger av om dette tiltaket var til Stinas beste.

Bufetat Region Sør har per september 2017 gjort en gjennomgang av bruken av slike tiltak, og sier avslutningsvis i sin rapport (09/2017): «For å si noe om det er oppstått en ny målgruppe bør det analyseres videre hva som skiller denne gruppen barn fra andre barn som er plassert i F-3 og F-4 institusjoner<sup>38</sup>. På bakgrunn av dette, bør det undersøkes hvorvidt ressurser, dagens rutiner, kompetanse og bygningsmassens beskaffenhet er tilpasset denne målgruppen».

Fylkesmannen mener at enetiltak som institusjonsalternativ også bør diskuteres i lys av tvangsbegrepet. I henhold til rettighetsforskriften er det regler for regulering av bevegelsesinnskrenking, ransaking, innskrekning i bruk av telefon etc. Den overvåking og begrenning (eller mulighet for sådan) som ligger i enetiltakets innretning i seg selv er ikke regulert på samme måte. Det er ikke naturlig for en ungdom å vokse opp med 2-3 voksne som til enhver tid kan (og endog noen ganger skal) følge med på det aller meste som skjer i livet. Videre blir ungdommen frarøvet den utvikling og sosialisering som følger med samvær med andre jevn gamle. Det er også grunn til å spørre seg om den maktubalansen og sårbarheten som ligger i enetiltakets natur bør foranledige en diskusjon om kravene til oppfølging og kontroll bør være hyppigere og sterkere enn for andre institusjonstilbud.

## 7 Styling og ledelse

Tjenestene har en plikt til å ha en internkontroll som sikrer at de utfører sine oppgaver i samsvar med krav fastsatt i lov eller i medhold av lov<sup>39</sup>

Overordnede styringsdokumenter for virksomhetene synes i det alt vesentlig som gode. Ledelsen i virksomhetene både erkjenner, og ønsker å ta ansvar som virksomhetsledere for sine respektive tjenester. Øverste ledelse har kjent til saken, men ikke etterspurt om det var forhold som krevde ekstraordinær ressursinnsats, lederstøtte e.l. Selv om saken fra mange

---

<sup>37</sup> Barnevernloven §§ 5-1, jf. 5-8

<sup>38</sup> Ulike typer «atferdsinstitusjoner», F3 atferd lav risiko, F4 atferd høy risiko

<sup>39</sup> Barnevernloven § 2-1 annet ledd. Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a tredje ledd

beskrives å være «uten sidestykke» har den ikke påkalt ledelsens oppmerksomhet for å gå inn i saken og nøyere vurdere hva som gjøres, av hvem, med hvilken ressursinnsats osv.

Det synes for Fylkesmannen som ledelsen både i kommunalt og statlig barnevern, og spesialisthelsetjenesten har stolt på at de ansatte hadde den nødvendige kompetansen og ressursene, og forventet at de i motsatt fall ville brakt saken opp til ledelsen. Det har i alle tjenestene vært erfarne medarbeidere som har medvirket. Vi ser ikke bort fra at dette har gjort at ledelsen har stolt på at det som skulle og kunne gjøres ble gjort, og at disse medarbeiderne har stolt for mye på seg selv og av den grunn ikke ba om mer ressurser.

Fylkesmannen vurderer at ledelsen i spesialisthelsetjenesten burde satt inn mer ressurser for utredning og behandling på et tidligere tidspunkt; den faste behandleren hadde sannsynligvis nok med alle samarbeidsmøtene / kontaktpunktene og avklaringer omkring alle de hyppige akutthendelsene.

Bufetat har i noen grad stilt spørsmål med «hva som foregår», om man var på rett spor, og løftet saken opp på ledelsesnivå. Bufetat sitt ansvar er avgrenset til bistand til kommunene med fremskaffelse av fosterhjems- og institusjonstilbud, og oppfølging og kvalitetssikring av disse. I denne kvalitetssikringen skulle det imidlertid, etter vår vurdering, også vært vurdert om det var behov for hyppigere besøk/etterkontroll enn det som blir gjort i forhold til ordinære tiltak.

I henhold til forskrift om internkontroll for kommunens oppgaver etter lov om barneverntjenester og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten skal den som har det overordnede ansvaret sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter. Dette innebærer også å se til at planlagte aktiviteter gjennomføres, evalueres og korrigeres. I denne saken, der det gjennom media og fra andre aktører (blant annet nødretten) var kjent at problemene utover vinteren 2017 heller ga inntrykk av mangel på kontroll enn det motsatte, ville det vært rimelig å forvente at ledelsen stilte spørsmål ved det arbeidet som ble gjort, og startet en systematisk gjennomgang av saken i egen virksomhet. En systematisk gjennomgang ville avdekket mangler når det gjaldt nødvendig kartlegging/utredning, faglige vurderinger, planmessighet og systematisert evaluering, i tillegg til ufullstendig dokumentasjon på flere områder. Eksempler på forhold som kunne og burde vært belyst og drøftet ved å benytte foreliggende opplysninger fra flere hold, var voldsrisikovurdering og triggere for rømming/selvskading/suicidal atferd.

Avvikssystem er i liten grad benyttet i alle de granskede virksomhetene. Fylkesmannen har ikke konkludert på hvilken måte dette burde vært operasjonalisert, men en mer systematisk bruk av et slikt meldesystem kunne på et tidligere tidspunkt gitt oversikt over uønskede hendelser og derved gitt mulighet for ledere til å iverksette interne gjennomganger. I spesialisthelsetjenesten var det meldt avvik i det interne avvikssystemet ved innleggelse i barneavdelingen, men ikke i klinikk for psykisk helse etter brobesøk eller annen selvmordsatferd m.v. Dette er etter Fylkesmannens syn inkonsekvent bruk av meldesystemet. Konsekvent bruk av et meldesystem forutsetter at man har definert hva som er avvik og fra hva. Uønsket hendelser behøver ikke være brudd på myndighetskrav, men kan for eksempel være når et barn barneverntjenesten har omsorg for, utsetter seg for eller blir utsatt for

hendelser som er ut over det barn normalt utsettes for. Slike meldinger kan være nyttig for ledelsen for å få kjennskap til svikt / risiko for svikt.

Det er et ledelsesansvar å sørge for at virksomheten drives forsvarlig og at de ansatte har rammebetingelser som setter de i stand til å gi forsvarlige tjenester. Ledelsen må sørge for tilstrekkelig kompetanse og nødvendige rutiner, og påse at systemene de iverksetter fungerer etter hensikt. Ledelsen har plikt til å følge med på om de leverer tjenester av rett kvalitet til rett tid alltid, og i en sak med en slik utvikling som her, hadde vi forventet at de skulle vært spesielt tett på og etterspurt planer og faglige vurderinger.

## 8 Fylkesmannens roller

### 8.1 Fylkesmannens ulike oppgaver

Fylkesmannen har mange oppgaver. I barnevernssaker skal fylkesmannen gi råd og veiledning til kommuner og institusjoner. Vi skal behandle klagesaker fra foresatte, barn og andre som har saker de ønsker at fylkesmannen skal vurdere.

I tillegg til å gi råd og veiledning til institusjoner skal fylkesmannen føre tilsyn med barna som bor på institusjonen. Barn som er plassert etter såkalte atferdsparagrafer (bvl. §§ 4-24 og 4-26) skal ha minimum 4 tilsyn i året av fylkesmannen. Barn som er plassert ut fra sin omsorgssituasjon skal minimum ha 2 besøk i året. Under tilsynsbesøkene skal fylkesmannen påse at barna ikke utsettes for integritetskrenkelser og at deres rettigheter etter barnevernloven § 5-9 blir respektert. I tillegg skal det undersøkes om institusjonen ivaretar de forutsetninger for oppholdet som er lagt til grunn i barneverntjenesten eller Fylkesnemnda sitt vedtak. Barn og unge på institusjon kan klage til fylkesmannen dersom deres rettigheter blir innskrenket.

I tillegg til oppgavene som tilsynsmyndighet og rettssikkerhetsinstans har Fylkesmannen også oppgave som pådriver for gjennomføring av statlig politikk, og å jobbe for bedre kvalitet i tjenestene gjennom veiledning, kompetansehevingstiltak m.v.

Fylkesmannens roller som tilsynsmyndighet og utviklingsaktør gjør oppgavetyperne det lettere å bruke tilsynserfaringer inn i utviklingsarbeid, og å bruke erfaringer fra møte med tjenestene inn i tilsynsvirksomheten.

Fylkesmannen har, både ved fylkeslegen og Utdanning- og barnevernsavdelingen, vært kjent med deler av Stinas situasjon over lengre tid. Oftest vil kontakten med Fylkesmannen være for å luften en problemstilling og sjekke ut om man har rett forståelse av for eksempel rettighetsforskriften, eventuelt få veiledning; eller tjenesten ønsker å drøfte en vanskelig problemstilling med noen utenforstående.

Det er viktig at Fylkesmannen er tilgjengelig for konsultasjon. Samtidig ser vi at vår medvirkning, og særlig i møter, kan bli tillagt større vekt enn det vi selv mener er tilsiktet fra vår side.

Fylkesmannen må være seg bevisst sin rolle som veileder i for eksempel rettslige spørsmål, som «lyttepost» for tjenestene med sikte på kvalitetsutvikling og formidling av informasjon fra kommunene tilbake til stat i forhold til mangler eller uklarheter knyttet til de problemstillingene som reises og som man ikke klarer å finne svar på lokalt. For øvrig skal Fylkesmannen avstå fra å delta i diskusjon om valg av tiltak og løsninger. Det er erfaringer fra denne saken som tyder på at vi kan fremstå tydeligere, og som vi tar med oss som et forbedringspunkt.

## 8.2 Fylkesmannens ansvar for å følge med på tvangsbruk

Barneverninstitusjonene skal sende fylkesmannen protokoller ved bruk av tvang for gjennomgang av om rettighetsforskriften er fulgt, om hendelsene er gjennomgått med ungdommen og om de brukes systematisk for å unngå tilsvarende episoder igjen. Fylkesmannens rutine er at protokoller som blir påklaget skal sendes fylkesmannen uten opphold. Hvis de ikke blir påklaget ble de på dette tidspunktet oversendt en gang i måneden og gjennomgått med institusjonen ved tilsynsbesøk. Dette kan være en svakhet, og i saker der det er hyppig bruk av tvang, som her, bør fylkesmannen be om å få alle protokollene fortløpende. Dette vil kunne bidra til raskere å identifisere feil bruk av rettighetsforskriften, uakseptabel bruk av tvang osv..

Fylkesmannen får ikke tilsendt protokoller etter tvangshendelser ved institusjoner utenfor eget fylke. Dette er en svakhet når det gjelder å få oversikt over den totale tvangsbruk og mulighet for å reagere.

Fylkesmannen tar med seg begge disse punktene i sitt videre arbeid for å sikre bedre oversikt over tvangsbruk i særlig vanskelige saker med mye utagering og tvangsbruk.

## 8.3 Fylkesmannens oppfølging av saken

Fylkesmannen vil i sin oppfølging av denne saken ha særskilte oppmerksomhet rettet mot svikten på sentrale punkt:

Forsvarlighet: I en kompleks sak kreves stor grad av samvirke mellom aktørene. Desto større grunn er det til å sikre faglig godt begrunnede råd, beslutninger og veivalg slik at disse fremstår som tydelige, godt forankret, etterprøvbare, og at de kan evalueres opp mot andre handlingsalternativer. Faglig forsvarlighet er fundamentet i god behandling og omsorg. Det er viktig at samarbeidspartnerne kjenner til begrunnelsene slik at man kan understøtte hverandres arbeid. Faglig forsvarlighet kan ikke vike for andre hensyn. Barneverntjenesten skal, etter omsorgsovertakelse, være «mor og far», og må ha god kjennskap til dennes oppvekst og bakgrunn, og sørge for tett nok oppfølging til å kunne følge med hvordan barnet har det der det er.

Medvirkning: Brukerens egen stemme må høres og legges til grunn ved valg av tiltak. For at gode beslutninger kan tas sammen med brukeren, er det viktig at man har den samme informasjon. Slik informasjon må gis på riktig måte, avhengig av modenhet og alder, og tjenesten må sikre seg at den er forstått og at brukeren kan reflektere over den og forstå

konsekvensene av de ulike valg. Brukeren kan ikke bestemme eller velge faglig uforansvarlig tiltak. For å forstå brukeren er det viktig å lytte til hva denne sier, hva som ligger bak uttrykkene, noen ganger voldsomme uttrykk. Også nonverbale uttrykk må tjenestene forstå. De må spørre, prøve å finne ut hva som ligger bak, og ikke tillegge uttrykke sin egen fortolkning uten å sjekke ut om dette er riktig.

Tvangsbruk: Tvang kan være både beskyttelse, rammer, nødvendige grenser – og maktutøvelse. Hvordan tvangen oppleves av brukeren kan avhenge mye av hvordan den utøves i situasjonen, og hvordan hendelsen blir fulgt opp i etterkant. Det er viktig at den blir gjennomgått sammen med brukeren: Hva skjedde, hvordan opplevde du det, hva kunne vi gjort annerledes? Det viktige er å øke tryggheten, og forebygge bruk av tvang i størst mulig grad. Tvangsprotokollene er en viktig kilde for å følge med på hvordan barnet har det.

Samarbeid: Når fire aktører (helsetjenesten, barneverntjenesten, Bufetat og institusjonen) skal samarbeide til beste for bruker, er det viktig at de har god forståelse for hverandres rammeverk og at man har det samme oppdaterte bildet for å kunne ta de riktige beslutningene. Det må være tydelig for aktørene både i nåtid og for ettertiden hvilke konklusjoner man kommer til i samarbeidsmøter, hva de bygger på, hvem og hvordan de skal følges opp osv. Informasjonsutveksling må skje fortløpende. Det må være kjent hva de respektive må sørge for at blir formidlet til hvem, og hvorfor. Brukerne må være kjent med dette og helst ha samtykket. Hvis bruker nekter, må forsvarlighetsvurdering gjøres og valget må begrunnes.

Dokumentasjon: Journal må føres på en oversiktlig måte og fortløpende slik at andre som har et ansvar til enhver tid kan holde seg oppdatert. Handlingsalternativer som er vurdert må beskrives, og valg som gjøres må begrunnes. Bare slik kan etterfølgere overta der den forrige slapp, og det er nødvendig for å sikre forutsigbarhet.

Styring og ledelse: Det er virksomheten som har ansvar for å yte gode tjenester og sikre faglig forsvarlighet. Dette betyr at ledelsen til enhver tid må sikre seg og følge med på at alle tiltak planlegges, gjennomføres og evalueres systematisk. Hvis ikke utøveren har mulighet til å sikre alle nødvendige ledd i utrednings- og behandlingsforløpet, eller i forsvarlig oppfølging, må ledelsen sette inn mer ressurser. Ledelsen må være tydelig på hvilke saker som skal løftes opp og til hvem, og sørge for et fungerende avvikssystem.



## 9 Veien videre

Fra Stinas brev til Fylkesmannen november 2017:

*«Det er viktig å se på feilene og lære av dem, i tillegg er det viktig å vite hva man gjør feil, slik at man kan lære av dem og derfor ønsker jeg å dele mine tanker. Jeg vil samtidig understreke at alle som jobber i hjelpeapparatet er mennesker og det er menneskelig å gjøre feil. Alle yrker og mennesker kan gjøre feil Og jeg kan også si og gjøre feil. Jeg vil ikke kritisere enkeltpersoner og vil ikke fordele skyld, men er interessert i endring. Jeg ser og forstår mitt ansvar i dette og forventer og håper hjelpeinstansene som har vært rundt meg også gjør det.»*



## Vedlegg

### 1. Kristiansand kommune – konklusjoner og sentrale vurderinger

#### Konklusjoner

Fylkesmannen har etter en samlet vurdering konkludert med følgende lovbrudd etter tilsyn med Kristiansand kommune v/barneverntjenesten:

#### **1. Barneverntjenesten har ikke gitt Stina forsvarlige tjenester.**

Dette er brudd på bvl. §§ 1-4<sup>40</sup>, 4-1 annet ledd, 4-3, 4-5, 3-2 a og 4-16. Dette er også et brudd på krav til styring og ledelse etter internkontrollforskriften<sup>41</sup> § 4 g og h.

Lovbruddet bygger på følgende:

- Barneverntjenesten skulle på et tidligere tidspunkt undersøkt hvordan *alle* barna i familien hadde det.
- Barneverntjenesten skulle evaluert iverksatte tiltak, og vurdert behov for andre tiltak, eventuelt omsorgsovertakelse, på et tidligere tidspunkt.
- Flytting tilbake til opprinnelig fosterhjem etter Stinas ønske skulle vært identifisert som kritisk faktor i den videre omsorgssituasjonen for Stina.
- Det er gjennomgående ikke utarbeidet *konkrete* nok planer for oppfølgingen, og heller ikke individuell plan.
- Det er ikke gjort systematiske evalueringer og barnevernfaglige vurderinger ved tiltaksvalg.
- Barneverntjenesten har ikke dokumentert alle relevante vurderinger og avgjørelser i saken.
- Barneverntjenesten har ikke sjekket ut at samarbeidspartnerne har hatt samme forståelse av tvangsbegrepene, og tydeliggjort hvilke muligheter og begrensninger som lå i de ulike bestemmelsene.
- Det er ikke gjort barnevernfaglige vurderinger, konkret knyttet til Stina, vedrørende behov for plassering etter bvl. § 4-24.
- Barneverntjenesten har ikke fulgt Stina hyppig og tett nok opp i institusjonene til at de kunne vurdere om omsorgen der var god nok. De har ikke kvalitetssikret at institusjonene ga Stina forsvarlig omsorg og behandling.
- Barneverntjenesten har ikke fulgt med på tvangsbruken når Stina har vært på institusjon, og de har ikke etterspurt hva institusjonen har gjort for å forebygge av tvangsbruk.

<sup>40</sup> Lovfestet i 2013, men forsvarlighetskravet var også gjeldende før dette.

<sup>41</sup> Forskrift om internkontroll for kommunens oppgaver etter lov om barneverntjenester av 14. desember 2005.

- Barneverntjenesten sørget ikke for at Stina ble henvist til innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Spesielt da Fylkesnemnda avviste sak etter bvl. § 4-25 burde barneverntjenesten vurdert en slik henvisning.
- Ledelsen har ikke sørget for at det ble foretatt grundige evalueringer underveis, og at de ulike beslutningene ble tilstrekkelig begrunnet.
- Se funn under lovbrudd 2

## **2. Barneverntjenesten har ikke latt Stina medvirke på en forsvarlig måte.**

Dette er brudd på bvl. § 1-4 og bl.a. §§ 4-1 annet ledd og 6-3.

Lovbruddet bygger på følgende funn:

- Barneverntjenesten begrunner og forklarer ikke hvorfor de velger tiltak som åpenbart er i strid med det Stina ønsker. Dersom det var slik at Stina sine ønsker ikke kunne ivaretas har barneverntjenesten en plikt til å forklare og begrunne dette.
- Barneverntjenesten har ikke i tilstrekkelig grad utforsket hvilke behov som lå til grunn for ønsket om å bo i en familie, og om dette kunne løses på andre måter.
- Barneverntjenesten har ikke sikret at Stina har forstått informasjonen som er gitt, og om hun har kunne reflektere over denne og faktisk kunnet vurdere konsekvensene av de forskjellige alternativ. Hun har fått for mye ansvar uten at det er tatt hensyn til hennes alder og modenhet.
- Det har vært stort fokus på å «følge jenta», men det mangler barnevernfaglige vurderinger av hva som ville ha vært til hennes beste.

### **Sentrale vurderinger**

Vurderingene bygger på den dokumentasjon som foreligger, samt opplysninger fra intervjuene med ansatte og ledere i barneverntjenesten.

Fylkesmannens vurderinger er gjort på bakgrunn av de opplysningene som forelå på det tidspunkt veivalg og beslutninger ble tatt, ikke hva man i ettertid har fått kunnskap om. Vurderingene er altså gjort på bakgrunn av den informasjonen som aktørene på det aktuelle tidspunkt hadde, eller med rimelighet burde forventes å ha.

Vi har i denne saken ikke vurdert alle hendelser og veivalg som er gjort, men sett nærmere på noen perioder vi mener var av spesiell betydning. Disse samsvarer i stor grad også med perioder Stina selv opplevde som kritiske.

## **Forsvarlig omsorg og behandling, herunder valg av bosted**

### I hjemmet - før omsorgsovertakelsen

Fylkesmannen har vurdert om barneverntjenesten har fulgt opp bekymringsmeldingene i saken med tilstrekkelige undersøker, tiltak og evalueringer, jf. bvl. §§ 1-4, 4-3, 4-5 og 4-6 annet ledd<sup>42</sup>.

Den kunnskapen barneverntjenesten hadde om Stina, og hennes opplevelser og bakgrunn, var relativt omfattende. Barna i familien viste over år mange symptomer på at omsorgen i hjemmet ikke var god nok. Oppveksten med en voldelig far var kjent for barneverntjenesten i Kristiansandsregionen fra 2006. Det har vært meldinger med bekymring for hennes eldre søsken fra hun ble født, og senere også om henne. Alle meldingene, utenom den første, ble fulgt opp med undersøkelse og ulike tiltak. Fra juli/august 2012 ble barneverntjenesten kjent med at Stina utagerte i hjemmet, og hun ble etterhvert flyttet ut.

Det å bli utsatt for overnevnte belastninger har omfattende konsekvenser for barna som rammes, og kan være ødeleggende for deres helse, utvikling og fungering på et bredt spekter livet ut<sup>43</sup>. Der det er flere barn i en familie som preges av vold og krenkelser, så blir *alle* rammet. Å være vitne til vold kan gi like store skader som å være direkte utsatt for volden. Det er derfor avgjørende å komme tidlig inn å hjelpe disse barna. Stina ga etter hvert selv uttrykk for at hun ville i fosterhjem. Hun oppførte seg truende både mot mor og andre. Hun beskriver selv at hun måtte gjøre mye for å bevise at hun ikke kunne bo hjemme. Hun stilte selv spørsmål ved hvordan barneverntjenesten kunne tro at det kunne hjelpe med tiltak i hjemmet med den *«relasjonen familien hadde og med tanke på hvor mye vold det var hjemme»*.

Tiden fra familien ble kjent for barneverntjenesten til omsorgsovertakelsen fant sted ligger flere år tilbake. Store endringer har skjedd i barneverntjenesten i Kristiansand siden den gang, og det har vært gjennomført flere tilsyn. På bakgrunn av dette har Fylkesmannen ikke funnet det hensiktsmessig å følge opp denne perioden med en mer omfattende granskning på samme måte som for det siste året. Vi mener likevel at vi har grunnlag for å konkludere med følgende:

Det foreligger svikt fra barneverntjenesten da det ikke ble undersøkt hvordan *alle* barna i familien hadde det da de første meldingene kom. Det er også en klar svikt at barneverntjenesten ikke evaluerte iverksatte tiltak, eller vurderte behov for andre tiltak, eventuelt omsorgsovertakelse, på et tidligere tidspunkt. Akutt plassering ble ifølge journal ikke vurdert i de fem månedene fra det ble bestemt at Stina skulle flytte i fosterhjem til flyttingen fant sted. Dette selv om perioden var preget av mye uro og utageringen og barneverntjenesten har vært tydelige på at dette var noe de måtte følge med på.

Barneverntjenesten har etter omsorgsovertakelse et løpende og helhetlig ansvar for oppfølging av barnet, jf. bvl. § 4-16. Denne bestemmelsen sammen med kravet til forsvarlighet er førende for våre vurderinger av de ulike periodene nedenfor.

### Perioden i familiehjemmet i regi av Aleris

Fylkesmannen har etter gjennomgang av foreliggende dokumentasjon ikke funnet grunnlag for tilsynsmessig gjennomgang av barneverntjenestens oppfølging av Stina i den tiden hun bodde i familiehjemmet. Dette er heller ikke påklaget av jenta selv.

<sup>42</sup> Se også Bufdir sitt kvalitetsmål nr. 1, Prop. 106 L (2012-2013), pkt. 6.3

<sup>43</sup> Svikt og svik – NOU 2017:12 med referanser

Vi finner likevel grunn til å bemerke følgende: I 2014 fremkom det opplysninger som av barneverntjenesten ble vurdert som uheldig for Stina. Aleris ble bedt om å ta dette opp med fosterhjemmet for å få til en endring. Det foreligger etter dette ingen vurdering av om det skjedde en endring eller om forholdet ble fulgt opp videre. Dersom barneverntjenesten hadde en reell bekymring skulle de ha fulgt opp dette nærmere. Det beskrives imidlertid en fortsatt god utvikling i familiehjemmet, og Aleris hadde i sin faglige tilnærming vekt på blant annet Traumebasert omsorg (TBO) og Trygg base.

#### Bruddet med familiehjemmet

Da Stina rømte fra familiehjemmet i august 2016 begrunnet hun dette med at familien hun bodde hos var for strenge, og hun ga eksempler på dette. Eksemplene hun brukte illustrerte de opplysningene som barneverntjenesten i 2014 uttrykte bekymring for. Det ble ikke gjort vurderinger om årsaken til bruddet handlet om andre ting. Dette var ei jente som tilsynelatende hadde klart seg bra i dette fosterhjemmet i flere år, og det er beskrevet en god utvikling og en god relasjon til fosterfamilien. Frem til juni 2016 var det ingen andre indikasjoner på at omsorgen ikke var god nok. Den 19.8.2016 vurderte barneverntjenesten at hun burde tilbakeføres til hjemmet, 25.8. kom de til motsatt konklusjon og 31.8. blir fosterhjemmet sagt opp.

Dokumentasjonen knyttet til, og begrunnelsen for, de respektive valgene er mangelfulle. Dette medfører en risiko for at senere vurderinger og beslutninger tas på sviktende grunnlag. Stina var ambivalent i forhold til hva hun ville i denne perioden og det kan ha vært en medvirkende årsak til de stadige endringene i beslutningene.

Da Stina rømte fra familiehjemmet var det etter Fylkesmannens vurdering fortsatt en mulighet for barneverntjenesten til å hente henne tilbake til hjemmet, reparere forholdet og fortsette relasjonen. Dette skjedde ikke. Det foreligger ingen analyse fra barneverntjenesten som underbygget dette, eller vurdering av eventuelle reparerende / kompenserende tiltak som kunne vært iverksatt.

Stinas oppvekst har gitt henne traumer. Som en følge av dette hadde hun et særlig behov for stabilitet i omsorgen. På bakgrunn av tidligere opplevelser burde barneverntjenesten vært forberedt på at det kunne komme perioder med større utfordringer. Hun ble tenåring, uten at det ble problematisert hva dette kunne bety av svingninger, i ønsker så vel som som humør og behov. Rivningene mellom å ville være en vanlig norsk tenåring og hennes multikulturelle bakgrunn, kan ha blitt ekstra tung i denne fasen. De fleste tenåring er ønske å løsrive seg, og det å bestemme selv er en del av dette. Samtidig som hun fortsatt var et barn på 14 år som trengte de voksnes hjelp og bistand til å gjøre de gode valgene.

Fylkesmannen mener at avgjørelsen om at Stina ikke skulle tilbake til fosterhjemmet ikke fremstår som en omforent og godt forankret vurdering i barneverntjenesten. Stina har i ettertid sagt at hun på dette tidspunktet ikke visste hva hun ville, og at hun fikk for mye ansvar og for mange valg. Hun mener også at hun burde fått flytte hjem til fosterforeldrene tidligere. I retten til medbestemmelse ligger det en forutsetning om at det skal tas hensyn til barnets alder og modenhet, og dette er en del av forsvarlighetsvurderingen. Vi viser til avsnitt 3.4 for vurderinger knyttet til dette.

Stina ble flyttet direkte videre til ett nytt hjem, uten at det ble gjort en barnevernfaglig evaluering og vurdering av hva hennes behov egentlig var og hva som var til hennes beste. Tilbakeflyttingen gikk ikke bra, og hun fikk etter et par uker i beredskapshjem/institusjon i Aleris opphold på St.Hansgården. Da hun ikke ønsket å være i institusjon ble hun møtt på at hun skulle få flytte til et nytt beredskapshjem, denne gangen til et statlig beredskapshjem. Igjen savner Fylkesmannen hvilke barnevernfaglige vurderinger som lå bak disse flyttingene, utover at hun selv ønsket dette. Hvorfor beredskapshjem, hva skulle til for at de skulle lykkes i et nytt hjem når det ikke hadde lykkes i hjemmet som kjente henne? Hadde de de rette rammene for å ivareta henne? Vi ser ikke at disse vurderingene fortløpende ble gjort. Den første måneden ble hun flyttet 5 ganger.

#### Tilbakeføring til familiehjemmet

I slutten av oktober 2016 besluttet barneverntjenesten at Stina skulle tilbakeføres til familiehjemmet. Begrunnelsen var at hun selv ønsket dette. Stina hadde på dette tidspunktet nye traumatiske opplevelser med selvskadende atferd bak seg.

Fylkesmannen mener at tilbakeføringen burde vært identifisert som et kritisk punkt i den videre omsorgssituasjonen for Stina. I denne situasjonen ville det vært særlig viktig med mer *detaljerte* planer og det burde vært iverksatt *tett* oppfølging.

Etter vår vurdering sørget ikke barneverntjenesten for at familiehjemmet var godt nok forberedt. Familiehjemmet opplevde selv at de ikke hadde fått tilstrekkelig informasjon om situasjonen og hva de kunne forvente. Barneverntjenesten mente de ga informasjon, men de forsikret seg ikke om at dette var tilstrekkelig.

Aleris hadde laget et plan for tiltak som skulle iverksettes i forbindelse med tilbakeflyttingen. Vi savner imidlertid en *konkret* plan med klare målformuleringer og klar beskrivelse av hvem som skulle følge opp hva og når. Dette er noe som burde vært klart *før* innflytting. For eksempel forventet barneverntjenesten at veiledning av familiehjemmet skulle vært på plass før innflytting, men dette ble ikke kommunisert eller laget en konkret plan for. Det var også en forventning til at ABUP skulle veilede familien i tillegg til å ha regelmessige samtaler med jenta. Dette var det ingen plan for, og det ble ikke fulgt opp at dette ble gjort. I Bufetats tilsagnsbrev ved tildeling av fosterhjem heter det: «Kommunens barneverntjeneste har oppfølgingsansvar også etter at tiltaket er iverksatt ..»

Det er barneverntjenestens ansvar å sørge for at innflyttingen går bra. I den sårbare situasjonen jenta da var i, burde planene vært så detaljerte i starten at alle kunne se hva det var lagt opp til av alt fra veiledning til skole og fritidsaktiviteter. Da hadde barneverntjenesten også kunne fulgt opp hvordan det gikk og evaluert fortløpende. Vi etterlyser også en konkret plan for evaluering av tiltaket. Det ble planlagt et samarbeidsmøte en måned etter innflytting. Etter vår vurdering var dette for lenge å vente, og innen den tid hadde det også vært nye alvorlige episoder. Barneverntjenesten kan sette bort oppgaver, men ikke ansvaret for at planene er tilstrekkelig konkrete og operasjonaliserte.

Barneverntjenesten, som den fremste «omsorgspersonen», skulle etter vår vurdering vært mye tettere på Stina i denne perioden. Spesielt siden det tidligere var uttrykt bekymring for familiehjemmets konsekvenstenkning burde barneverntjenesten fulgt opp med hjemmebesøk og samtaler med jenta tidlig etter innflytting for å påse at hun hadde det bra. Fylkesmannen mener det er kritikkverdig at barneverntjenesten ikke møtte Stina i periode nummer to i familiehjemmet.

Stina har selv i ettertid sagt at det var helt urealistisk å tro at dette skulle gå bra.

#### Etter siste brudd med familiehjemmet

Rømmingen fra familiehjemmet var starten på en rekke flyttinger av Stina, og starten på en periode hvor hun levde farlig. Hun utsatte seg for krenkende og farlige hendelser, og ved flere episoder ble det beskrevet som tilfeldig at hun overlevde. I denne perioden manglet det ikke på aktivitet fra barneverntjenesten. Flere kontaktpersoner var i arbeid og det ble etablert et tett samarbeid med andre aktører som politi og psykisk helsevern. Fra intervjuene ble det beskrevet en situasjon hvor det ble avholdt møter for å legge planer, for så å oppdage at situasjonen var endret når møtet var over. Det er ingen tvil om at dette har vært krevende for de involverte tjenestene.

Fra 5. januar til 2. juni 2017 ble Stina flyttet mellom beredskapshjem, institusjoner og fosterhjem totalt 10 ganger. I tillegg kom innleggelser i psykisk helsevern. I hovedsak var disse flyttingene et resultat av Stinas aktiviteter og akutte situasjoner, og ikke som følge av et planmessig arbeid. Barneverntjenesten skulle analysert og vurdert hva de kraftige uttrykkene representerte. Stina sa klart i sitt blogginnlegg i begynnelsen av mars at «ingen forstår meg». Hun beskrev seg selv som ei jente som på mange måter var forskjellig fra ungdommer flest. Selv om hun i realiteten var uten kontakt med biologisk familie, bar hun fortsatt på de kulturelle uttrykkene og normene. Hun var ei multikulturell jente med alt det innebar. Hun var i tillegg preget av en oppvekst med en voldelig far. Denne kompleksiteten synes langt på vei glemt. Det samme synes vurderingen fra St.Hansgården <sup>44</sup>om at selv om hun fremstår som verbalt sterk, så hadde hun begrenset forståelse for hva fagtermene betydde.

#### Om valget av enetiltak

I dokumentasjonen ser vi at da kommunen søkte Bufetat om institusjon for Stina, ble det ikke søkt om et enetiltak (med unntak av siste søknad juli 2017). Bufetat ga tilbud om enetiltak, og dette ble opplyst å være i tråd med søknadene fra kommunen. Det er lite begrunnelser å finne i dokumentasjonen for valgene, og hvorfor man går på tvers av Stinas ønsker. Dette ble heller ikke klart for Fylkesmannen etter intervjuene. En ansatt sier at dette ikke ble diskutert eller problematisert i barneverntjenesten, en annen opplyste at dette var det eneste tilbudet som ble gitt, mens en tredje opplyste at enetiltak var det eneste som kunne gi Stina et forsvarlig tilbud. Det er derfor vanskelig å se hvorvidt det ble gjort en forsvarlig drøfting av dette. Det må kunne forventes at barneverntjenesten gjør kvalifiserte vurderinger knyttet til et så viktig spørsmål. Og spesielt i en sak som dette hvor Stina selv hadde så sterk motstand mot enetiltak. Enetiltak er i seg selv en sterk inngripen i et barns liv.

---

<sup>44</sup> Jf. referat fra samarbeidsmøte 29.9.2016

### Perioden i Næromsorg Sør (NOS)

Da Stina flyttet inn i NOS første gang hadde hun flyttet 10 ganger siden bruddet i familiehjemmet i august 2016. Bufetat valgte NOS som leverandør av tiltakene fremover, med den begrunnelse å sikre størst mulig grad av kontinuitet.

Fylkesmannen stiller spørsmål ved om det var forsvarlig å flytte Stina til et beredskapshjem medio mars 2017. Helgen før flytting hadde hun hatt nye, alvorlige episoder med rømming og suicidalatferd. Vi finner det betenkelig at ikke barneverntjenesten stoppet opp og gjorde en ny vurdering av om beredskapshjem var et forsvarlig tilbud, da et § 4-25 vedtak fra dagen før blir avvist av fylkesnemnda med begrunnelse i psykisk tilstand.

Nasjonalt inntaksteam (NIT) og Bufetat v/Inntak Agder vurderte i juli 2017 at den statlige institusjonen Agder behandling ungdom, avd. Toppen var det mest egnede tilbudet, og dette ble begrunnet godt faglig. Det ble blant annet tatt hensyn til Stinas sterke ønske om å ikke bo i enetiltak, det ble beskrevet på en god måte hvordan institusjonen kunne ivareta henne både med hensyn til boligutforming, personalets kompetanse og faglig tilnærming, og sosialisering. Det ble også bemerket at hun selv hadde gitt uttrykk for at tiltaket hun var i ikke klarte å ivareta henne på en god nok måte, og Bufetat beskrev usikkerhet rundt hvorvidt personalgruppa i NOS var samstemte nok til å tilby gode rutiner og stabilitet.

Barneverntjenesten takket allikevel nei til tilbudet, og begrunnet sitt ønske om fortsatt plassering i NOS med blant annet Stinas mange flyttinger og behov for stabilitet. De vurderte imidlertid ikke Stinas konsistente, gjentatte og uttrykkelig uttalte misnøye med å være på Evje og i enetiltak, opp mot egne argumenter. Barneverntjenesten argumenterte videre med at hun var godt i gang med behandling ved ABUP og at det var viktig å fortsette denne. ABUP på sin side hadde vært tydelig på at de ønsket å gi henne et poliklinisk tilbud nærmest uavhengig av bosted, og hadde vist dette ved at behandlere ved ABUP hadde fulgt jenta gjennom alle flyttinger siste året. Avstanden Arendal-Kristiansand ville ikke vanskeliggjort kontinuitet i behandlingsopplegg. Stina hadde ingen tilknytning til Mandal videregående skole, så dette kunne ikke være et viktig argument i valg av institusjon. Det eneste Fylkesmannen finner at det var enighet om, var at det måtte være et mål å ha færrest mulig voksne rundt seg til enhver tid, og at det måtte åpnes for samvær med andre ungdommer. Vi kan ikke noe sted se at Stina var innforstått med at det å bli værende på Evje var en god løsning slik barneverntjenesten syntes å gi inntrykk av.

Barneverntjenesten beskrev en utvikling i avdelingen på Evje som Fylkesmannen ikke kan slutte seg til ut fra foreliggende dokumentasjon. Denne stemte heller ikke med det bildet Stina ga, hverken underveis eller i ettertid. Barneverntjenesten hadde ikke snakket med Stina under oppholdet på NOS sin avdeling på Evje. Deres vurderinger bygget etter vår vurdering på feilaktige opplysninger fra NOS.

Vi finner ikke at barneverntjenestens avslag på tilbudt institusjon var bygget på vektige, faglige argumenter. Selv om man burde tilstrebe å unngå nye flyttinger, skulle viktigheten av å gi Stina et godt faglig tiltak veid tyngre.



## NOS Evje

Siste flyttingen 2.6.2017 var den 17. på under ett år, og det skulle tilsi ekstra aktsomhet for at Stina skulle oppleve seg velkommen til et hjem, der alt var godt forberedt og tilrettelagt. Det er barneverntjenesten sitt ansvar å være tett nok på institusjonen, og Stina, til at de kunne vurdere om omsorgen hun fikk var god nok. Flere av forholdene Fylkesmannen har påpekt i rapporten etter tilsynet med NOS kunne barneverntjenesten ha avdekket ved hyppigere og tettere oppfølging av institusjonene. Barneverntjenesten var første gang på besøk ved avdelingen først fem uker etter innflytting, og påpekte da at stedet ikke så ut som noe hjem og at det var en del forhold som måtte utbedres. Det ble også stilt spørsmål vedrørende personalet og faglig tilnærming. Stina ville ikke møte barneverntjenesten, men hun skrev en epost til dem datert 12.7.2017 hvor hun tydelig beskrev hvorfor det er skadelig for henne å bo i enetiltak.

På bakgrunn av informasjonen fra NOS la barneverntjenesten til grunn at Stina hadde en positiv utvikling der hun bodde. Informasjonen fra NOS ga, etter vår vurdering, ikke et riktig bilde av situasjonen. Som eksempel nevnes:

NOS beskrev at «de fleste» ansatte på avdelingen kjente Stina. Det var 3 av 14 ansatte som fulgte med fra tidligere bolig da hun flyttet til Evje. Stina beskriver at hun i hele perioden i NOS ikke hadde noen voksne hun opplevde hun kunne stole på, og de ansatte jobbet ulikt og var til dels uforutsigbare for henne. Forholdene som ble avdekket ved besøk 4.7.2017 ble tatt opp med daglig leder som skulle ta dette videre. Et tiltak som skulle bidra til mer lik praksis og bedre kommunikasjon var at avdelingsleder skulle delta på «overlappen». Dette ble imidlertid ikke iverksatt.

NOS sin beskrivelse av tilbudet var svært generell når det gjaldt tilnærming og metodikk. Det manglet *konkrete* planer for hvordan NOS skulle jobbe faglig og miljøterapeutisk, og det var ikke satt i gang nødvendig veiledning av de ansatte. Barneverntjenesten hadde selv påpekt at det var viktig at de ansatte fikk direkte veiledning, og ikke via avdelingsleder. Det hadde vært enkelt å sjekke ut om de ansatte hadde deltatt på opplæring og veiledning som forutsatt, og om nødvendige planer og tiltak var på plass.

Videre ville en mer systematisk gjennomgang av tvangsprotokollene vist at institusjonen ikke brukte tvangshendelser i forbedringsøyemed som forutsatt.

Stina hadde mange sterke uttrykk som tydelige tegn på at hun ikke hadde det godt. Hun var underlagt kontinuerlig overvåking av tre voksne, og store deler av tiden tre voksne menn. Hun søkte hjelp der hun kunne få (legevakt), selv om hun også i utgangspunktet var nektet å kontakte legevakten. Samtidig nærmet det seg sommerferie. Det ble lagt vaktplaner med stedfortredere for faste kontaktpersoner i tjenestene, og det ble laget kriseplaner for rømming. Fokus skulle etter vår vurdering heller vært planmessig, forsterket oppfølging gjennom ferien, med tanke på alle hendelsene og traumene hun var utsatt for det siste året og den siste tiden. I en kompleks sak som dette forventer vi at barneverntjenesten fulgte ekstra godt med, og fortløpende vurderte om tjenestetilbudet var forsvarlig.



### Oppsummert om forsvarlighet:

Det er barneverntjenesten som har det overordnede ansvar for at hvert enkelt barn får forsvarlig omsorg og behandling til enhver tid. De kan sette bort oppgavene, men ikke ansvaret.

Når barneverntjenesten søker om tiltak for et barn skal det gjøres på bakgrunn av en undersøkelse av hva barnets behov er. I forhold til Stina sine flyttinger kan vi ikke se at det er gjort systematiske analyser eller barnevernfaglige vurderinger av hva Stina hadde behov for og hva som var nødvendig for at et nytt tiltak skulle lykkes. Systematiske analyser, *konkrete* planer og evalueringer mangler. Det er et lederansvar å sikre at slike evalueringer og vurderinger gjøres. Dette er ikke dokumentert i Stina sin sak, og det fremkommer heller ikke gjennom intervjuene.

Det er å forvente at barneverntjenesten gjør systematiske evalueringer og barnevernfaglige vurderinger når det skal velges nye hjem til et barn. Dette må til for at arbeidet skal kunne beskrives som forsvarlig.

Barneverntjenesten har ikke i tilstrekkelig grad fulgt opp om tiltakene hun var i til enhver tid ga et forsvarlig tilbud til Stina. De skulle gjort en vurdering av hvor tett det var nødvendig å følge opp, og laget en plan for evaluering av tiltakene. Spesielt etter at situasjonen eskalerte etter nyttår skulle de vært tettere på institusjonene, og vært en pådriver for å få utarbeidet en konkret oppfølgingsplan ved innflytting.

Det er åpenbart at situasjonen har vært krevende for barneverntjenesten. Barneverntjenesten har hatt de beste intensjoner om å følge opp at Stina fikk forsvarlig tiltak og omsorg. Samtidig kan vi ikke se at barneverntjenesten foretok nødvendige grep for å gi Stina den beskyttelsen og stabiliteten hun hadde behov for.

### **Tvangsbruk**

#### Begrepet tvang og plassering på «tvangsparagraf»

Både ut fra dokumentasjon og intervjuer var det tydelig at det var en felles forståelse om at Stina «ikke tålte tvang». Denne vurderingen (påstanden) ble førende for barneverntjenestens arbeid, og den ble aldri utfordret. Oppfatningen kom fra hennes andre opphold på St. Hansgården i september/oktober 2016, da hun var plassert etter bvl. § 4-25 annet ledd, jf. § 4-24. Institusjonen fattet vedtak om bevegelsesbegrensning etter rettighetsforskriften<sup>45</sup> § 22 og etter hvert mobilbegrensning etter § 16.

Slik Fylkesmannen leser erfaringene fra dette oppholdet, hadde Stina etter kort tid på § 4-25 noen av sine beste uker der dette siste året. Hun fulgte i disse ukene opp både skole og fritidsinteresser. Hun har selv også i ettertid sagt at hun trengte disse rammene. I epost til barnverntjenesten 12.7.2017 sa hun blant annet dette om oppholdet: «*Jeg gikk på skole hver dag i 4 uker og oppholdet var på slutten veldig bra*». Selv om hun beskrev at det var belastende å være på § 4-25, fordi det gjorde at hun følte seg «stemplet», var det flere

---

<sup>45</sup> Forskrift av 15. november 2011 nr 1103 om rettigheter og bruk av tvang under opphold på barneverninstitusjoner

beskrivelser fra St.Hansgården på at vedtaket bidro til å redusere rømningstanker/-forsøk. Det er beskrevet i journalnotater fra oppholdet at «tankene kranglet med hverandre», men siden hun visste at tre stykker ville stoppe henne med det samme, rømte hun ikke. Dette bidro til at rømminger og episoder med utagering/tvang gikk ned.

Hvilken forståelse aktørene la i begrepet tvang er uklart. Under intervjuene ble det opplyst at tvangsplassering av barn ikke hjalp, derfor ville det heller ikke være til hjelp for Stina. Andre har opplyst at Stina ikke tålte å bli satt grenser for og at barneverntjenesten derfor hele tiden måtte «følge henne» og hennes ønsker.

Flere aktører<sup>46</sup> har stilt spørsmål ved om det var mulig å gi Stina et forsvarlig tilbud med plassering etter bvl. § 4-12. Barneverntjenesten har likevel i det lengste valgt å følge jenta da hun så sterkt ikke ønsket å være på «tvang». Behandler i ABUP har støttet dette, og det fremgår av møtereferater at ABUP mente selvmordsfaren ville økt dersom jenta var på tvang og at det var uheldig for henne. ABUP rådet derfor samarbeidspartnerne til å følge jenta i størst mulig grad. Vi har forståelse for at det var vanskelig å utfordre en aktør som spesialisthelsetjenesten på dette, og det kan se ut som denne (tilsynelatende) enigheten av at hun ikke tålte tvang stoppet diskusjonene knyttet til dette.

Barneverntjenestens egne, faglige vurderinger av om det var hensiktsmessig å fremme sak om plassering etter bvl. § 4-25 annet ledd, jf. § 4-24 på ett tidligere tidspunkt, ble ikke dokumentert. Eventuelt hvilke barnevernfaglige begrunnelser som forelå for å ikke fremme slik sak, eller hvorfor de valgte å trekke påbegynte saker, ble heller ikke dokumentert. Vi kan ikke vite om situasjonen hadde blitt annerledes dersom barneverntjenesten hadde benyttet tvangsparagraf i forhold til Stina. Vi finner imidlertid grunn til å presisere at det å være plassert på en tvangsparagraf ikke er en tillatelse til å utsette barn for unødvendig tvangsbruk. Lovhjemlene gir en mulighet til å beskytte barn og å sette de rammene som barnet trenger, men kun når det er nødvendig. Det er grunn til bekymring når barneverntjenesten ikke har tillit til, tror på eller benytter seg av sitt eget tiltaksapparat.

Saksbehandlerne mente at Stina reagerte på selve begrepet tvang, herunder det å være plassert på en tvangsparagraf (uavhengig av det ble utøvd tvang etter rettighetsforskriften). Ikke på noe tidspunkt kan vi her se at barneverntjenesten har gjort en undersøkelse eller vurdert hvordan Stina sine uttrykk kunne forstås. Hva mente hun egentlig? Hvordan hadde hun det og hva var det hun desperat forsøkte å formidle? Hun hadde det vanskelig både da det var mulighet for å bruke tvang og da dette ikke var en mulighet. Spørsmål om det fantes andre forklaringsmodeller eller forståelser ble ikke stilt.

Fylkesmannens gjennomgang av tvangsprotokollene viste at Stina utagerte kraftig i flere dager etter at hun hadde fått beskjeder som hadde gjort henne fortvilet, for eksempel beskjed om flyttinger, bruk av enetiltak eller bruk av tvangsparagraf. Det hadde også vært krevende samtaler enten med behandler i ABUP, med advokat eller politi i forkant av enkeltepisoder. Om dette var et konsistent mønster eller tilfeldigheter vet vi ikke med sikkerhet, men dette

---

<sup>46</sup> Bufetat, St.Hansgården, Fylkesmannen

burde vært utforsket nærmere. Dersom triggerne systematisk var registrert ville det også vært mulig å identifisere mulige / nødvendige tiltak som kunne iverksettes forebyggende.

### Tvangsprotokoller

Barneverntjenesten skal i tråd med sitt oppfølgingsansvar for ungdommen, jf. bvl. § 4-16, følge med på eventuelt tvangsbruk som ungdommen utsettes for under opphold på institusjon<sup>47</sup>. Tvangsprotokollene ble ikke sendt fortløpende i kopi til barneverntjenesten. Det var kontaktpersonen i barneverntjenesten som hadde ansvaret for å gjennomgå disse og ta de opp til diskusjon ved behov. De tilsendte protokollene ble ikke gjennomgått uten opphold. Barneverntjenesten har ikke etterspurt hva institusjonen gjorde for å forebygge tvangsbruken og hvilke tiltak som ble gjort for å få redusert tvangsbruken. Barneverntjenesten har ikke vurdert om den samlede tvangsbruken har vært forsvarlig.

For en jente, der tjenesten selv har definert at ungdommen «ikke tåler tvang», burde det vært instruks til institusjonen om at slike protokoller skulle vært sendt umiddelbart og de skulle vært gjennomgått uten opphold. Protokollene er en viktig informasjonskilde for å følge med på hvordan ungdommen har det, og for å kunne følge opp med besøk og samtaler.

### Oppsummert om tvangsbruk

Fylkesmannen mener det skulle vært gjort grundigere barnevernfaglige vurderinger av om Stina hadde behov for de rammene bvl. § 4-25 kunne gi, og begrunnelsene for å ikke fremme sak eller trekke sak om § 4-24 skulle vært dokumentert.

Da Stina bodde i NOS var hun utsatt for mye tvang. Barneverntjenesten burde fulgt fortløpende med på dette, og på hvordan institusjonen håndterte jenta.

## **Samarbeid**

Fylkesmannen har vurdert om barneverntjenesten har oppfylt sin plikt til å samarbeide og medvirke til at barnets interesser blir ivaretatt også av andre offentlige organer, jf. § 3-2, herunder behovet for en individuell plan, jf. § 3-2 a<sup>48</sup>.

Barneverntjenesten skal forsøke å få vedkommende sektor til å gjøre det som er nødvendig, men det er ikke meningen at barneverntjenesten selv skal overta noe av det ansvaret som hviler på andre sektorer<sup>49</sup>.

Fylkesmannen har merket seg at det har vært mye samarbeid mellom aktuelle aktører i denne saken, både i form av samarbeidsmøter, ansvarsgruppemøter og mye telefonkontakt. Viljen til samarbeid rundt Stina synes å ha vært stor blant samtlige aktører. Det beskrives også at samtlige har hatt stor respekt for hverandres regelverk og rammer, og at alle stort sett har vært enige i samarbeidsmøtene.

Etter Fylkesmannens vurdering er det ikke tydelig hva slags hensikt de ulike møter har hatt, «hvem sine» møter det har vært eller hvem som faktisk koordinerte saken. Ett og samme møte kan leses som et orienteringsmøte, drøftingsmøte, samarbeidsmøte, eller et møte der beslutninger ble tatt. Det er videre vanskelig å se hvem som faktisk tok avgjørelser. Det kan

<sup>47</sup> Se også Bufdir sitt kvalitetsmål nr 2, Prop. 106 L (2012-2013), pkt. 6.3

<sup>48</sup> Se også Bufdir sitt kvalitetsmål nr. 4, Prop. 106 L (2012-2013), pkt. 6.3

<sup>49</sup> Ot.prp. nr. 44 (1991-92) pkt. 3.2.

utenfra se ut som den store enigheten og respekten for hverandres rammeverk kan ha kommet i veien for nødvendige diskusjoner og muligheten for å «utfordre» systemene. De ulike aktørene beskriver et samarbeid hvor det også var mulig å ta opp uenighet. I vår gjennomgang av saken har vi likevel ikke kunnet identifisere diskusjonstemaer eller uenighet, og det ble heller ikke i intervjuene med noen av aktørene gitt uttrykk for særlig grad av uenighet. Det er vanskelig å se om, og i tilfelle hvordan, samarbeidet ga kunnskap og ny forståelse av Stina sin situasjon. De etablerte sannhetene, for eksempel om hva og hvordan «man skulle gå med henne» og dette at hun «ikke tålte tvang», ble ikke utfordret. Fylkesmannen finner det underlig at det i en så kompleks sak ikke fremkommer større faglige uenigheter og drøftinger.

I likhet med mange barn i barnevernet hadde Stina behov for bistand fra flere aktører, og det var barneverntjenestens ansvar å sørge for at samarbeidet fungerte slik at hennes behov ble ivaretatt, og på en slik måte at det fremsto samordnet og koordinert. Fylkesmannen kan ikke se at det tydelig fremgår hvem som var *koordinatoren* som skulle se til at planer ble utarbeidet, at de respektive aktører var kjent med disse, og som skulle følge opp og rapporterte. Barneverntjenesten skulle utarbeidet en individuell plan. Dette ble ikke gjort. De øvrige aktørene skulle gitt sine innspill til denne. Barneverntjenesten har heller ikke innhentet en skriftlig evaluering eller vurdering fra psykiatrien for å klarlegge hennes behov. Dette skulle de ha gjort.

I arbeidet omkring Stina beskriver barneverntjenesten et tett samarbeid med blant annet psykisk helsevern. Stina hadde flere akutte innleggelser i psykiatrien, men ble hver gang raskt utskrevet og det ble gitt tilbakemelding om at langvarig innleggelse ikke var aktuelt. Dels var begrunnelsen manglende lovhjemmel (for tilbakeholdelse mot hennes vilje), dels var begrunnelsen at det ikke var langtidsplasser og dels at det var faglig kontraindisert. Fra intervjuer ble det tydelig presentert fra barneverntjenesten en klar oppfatning av at Stina hadde behov for en lengre innleggelse og utredning fra psykiatrien. I dokumentasjonen ble spørsmålet reist flere ganger, og i beslutningsnotat av 10.3.2017 fremkommer det at «*samtliges aktører som arbeider rundt henne var enige om at det beste tilbudet er innen psykiatrien, og at det er der hun burde vært innlagt over lang tid å få behandling*».

Det er forståelig at barneverntjenesten ikke søkte om innleggelse for henne da de fikk opplyst at det ikke fantes et slikt tilbud. Samtidig er det barneverntjenestens ansvar å sørge for at slik henvisning skjer selv når det ikke foreligger et tilbud hvis de virkelig mener at hun burde få det. Stina hadde ingen andre som kunne bistå henne i dette (hun ønsket også selv ved flere anledninger et opphold over lengre tid). Ved en henvisning/søknad ville det vært en mulighet for å klage på et avslag og Stina kunne fått prøvd sin rett til nødvendig helsehjelp.

I arbeidet med Stina er det tydelig at barneverntjenesten strevde med å forstå hennes uttrykk og at det var behov for et tett samarbeid med psykiatrien.

### Oppsummert om samarbeid

Fylkesmannen legger til grunn at Stina hadde behov for langvarige og koordinerte tjenester. Dersom det er nødvendig for å skape et helhetlig tilbud for barnet, og det foreligger samtykke, skal det utarbeides en individuell plan. Individuell plan foreligger ikke. Det er tvert om krysset av for «ikke aktuelt». Barneverntjenesten har heller ikke vurdert behovet for en slik plan. Fylkesmannen legger til grunn at det har vært mye kontakt mellom aktørene i saken. Vi kan imidlertid ikke se at dette har bidratt til å avklare de vanskelige, «uløselige» problemstillingene,

eller til det målrettede, langsiktige og systematiske arbeidet en slik sak krever. Vi stiller derfor spørsmålsteget ved kontaktpunktene form, innhold og funksjon.

### **Medvirkning**

Fylkesmannen har vurdert om barneverntjenesten har gitt Stina mulighet til å medvirke i egen sak, jf. bl.a. bvl. §§ 4-1 annet ledd, 6-3 og FNs barnekonvensjon art. 12<sup>50</sup>.

Vi legger til grunn at barneverntjenesten har hatt løpende kontakt med Stina, og i hovedsak også jevnlig kontakt med de ulike hjem og institusjoner hvor Stina til enhver tid bodde (perioden i NOS Evje er her et unntak). En forutsetning for at kravet til medvirkning kan ivaretas er at barnet opplever en relasjon til barneverntjenesten hvor de har tillit nok til at de kan gi uttrykk for sine meninger og fortelle om sine opplevelser, også når dette er vanskelig. Medvirkning betyr ikke at barnet skal bestemme. Stina sier selv, i ettertid, at hun tidlig på høsten 2016 ikke hadde forutsetninger for å vite hva hun ville og at hun fikk bestemme alt for mye. Hun fikk for mye ansvar som hun ikke hadde mulighet for å håndtere.

Etter vår vurdering sjekket man ikke ut om man var på samme kurs, jobbet mot samme mål, og om hennes behov ble dekket. Stina sine kontaktpersoner i barneverntjenesten har gjennomgående beskrevet mange samtaler og tett kontakt med Stina. En god relasjon er helt sentralt for å få til god og reell medvirkning. Fra barneverntjenesten er kontakten med Stina beskrevet som god, der de mente hun ga uttrykk for egne meninger og ønsker. Stina sier imidlertid selv at hun ikke opparbeidet tillit til noen i barneverntjenesten, og hun opplevde ikke at «hun ble sett».

Etter hendelsen på Sørlandssenteret har Fylkesmannen møtt Stina for å få hennes versjon og opplevelse av hvordan hun bl.a. har fått medvirke og hun har senere også skrevet brev til oss. I brevet skriver hun blant annet:

*«Min historie hadde vært annerledes dersom jeg hadde blitt møtt på en mer forståelsesfull, omsorgsfull og forutsigbar måte. Det har vært et strevsomt år. Endelig har jeg nådd en slags endestasjon, selv om utfallet ble katastrofalt og usedvanlig fortvilende.»*

Dette er *Stinas* opplevelse av hvordan hun ble møtt av tjenestene. Vi har forståelse for at tjenestene kan være av en annen oppfatning av dette, særlig sett hen til den hyppige kontakten som har vært.

Stina har gitt uttrykk for sine ønsker til barneverntjenesten fra hun rømte fra fosterhjemmet første gang. Hun har hele tiden vært tydelig på at hun ønsket å være «normal», og hennes eneste mål har vært å bo i en fosterfamilie. Hun mener at noen burde utforsket dette nærmere og funnet veien dit sammen med henne. Vi har ikke funnet at noen spurte henne hva som lå bak ønsket om å flytte hjem/i en familie, hva innholdet i det var, og om noe av dette kunne innfris på andre måter. Hun aksepterte også etterhvert institusjoner, med unntak av enetiltak. Helt konsekvent har Stina gitt uttrykk for at hun ikke ville klare å bo i enetiltak. Imidlertid var det dette hun fikk tilbud om, og hun flyttet fra ett enetiltak til nye enetiltak.

---

<sup>50</sup> Se også Bufdir sitt kvalitetsmål nr. 3, Prop. 106 L (2012-2013), pkt. 6.3

Motstanden mot å bo i enetiltak har Stina vært svært tydelig på i hele denne prosessen. Det har hun uttalt og begrunnet både muntlig og skriftlig. Hun har brukt kraftige uttrykk for å få frem sin mening, og for å få et botilbud hvor hun kunne være sammen med andre ungdommer. Etter alvorlige episoder, som kunne endt fatalt, har hun gitt uttrykk for at mye av «atferden» handlet om ønsket og behovet for et annet botiltak enn enetiltak. Selv om hun i ett møte har sagt at enetiltak var greit for en periode viste alt annet at hun hadde en enormt sterk motstand mot dette. I dagene etter det nevnte møtet hadde hun alvorlig selvmordsatferd, og hun var tydelig på at hun var desperat fordi hun mente barneverntjenesten ikke tok nok hensyn til hennes behov når de ville plassere henne i enetiltak. Da hun fikk melding om at hun ville bli flyttet til enetiltak på Evje mistet hun helt tilliten til barneverntjenesten og motsatte seg all kontakt med sine kontaktpersoner.

Barnets synspunkter og meninger skal være med i vurderingene for å avgjøre om et tiltak er egnet og forsvarlig. Barneverntjenesten må i sin saksbehandling sørge for at barnets mening blir innhentet, og det skal fremgå hvordan barnets mening er vurdert og vektlagt. Dette betyr ikke at barnet har «vetorett» eller skulle få bestemme; barnets oppfatning er ett blant flere momenter som skal vurderes. Det er barneverntjenesten som har ansvar for å sikre barnets medvirkning.

Det er ikke alltid mulig å oppfylle ønskene, og det kan være at man må ta beslutninger som går på tvers av barnets ønsker, til barnets beste. Slike beslutninger må da begrunnes og kommuniseres tydelig.

Fra tverrfaglig samarbeidsmøte 29.9.16 siteres:

*«Gi henne all informasjon man kan gi og gjerne gjenta det flere ganger. Hun har godt forståelse for fagtermer på en overfladisk måte, men det betyr ikke at hun faktisk forstår betydningen av det. På grunn av dette kan det være viktig at vi prøver å bruke folkelige uttrykk».*

Man har altså tidlig i dette turbulente siste året sett at selv om Stinas verbale uttrykksform er god, er ikke dette ensbetydende med god forståelse for termene eller at man forstår det samme. Informasjonen må tilpasses alder og modenhet, og de forutsetningene brukeren forøvrig har for å forstå informasjonen og for å kunne ta kvalifiserte valg. Dette innebærer også å sjekke ut om informasjonen, og konsekvensene av valgene som gjøres, virkelig er forstått. Stinas evne til å forstå mottatt informasjon, og gjøre kvalifiserte valg er ikke problematisert senere i saken. Tvert om lar tjenestene seg blende av at hun er verbalt sterk og fremstår reflektert i samtaler.

Vår vurdering er at Stina i hele denne prosessen fikk for mange valg, og fikk bestemme for mye. Ved å følge hennes valg har man tillagt henne et stort modenhetsnivå og mye ansvar. Det synes å ha vært en tanke om at dersom man bare fulgte henne ville den uhenksomme atferden slutte. Vi har forståelse for at det kan være verdt å forsøke i en tidlig fase, men erfaringen viste raskt at dette ikke fungerte etter hensikt. Tvert om bidro dette til nye, belastende hendelser for Stina. De faglige begrunnelsene for hvorfor de rundt henne valgte å følge hennes ønsker burde også vært dokumentert.



Stinas klare motforestilling og begrunnelse mot enetiltak er ikke tatt hensyn til eller vurdert. Det fremkommer senest i epost av 12.7.2017 der Stina ga uttrykk for at hun ikke hadde det bra i NOS. Bufetat vektla Stinas motforestillinger mot enetiltak (og avdelingen på Evje) da de innstilte på avd. Toppen som tiltaksvalg i juli 2017, men barneverntjenesten har ikke vektlagt eller vurdert dette da de takket nei til avd. Toppen.

#### Oppsummert om medvirkning

Fylkesmannen ser at Stina opplevde å «aldri bli hørt», selv om barneverntjenesten beskriver at de hadde fokus på medvirkning. Barneverntjenesten har i liten grad *utforsket hvilke behov* som lå bak hennes ønsker, og om dette kunne løses på andre måter. Begrunnelsen for å velge andre tiltak, burde vært mye tydeligere kommunisert.

Fylkesmannen legger til grunn at det er et brudd på kravet til medvirkning når barneverntjenesten ikke har begrunnet og forklart hvorfor de valgte tiltak som åpenbart var i strid med det Stina ønsket. Dersom det var slik at Stina sine ønsker ikke kunne ivaretas har barneverntjenesten en plikt til å forklare og begrunne dette. Det må beskrives hvilke andre argumenter som har vektet tyngre enn hennes uttalte ønske og hvorfor.

Vi mener også det er et brudd på forsvarlig medvirkning når tjenestene har valgt å «følge jenta», uten å gjøre selvstendige barnevernfaglige vurderinger av hva som var hennes beste, og uten å ta hensyn til hennes alder, modenhet og forutsetninger for å ta kvalifiserte valg. Stina ble gitt for mye ansvar uten at det ble tatt hensyn til hennes alder og modenhet. Hennes vansker knyttet til dette burde vært hensynstatt.

#### **Dokumentasjon**

Fylkesmannen har vurdert om barneverntjenesten har dokumentert sine vurderinger og avgjørelser i saken, jf. bvl. § 4-1.

Fylkesmannen har merket seg at barneverntjenesten ikke alltid har dokumentert relevante vurderinger for alle tiltaksvalg og beslutninger som ble tatt. Det vises eksempelvis til manglende begrunnelse for barneverntjenestens sine vurderinger høsten 2016, i vurderingene av om Stina skulle få flytte tilbake til familiehjemmet eller ikke. Videre har ikke barneverntjenesten dokumentert om eller hvorfor de ønsket enetiltak, eller hvordan Stina sitt ønske ble vektet og vurdert og denne prosessen.

#### Oppsummert om dokumentasjon

Barneverntjenesten har ikke dokumentert alle relevante vurderinger og avgjørelser i saken.

#### **Styring og ledelse**

Fylkesmannens har vurdert om barneverntjenesten har en internkontroll som sikrer at de har utført sine oppgaver i denne saken i samsvar med krav fastsatt i lov eller i medhold av lov, jf. bvl. § 2-1 annet ledd, jf. internkontrollforskriften § 4.

Kommunen skriver i sitt svarbrev til Fylkesmannen 9.1.2018, som kommentar til faktagrunnlaget: «*Kommunen erkjenner at systematikken i analyse og kartlegging ... skulle vært bedre.*» Og videre: «*Barneverntjenesten vil til slutt bemerke at saksforholdet har vært uvanlig komplekst og sammensatt. Det har vært svært mange hendelser rundt jenta med*



*vanskelige problemstillinger og avgjørelser som fortløpende skal tas ut fra barnets beste. Det har derfor vært vanskelig for kontaktpersoner til enhver tid å ha den fulle oversikt over hele «bildet» og historien til jenta, samt oppnå ønsket systematikk i arbeidet. Hennes situasjon skulle takles samtidig med alle andre lovpålagte oppgaver...»*

Det er et ledelsesansvar å sikre at tjenestene til enhver tid utføres i henhold til myndighetskravene. Ressurser er ikke et argument for å fravike dette. Det er tilsvarende et ledelsesansvar å prioritere mellom de lovpålagte oppgavene.

Uten tilstrekkelig konkrete planer er det vanskelig å følge med, evaluere og iverksette korrigerende tiltak for å sikre forsvarlig drift. Det blir vanskelig for de ansatte å melde avvik, uten klare mål for hva som er uønskede hendelser. Slike meldinger vil kunne vært ett mål for om man var innenfor eller utenfor forsvarlighetsnormen.

Det er heller ikke mulig å spore at ledelsen i barnevernet har etterspurt systematiske vurderinger og evalueringer av Stinas situasjon. Vi mener ledelsen burde etterlyst stoppunkter der man løftet blikket fra de akutte hendelsene og gjorde mer langsiktige veivalg. Fylkesmannen finner ikke at dette er gjort tross den alvorlige utviklingen i saken. Vi ser at det (lenge) var en tanke om fosterhjem fra jenta, men at de akutte hendelsene (og jentas ønsker) i stor grad har fått styre.

I en så kompleks sak (se avsnitt over), når et barn har det så vanskelig som Stina hadde det, så er det rimelig å forvente særskilt aktivitet fra ledelsen, særlig når det gjelder å følge med på om det ble gjort gode nok vurderinger og effekt av tiltak.

#### Oppsummert om styring og ledelse

Oppsummert er det vår vurdering at ledelsen ikke har sikret at barneverntjenesten har foretatt grundige nok evalueringer og undersøkelser i forbindelse med valg av hjem og institusjoner for Stina. Det ble ikke gjort forsvarlige utredninger, oppfølging og evalueringer underveis i arbeidet for å sikre at hun til enhver tid fikk forsvarlige tjenester. Vurderinger som ble lagt til grunn for valg synes i for stor grad å være basert på ulike enkeltansattes synspunkter, eller etablerte «sannheter» som i liten grad ble utfordret, utforsket eller diskutert. Det vises her spesielt til at «jenta ikke tåler tvang»; at det ikke er «mulig» med langtidsopphold i psykisk helsevern, og en omforent oppfatning av at «man må gå med henne».

Det er helt umulig å si om utfallet i denne saken ville vært annerledes dersom Stina hadde fått en annen oppfølging fra barneverntjenesten, men en alminnelig god barnevernfaglig praksis tilsier en annen systematikk og kontroll i arbeidet enn det vi her har sett.

## 2. Bufetat – konklusjoner og sentrale vurderinger

### Konklusjon

*Etter Fylkesmannens vurdering har Bufetat levert forsvarlige tjenester i denne saken.*

Vi ber likevel Bufetat merke seg følgende forbedringspunkter for å sikre god praksis:

- 1. Bufetat må på en bedre måte følge med på at leverandørene gir tjenester i samsvar med det som er avtalt.**
  - De har ikke fulgt interne rutiner for oppfølging av private leverandører.
  - Det er ikke gjort en konkret vurdering av hvor tett Bufetat burde fulgt opp tiltakene de gjorde avtale med, eller laget en oppfølgingsplan i tråd med dette.
  - Det er ikke undersøkt tilstrekkelig om NOS leverte tjenester i samsvar med det som var avtalt, for eksempel knyttet til bemanning, opplæringstiltak og planer for det faglige arbeidet.
- 2. Bufetat må i større grad dokumentere hvordan barnets mening er vurdert og vektlagt når avgjørelser tas.**
- 3. Bufetat må sikre at all viktig informasjon fortløpende dokumenteres, innhentes og journalføres på en oversiktlig måte.**

### Sentrale vurderinger

Vurderingene bygger på den dokumentasjon som foreligger, samt opplysninger fra intervjuene med ansatte og ledere i virksomheten.

Fylkesmannens vurderinger er gjort på bakgrunn av de opplysningene som forelå på de aktuelle tidspunktene, ikke hva man i ettertid har fått kunnskap om. Vurderingene er altså gjort på bakgrunn av den informasjonen som aktørene på det aktuelle tidspunkt hadde eller med rimelighet burde forventes å ha.

I tilsynssaken om Bufetat har vi hatt særlig fokus på bistandsplikten, oppfølging av leverandørene, medvirkning og samarbeid.

### **Bistandsplikten**

Fylkesmannen har vurdert om Bufetat har oppfylt sin plikt til å bistå kommunen med å fremskaffe et forsvarlig tilbud innen rimelig tid, jf. bvl. § 2-3 annet ledd, jf. § 1-4.

Det er kommunen som har ansvaret for å beslutte hvilken type tiltak (fosterhjem eller institusjon) et barn har behov for og som gjennom utredningen av barnet har ansvaret for at det er et forsvarlig grunnlag for beslutningene. Dette innebærer at statlig barnevern ved utøvelsen av bistandsplikten skal bygge på kommunens vurderinger og faglige grunnlag. Det betyr likevel ikke at Bufetat skal bli rene utførere av kommunens bestillinger av tiltak. Som forvalter av det statlige tiltaksapparatet har statlig barnevern en særlig kompetanse. For at

bistandsplikten skal virke etter sitt formål, er det en forutsetning at det statlige barnevernet utøver et selvstendig faglig skjønn i dialog med kommunen.<sup>51</sup>

Barneverntjenesten besitter kunnskap om barnet og barnets situasjon, og Bufetat skal i stor grad kunne bygge på denne informasjonen. De har imidlertid et selvstendig ansvar for å få saken godt nok opplyst, og har dermed ansvar for å etterspørre opplysninger dersom noe er uklart.

Bufetat har vært tett på i denne saken ved at de har deltatt i og tatt initiativ til samarbeidsmøter og avklaringsmøter med og rundt Stina. I denne saken ser vi at Bufetat har vært involvert også i prosessen rundt hvorvidt institusjon eller fosterhjem var det riktige plasseringstiltaket for Stina. De har i ulike faser stilt spørsmål ved enkelte vurderinger/tiltaksvalg, for eksempel hvorfor barneverntjenesten ikke forsøkte å jobbe Stina tilbake til det første fosterhjemmet. Bufetat har likevel alltid funnet tiltak barneverntjenesten har bedt om, og innen rimelig tid, slik bistandsplikten krever.

Oppfyllelse av bistandsplikten handler ikke bare om å skaffe til veie et tiltak på kommunens bestilling innen rimelig tid, det er også et krav at tiltaket skal være forsvarlig og egnet for det enkelte barn.

For å finne forsvarlig og egnet tiltak må Bufetat ha kunnskap både om det enkelte barnets behov og situasjon, og om aktuelle tiltak. Deretter må det gjøres en konkret vurdering av hvorfor dette tiltaket er til dette barnets beste. Fordeler og ulemper ved valg av tiltak må avveies. Det må legges avgjørende vekt på å finne tiltak som er til barnets beste, jf. bvl. § 4-1.

Det er beskrevet i samarbeidsmøter at det var stor enighet i valg av tiltak i denne saken. Det har vært fokus på å forsøke å «følge jenta» og tilby henne beredskapshjem/fosterhjem, samt unngå tvang. Spesialisthelsetjenesten har av Bufetat og andre aktører blitt oppfattet som en premissleverandør for dette, og når barneverntjenesten besluttet å opprettholde plassering etter bvl. § 4-12 måtte tiltaksvalg tas utfra det. I følge dokumentasjon og intervjuer kan det tyde på at det har vært noe mer faglig uenighet enn det som fremkommer av referat fra samarbeidsmøter. Bufetat skriver i sin rapport<sup>52</sup> at det har vært utfordrende å fremskaffe forsvarlige tiltak innenfor de rammene kommunen har angitt, altså § 4-12 plasseringer.

Bufetat har i forbindelse med rapporten til Bufdir hatt en intern gjennomgang av alle tiltaksvalg i saken og beskriver at de har gjort faglige vurderinger ved hvert tiltaksvalg, og at inntaksprosedyrer stort sett ble fulgt. Det ble gjennomført anbudsrunder ved alle flyttinger frem til NOS ble valgt som leverandør i mars 2017. Det ble gjort en felles vurdering av at man «ønsket at NOS skulle stå i utfordringene og skape kontinuitet for jenta», og det ble derfor ikke gjennomført anbudsrunder ved interne flyttinger i NOS.

Da Stina flyttet inn i NOS første gang hadde hun flyttet 10 ganger siden bruddet i fosterhjemmet i august 2016. Vi støtter vurderingen rundt viktigheten av å få stabilisert henne. Samtidig var det ingen andre erfarne aktører på det tidspunktet som mente de kunne gi et forsvarlig tilbud til Stina. Dette er en sterk indikasjon på kompleksiteten i saken, og styrker betydningen av å gjøre en grundig forsvarlighetsvurdering – og også senere følge opp at leverandøren leverer i henhold til avtale, jf. avsnitt nedenfor.

De faglige vurderingene knyttet til om tiltakene som ble tilbudt har vært forsvarlige eller var «faglig og materielt i stand» til å ivareta Stina bygger på tilbudene Bufetat v/NIT har fått fra

---

<sup>51</sup> Prop. 106 L (2012-2013) s. 12.

<sup>52</sup> Rapport til Bufdir datert 1.9.2017

ulike leverandører. Det er levert institusjonsplaner og redegjort fra leverandørene hvordan de skulle ivareta Stina på en forsvarlig måte.

Sett i lys av arbeidet som er gjort i det landsomfattende tilsynet og rapporten som allerede foreligger fra Bufetat<sup>53</sup> har Fylkesmannen ikke foretatt en grundigere gjennomgang av de enkelte tiltaksvalgene, men vi har merket oss noen forhold i denne prosessen vi finner grunn til for å kommentere.

Det fremgår av dokumentasjon at Bufetat hadde god kjennskap til Stina, og hennes utfordringer er beskrevet. Vi bemerker imidlertid at hennes etniske og kulturelle tilknytning og utfordringer knyttet til dette ikke er beskrevet eller vurdert i henvisninger, planarbeid eller avtaleinngåelser. Hvorvidt det ville hatt en betydning for bestilling og valg av tiltak er vi usikre på, men det burde vært beskrevet og tatt med i vurderingen, da hennes fremmedkulturelle tilknytning også var en del av hennes utfordringsbilde.

Det er vanskelig å få klarhet i hvem som avgjorde at enetiltak var nødvendig. Bufetat sier det var bestillingen fra barneverntjenesten, mens barneverntjenesten sier at det var dette de fikk tilbud om fra Bufetat. Drøftingene knyttet til dette er i liten grad dokumentert. Enetiltak er en sterk inngripen i et barns liv. Fylkesmannen har forståelse for at dette enkelte ganger er den beste løsningen, men da er det viktig at det blir gjort grundige faglige vurderinger rundt dette. Spesielt i en sak som dette da Stina selv hadde så sterk motstand mot dette. Se nærmere om dette i avsnittet om medvirkning.

Fylkesmannen stiller spørsmål ved om det var forsvarlig å flytte Stina til et beredskapshjem på et gitt tidspunkt da det hadde vært mange alvorlige hendelser. Som tidligere anført er det barneverntjenesten som til syvende og sist avgjør om det skal søkes etter beredskapshjem/fosterhjem eller institusjon, og også de som avgjør plasseringsparagraf. Samtidig mener Fylkesmannen at Bufetats barnevernfaglige vurderinger og eventuelle uenigheter burde kommet tydelig frem i dialogen med kommunen, spesielt i en så kompleks sak der de i utgangspunktet var tett på.

Da barneverntjenesten besluttet å fremme sak etter bvl. § 4-25 annet ledd, jf. § 4-24 ble saken sendt over til Nasjonalt Inntaksteam (NIT). NIT og Bufetat vurderte at Agder behandling ungdom, avd. Toppen var det mest egnede tilbudet, og det begrunnes faglig. Her ble det blant annet tatt hensyn til Stinas sterke ønske om å ikke bo i enetiltak, det ble beskrevet på en god måte hvordan institusjonen skulle ivareta henne både med hensyn til boligutforming, personalets kompetanse og faglig tilnærming. Det ble også bemerket at hun selv hadde gitt uttrykk for at tiltaket hun var i ikke klarte å ivareta henne på en god nok måte. Bufetat beskrev usikkerhet rundt hvorvidt personalgruppa i NOS var samstemte nok til å tilby gode rutiner og stabilitet. Da kommunen likevel ønsket NOS videre, endret Bufetat sin innstilling uten at dette ble problematisert. Det er Bufetat som har kompetanse når det gjelder det faglige innholdet i tiltakene, og som skal ta stilling til hva som er til det konkrete barnets beste, og her mener vi Bufetat burde utfordret kommunen hvis de (slik det kan se ut) mente Toppen var et bedre tiltaksvalg.

**Oppsummert:** Bufetat har etter Fylkesmannens vurdering oppfylt den delen av bistandsplikten som går på å gi tiltak i henhold til barneverntjenestens bestilling og til rett tid. Bufetat har gjort faglige vurderinger ved de ulike tiltaksvalg.

---

<sup>53</sup> Rapport av 1.9.2017 fra Bufetat til Bufdir

Fylkesmannen mener imidlertid at Bufetat i større grad burde utfordret kommunens begrunnelser ved tiltaksvalgene som nevnt over. Bufetat burde også nøye vurdert enetiltak opp mot Stinas motforestillinger mot enetiltak og gjentatte ønske om å være sammen med andre ungdommer / være «vanlig». Ovennevnte punkter har etter Fylkesmannens vurdering ikke vært i samsvar med god praksis.

### **Sikre forsvarlig tilbud – oppfølging av leverandør**

Fylkesmannen har vurdert om Bufetat har sikret at tiltakene har tilfredsstillt de formelle kravene og at tiltakene har vært drevet forsvarlig og levert en tjeneste i henhold til avtalen.

Bufetat på regionalt nivå har ansvar for ansvar for etterfølgende kontroll av om institusjonen drives i henhold til lovkravene<sup>54</sup>. Inntakskontoret lokalt har et oppfølgingsansvar for plasseringene.

Formålet med Bufetats kontroll/oppfølging av tiltakene er å se til at private og kommunale institusjoner som skal ivareta ansvaret for barn som plasseres utenfor hjemmet med hjemmel i barnevernloven, har forutsetninger for utøvelse av dette ansvaret slik at barn og unge som plasseres i institusjonen får forsvarlig omsorg og behandling<sup>55</sup>.

Bufetat har utarbeidet rutiner for oppfølging av plasseringer i private institusjoner og i fosterhjem tilknyttet private tiltak. Videre har de utarbeidet rutine for ettersyn/kontroll av om tjenester leveres i henhold til avtale. Begge rutinene er relativt nye og ikke fullt ut implementert i praksis.

Bufetat har et system med etterfølgende kontroller av institusjoner, i tillegg til at de skal følge opp med besøk i tiltaket og innkalle til evalueringsmøter. Hyppighet og omfang av Bufetats kontroll må vurderes ut fra den konkrete plasseringen, og det står spesifisert i rutinebeskrivelsen at disse skal bidra til en «særskilt oppfølging av de mest risikofylte plasseringene». Vi har her vurdert Bufetats oppfølgingsansvar (både på regionalt og lokalt nivå) spesielt knyttet til den siste perioden da Stina flyttet inn i NOS.

I en sak som dette, med en så dramatisk negativ utvikling på kort tid, og med kun en leverandør av tiltak siste tiden, mener Fylkesmannen at det burde vært fulgt ekstra godt med.

Enetiltak er i seg selv en spesiell sterk inngripen i et barns liv, og for Stina var det uten tvil en sterk belastning. Dette krevde en ekstra oppmerksomhet på å sikre god ivaretagelse og respektfull omsorg og behandling fra alle ansvarlige. Det er også en risikofaktor at enetiltakene ble etablert på svært kort tid, noe som skapte ekstra utfordringer knyttet til å få inn tilstrekkelig kompetanse til å sikre forsvarlig omsorg og behandling. I denne saken har det vært 16 flyttinger som Bufetat har vært involvert i. Dette tilsier at Bufetat burde vært tettere på, spesielt etter at det ble bestemt at hun skulle være plassert i NOS uansett.

NOS sin beskrivelse av tilbudet var svært generell når det gjaldt tilnærming og metodikk, og det måtte kunne forventes at tiltaket raskt utarbeidet en mer konkret, individuell miljøterapeutisk plan for Stina, og en plan for tett, systematisk veiledning av de ansatte. Da Stina flyttet til Evje hadde NOS kjent henne i nesten 3 måneder, og tiltakene burde vært på plass ved innflytting. Det er et krav om at det i institusjoner skal være minst halvparten med

---

<sup>54</sup> Forskrift av 27. oktober 2003 om godkjenning av private og kommunale institusjoner som skal benyttes for barn som plasseres utenfor hjemmet med hjemmel i barnevernloven

<sup>55</sup> Godkjenningsforskriften § 1

høyskoleutdanning<sup>56</sup>. I forhold til ei jente med Stinas problemer og sterke uttrykk burde den andelen etter vår vurdering ha vært høyere, og det burde også vært vurdert om det var behov for personell med helsefaglig utdanning. Det fremgår også av tidligere anbudsrunder at det var ønskelig med en viss andel kvinnelige ansatte, dette oppga Stina selv også som viktig.

Det er Bufetats ansvar å påse at institusjonen leverer blant annet på overnevnte punkter. Besøk etter en uke som en del av Bufetats egen rutine ble ikke fulgt opp i noen av NOS-institusjoner hvor Stina bodde. Da hun flyttet til Evje, som var en ny institusjon, var Bufetat på besøk etter fem uker. Det ble da påpekt, etter vårt syn, alvorlige mangler ved boligen og bekymring knyttet til tiltaket. Boligen fremsto ikke som et hjem, det var tre ufaglærte<sup>57</sup> menn på jobb, de ansatte fremsto som «nølende til det de jobbet med». Bufetat stilte spørsmål ved kommunikasjon mellom ledelse og personal, mellom team og til faglig tilnærming. Det er journalført «Stor bekymring knyttet til dette».

En annen indikasjon på om institusjonen klarer å gi rett hjelp er tvangsbruk. I dette ligger opplæring av ansatte, hvordan institusjonene systematisk jobber med å forebygge slike hendelser, og hvordan tvangshendelser håndteres akutt og etterpå. Både barneverntjenesten, Bufetat og Fylkesmannen har et ansvar for å følge med på at barn ikke utsettes for unødvendig og ulovlig tvang. Stina beskriver selv at hun opplevde at det var mye tvang, spesielt i NOS. Ved tiltaksvalg (for eksempel ved interne flyttinger i NOS) burde tvangsbruk vært vurdert og kommentert.

Etter 16 flyttinger på under ett år var det kritisk nødvendig at alle satt inn alt av ressurser for at flytting nummer 17 skulle lykkes. Mange flyttinger er uheldig for alle barn, og for Stina var det spesielt skadelig. NOS ble valgt som leverandør og planen var at de skulle gi Stina et langsiktig tilbud, og det var det de leverte tilbud på. Fylkesmannen har gjennom tilsyn med NOS avdekket alvorlige avvik (lovbrudd), og vi mener at NOS ikke ga Stina forsvarlig omsorg og behandling. Flere av forholdene dette bygget på kunne Bufetat ha avdekket ved hyppigere og tettere oppfølging av institusjonen. Et eksempel er kravet til bemanning og kompetanse. Her er det ikke nok å se til at grunnbemanningen er tilstrekkelig beskrevet i avtalen, det må også påses at det i praksis er forsvarlig bemanning på alle vaktlag<sup>58</sup>. Det er beskrevet at «de fleste» ansatte på Institusjonen på Evje kjente Stina, og kontinuiteten i forhold til de ansatte var en faktor for å velge NOS. I praksis var det 3 av 14 ansatte som fulgte med fra tidligere bolig da hun flyttet til Evje. NOS burde meldt fra at det av ulike årsaker ble vesentlige endringer i bemanningsplanene, men hadde Bufetat vært tettere på hadde det blitt avdekket. Ikke alle ansatte hadde fått nødvendig opplæring i for eksempel rettighetsforskriften, eller fått tilstrekkelig informasjon om hvordan Stina best kunne ivaretas. En mer systematisk gjennomgang av tvangsprotokollene ville vist at institusjonen ikke brukte disse i forbedringsøyemed som forutsatt. Det manglet konkrete planer for hvordan de skulle jobbe faglig og miljøterapeutisk, og det var ikke satt i gang nødvendig veiledning av de ansatte. Det hadde vært enkelt å sjekke ut om de ansatte hadde deltatt på opplæring og veiledning som forutsatt, og om nødvendige planer og tiltak var på plass. Siste flyttingen 2.6.2017 var den 17. på under ett år, og det skulle tilsi ekstra aktsomhet for at Stina skulle oppleve seg velkommen til et hjem, der alt var godt forberedt og tilrettelagt.

**Oppsummert:** Det er ikke gjort en konkret vurdering av hvor tett Bufetat burde fulgt opp tiltakene de gjorde avtale med, eller laget en oppfølgingsplan i tråd med dette. Etter vår

<sup>56</sup> Brev fra direktoratet av 20. februar 2007, presisert i brev fra Bufdir datert 14.11.2014

<sup>57</sup> Dette fremkommer av vaktlister, Bufetat undersøkte det ikke

<sup>58</sup> Brev fra Bufdir av 14.11.2014



vurdering er det ikke undersøkt tilstrekkelig om leverandør leverte tjenester i samsvar med det som var avtalt. Det burde vært fulgt med på viktige forhold som bemanning, opplæringstiltak og planer for det faglige.

### **Medvirkning**

Fylkesmannen har vurdert om Stinas rett til medvirkning har vært oppfylt, jf. bl.a. bvl. § 4-1 annet ledd og § 6-3.

Motstanden mot å bo i enetiltak har Stina vært tydelig på i hele denne prosessen, det har hun uttalt både muntlig og skriftlig, og hun har etter alvorlige episoder gitt uttrykk for at mye av «atferden» handlet om ønsket og behovet for et annet botiltak enn enetiltak. Selv om hun i ett møte har sagt at enetiltak var greit for en periode viste alt annet at hun hadde en enormt sterk motstand mot det. I dagene etter det nevnte møtet viste hun mye fortvilelse og ga uttrykk for at hun mente barneverntjenesten ikke tok nok hensyn til hennes behov når de ville plassere henne i enetiltak. Aller helst ønsket hun å bo i en familie, men da det ikke var mulig for henne var det avgjørende viktig for henne å bo i fellesskap med andre ungdommer.

Barnets synspunkter og meninger skal være med i vurderingene for å avgjøre om tiltaket er egnet, og Bufetat må vise hvordan dette er tatt inn og vektlagt. Barnets mening skal vektlegges ut fra modenhet og alder. Bufetat må gjøre faglige vurderinger av forsvarlighet, som sammen med barnets beste er de førende prinsippene.

Stinas synspunkter skulle vært en del av denne vurderingen ved de ulike tiltaksvalgene. Dette betyr ikke at hun har «vetorett» eller skal få bestemme; barnets oppfatning er ett blant flere momenter som skal vurderes. Det er barneverntjenesten som har ansvar for å sikre barnets medvirkning og for å formidle barnets synspunkter til Bufetat. Bufetat behøver ikke selv snakke med barnet, men må skaffe seg kjennskap til hva som er barnets synspunkter. Det er beskrevet at både Bufetat og barneverntjenesten hadde flere samtaler med Stina, og hennes syn på situasjonen og ønsker fremkommer i dokumentasjonen. Hun har også levert skriftlige innspill. Det fremkommer imidlertid lite drøftinger av hvordan hennes synspunkter ble vurdert og vektlagt i søknader og valg av tiltak, og dette gjelder især ved valg av enetiltak.

Etter Fylkesmannens vurdering er spørsmålet om og hvordan Stina har fått medvirke i denne saken motsetningsfylt. På den ene siden har det vært tilsynelatende stor enighet om at man bør «følge jenta», og hun er ved flere anledninger ble møtt på sitt ønske om å flytte til en «alminnelig familie» uten at det ble gjort en grundig faglig vurdering av om det var det rette tiltaket for henne på de ulike tidspunktene. På den annen side var hennes klare motforestillinger mot enetiltak og begrunnelse for dette utover våren 2017 ikke hensyntatt eller vektet/vurdert. Bufetat la vekt på hennes mening da de innstilte på avd. Toppen som tiltaksvalg i juli 2017, men det ble ikke vektlagt eller vurdert da de endret innstilling dagen etter.

Stina sier selv, i ettertid, at hun tidlig på høsten 2016 ikke hadde forutsetninger for å vite hva hun ville og at hun fikk bestemme alt for mye.

Det fremkommer at Stina har gitt uttrykk for at hun ikke hadde det bra i NOS, jf. innstilling på avd. Toppen som nytt tiltak. Det fremkommer ikke at dette ble utforsket nærmere eller tatt med i vurdering av om de ga henne et forsvarlig tilbud.

Oppsummert: Bufetat har lagt til rette for at Stina har fått sagt sin mening i forbindelse med tiltaksvalg og flyttinger, men det fremkommer ikke hvordan hennes synspunkter ble tatt med i



vurderingen når det gjaldt valg av institusjon. Bufetat må dokumentere hvordan barnets mening er vurdert og vektlagt når avgjørelser tas.

### **Dokumentasjon**

Fylkesmannen har vurdert om Bufetat har overholdt plikten til forsvarlig dokumentasjon, jf. bvl. § 1-4.

Dokumentasjonen i Bufetat fremstår som vanskelig tilgjengelig for tilsynet. En del vurderinger og konklusjoner ble gjort i samarbeidsmøter som det ikke alltid gjenfinnes referater fra. Dette er en svakhet Bufetat er kjent med, og som også er påpekt i rapport etter landsomfattende tilsyn 2017. Bufetat har gjennom sin interne gjennomgang<sup>59</sup> avdekket mangler i dokumentasjon av vurderinger underveis. Dette skyldes i noen grad at en del avklaringer, vurderinger og konklusjoner ble tatt i ulike samarbeidsfora, og referat fra disse forelå ikke før på et senere tidspunkt i prosessen (eller mangler helt). Mangler i, eller vanskelig tilgjengelig dokumentasjon gjør det vanskeligere å vurdere om det til enhver tid ble foretatt en forsvarlig saksbehandling og om alle sentrale hensyn ble vurdert og ivaretatt. Samtidig ser vi at hoveddokumentene i forbindelse med anbudsrunder, vurderinger/innstillinger og avtaleinngåelser inneholder det vesentligste av viktig informasjon, med unntak av påpekte mangler knyttet til Stinas medvirkning og kulturelle utfordringer.

Oppsummert: Bufetat har et forbedringspotensial i å sikre at all viktig informasjon fortløpende dokumenteres, innhentes og journalføres på en oversiktlig måte. Som nevnt i punktet over bør de også bli bedre på å dokumentere hvordan barnets mening er vurdert når avgjørelser tas.

### **Samarbeid med øvrige instanser**

Fylkesmannen har vurdert om Bufetat har samarbeidet med øvrige aktører, samt medvirket til at Stinas interesser har blitt ivaretatt også av andre offentlige organer, jf. bvl. § 3-2.

Fylkesmannen har merket seg at det har vært mye samarbeid mellom aktuelle aktører i denne saken, både i form av samarbeidsmøter, ansvarsgruppemøter og mye telefonkontakt. Bufetat fremstår som en pådriver til å innkalle til møter og prøve å finne løsninger i saken. Viljen til samarbeid rundt Stina har vært stor blant samtlige aktører.

Bufetat skriver selv<sup>60</sup> at de ulike aktørene sine roller og ansvar har vært utydelige i denne saken. Fylkesmannens vurdering er at det ikke er tydelig hva slags hensikt de ulike møtene har hatt, «hvem sine» møter det har vært eller hvem som faktisk koordinerte saken. Det er videre vanskelig å se hvem som faktisk tok avgjørelser. Det kan utenfra se ut som den store enigheten og respekten for hverandres rammeverk kan ha kommet i veien for nødvendige diskusjoner og muligheten for å «utfordre» systemene. Bufetat har ved flere anledninger i ulike samarbeidsmøter løftet problemstillingen knyttet til at det er behov for mer bistand fra psykisk helsevern i denne saken, men blitt møtt med at det ikke var plass eller at spesialisthelsetjenesten mente det ikke var hensiktsmessig, og diskusjonen stoppet der. Et annet eksempel er tvangen Stina angivelig ikke «tålte» som ikke ble utfordret. Etter vår vurdering var det andre enn Bufetat som hadde et hovedansvar for å ta dette videre, men

---

<sup>59</sup> Rapport til Bufdir datert 1.9.2017

<sup>60</sup> Rapport til Bufdir datert 1.9.2017

dette viser hvordan «enigheten» kan ha bidratt til å synliggjøre begrensninger fremfor mulighetsrommet.

Bufetat skriver i sin rapport<sup>20</sup> at det har vært flere stoppunkter der «blikket har blitt løftet fra de akutte hendelsene» og langsiktige veivalg har blitt tatt. Fylkesmannen kjenner ikke dette igjen når vi har gjennomgått dokumentasjonene og hendelsene. Vi ser at det har vært en langsiktig plan om fosterhjem fra jenta, men underveis har det vært mange endringer som ikke bærer preg av langsiktighet eller planmessighet, men tvert om av at det akutte (og jentas ønsker) i stor grad har fått styre.

I denne saken burde jenta hatt en individuell plan. Bufetat burde vært en pådriver for å få det på plass, selv om det er helt klart at andre aktører har hatt et større ansvar knyttet til dette.

Oppsummert: Etter vår vurdering har Bufetat overholdt sin plikt til å samarbeide med andre aktører i denne saken. Planmessigheten og rolleavklaring i samarbeidet kunne imidlertid vært bedre.

### **Styring og ledelse**

Leder for Bufetat Inntak har i hele denne prosessen vært tett på i denne konkrete saken og samarbeidet med saksbehandlere internt, og eksternt. Ledelsen ved regionkontoret har også vært orientert om saken.

Det er gjort en grundig vurdering av Bufetats styringssystem og interkontroll i det landsomfattende tilsynet i 2017, og vi viser til tilsynsrapport fra denne for ytterligere opplysninger.

### 3. Næromsorg Sør (NOS) – konklusjoner og sentrale vurderinger

#### Konklusjoner

Fylkesmannen har etter en samlet vurdering konkludert med følgende lovbrudd etter tilsyn med NOS:

#### **1. NOS har ikke gitt Stina forsvarlig omsorg og behandling**

Dette bygger på følgende funn:

- NOS har ikke sørget for at alle ansatte hadde tilstrekkelig kompetanse eller kunnskap til å ivareta Stina på en god nok måte
- NOS hadde ikke tilstrekkelig fokus på at institusjonen fremsto som et hjem
- NOS har ikke sørget for forsvarlig bemanning til enhver tid
- Det ble ikke laget en konkret plan for det faglige (miljøterapeutiske) arbeidet rundt Stina
- Det ble ikke laget en konkret plan for hvordan NOS skulle ivareta Stinas psykiske helseutfordringer. Stina ble nektet helsehjelp uten vurdering av kompetent personell, og vesentlige opplysninger knyttet til hennes psykiske helsetilstand ble ikke videreformidlet til helsetjenestene.
- Det ble ikke gjort/dokumentert nødvendige faglige vurderinger knyttet til viktige avgjørelser, som f.eks. å nekte henne helsehjelp, gi oppslipp fra bevegelsesbegrensningsvedtak m.v.
- NOS har ikke fulgt opp tvangsbruk på en systematisk måte, jf. lovbrudd 2 og funn knyttet til dette.

#### **2. NOS har ikke fulgt opp tvangsbruken slik rettighetsforskriften angir**

Dette bygger på følgende funn:

- Det ble ikke gjennomført forebyggende samtaler med Stina om hva *hun* tenkte var viktig for å unngå tvang. Det ble ikke systematisk kartlagt og nedtegnet hva som var triggere og hvordan *hun* best kunne møtes i ulike situasjoner
- Det ble ikke gjort en konkret analyse etter hver hendelse som har ført til tvangsinn gripen
- Protokollene/hendelsene ble ikke alltid gjennomgått sammen med Stina
- Institusjonen hadde montert bevegelses sensor utenfor Stinas rom uten å informere henne
- Det er ikke sikret at alle ansatte hadde tilstrekkelig kunnskap om rettighetsforskriften og verktøy knyttet til terapeutisk mestring av vold

## Sentrale vurderinger

Vurderingene bygger på den dokumentasjon som foreligger, samt opplysninger fra intervjuer med ansatte og ledere i virksomhetene.

Fylkesmannens vurderinger er gjort på bakgrunn av de opplysningene som forelå på det tidspunkt veivalg ble tatt og beslutninger ble tatt, ikke hva man i ettertid har fått av kunnskap om. Vurderingene er altså gjort på bakgrunn av den informasjonen som aktørene på det aktuelle tidspunktet hadde, eller med rimelighet burde forventes å ha.

I denne tilsynssaken har vi hatt særlig fokus på forsvarlig omsorg og behandling. Vi har herunder også sett på tvangsbruken, og Stinas medvirkning. Videre har vi sett på samarbeidet med aktuelle aktører. Vi har hatt hovedfokus på perioden hvor Stina bodde på Evje.

### 3.2.1. Forsvarlig omsorg og behandling

Fylkesmannen har vurdert om NOS har gitt Stina forsvarlig omsorg og behandling, jf. bvl. § 1-4 og § 5-9, jf. rettighetsforskriften §§ 1 og 8 og bvl. § 5-10, jf. kvalitet- og internkontrollforskriften §§ 3, 5 og 7.

Med behandling mener vi her både behandling i institusjonen og fra helsetjenestene. Det kan være problematisk å skille hva som er omsorg og hva som er behandling i en institusjon. Vi har derfor sett på hvordan Stinas helhetlige behov er ivaretatt.

Forsvarlig omsorg må være knyttet opp mot det enkelte barn og dennes særskilte behov og utfordringer. Institusjonen skal blant annet tilrettelegge for at barnet opplever trygghet og god utvikling, stabil og god voksenkontakt, mestring, respekt og toleranse, samt medvirkning.

Fylkesmannen har i denne saken ikke sett på *alle* kriteriene for forsvarlig omsorg. Vi har gjennom dokumentasjon og intervjuer blitt oppmerksomme på noen forhold ved institusjonens utøvelse av omsorg for jenta som vi vil kommentere i det følgende.

### Flytting til Evje

Stina flyttet til en avdeling på Evje, mot sin vilje, 2.6.2017. Institusjonen var forberedt på å ta imot jenta, i den forstand at det var iverksatt sikkerhetstiltak og laget handlingsrekker for å ivareta hennes og ansattes sikkerhet. Stina ønsket ikke å flytte til Evje, hun ønsket ikke å være i enetiltak og hun ønsket ikke å være på tvang. Til tross for at NOS var forespeilet at dette skulle bli en lengre plassering var huset ikke klargjort som et *hjem*. Hjemmekoselig atmosfære og hyggelige omgivelser bidrar til å redusere stress, og ungdom vi har snakket med i forkant av tilsynet understreket viktigheten av førsteinntrykket og det å føle at man kommer til et hjem. Det er positivt at hun skulle få mulighet til å innrede sitt eget rom, men det burde vært klargjort i en viss grad for å ønske henne velkommen. At huset fremdeles ikke fremsto som et hjem da Bufetat og barneverntjenesten kom på besøk fem uker etter innflytting viser etter vår vurdering manglende forståelse av hvilken betydning dette har. Stina skriver i brev til Fylkesmannen at hun følte seg som ei jente ingen ville ha. «Ei jente på anbud». En barneverninstitusjon skal ikke bare være et oppholdssted. Det skal være et hjem.

Fylkesmannen anser det som kritikkverdig at avdelingen ikke var tilstrekkelig tilrettelagt for Stina ved innflytting.

### Kjennskap til jenta

Stina hadde vært utsatt for alvorlig omsorgssvikt, blant annet ved at familien har vært utsatt for utsatt fra vold fra far. Barn som har opplevd komplekse traumer strever med sosial kompetanse, og de strever med selvfølelse og tillit til omverdenen.

For at institusjonen skal være i stand til å gi det enkelte barn omsorg ut i fra det som er til dette barnets beste, må kunnskaper om barnet ligge til grunn. Det er nødvendig at alle ansatte går inn i oppgaven med stor ydmykhet og respekt for det enkelte barns individuelle behov.

Det var et informasjonsmøte i forkant av flyttingen. I dette møte ble det også gitt veiledning av psykolog. Veiledningen var av generell karakter da psykologen ikke kjente Stina. Ikke alle ansatte i teamene som skulle jobbe med henne deltok på informasjonsmøte og veiledning i forkant av innflytting. Personalet ble av ledelsen oppfordret til å lese seg opp på Stina i foreliggende dokumentasjon. Denne dokumentasjon sa lite om hvordan man best skulle ivareta jenta. Det ble planlagt at avdelingsleder skulle få veiledning av psykolog for så å videreføre dette til personalet. Det har ikke vært gitt veiledning fra ABUP og behandlere som kjente jenta der. Det var kritisk viktig å få til en god overgang og en best mulig start i nytt tiltak. Tiltak for å sikre god kjennskap til Stina, og veiledning på hvordan hun best kunne ivaretas burde etter Fylkesmannens vurdering vært på plass ved innflytting.

Ovennevnte indikerer at ikke alle ansatte hadde tilstrekkelige informasjon om jenta eller veiledning i forhold til hvordan de best kunne møte henne.

#### Stabil og god voksenkontakt

Gode relasjoner er av stor betydning for opplevd trygghet og trivsel i institusjon<sup>61</sup>. Barn og unge med barnevernerfaring har de senere årene gitt uttrykk for at de ønsker seg mer varme og kjærlighet og at de ønsker å bli møtt med vennlighet og samarbeid, samt med respekt for at de ønsker seg et mest mulig normalt liv. Stina skriver selv til Fylkesmannen i mai 2017: «*Jeg savner en god og kjærlig voksenkontakt*».

Stina opplevde ikke å bli møtt på en slik måte. Tvert om beskriver hun en sterk følelse av avmakt og undertrykkelse. Det er utfordrende å få en hverdag i et enetiltak til å fremstå som et normalt liv, med tre voksne (hovedsakelig menn) som til enhver tid passer på. Stina selv beskriver at hun ikke hadde noen voksne i institusjonene som hun stolte på og følte tillit til. Hun opplevde å bli overlatt mye til seg selv og satt mye alene på rommet.

Dette er en vanskelig balansegang – på den ene siden å respektere retten til et privatliv, og på den andre siden vise omsorg og interesse for å forstå hvordan hun har det. Barn og unge som har vært utsatt for omsorgssvikt slik Stina hadde, vil kunne ha store utfordringer med å stole på og gi tillit til ansatte ved en barneverninstitusjon. Det er derfor ekstra viktig at de har omsorgspersoner/ansatte som er sensitive og forstår hva som trygger og hva som stresser barnet.

Stina beskriver selv, og vi ser også i dokumentasjonen, at de voksne rundt henne i liten grad etterspurte hvordan hun egentlig hadde det, eller prøvde å utforske årsaken til de sterke uttrykkene hennes. Da hun avviste personalet lot de henne som oftest være i fred, og hun tilbrakte mye tid alene.

Fylkesmannen har forståelse for at det kan ta tid å bygge opp en stabil og god kontakt mellom personalet og ungdommen. I dette tilfellet kan det ha vært ekstra utfordrende, sett hen til alle bruddene Stina hadde opplevd det siste året og at hun hadde sterke motforestillinger mot å være der. Vi ser at flere av de ansatte var ivaretagende overfor Stina og forsøkte å trøste henne når hun hadde det vanskelig. Uavhengig av om de ansatte vurderte selvmordsforsøkene som reelle eller ikke var de uttrykk for at Stina strevde, og hun burde i slike situasjoner ikke blitt overlatt til seg selv.

---

<sup>61</sup> Trygghet og sikkerhet i barneverninstitusjoner, utkast til faglig anbefaling 2016/1731 s.3

Når det ble rapportert til barneverntjenesten og Bufetat at det gikk bra med Stina i denne perioden, stiller Fylkesmannen spørsmål ved de ansattes evne til å se Stina og hvordan hun egentlig hadde det.

Det er vanskelig å vurdere om NOS har gjort tilstrekkelig for at Stina skulle oppleve en stabil og god voksenkontakt. Stina selv opplevde ikke en slik relasjon/kontakt med noen av de ansatte i hele perioden hun var i NOS.

#### Faglig innhold / faglig tilnærming

God behandling i institusjon vil blant annet være å arbeide systematisk med å øke unges psykososiale funksjonsnivå og sosiale kompetanse. For å ivareta barn som strever slik Stina gjorde, er det viktig at alle ansatte har en felles forståelse av hva målet for det miljøterapeutiske arbeidet i institusjonen/med barnet er og hvordan hver enkelt må arbeide for å nå disse målene. Det er et mål at alle jobber mest mulig «likt».

Det burde vært utarbeidet helt konkrete og *forutsigbare* planer for hvordan de ansatte skulle møte henne i små og store situasjoner (læringsøyeblikk) som oppstår i dagliglivet, slik at hun kunne få best mulig hjelp til å utvikle nye indre arbeidsmodeller. I tillegg til at det som nevnt over var en forutsetning at de kjente Stina. Hva trygget henne? Hva triggert henne? Hvordan lot hun seg best regulere i ulike situasjoner? Denne viktige kunnskapen burde vært dokumentert og tilgjengelig. Oppfølgingen av Stina fremstår som dårlig planlagt. Vi savner det planmessige miljøterapeutiske arbeidet. NOS hadde kjent Stina siden medio mars og en konkret plan burde vært på plass før flytting til avdelingen på Evje.

Det er beskrevet at det var mindre tvang i perioden på Evje, og det er reelt sett noen færre tvangsprotokoller etter rettighetsforskriften § 14. Samtidig viste Stina andre smerteuttrykk. Etter vår vurdering burde institusjonen gått mer inn i dette og forsøkt å utforske hvordan Stina egentlig hadde det.

I forhold til Stina var det avdelingslederen som skulle ta alle avgjørelser knyttet til om hun skulle få «oppslipp» fra «fotfølgingsvedtak»<sup>62</sup>, eller om lege skulle kontaktes når hun hadde det vanskelig. Vi ser at det kan være hensiktsmessig at én utenfra tar viktige avgjørelser, en som har mer avstand til «hverdagslivet» og de akutte situasjonene, men det er viktig at vedkommende er godt kjent med jenta og hennes konkrete situasjon. Etter vår vurdering er det svært betenkelig at avdelingsleder som aldri hadde truffet Stina personlig skulle ta alle avgjørelsene. Vi er også kritiske til at en uten helsefaglig bakgrunn skal avgjøre hvorvidt et barn som strever slik Stina gjorde, har behov for legebistand eller ikke. Også i disse spørsmålene mangler det en konkret plan for hvilke kriterier som bør ligge til grunn når ulike avgjørelser skal tas.

#### Samkjørt personalgruppe

Det tar tid å bygge opp tillit og de voksne i institusjonen må vise at de alltid er til å stole på og alltid holder det de lover. Det var derfor viktig at de ansatte er mest mulig konsistente i måten de møtte Stina på og hvordan de håndterte ulike situasjoner som oppsto, jfr. avsnitt over. På NOS sin avdeling på Evje var det 14 ansatte som arbeidet med Stina. Stina har selv kommentert at det var utfordrende at de ansatte oppførte seg og behandlet henne ulikt. Fylkesmannen ser at noen av de ansatte prøvde å få til en samtale med Stina når hun hadde det vanskelig, mens andre lot henne være i fred på rommet. Noen ansatte satte mer krav til henne i forhold til f.eks. rydding, mens andre ikke hadde fokus på dette. Videre ser vi at noen ansatte tok henne med på kjøretur alene, noen fant kniv på rommet hennes uten at de gjorde noe med det og noen lot henne gå turer alene.

<sup>62</sup> Vedtak om bevegelsesbegrensning etter rettighetsforskriften § 22

Fylkesmannen har forståelse for at det er vanskelig å skulle samkjøre et personale på 14 personer. Men mer skriftlige og konkrete planer, utover overordnet handlingsplan, kan bidra til mer lik praksis. Samtaler med ungdommene om hva som gir glede, hva som trigger, hvordan ulike situasjoner bør ivaretas osv. er viktige for å bli kjent med ungdommen og for å møte henne på best mulig og mest mulig lik måte hver gang. Vi kan ikke se av journal at slike samtaler er gjennomført, eller at det er journalført hvordan man best møtte henne. Overlappingsmøtene i forbindelse med vaktskifte er også viktig for utveksling av informasjon og sikre et mest mulig samkjørt personale. Det ble der drøftet situasjoner og ulike problemstillinger, men det er imidlertid ikke dokumentert hva disse drøftingene gikk ut på. Dette gjorde det vanskelig for ansatte som kom på vakt senere å se hva som var vurdert eller bestemt av tidligere vaktskift.

### Tilstrekkelig kompetanse

For å få til godt miljøterapeutisk arbeid er det viktig med fagkompetanse blant de ansatte, i tillegg til at personlig egnethet er en avgjørende faktor. Det var nødvendig at de ansatte hadde god kjennskap til blant annet traumebevisst omsorg, og i dette ligger også en forutsetning om at hver enkelt kjenner seg selv og sine reaksjonsmønstre (triggere).

Det er en svakhet at det har manglet kvalifiserte miljøterapeuter på nesten halvparten av dagene på avdelingen på Evje. Mange av de ansatte, også de ufaglærte, har gjort en god jobb i å møte Stina. Det påligger ledelsen et stort ansvar å finne kvalifiserte medarbeidere, og daglig leder hevder personalet var håndplukket til Stina. Hvilke kriterier som er lagt til grunn for vurderingene er ikke redegjort for. For å ta imot ei jente med Stinas utfordringer burde andelen faglærte vært høyere enn 50 prosent. Sykemeldinger, ferietid og uforutsette hendelser gjorde at det ble endringer i personalgruppa underveis, uten at dette ble meldt tilbake til oppdragsgiver. Fylkesmannen har forståelse for at det kan være utfordrende å finne kvalifisert personell på kort varsel, men når NOS mener de kan gi jenta et forsvarlig tilbud plikter de å sørge for forsvarlig bemanning til enhver tid. Ferietid er en risikofaktor i seg selv, da samarbeidende behandlere og saksbehandlere også er borte. Det er derfor ekstra viktig med gode planer og forsvarlig bemanning.

### Skole og fritidstilbud

Stina hadde ikke et reelt skoletilbud mens hun var i NOS. Hun fikk tilbud om undervisning fra SMI-skolen via Skype da hun bodde på Hurum. Skoletilbud var ikke kommet i gang på avdelingen på Evje, men det var planlagt oppstart høsten 2017.

Stinas skoletilbud har ikke vært en del av dette tilsynet, men vi ser av dokumentasjonen at det har vært fokus på dette fra institusjonens side. Vi har imidlertid forståelse for at det har vært vanskelig å få til skoletilbud i alle disse akutte situasjonene. Det nærmet seg også skoleferie da Stina flyttet til Evje.

Da Stina ikke hadde et skoletilbud ble det ekstra viktig å få på plass et godt fritidstilbud. Det ble utarbeidet en dagsplan der det var fokus på at Stina skulle ha aktiviteter hver dag, og at hun skulle holde en normal dagsrytme. Stina var delaktig i å foreslå og velge aktiviteter, og personalet tilstrebet å gjennomføre de aktivitetene hun ønsket. Hun tilbragte imidlertid mye tid alene på rommet.

Stina har i stor grad fått tilbud om å delta i ulike aktiviteter og blitt oppfordret til å komme med forslag til ting hun ønsket å gjøre. I handlingsplanen som ble laget rundt Stina ble det ikke tatt hensyn til hennes fremmedkulturelle bakgrunn. Dette synes å bli glemt i det meste av planarbeidet. Vi ser allikevel at enkelte ansatte, på eget initiativ, tok ansvar, for eksempel ved å lage tradisjonell mat sammen med Stina, noe hun satte stor pris på.



Stina var svært opptatt av at hun ikke ønsket å bo i enetiltak og hadde sterke uttrykk knyttet til dette. Hun ønsket sterkt å være i fellesskap med andre og være en mest mulig alminnelig jente. Det er vanskelig å være en alminnelig jente i enetiltak med tre voksne til enhver tid, og det er vanskelig å oppleve sosialt fellesskap med andre ungdommer. Hun var ved én anledning med på et felles arrangement sammen med ungdommer fra andre NOS institusjoner. I rapport fra NOS fremstilles dette som om det er gjentatt ved flere anledninger. I all hovedsak gjorde hun ting sammen med voksne, og var mye alene. Det var lite andre konkrete planer knyttet til hvordan hun skulle få utvikle sosialt samvær med andre jevnaldrende. Dette ville kunne bedre seg dersom/når et skoletilbud kom i gang. Samtidig ser vi at det å bo i enetiltak er begrensende i forhold til å utvikle og opprettholde vennskap med jevnaldrende. Ut fra forutsetningene ser vi at de ansatte strakk seg langt for å prøve å finne, og la henne velge, aktiviteter for å gi henne en meningsfull fritid.

### Helsetilbud

Stina hadde samtaletilbud ved ABUP, og dette skulle følges opp ifølge handlingsplan.

De ansatte fikk beskjed om at Stina utover dette i utgangspunktet skulle nektes helsehjelp (legevakt). Avdelingsleder skulle kontaktes og avgjøre nødvendigheten av dette. Det følger også av sikkerhetsplan, som ble utarbeidet sammen med politiet, at jenta ikke skulle fremstilles for lege, men alltid føres tilbake til institusjon. Fylkesmannen finner det betenkelig at dette ikke er vurdert i samarbeid med behandlere i spesialisthelsetjenesten.

Vi ser at det kunne være en fordel at Stina ble noe begrenset i å kontakte omverdenen og ulike helsetjenester, da hun periodevis brukte mye energi på dette, og at det var hensiktsmessig at instansene kjente til hverandre og var koordinert. Etter vår vurdering burde det imidlertid vært laget en klar plan i samarbeid med spesialisthelsetjenesten som beskrev hvilke kriterier som skulle til for å få, for eksempel, ekstra samtaler eller innleggelse. Det er ikke forsvarlig å nekte helsehjelp på generelt grunnlag, og avdelingsleder/bakvakt hadde ikke forutsetninger for å vurdere behov for dette via telefon. Det burde også vært vurdert om helsetjenestene lokalt burde ha vært involvert i planlegging av helsehjelpen. Dette er ifølge daglig leder ikke vanlig rutine. Med det beskrevne behovet for å møte henne på en mest mulig konsistent og forutsigbar måte, ville det vært god praksis å informere lokale helsetjenester og lage en plan for hvordan de sammen best kunne hjelpe henne. Hvorvidt det var barneverntjenesten eller institusjonen som skulle tatt initiativ til dette tar vi ikke stilling til, men påpeker at det her burde vært gjort.

Det er utnevnt en helseansvarlig ved institusjonen, og hun var blant dem som kjente Stina best. Hun hadde fulgt med Stina i alle NOS sine institusjoner, og det fremkommer også at de hadde hatt en del samtaler. Helseansvarlig var uten helsefaglig bakgrunn. Det er ikke et krav at helseansvarlig i barneverninstitusjoner skal ha helsefaglig bakgrunn, men det burde ha vært vurdert om det var nødvendig med mer helsefaglig kompetanse i institusjonen. Helseansvarlig deltok ikke i samarbeidsmøtet med helsetjenesten og barneverntjenesten, og var mer eller mindre fratatt sine «rettigheter» som helseansvarlig slik de står beskrevet i NOS sine egne retningslinjer. Det er uklart for Fylkesmannen hvorfor helseansvarlig ikke deltok på samarbeidsmøter, og vi har ikke funnet noen vurderinger knyttet til dette. Vi fant gjennom tilsynet at viktig informasjon ikke var videreformidlet helsetjenestene. Helsetjenestene har et selvstendig ansvar for å innhente komparentopplysninger, men vi mener NOS også på eget initiativ burde videreformidlet sentral informasjon så lenge det var til Stinas beste, og det var nødvendig for å sikre henne et best mulig helsetilbud.

Fylkesmannen er av den oppfatning at helsetilbudet / plan for helsemessig oppfølging skulle vært utarbeidet i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Den lokale helsetjenesten burde også vært informert og involvert.

#### Oppsummering forsvarlig omsorg og behandling

NOS sørget ikke for at Stina fikk forsvarlig omsorg og behandling da hun flyttet til Evje. Boligen var ikke tilrettelagt da hun kom, alle ansatte hadde ikke tilstrekkelig kunnskap og kompetanse, og det manglet konkrete planer for hvordan man best mulig praktisk og helsemessig skulle ivareta jenta.

#### **Tvangsbruk**

Institusjonens plikt til å yte forsvarlig omsorg innebærer også plikt til å gi barn vern og beskyttelse slik at de ikke utsetter seg selv eller andre for fare eller begår kriminelle handlinger.

Fylkesmannen har vurdert om NOS har arbeidet for å forebygge tvang og begrensninger, gjennomført tvang i akutte faresituasjoner i tråd med regelverket og om de har foretatt en grundig gjennomgang i etterkant av tvangsbruken. Dette er vurdert opp mot. bvl. §§ 1-4 og 5-9, jf. rettighetsforskriften §§ 7, 12, 22 og 26.

#### Forebygging av tvang og begrensninger

Andre fremgangsmåter skal være prøvd før det benyttes tvang<sup>63</sup>. Dette innebærer at institusjonen må jobbe systematisk for å forebygge at barn blir utsatt for unødvendige begrensninger og tvang både generelt og konkret i den enkelte situasjon.

Å skape en god relasjon, jobbe aktivt med medvirkning, snakke sammen om konfliktfylte situasjoner, og ha god kjennskap til rettighetsforskriften er eksempler på hva som er viktig for å forebygge bruk av tvang<sup>64</sup>.

Fylkesmannen kan ikke se at NOS i sin avdeling på Evje har jobbet tilstrekkelig med ovennevnte og liknende punkter for å forebygge bruk av tvang overfor Stina. NOS var godt kjent med at Stina hadde vært utsatt for flere tvangsepisoder fra sine tidligere opphold i NOS, og tvangsepisodene fortsatte også ved avdelingen på Evje. Det er ikke journalført at det har vært gjennomført samtaler med Stina om hva hun tenker er viktig for å unngå unødig tvang; hva er hennes triggere og hvordan bør hun møtes? Hvilke handlingsalternativer forelå?

Det er ikke gjort en analyse av om det er bestemte situasjoner i forkant av hendelser som kan ha betydning for å forebygge nye situasjoner, se avsnitt under om oppfølging av tvang.

#### Gjennomføring av tvang

Tvang i akutte faresituasjoner, jf. rettighetsforskriften § 14, bygger på hovedinnholdet i straffelovens alminnelige regler om nødrett og nødverge. Dette innebærer at en nødssituasjon gjør det lovlig å utøve handlinger som ellers ville vært ulovlige.

Tvang skal kun benyttes når andre tiltak er prøvd først. Det er et krav at det ikke finnes andre muligheter for å avverge skade, og at lempeligere midler vurderes som nytteløse/åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige. Tvangen skal ikke overstige det som er nødvendig for å avverge skaden, den skal utføres så skånsomt som mulig, og opphøre straks skaden/faren er avverget.

---

<sup>63</sup> Rettighetsforskriften § 12

<sup>64</sup> Faglige anbefalinger for forebygging og håndtering av konfliktfylte situasjoner i barneverninstitusjon

Fylkesmannen har merket seg at institusjonen hadde montert en bevegelsessensor utenfor Stinas rom, uten at hun hverken var gjort kjent med eller hadde samtykket til dette. Bruk av bevegelsessensor som beskrevet i denne saken er å anse som et sterkt inngrep i Stina sin personlige integritet. For at et slikt tiltak skal være lovlig må det være hjemlet i lov. Rettighetsforskriften har ingen hjemmel for bruk av bevegelsessensor.

Stina har beskrevet for oss at hun opplevde deler av tvangen som ble utført som unødvendig hard, og at hun enkelte ganger ble holdt for lenge. Når ansatte snakket med hverandre, over hodet på henne som ble holdt, så økte avmaktsfølelsen. Hun skriver i brev til Fylkesmannen i mai 2017 at *«det er svært retraumatiserende og ubehagelig å ha en hverdag der tvang og makt er dagligdags for meg»*. Og videre: *«At voksne mennesker i barnevernet som jobber med traumatiserte barn ikke evner til å se at de gjør skader og skremmer, det overrasker meg.»*

Enkelte ganger er det nødvendig å bruke tvang for å hindre at barn utsetter seg selv eller andre for skade eller fare. Det er uansett en skremmende opplevelse for et barn å bli holdt fast over tid av flere voksne. Det er et viktig arbeid for institusjonens ledelse å bidra til at de ansatte drilles på ikke å bruke unødig tvang. Ungdom vi har snakket med i forkant av tilsynet skiller mellom nødvendig tvang og «makttvang», og det er noe av dette Stina også pekte på. I «kampens hete» er det lett å holde litt for hardt, litt for lenge eller at aggressivitet kommer til syne – og disse barna er hypersensitive på dette. Som Stina selv skriver: *«Problemet er at når man som barn har opplevd at de voksne misbruker sin makt, så blir det at andre bruker makt, selv om den er liten, forferdelig utrygt»*.

NOS tilbyr undervisning i Terapeutisk mestring av vold (TMV), og det er et bra tiltak dersom det sikres at alle ansatte får opplæringen og det følges opp i praksis. Samtidig er det avgjørende å samtale med det konkrete barnet om hvordan de best kan møtes i en tvangssituasjon. For å møte henne burde det vært sikret at alle ansatte hadde fått opplæring i og kunnskap om hvordan Stina best kunne møtes.

#### Oppfølging av tvang og begrensninger

Institusjonen er forpliktet til å unngå bruk av tvang, og må analysere tvangssituasjoner for å finne årsaker til tvangsbruken. Når det blir brukt mye tvang overfor et barn, bør de ansatte sammen med barnet se etter mønstre og sammenhenger for å unngå tilsvarende situasjoner fremover.

Det er av avgjørende betydning for kravet om forsvarlig omsorg at all bruk av tvang blir grundig gjennomgått både i etterkant med de ansatte og det enkelte barn. Hensikten med gjennomgangen er å undersøke muligheten for å forebygge eller avverge liknende hendelser i fremtiden ved å se etter mønstre og sammenhenger. Barnet skal få mulighet til å bearbeide tvangen, gi uttrykk for sin opplevelse og sine tanker om hvordan lignende episoder kan forebygges i fremtiden. *Hendelsene* som har ført til tvangsepisoder skulle vært gjennomgått med Stina. Institusjonen burde sammen med Stina stilt spørsmål som hva var foranledning, og hva kunne vært gjort annerledes.

Tvangsprotokollene i NOS fremstår i stor grad som kopier av tidligere protokoller, og det er ikke foretatt en konkret vurdering av hver episode i forbedringsøyemed. Dette gjelder hele perioden i NOS. Poenget er ikke at de skal skrives ulikt fra gang til gang, men at det skal gjøres en konkret analyse hver gang. Vi ser at noen steder er det journalført at protokollen er gått gjennom sammen med henne. Stina beskriver at hun ofte bare fikk protokollen til underskrift, uten at en ansatt gjennomgikk den sammen med henne. Det er ikke akseptabelt.

Protokollene er heller ikke sett i sammenheng for å se om det var et mønster man burde tatt hensyn til.

Fylkesmannens gjennomgang av tvangsprotokollene viste at Stina utagerte kraftig i flere dager etter at hun hadde fått beskjeder som gjorde henne fortvilet, for eksempel beskjed om flyttinger, bruk av enetiltak eller bruk av tvangsparagraf. Det hadde også vært krevende samtaler enten med behandler i ABUP, med advokat eller politi i forkant av enkeltepisoder. Om dette var et konsistent mønster eller tilfeldigheter vet vi ikke med sikkerhet, men dette burde institusjonen sett, vurdert og tatt hensyn til.

NOS har ikke arbeidet systematisk nok med å forebygge tvang. Et mer systematisk arbeid med tvangsbruk ville kunne gitt et bedre vurderingsgrunnlag for viktige avgjørelser. NOS har brukt ulovlig tvang ved å installere bevegelses sensor utenfor Stinas soverom.

### **Medvirkning**

Fylkesmannen har vurdert om Stina har fått medvirke i saken, jf. bvl. § 4-1 annet ledd og § 6-3, jf. rettighetsforskriften § 7, jf. kvalitet- og internkontrollforskriften § 9 og kapittel 2.

Medvirkning i denne sammenheng betyr Stinas rett til å bli informert, rett til å uttale seg og bli hørt om saker som angår henne. Dette gjelder både i større spørsmål, og i det daglige livet på institusjonen.

Stina har fått tilbud om å medvirke i utarbeidelse av handlingsplaner og kriseplaner, men har i varierende grad ønsket dette. Videre har hun fått bestemme hva hun ønsket å gjøre da hun bodde i NOS. Det fremgår av dokumentasjon og intervjuer med ansatte og ungdommen at personalet strakk seg langt for at hun skulle få medvirke i de dagligdagse spørsmålene som f.eks. måltider og fritidsaktiviteter.

Informasjon og medvirkning skal tilpasses alder og modenhet. Stina er verbalt sterk, og det kan være fort å overvurdere henne og glemme at hun var et barn på 15 år. Et eksempel på at institusjonen overvurderte henne er at hun fikk mappen sin til gjennomlesning alene. Dette burde en ansatt insistert på å gjøre sammen med henne.

Etter Fylkesmannens vurdering har NOS latt Stina medvirke i daglige spørsmål og gjøremål. NOS har også prøvd å legge til rette for at Stina kunne medvirke ved utforming av ulike planer.

### **Dokumentasjon**

Fylkesmannen har vurdert om NOS har dokumentert sine vurderinger og avgjørelser i saken, jf. bvl. § 1-4.

Daglig leder bekrefter at det ikke er rutiner for å journalføre når bakvakt blir kontaktet av personalet. Vi ser i dokumentasjon at det mangler oversikt over når og hvorfor bakvakt ble kontaktet. Rutinen er at avdelingsleder på det aktuelle tiltaket skal orienteres muntlig neste dag. Bakvakt har tilgang på logg, og denne inneholder etter vår vurdering nyttig informasjon om den aktuelle situasjonen. Hvorvidt informasjonen fra loggen brukes aktivt når bakvakt/avdelingsleder tar avgjørelser stiller vi spørsmål ved. Det er etter vår vurdering kritikkverdig at det ikke journalføres hvilke vurderinger som gjøres når avdelingsleder/bakvakt er inne og tar avgjørelser. Dette gjør det vanskelig/umulig å etterprøve hvorvidt vurderingen har vært forsvarlig eller ikke. Det gjør det heller ikke mulig for ansatte som kommer på senere vaktlag å forstå eller lære av de avgjørelsene som er tatt.

På «overlappene» har det foregått viktige drøftinger om ulike episoder og håndtering av disse. Når dette ikke er journalført er det kun de som er tilstede som får denne informasjonen, og man mister en mulighet til bedre å samstemme praksis og få bedre kontinuitet.

All viktig informasjon, inkludert referater fra samarbeidsmøter, innhold i veiledning og epostkorrespondanse, bør være samlet slik at det er lett tilgjengelig for alle som har behov for å ha oversikt i saken. Fylkesmannen bemerker at det bør utvises stor forsiktighet ved bruk av epost, da personsensitiv informasjon enklere kan komme på avveie.

Det er ledelsens ansvar sørge for et forsvarlig dokumentasjonssystem og følge opp at dette fungerer i praksis.

Etter Fylkesmannens vurdering har NOS ikke dokumentert alle relevante vurderinger i saken, eksempelvis vurderinger foretatt av bakvakt og referater fra «overlappene».

### **Samarbeid og koordinering**

Fylkesmannen har vurdert om NOS har samarbeidet med øvrige instanser, jf. bvl. § 3-2.

Det har vært et tett samarbeid mellom institusjon, barneverntjenesten og ABUP, med regelmessige samarbeidsmøter og rapportering frem til sommerferien.

Vi finner det betenkelig at det var avdelingsleder, som aldri hadde truffet Stina, som representerte NOS i samarbeidsmøtene. Vi stiller spørsmål ved om avdelingslederen hadde tilstrekkelig tett kjennskap til hvem Stina var og hennes behov. Vi ser at det kan være hensiktsmessig at det er en utenfor dagliglivet som har denne rollen, men påpeker igjen at vedkommende da burde kjent Stina. Det at Stina ikke ønsket å ha kontakt med avdelingsleder er et sterkt signal om at hun ikke hadde Stinas tillit. Avdelingsleder skulle arbeidet for å bli kjent med Stina og hvem hun var, eller overlatt oppgaven til andre.

Utviklingen til Stina var ikke så god som det som ble rapportert, jamfør det som er beskrevet over. Det er heller ikke dokumentert at samarbeidspartnere mottok sentral informasjon om Stina, for eksempel knyttet til selvmordsforsøk.

Fylkesmannen ser at det har vært tett og hyppig samarbeid i denne saken. Etter vår vurdering burde imidlertid noen som kjente Stina vært mer involvert i samarbeidet med andre instanser, og NOS burde vært mer proaktive ved å dele sentral informasjon.

### **Styring og ledelse**

Fylkesmannen har vurdert om NOS har en internkontroll som sikrer at de har utført sine oppgaver i denne saken i samsvar med krav fastsatt i lov eller i medhold av lov, jf. kvalitet- og internkontrollforskriften §§ 10 til 13.

Det er leder som er ansvarlig for at ansatte yter tjenester og sikrer at det skjer i samsvar med lovkrav. Leder må også følge opp med tiltak der praksis er ulovlig. Ledelsen styrer gjennom planlegging, kontroll, evaluering og korrigerende av praksis.

Det å jobbe systematisk for å sikre at det alltid blir innhentet tilstrekkelig kunnskap om det enkelte barn, og sørge for at kunnskapen om barnet blir brukt i det daglige, er en viktig del av styringen. Som vi har vist over vurderer vi at NOS ikke utforsket godt nok hvem Stina var og hvordan hun best kunne hjelpes. Det ble ikke laget en god miljøterapeutisk plan som sikret at alle ansatte jobbet likt med Stina, selv om dette var oppført som et delmål i handlingsplanen.

Mer skriftlighet både når det gjelder planer og drøftinger og evalueringer på overlapp og teammøter, samt felles veiledning kunne bidratt til dette.

Da Stina skulle flytte til Evje fulgte tre av de ansatte fra tidligere institusjon med, og den første uka var en av de på jobb på hvert vaktlag. Vi legger til grunn at disse ble valgt fordi de hadde et godt forhold til Stina og dette var et godt tiltak for å bidra til å gjøre overgangen noe lettere.

Det ble i forkant av flyttingen til Evje arrangert en dag for de ansatte der de som var tilstede ble gjort kjent med handlingsplaner og sikkerhetstiltak. Det er positivt å samle alle ansatte slik at alle får samme informasjon, og dette er et bidrag til å få mest mulig lik praksis. Det fremgår ikke hva slags informasjon som ble gitt om Stina, hvem hun var og hvordan hun burde møtes på en best mulig måte. Dette kunne vært brukt for å oppdatere de ansatte som ikke var tilstede på informasjonsmøtet. Råd/veiledning fra behandler som kjente henne ville trolig hatt større nytteverdi enn generell veiledning fra psykolog utenfra, spesielt når det ikke var noen konkret diagnose å veilede utfra.

For Fylkesmannen ser det ut som om at det i forkant av flyttingen var mye fokus på sikkerhet og hvordan de ansatte skulle hindre og/eller opptre ved utageringer eller rømming. Handlingsplanen som var laget ved innflytting ble utarbeidet av avdelingsleder uten Stinas medvirkning, og den er lite konkret på hva som rent praktisk skulle gjøres for å nå de ulike delmålene. Eks. «...skal oppleve stabilitet, bli kjent med personalet og oppleve at alle behandler henne «likt» og med respekt». «... skal få like svar hos alle og oppleve tydelighet fra alle».

Manglende system for å sikre at alle hendelser som har ført til tvang blir gjennomgått og brukt i forbedringsarbeid er en stor svakhet, og et ledelsesansvar å følge opp. Det er et lederansvar å sørge for tilpasset opplæring og veiledning. Videre er det leders ansvar å påse at rutiner for å oversende tvangsprotokoller og varsle om alvorlige hendelser blir gjort fortløpende.

Det hører også til styringsansvaret å sikre at institusjonen har planer, rutiner og prosedyrer for å sørge for at oppgaver utøves i samsvar med lovkrav. Internkontroll er dermed hovedsakelig noe man «gjør», ikke noe man «har». Muntlig overlevering av hendelser som bakvakt er kontaktet om er ikke tilstrekkelig. Mangel på skriftlighet kan bidra til at viktig informasjon kan glippe og avgjørelser kan bli tatt på feil eller manglende grunnlag. Ledelsen må kunne vise tilsynsmyndigheten hvordan styringen sikrer at lovkrav blir fulgt i det daglige, slik at resultatet for barna blir at de får forsvarlige tjenester.

Styring og systematikk skal sikre at det ikke er tilfældigheter og enkeltpersoner som ivaretar forsvarligheten. God dialog mellom ledelse og øvrige ansatte er et viktig virkemiddel for å nå dette målet. På institusjonen er det et viktig styringselement at ledelsen er tilstrekkelig tett på ansatte og barnet til å ha kunnskap om hvordan hver enkelt fungerer overfor hvert enkelt barn. Er de ansatte i stand til å møte barn på en måte som oppleves omsorgsfullt for det enkelte barn, og som er trygt og forsvarlig for institusjonen som helhet?

I denne saken har avdelingsleder ikke truffet jenta, og daglig leder er ikke i nærheten av det daglige livet på institusjonen. Det ble også laget rutiner som svekket jentas rettssikkerhet ved at avdelingsleder skulle ta alle avgjørelser knyttet til bl.a. om hun skulle få helsehjelp og evt. «oppslipp» av tvang. Samtlige ansatte bekreftet at avdelingsleder eller bakvakt var tilgjengelige, og det er positivt. Men det er etter vår vurdering ikke sikret at disse til enhver tid har tilstrekkelig kunnskap til å ta forsvarlige avgjørelser, jf. også punkt om dokumentasjon.

Når NOS hevder at de har en institusjon som faglig og materielt kan tilby Stina forsvarlig omsorg og behandling, er det leders ansvar å sørge for at de ansatte har tilstrekkelig



kompetanse, både om Stinas særskilte utfordringer og hvordan hun best kunne hjelpes. Det ble laget en generell plan over ansatte med tilstrekkelig antall faglærte, og daglig leder fremhever i intervju at personlig egnethet var vurdert ved alle ansettelse uten at det er dokumentert hva det er vektlagt i disse vurderingene.

Når det blir vesentlige endringer i bemanningsplan skal oppdragsgiver ha beskjed om dette. For et barn med Stinas særskilte utfordringer er det, som nevnt tidligere, ikke mulig å vente til over sommeren med å få nødvendig tiltak eller nødvendig kompetanse på plass. Ved sykdom eller ferietid må det settes inn tilstrekkelig kompetanse for å kunne ivareta jenta.

NOS har plan for opplæring og veiledning i viktige temaer som bl.a. rettighetsforskriften, tvang, terapeutisk mestring av vold og traumbasert omsorg. Vi har etterspurt oversikt over hvem av de ansatte som har deltatt på de ulike opplæringstiltakene, men det har vi ikke fått. Intervjuer med ansatte bekrefter heller ikke at alle har deltatt på nytilsattkurs, informasjonsmøte i forkant eller på aktuelle opplæringstiltak i NOS slik daglig leder skriver. De ansatte Fylkesmannen snakket med ga uttrykk for at de kunne hatt nytte av konkret veiledning fra for eksempel ABUP. Det var planlagt veiledning med intern psykolog og etterspurt veiledning fra ABUP etter sommerferien.

Ut fra erfaring i forbindelse med tidligere flyttinger og alvorlighetsgraden av Stinas smerteuttrykk, var det viktig at alle tiltak var på plass ved innflytting. Det burde vært laget en plan for hvordan dette skulle vært ivaretatt i ferien. Etter vår vurdering er det ikke tilstrekkelig at avdelingsleder fikk veiledning for så å skulle veilede de ansatte. Skal veiledning ha god effekt er det viktig at de som samhandler og opplever ulike utfordrende situasjoner med Stina i det daglige får direkte og konkret veiledning. Ledelsen har ikke vært tett nok på institusjonen til å vurdere om jenta får forsvarlig omsorg og behandling.

Etter vår vurdering har ledelsen ikke hatt et godt nok system for å sikre forsvarlig kompetanse til enhver tid, og det er ikke sørget for at alle ansatte hadde eller fikk nødvendig kunnskap og verktøy for å ivareta Stina. Det er leders ansvar å påse at alle tiltak beskrevet i institusjonsplanen følges opp. Hvordan viktig informasjon og sentrale vurderinger blir dokumentert og videreformidlet er en del av interkontrollen, og her er det mangler i institusjonens system.



## 4. Aleris Ungplan & BOI - konklusjoner og sentrale vurderinger

### Konklusjon

**Etter Fylkesmannens vurdering har Aleris gitt forsvarlige tjenester i denne saken.**

Fylkesmannen har merket seg at Aleris jevnt over har vært tett på familiehjemmet og øvrige aktører i hele perioden. Aleris har vist at de har vært, og er, oppriktig engasjert i jenta. Fagkonsulenten som fulgte opp Stina lengst beskrives av Stina selv som en av to voksenpersoner hun har hatt tillit til gjennom det siste året, og som hun følte prøvde å forstå og hjelpe henne.

Aleris har strekt seg langt for å følge opp Stina og familiehjemmet på en forsvarlig måte og har vist en tilgjengelighet utover det som kan forventes. Dette samsvarer også i stor grad med beskrivelser gitt av Aleris sine samarbeidspartnere og Stina selv.

Fylkesmannen ber allikevel Aleris merket seg følgende forbedringspunkter:

- Det er mangelfull dokumentasjon/journalføring i deler av saken. Det bør sikres bedre at all viktig informasjon fortløpende dokumenteres og journalføres på en oversiktlig måte.
- Det burde vært laget en mer konkret plan for hvordan oppfølgingen og veiledning fra Aleris og/eller andre aktører skulle være ved tilbakeføringen til familiehjemmet. Utforming av planer for veiledning og oppfølging bør tilpasses sakens kompleksitet. Enkelte saker vil tilsi et høyt detaljnivå i forhold til tiltak, igangsetting, hyppighet og ansvar.

### Sentrale vurderinger

Vurderingene bygger på den dokumentasjon som foreligger, samt opplysninger fra intervjuer med ansatte og ledere i virksomhetene.

Fylkesmannens vurderinger er gjort på bakgrunn av de opplysningene som forelå på det aktuelle tidspunktet, ikke hva man i ettertid har fått kjennskap om. Vurderingene er altså gjort på bakgrunn av den informasjonen som aktørene på det aktuelle tidspunkt hadde eller med rimelig kunne forventes å ha.

I tilsynet med Aleris har vi hatt særlig fokus på forsvarlig oppfølging og veiledning av familiehjemmet og dokumentasjon. Vi har også sett på medvirkning og samarbeid med aktuelle instanser.

## **Forsvarlig oppfølging og veiledning av familiehjemmet**

Fylkesmannen har vurdert om Aleris har gitt familiehjemmet forsvarlig oppfølging og veiledning, jf. barnevernloven<sup>65</sup> (bvl.) § 1-4.

Det følger av inngåtte avtaler at den private leverandøren har ansvaret for oppfølging og veiledning av fosterhjemmet. Innholdet og omfanget av oppfølgingen/veiledningen vil variere fra sak til sak, avhengig av barnets utfordringer og fosterforeldrenes bakgrunn og erfaring.

Det fremkommer ikke klart hvor ofte Aleris har gitt veiledning. Familiehjemmet opplevde at Aleris var veldig på tilbudssiden og har beskrevet konsulentene i Aleris som tilgjengelige i alle situasjoner og spørsmål som dukket opp underveis. Dette inntrykket sitter også Fylkesmannen igjen med.

Veiledningens innhold kunne med fordel vært bedre dokumentert i journal. I journalnotatene under overskriften «Veiledning» gjengis hovedsakelig informasjon om Stina og hennes situasjon. Familiehjemmet opplevde at kvaliteten på veiledningen i starten ikke var god nok, da Aleris kanskje ikke helt forstod hvilke utfordringer de stod i. Fylkesmannen har inntrykk av at familiehjemmet var fornøyd med kvaliteten på veiledningen etter hvert. Vi ser også at jenta hadde en positiv utvikling både i og utenfor hjemmet.

Aleris har opplyst at alle deres konsulenter tar utgangspunkt i et veiledningshefte<sup>66</sup> for fagkonsulenter ved veiledning av fosterhjem. Videre har Aleris en rutine for oppfølging og veiledning i fosterhjem. Det er naturlig i en veiledningssituasjon å ta utgangspunkt i aktuelle problemstillinger hjemmet er opptatt av, og bruke elementer fra det aktuelle teorigrunnlaget for å hjelpe fosterforeldre til å forstå og håndtere situasjoner på en mest mulig hensiktsmessig måte.

Etter Fylkesmannens vurdering har fagkonsulentene veiledet med utgangspunkt i virksomhetens faglige fundament, selv om dette ikke kommer tydelig frem i journalen. Fagkonsulentene hadde også relevant kompetanse og var kjent med ovennevnte veiledningshefte og rutiner, hvilket understøtter dette.

Fosterforeldrene takket i starten nei til veiledning fra ABUP. Det fremkommer ikke av dokumentene hvilke vurderinger Aleris gjorde i forhold til om familiehjemmet burde motta slik veiledning eller ikke.

Fylkesmannen mener at familiehjemmet alene ikke skulle få bestemme hvorvidt de skulle motta veiledning fra ABUP/andre eksterne veiledere eller ikke. Mange års erfaring som fosterhjem er en god kompetanse å ha med, men hvert barn er unikt med ulike utfordringer. Dersom Aleris mener at slik veiledning fra eksterne kan være nyttig for å bedre ivareta det konkrete barnet, må de jobbe aktivt for å få i stand dette.

Etter Fylkesmannens vurdering kunne Aleris vært mer proaktive for å få igangsatt veiledning fra ABUP av familiehjemmet også ved første plassering. Vi har imidlertid merket oss at Aleris, etter det opplyste, har mer fokus på veiledning fra ABUP i hjemmene i dag. I tillegg fikk vi

---

<sup>65</sup> Lov av 17 juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester

<sup>66</sup> Med utgangspunkt i blant annet Traumebasert omsorg (TBO), Trygg base og Trygghetssirkelen som faglig fundament

opplyst at det jobbes sentralt i Aleris med en felles mal for samarbeidsavtaler mellom Aleris og BUPene.

Før tilbakeføringen til familiehjemmet oppga Aleris at de var usikre på hvordan familiehjemmet ville håndtere Stina og hennes nye utfordringer. God planlegging og forutsigbarhet for alle parter var en viktig forutsetning for at tilbakeføring skulle lykkes. Aleris satt opp en oversikt over tiltak de mente måtte iverksettes; ekstra fagkonsulent, veiledning fra regiondirektøren i Aleris, jevnlig oppfølging av jenta og familiehjemmet fra ABUP, besøkshjem/avlastningshjem som jenta skulle overføres til ved utageringer med mer. Tiltakene ble også inntatt i Stina sin handlingsplan av 1.11.2016 og det ble etter hvert utarbeidet en akuttplan.

Etter Fylkesmannens vurdering burde det vært satt opp en mer detaljert plan over når de ulike tiltakene skulle iverksettes og hvem som hadde ansvaret. Sett hen til noen tidligere hendelser i hjemmet og jentas utfordringer mener Fylkesmannen at enkelte av tiltakene burde vært iverksatt i forkant eller senest ved tilbakeføringen. Som eksempel nevnes veiledning. Dette ble også av barneverntjenesten fremhevet som en viktig forutsetning for at familien skulle kunne gi Stina god omsorg. Aleris burde også vært pådriver for å få laget en plan for fellessamtaler hos ABUP. Videre burde de etter vår vurdering hatt en tidsplan for kontaktpunkter med familiehjemmet. Fremlagt journal tyder på at det i perioder har gått over en uke uten kontakt mellom Aleris og familiehjemmet. I en slik kritisk fase hvor mye skjedde, burde Aleris ha utarbeidet en mer detaljert plan også rundt dette.

Familiehjemmet opplevde at de ble bedt om å senke forventningene, og de beskriver at de følte seg umyndiggjort i forhold til hvordan de skulle håndtere Stina. Aleris opplyste at det ikke var deres intensjon at fosterforeldrene skulle opptre/oppleves veldig annerledes enn tidligere. Fylkesmannen opplever at det har vært noen uheldige misforståelser i kommunikasjonen. God veiledning før innflytting og regelmessig og forutsigbar veiledning underveis kunne bidratt til større avklaringer her.

Stina beskriver at hun i denne perioden ønsket å vise at hun var «flink pike». Det ble (sammen med henne) laget planer for hva hun skulle mestre da hun kom hjem, ved at Stina bl.a. skulle i gang med skole og jobb raskt etter innflytting. Vi forstår at det i situasjonen kan ha vært vanskelig å ta fra henne optimismen, men kanskje burde noen i større grad hjulpet til med å lage planer der det var mer rom for å «skynde seg sakte.»

Tilbakeføringen var en kritisk fase og vi mener at Aleris med fordel kunne vært mer proaktive og brukt sin barnevernfaglige kompetanse i større grad, jf. ovenfor.

Oppsummert: Fylkesmannen mener at en *mer konkret* oversikt/tidsplan, jf. ovenfor, ville vært i samsvar med god praksis i en så kompleks og utfordrende sak.

Etter en samlet vurdering mener Fylkesmannen at Aleris har fulgt opp familiehjemmet på en forsvarlig måte. Ovennevnte påpekninger er å anse som forbedringspunkter, som verken i seg selv eller samlet innebærer at oppfølgingen har vært uforsvarlig.

### **Medvirkning**

Fylkesmannen har vurdert om Aleris har latt Stina medvirke innenfor de oppgavene Aleris skal utføre, jf. bl.a. bvl. § 4-1 annet ledd og § 6-3. Aleris har også en plikt til å la barnet medvirke, jf. ovenfor, innenfor de oppgavene Aleris skal utføre.

Samtlige Fylkesmannen snakket med beskriver en høy grad av medvirkning og viktigheten av å høre jenta. Stina selv har opplyst i samtale med Fylkesmannen at hun opplevde at Aleris lot henne medvirke i egen sak.

Fylkesmannen går ikke nærmere inn på hvordan Aleris har latt Stina få medvirke, men vi har merket oss flere eksempler fra journal der Stina er blitt lyttet til og hvor hennes mening ble vektlagt.

Oppsummert: Etter Fylkesmannens vurdering har Aleris bidratt til at Stina har fått medvirke i egen sak.

I hovedrapporten har vi problematisert at Stina til dels fikk bestemme *for mye*. Det har vi ikke belegg for å hevde i hennes kontakt med Aleris, men det er et viktig forhold å være oppmerksom på. Medvirkning er ikke det samme som at barnet skal få bestemme.

Medvirkning betyr å høre på barnet sine meninger og ta dette med i vurderingene av hva som er til barnets beste og forklare barnet hva man har vektlagt dersom man bestemmer noe annet enn det barnet selv ønsker.

### **Samarbeid med øvrige instanser**

Når private aktører som Aleris utfører tjenester på vegne av barneverntjenesten er de også forpliktet til å samarbeide slik som angitt ovenfor. Det følger også av trepartsavtalen som er inngått mellom partene.

Fylkesmannen har vurdert om Aleris har medvirket til at Stinas interesser ble ivaretatt også av andre offentlige organer og samarbeidet med øvrige instanser, jf. bvl. § 3-2, og i henhold til inngåtte avtaler.

Det har vært ca. 3 samarbeidsmøter/ansvarsgruppemøter pr. år i perioden Stina bodde i familiehjemmet. Jevnt over har Stina hatt en positiv utvikling på alle områder i denne perioden og antall møter synes således å ha vært tilstrekkelig ut fra jentas situasjon. Fylkesmannen har også merket seg at Aleris har hatt et tett samarbeid med skolen Stina gikk på i hele perioden, med jevnlig kontaktpunkter og evaluering av skolehverdagen.

Barneverntjenesten og andre beskriver som nevnt at Aleris hadde tett oppfølging i hele denne perioden og bidro inn i samarbeidet.

Oppsummert: Etter Fylkesmannens vurdering har Aleris overholdt sin plikt til å samarbeide i denne saken.

## **Dokumentasjon/journalføring**

Fylkesmannen har vurdert om Aleris har oppfylt kravet til forsvarlig dokumentasjon i denne saken, jf. bvl. § 1-4.

Hva som skal nedtegnes vil bero på en konkret vurdering i den enkelte sak, men det som kan ha betydning for videre utredning og tiltak må alltid nedtegnes.

Aleris erkjenner manglende journalnotater slik det er beskrevet i faktagrunnlaget. De har oppgitt at dette delvis skyldtes problemer med det elektroniske systemet CosDoc og problemer med tilganger for innleid konsulent. Vi legger til grunn at disse utfordringene nå er løst. All viktig informasjon, inkludert innhold i veiledning og epostkorrespondanse, bør være samlet i elektronisk journal slik at det er lett tilgjengelig for alle som har behov for å ha oversikt i saken. Det bør utvises stor forsiktighet ved bruk av epost, da personsensitiv informasjon enklere kan komme på avveie.

Dersom dokumentasjonen i tjenesten er mangelfull, kan det i ettertid være vanskelig å finne ut hva som er gjort. Da er det vanskelig å drive forbedringsarbeid. Videre er dokumentasjon viktig av hensyn til barnet selv, jf. blant annet rett til innsyn i saken.

Oppsummert: Etter Fylkesmannens vurdering har den manglende dokumentasjonen i saken ikke medført at Aleris har gitt en uforsvarlig tjeneste. Vi ser at involverte aktører har hatt og fått informasjon i denne saken, både via rapporteringer og i forbindelse med løpende kontakt og samarbeidsmøter. Aleris har imidlertid et forbedringspotensial i å sikre at all viktig informasjon fortløpende dokumenteres og journalføres på en oversiktlig måte i den elektroniske saken.

## **Styring og ledelse**

Fylkesmannen har vurdert om Aleris har en form for internkontroll som sikrer at de har utført sine oppgaver i denne saken i samsvar med krav fastsatt i lov eller i medhold av lov. Fagkonsulentene i familiehjem- og familietjenesten har ukentlige fagmøter. Disse ledes av leder for denne gruppen. På møtene drøftes eventuelle endringer i risikovurderinger og måloppnåelse i sakene. Det skrives referater fra møtene. En gang i måneden gjennomgås alle hjemmene på fagmøtene. Det er viktig at alle vurderinger og informasjon knyttet til det enkelte barn føres inn i den enkeltes journal, jf. punkt over om dokumentasjon. Referatene skaper notoritet. Regelmessig gjennomgang av alle sakene bidrar til å sikre at vanskelige situasjoner fanges opp og at ikke enkeltpersoner blir sittende alene med krevende saker. Det gir også leder en bedre mulighet til å følge med på hvordan sakene følges opp.

Utover de fastsatte møtepunktene oppgir samtlige ansatte at det er et tett samarbeid mellom dem i det daglige arbeidet. Det er få ansatte og dørene er åpne både mellom fagkonsulentene og opp mot virksomhetsleder og regionleder. Dette inntrykket sitter også Fylkesmannen igjen med etter tilsynsbesøket. Vi ser at hele ledelseslinjen er kjent med, og har vært engasjert i denne saken.

Aleris har ansatt en kvalitetsrådgiver som særskilt skal jobbe med rutiner og avvikssystemet. Dette anser vi som et positivt tiltak for ytterligere forbedring av internkontrollen. Vi påpeker viktigheten av å lage et godt system for å implementere og følge med på at nye rutiner og prosedyrer brukes og fungerer etter hensikten. Gode rutiner har liten verdi om de ikke følges

opp i praksis. Videre har vi merket oss at Aleris i løpet av 2017 planla å gjennomføre en intern kvalitetskontroll/minirevisjon i familiehjem- og familietjenesten.

Oppsummert: Etter Fylkesmannens vurdering har ledelsen vært tett på i denne saken, og Aleris har et system som sikrer at enkeltbehandlere ikke blir sittende alene med ansvaret for krevende saker. Vi vurderer at Aleris med de tiltak som er nevnt ovenfor har et velfungerende internkontrollsystem på dette området.

## 5. Sørlandet sykehus HF - konklusjoner og sentrale vurderinger

### Konklusjon:

***Fylkesmannen har etter en samlet vurdering konkludert med følgende lovbrudd ved tilsynet med Sørlandet sykehus HF:***

#### **1. Sørlandets sykehus HF har ikke gjort en forsvarlig utredning.**

Dette er brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, journalforskriften<sup>67</sup> § 8 bokstav f. Det foreligger også et brudd på kravet til styring og ledelse, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten<sup>68</sup> §§ 6-9.

Lovbruddet bygger på følgende funn:

- Da pasienten ikke kom i en stabil fase skulle alternativer for å få gjennomført en forsvarlig utredning vært vurdert.
- Innleggelsene ble ikke i tilstrekkelig grad benyttet i utredningsøyemed.
- Langtidsopphold for observasjon, utredning og diagnostikk ble ikke reelt vurdert.
- Det ble ikke foretatt grundig anamneseopptak.
- Det ble ikke i tilstrekkelig grad innhentet komperentopplysninger.
- Anerkjente kartleggingsverktøy ble ikke tatt i bruk.
- Utløsende faktorer for selvmordsatferden er ikke tilstrekkelig kartlagt.
- Det er ikke gjort voldsrisikovurdering.

#### **2. Sørlandets sykehus HF har ikke gitt Stina forsvarlig behandling.**

Dette er brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, og journalforskriften § 8. Det foreligger også et brudd på krav til styring og ledelse, forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § § 6-9.

Lovbruddet bygger på følgende funn:

- Valg av behandlingsstrategi er lite underbygget.
- Pasienten har i største delen av dette pasientforløpet vært uten en behandlingsplan.
- Saken er ikke drøftet i tverrfaglige teammøter, det er ikke gjort evalueringer av behandling og effekt av de tiltakene som er iverksatt.
- Det er ikke innhentet «second opinion» når situasjonen eskalerte og sykehuset sine tiltak ikke fikk stabilisert jenta.
- Det er ikke utarbeidet, eller tatt initiativ til at Stina skulle få utarbeidet en individuell plan.

<sup>67</sup> Forskrift om pasientjournal av 21. desember 2000 nr 1385 (journalforskriften)

<sup>68</sup> Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten av 28 oktober 2016 nr. 1250



- Journalføringen er mangelfull og viktige vurderinger som for eksempel etter opphold ved andre sykehus er ikke gjort.
- Det ble ikke utarbeidet kriseplan.
- Spesialisthelsetjenesten har ikke definert hvilken informasjon som er viktig for deres arbeid, eller etterspurt denne fra samarbeidspartnere.
- Spesialisthelsetjenesten har ikke vært pådrivere for veiledning av tjenesteutøverne som sto nærmest jenta.
- Råd og veiledning gitt samarbeidspartnere er ikke tilstrekkelig faglig begrunnet og rådene er ikke utledet av en systematisk utredning.
- Sykehuset har ikke sikret at pasienten har forstått informasjonen som er gitt og har ikke i tilstrekkelig grad vurdert om hun har vært i stand til å reflektere over ulike handlingsalternativer.
- Det er ikke i tilstrekkelig grad tatt hensyn til Stinas alder og modenhet når det gjelder hennes medvirkning.
- Det har vært stort fokus på å «følge jenta», men det mangler faglige vurderinger og diskusjoner om hva som ville ha vært til hennes beste.
- Sykehuset har ikke hatt et fungerende avvikssystem. Kun barneposten har meldt fra om suicidforsøk, og disse hendelsene er ikke vurdert i sammenheng med øvrig behandling.
- Ledelsen har ikke sørget for at saken er blitt fulgt opp og evaluert.
- Ledelsen har ikke sørget for tilstrekkelig behandlingsskapasitet.

### Sentrale vurderinger

Vurderingene bygger på den dokumentasjon som foreligger, samt opplysninger fra intervjuer med ansatte og ledere i virksomhetene.

Fylkesmannens vurderinger er gjort på bakgrunn av de opplysningene som forelå på det aktuelle tidspunktet, ikke hva man i ettertid har fått kjennskap om. Vurderingene er altså gjort på bakgrunn av den informasjonen som aktørene på det aktuelle tidspunkt hadde eller med rimelig kunne forventes å ha.

Her vurderer vi hvorvidt Stina har fått forsvarlig utredning og behandling, jf. spesialisthelsetjenesten § 2-2.

### **Forsvarlig utredning og diagnostisering**

#### Utredning av pasientens psykiske lidelse

God behandling forutsetter grundig utredning av pasienten og kartlegging av livssituasjonen. Hvis man kommer i en situasjon hvor man ikke finner ut hva som feiler pasienten bør det søkes om bistand fra andre med mer erfaring innenfor fagfeltet.

God praksis for utredning i spesialisthelsetjenesten for en pasient som kommer med akutte symptomer, er i første omgang å gjennomføre behandlingsmessige tiltak for å prøve å få til en stabilisering og deretter en utredning. Dersom det etter noen måneder ikke har lyktes å få

stabil situasjon for pasienten bør det gjennomføres en så fullstendig utredning som mulig under de forutsetningene som er gitt. Mulige handlingsalternativer er ikke beskrevet og vurdert.

Det framgår av journal at man ikke ville gjennomføre en utredning før pasienten hadde vært i en stabil fase i minst tre måneder. I januar 2017 hadde pasienten vært kjent for spesialisthelsetjenesten og jevnlig fulgt opp i over 4 måneder og det burde etter vår vurdering vært vurdert om det var behov for bistand fra andre enn den faste behandleren for å få foretatt en forsvarlig utredning. Situasjonen var blitt ytterligere forverret siste par måneder med nye brudd med fosterhjem og beredskapshjem, hun hadde utsatt seg for ytterligere farlige situasjoner og selvskadende atferd. Sammen med de diagnostiske vurderingene burde det på dette tidspunktet vært laget en plan for en mer fullstendig utredning.

Aktuelle tiltak for å få gjennomført utredning kunne vært henvisning til Ungdomsklinikken, henvisning til poliklinikk eller involvering av flere behandlere fra AAE. Det burde vært vurdert om en innleggelse ved Ungdomsklinikken kunne medført en mer stabil situasjon som ga grunnlaget for en god utredning. Det hadde også vært ønskelig at man vurderte muligheten for å få en «second opinion». Det ble i februar/mars satt inn en behandler til ved siden av den faste, men denne hadde ikke spesialistkompetanse og formålet var å bistå behandlingsansvarlig og ikke å gå inn i dette som vi etterlyser.

Pasienten var innlagt Ungdomsklinikken i februar 2017 og dette kunne vært en ny anledning til å få foretatt en ny utredning. Ungdomsklinikken anfører at de ikke gjennomførte en utredning siden pasienten ikke var i en stabil fase.

Sykehuset har en prosedyre «Anamnese KPH – Veiledning» som er en veileder for et mer utfyllende anamneseopptak. Fylkesmannen kan ikke se at det ble foretatt innhenting av anamneste opplysninger i samsvar med denne anbefalingen fra sykehuset. I denne saken er det i begrenset grad innhentet komparentopplysninger. De har ikke snakket med mor, lite med fostermor og lite med de fleste bostedene utover deltakelse på samarbeidsmøter. Det fremgår heller ikke at man har søkt slik informasjon fra barneverntjenesten. Det kan ut fra dokumentasjonen se ut som man jobber «historieløst» og flere av de intervjuede medgir også at hennes forhistorie, blant annet beskrevet i journal for årene 2010-2014 ikke var kjent. Det var ikke noe fokus på hennes kulturelle opphav som del av utfordringene (eller løsningen).

Saken er kompleks og symptomene eskalerte på ettermøter og våren. Dette forsterket behovet for en omfattende utredning. Hvordan informasjon fra samarbeidspartnere og andre helseforetak hun i denne perioden var akuttinnlagt i ble vurdert, er i begrenset grad beskrevet i journalen.

Etter siste opphold ved Vestre Viken HF skulle det framkommet i journal hvordan de nye opplysningene ble vurdert. Begge involverte behandlere har lest denne informasjonen.

God praksis for utredning i denne saken kunne vært i første omgang å benytte screeningsverktøy til kartlegging. Etterhvert burde det blitt utført en bred diagnostisk kartlegging.

Det foreligger ingen skriftlig retningslinje for utredning for barn og unge i sykehuset, men etablert praksis for utredning av barn og ungdom er at det etter seks kontakter skal fortas en diagnostisk vurdering. Fra sykehuset sin retningslinje for «standard utredning av voksne pasienter i (KPH) ser vi at man har som målsetting at man etter fem kontakter har gjennomført utredning. Denne retningslinjen skal brukes så langt det passer også for barn og ungdom.

Etter at det er foretatt utredning skal det gjøres en diagnostisk vurdering. Standard utredning inkluderer både kliniske vurderinger, anamnese og bruk av kartleggingsverktøy. Det ble foretatt en diagnostisk vurdering av denne pasienten i januar 2017. På dette tidspunktet var det ikke utført en fullstendig anamnese eller vært bruk av noen kartleggingsverktøy.

For å kunne gi best mulig veiledning til botilbudene er det viktig med god utredning.

Dette er en kompleks sak og det framkommer ikke opplysninger om at det har vært grundige teamdrøftinger. Saken er heller ikke løftet inn i teammøte for diagnostiske eller behandlingsmessige drøftinger der.

#### Spesielt om voldsrisikovurdering

God praksis er at voldsrisikovurderinger blir foretatt i spesialisthelsetjenesten når det vurderes som nødvendig. Helsedirektoratet har utarbeidet veilederen «Vurdering av risiko for voldelig atferd – bruk av strukturerte kliniske verktøy»<sup>69</sup>. Denne gjelder for voksne. Det finnes ingen veileder for ungdom. Sykehuset har en egen prosedyre for voldsrisikovurderinger «voldelig atferd – vurdering av risiko».

Behandler har hele perioden vurdert og uttalte i samarbeidsmøte at pasienten er «farlig for seg selv og ikke for andre». Når man ikke nyanserer denne påstanden ved senere anledninger er det mulig at samarbeidspartnere oppfatter denne som fortsatt gyldig.

Det framkommer ikke hvordan opplysningene etter opphold ved Oslo Universitetssykehus er vurdert. Basert på vurderingene derfra, og pasienten sin sykehistorie, vurderer Fylkesmannen at det skulle framkommet fra journal hvilke vurderinger Ungdomsklinikken gjorde i forhold til voldsrisiko.

I april beskrives episoder der hun har vært truende mot personalet i boligen, skadet bilene til personalet, og rasert bolig. Endring av adferd og trusler mot andre står journalført.

Utageringen som skjer i etterkant av at behandlere møter pasienten den 12. mai blir ifølge sykehuset ikke kjent for behandlere før i etterkant av den fatale hendelsen. Fylkesmannen vurderer at dette er et av eksemplene på mangelfull informasjonsinnhenting fra bosteder. Næromsorg sør formidlet at det var eskalerende utagerende adferd. 18. mai vurderte Vestre Viken HF at det var behov for forebyggende tiltak. Denne informasjonen blir formidlet til sykehuset og begge behandlerne har lest dette dokumentet. Ingen av behandlerne har journalført sine vurderinger av denne informasjonen. Det er i strid med god praksis å ikke

---

<sup>69</sup> IS-9/2007

journalføre vurderingene når man ikke velger å følge sterke anbefalinger fra annet helseforetak. På dette tidspunktet ville det vært i samsvar med faglig forsvarlighet og god praksis og få vurdert om det skulle foretas en voldsriskovurdering. Dersom sykehuset mente de ikke hadde slik kompetanse selv, burde de anmodet sikkerhetsavdelingen om bistand. Det framkommer på dette tidspunktet så mange opplysninger at en grundig voldsriskovurdering etter vår vurdering skulle vært gjennomført.

Vurderinger av voldsrisiko som ikke kun gjelder ansatte i boligen/institusjonens sikkerhet er en vurdering som skal gjøres i spesialisthelsetjenesten.

Spesialisthelsetjenesten hadde mange indikasjoner på at det burde vært foretatt en voldsriskovurdering. Dette både på bakgrunn av risikofaktorer hos jenta, og informasjon fra samarbeidsinstanser. Spesielt burde informasjon fra annet helseforetak vært vurdert og vektlagt.

#### Konklusjon utredning:

Forventing/krav om stabil fase før utredning er uforsvarlig når den ustabile og akutte perioden blir så lang. Når det ikke lykkes å få en stabil periode over tid skulle det vært foretatt en foreløpig utredning, og eventuelt gjentatt deler av denne når pasienten var i en stabil fase. Det er ikke foretatt grundig anamneseopptak eller innhentet komparentopplysninger som kunne bidratt til å belyse situasjonen, og anerkjente kartleggingsverktøy er ikke tatt i bruk. Perioder pasienten har vært innlagt kunne vært brukt bedre med tanke på utredning. Det burde på et tidligere tidspunkt vært vurdert om det var nødvendig med en lengre innleggelse for stabilisering og utredning når det ikke lykkes å få dette til poliklinisk.

Utløsende faktorer for selvmordsrisiko er ikke kartlagt.

Vi legger til grunn at spesialisthelsetjenesten skulle foretatt en voldsriskovurdering, og det er brudd på faglig forsvarlighet at det ikke er gjort.

Etter vår vurdering fikk ikke pasienten forsvarlig utredning for sin psykiske lidelse.

### **Forsvarlig behandling og oppfølging**

#### Behandling

Den enkelte pasients behov skal legges til grunn for hvilke tjenester som gis og hvordan de utformes. God behandling forutsetter grundig utredning av pasienten og dennes livssituasjon.

I sykehuset sin redegjørelse framkommer at fokus i helsehjelpen har bestått i å bistå barneverntjenesten og Bufetat i vurderinger om hva som kunne vært en hensiktsmessig omsorgssituasjon. Videre har det vært individuell behandling med fokus på stabilisering, mestringsstrategier og psykoedukasjon. I tillegg til at det er foretatt selvmordsrisikovurderinger.

På grunn av de mange akutte hendelsene, og påfølgende fokus på suicidrisikovurderinger og hyppige samarbeidsmøter, har det vært svært utfordrende å komme i gang med behandling. På grunn av mange hendelser har man ikke oppnådd en tilstrekkelig regelmessighet i kontakten til at man kommer i gang med noe annet enn det som kan vurderes å være støttesamtaler. Sitat fra sykehuset sin retningslinje for denne type lidelser: «Støttesamtaler med ensidig vekt på å lytte og bekrefte symptomer vil ikke være tilstrekkelig eller faglig forsvarlig behandling med mindre man vurderer at pasienten ikke ønsker eller er i stand til å inngå i bearbeidende behandling». Dette er en vurdering som Fylkesmannen støtter. Etter vår vurdering ville det, for å kunne gi et faglig forsvarlig behandlingstilbud til denne pasienten, vært nødvendig med flere behandlere på et tidligere tidspunkt. En person kunne hatt ansvaret for behandling av pasienten og en annen hovedansvaret for kontakten med samarbeidspartnere og veiledning av botilbudene.

Journalen beskriver flere hendelser med utagering og rømming etter time hos behandlere. Behandlerne observerer ved ett tilfelle dette selv. Samlet sett vurderer Fylkesmannen at den stabiliserende effekten av den individuelle oppfølgingen i beste fall er begrenset. God praksis hadde vært å vurdere ytterligere tiltak som kunne bidra til stabilisering.

Det er et tydelig mønster med dagevis med utagering etter beskjeder om flytting til enetiltak, vedtak etter barnevernloven § 4-25, og etter samtaler med behandler, advokat eller politi. Det har ikke framkommet opplysninger om at sykehuset har gjort noen systematiske forsøk på å kartlegge triggere for utagerende adferd.

Basert på beskrivelse av symptomer og vurderinger i journal virker det behandlingsopplegget hun fikk frem til mars 2017 å være adekvat. En viktig intervensjon er å sikre god veiledning til omsorgspersoner. Bortsett fra perioden når pasienten var bosatt på barneverninstitusjonen St.Hansgården var det imidlertid ikke noen systematisk veiledning fra sykehuset i de forskjellige botilbudene. Faglig forsvarlig behandling for denne tilstanden er at det sikres god veiledning i alle botilbudene fra personer med riktig kompetanse. Veiledning kan skje fra sykehuset direkte, eller ved at sykehuset forsikrer seg om at det iverksettes faglig god veiledning av de ansatte i de ulike botilbudene.

I mars 2017 settes spørsmålet om langtidsopphold i psykisk helsevern på spissen. Sykehuset burde da redegjort for hva som var god behandling for hennes vansker. Det hadde vært god praksis å formidle at den viktigste behandlingsintervensjonen for pasienten sin psykiske lidelse er stabilisering av omsorgssituasjonen. I tillegg til tiltak for å sikre meningsfulle aktiviteter på dagtid som eksempelvis skole eller jobblignende tiltak. Sykehuset uttrykker at de er i tvil om hva som er riktig tiltak, men noen råd med trykk på stabilitet i omsorgssituasjonen fremkommer ikke. Fortsatt er man fra spesialisthelsetjenesten skeptisk til tvangsvedtak.

I mars 2017 endrer man diagnostisk hypotese. Det mangler en vurdering av hva denne endringen av hypotese medfører av endringer i behandlingsstrategi. Fra journal og fra opplysninger i samtalene med ansatte framkommer at oppfølgingen fortsetter uforandret etter utskrivningen fra Ungdomsklinikken.

Det finnes alternative behandlingstilbud/rekker. Selv om man ikke har slikt tilbud ved Sørlandet sykehus, så er det flere elementer fra slik tilnærmingen som kunne vært benyttet i behandlingen av Stinas vansker.

Fylkesmannen vurderer at sykehuset ikke kom i gang med adekvat og målrettet behandling. Dette er brudd på forsvarlighetskravet.

#### Spesielt om suicidalatferd/-vurderinger

For å kunne gi best mulig behandling for suicidal atferd vurderer Fylkesmannen at det kunne vært hensiktsmessig å gjennomføre en fullstendig atferdsanalyse. Atferdsanalysen kunne gitt grunnlag for en løsningsanalyse som en så laget sammen med pasienten. Løsningsanalysen kunne vært brukt for å prøve å identifisere måter pasienten selv kunne forhindre eller redusere forløperne til suicidal atferd, eller erstatte suicidale responser med mer adaptive responser eller konkrete ferdigheter. I løpet av dette pasientforløpet er det ikke utført noen form for atferdsanalyse. Sykehuset har heller ikke utarbeidet en behandlingsplan/kriseplan sammen med pasienten som kunne hjulpet pasienten når hun fikk suicidale impulser.

Selv om det utføres mange selvmordsrisikovurderinger etableres det ikke rutiner for å sikre at man innhenter nødvendige komparentopplysninger når man foretar disse vurderingene. Flere av selvmordsrisikovurderingene er foretatt uten at det er vurdert om det er nødvendig å innhente komparentopplysninger. I journal finnes det heller ikke noen løpende oppdatert lett tilgjengelig beskrivelse av identifiserte risiko- og beskyttelsesfaktorer i forhold til suicid. Det er spesielt viktig at slike oppdateringer er lett tilgjengelige når de involverte behandlerne har lengre fravær. Det mangler i hele behandlingsforløpet en kriseplan. Sykehuset har en prosedyre for kriseplan som var ukjent for behandlingsansvarlig. Fra sykehuset sin prosedyre for kriseplan framgår at formålet med kriseplaner er å identifisere pasientens faresignaler og mestringsstrategier. Krise- og mestringsplan skal gi pasienten konkrete tiltak i prioritert rekkefølge. I journal mangler en grundig beskrivelse av pasientens faresignaler og det utarbeides heller ingen mestringsstrategier i samarbeid med pasienten.

Når pasienten har tilbakevendende selvmordsforsøk er det god praksis å kartlegge utløsende faktorer for selvmordsatferden i detalj<sup>70</sup>. Det fremheves også i nasjonal veileder at det er viktig med grundig utredning av grunnlidelsen. Videre legger veilederen vekt på at det bør utarbeides en langsiktig individuell plan og at raske og krisebaserte endringer i planen bør unngås. For denne pasienten ble det ikke utarbeide langsiktige planer og mange av tiltakene som gjøres er krisebaserte.

Stina tar kontakt på telefon med AAE 24. juli 2017 og ber om innleggelse. Hun viser til en avtale med behandlingsansvarlig at hun kan få innleggelse når det «topper» seg for henne. Fra journal framgår det ikke hvilke kriterier som skulle være oppfylt for at hun skulle bli tilbudt innleggelse Overlegen som håndterer denne henvendelsen opplyser at UK ikke har ledig plass og innleggelse i voksenpsykiatrien er ikke aktuelt. Overlegen undersøkte ikke nærmere hvorfor Stina ønsket innleggelse, og innhentet heller ikke komparentopplysninger. Dersom det

---

<sup>70</sup> Nasjonal faglig retningslinje for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (IS-1511)

hadde vært en klar kriseplan med definerte kriterier for å vurdere innleggelse, og god praksis om å innhente komparentopplysninger hadde vært fulgt, så hadde legen hatt et bedre grunnlag for å gjøre en forsvarlig vurdering av om Stina hadde behov for innleggelse. Her burde det vært gjort en konkret vurdering av om pasienten hadde behov for en innleggelse, og det burde vært undersøkt bedre om det var en akutt krise.

Samlet sett vurderer Fylkesmannen at oppfølgingen i forhold til suicidalitet ikke har vært faglig forsvarlig.

#### Planmessighet og evaluering av behandlingstiltak

God praksis er å utarbeide behandlingsplaner og å evaluere behandlingstiltakene jevnlig.<sup>71</sup> Det er spesielt viktig med jevnlige vurderinger når symptomene øker for å få vurdert om man må endre behandlingsstrategi. Det er ikke gjennomført noen systematiske vurderinger av effekt av behandlingen i perioden.

Det fremgår av både dokumentasjon og intervjuer at denne saken ikke har vært løftet inn i tverrfaglig team ved AAE for drøfting der. Det framkommer heller ingen «strukturerte» drøftinger med andre deler av klinikken utover møtene som har vært med Ungdomsklinikken i forbindelse med innleggelser der. Det er ingen dokumentasjon og vi har heller ikke fått opplysninger om hva som er drøfter på morgenmøter i akutteamet etter akutte hendelser. Det føres ikke journal fra drøftinger fra morgenmøter.

Det fremgår av møtereferater at det er enighet om at Stina skulle begrenses i å kontakte omverdenen/ulike helsetjenester da hun periodevis brukte mye energi på dette, og at det var hensiktsmessig at instansene kjente til hverandre og var koordinert. Vi deler denne vurderingen, men det burde da ha vært laget en klar plan i samarbeid med spesialisthelsetjenesten som beskrev hvilke kriterier som skulle til for å få for eksempel ekstra samtaler eller innleggelse. Hvem som skulle tatt initiativ til dette tar vi ikke stilling til, men påpeker at dette burde vært gjort.

Pasienten har i største delen av dette pasientforløpet vært uten en behandlingsplan. For å kunne evaluere tiltakene som iverksettes på en god måte er det viktig at man setter seg konkrete behandlingsmål. Her har det ikke vært utarbeidet konkrete behandlingsmål med planlagte evalueringer.

Pasientforløpet er av sykehuset vurdert som «svært kompleks». I komplekse saker vurderer Fylkesmannen at det er større krav til at det foretas systematiske evalueringer og større krav til involvering av ledelsen enn i mindre komplekse saker.

#### Samarbeid, veiledning og rådgivning fra spesialisthelsetjenesten

Fylkesmannen har merket seg at det har vært mye samarbeid mellom aktuelle aktører i denne saken, både i form av samarbeidsmøter, ansvarsgruppemøter og mye telefonkontakt. Viljen til

---

<sup>71</sup> Journalforskriften § 8 første ledd bokstav f)



samarbeid rundt Stina synes å ha vært stor blant samtlige aktører. Det beskrives også at samtlige har hatt stor respekt for hverandres regelverk og rammer, og at alle stort sett har vært enige i samarbeidsmøtene.

Etter Fylkesmannens vurdering er det ikke tydelig hva slags hensikt de ulike møtene har hatt, «hvem sine» møter det har vært eller hvem som faktisk koordinerte saken. Det er videre vanskelig å se hvem som faktisk tok avgjørelser. Det kan utenfra se ut som den store enigheten og respekten for hverandres rammeverk kan ha kommet i veien for nødvendige diskusjoner og muligheten for å kunne «utfordre» systemene.

De ulike aktørene beskriver et samarbeid hvor det også var mulig å ta opp uenighet. I vår gjennomgang av saken har vi ikke kunnet identifisere diskusjonstemaer eller uenighet, og det ble heller ikke i intervjuene med noen av aktørene gitt uttrykk for særlig grad av uenighet. Det er vanskelig å se om, og i tilfelle hvordan, samarbeidet ga kunnskap og ny forståelse av Stina sin situasjon. De etablerte sannhetene, for eksempel om hva og hvordan «man skulle gå med henne» og dette at «hun ikke tålte tvang», ble ikke utfordret. Fylkesmannen finner det underlig at det i en så kompleks sak ikke fremkommer større faglige uenigheter og drøftinger.

I arbeidet omkring Stina beskrives ett tett samarbeid mellom barneverntjenestene og psykiatrien. Stina hadde flere akutte innleggelse i psykiatrien, men ble hver gang raskt utskrevet og det ble gitt tilbakemelding om at langvarig innleggelse ikke var aktuelt. Dels var begrunnelsen manglende lovhjemmel (for tilbakeholdelse mot hennes vilje), dels var begrunnelsen at det ikke var langtidsplasser og dels at det var faglig kontraindisert. Fra intervjuer ble det tydelig presentert fra barneverntjenesten en klar oppfatning av at Stina hadde behov for en lengre innleggelse og utredning fra psykiatrien. I dokumentasjonen er spørsmålet reist flere ganger, og i beslutningsnotat av 10.3.2017 fremkommer det at «*samtlige aktører som arbeider rundt henne var enige om at det beste tilbudet er innen psykiatrien, og at det er der hun burde vært innlagt over lang tid å få behandling*». I den grad dette møtereferatet referer synet også til spesialisthelsetjenesten skulle behandlingsansvarlig undersøkt muligheten for en langvarig innleggelse i psykiatrien, om nødvendig ved hjelp av andre helseforetak.

Den manglende systematikken i både gjennomføring av samarbeidsmøter, råd og veiledning gjør at det har vært høy risiko for at råd og veiledning fra spesialisthelsetjenesten ikke tolkes riktig. Fra sykehuset sine kommentarer til faktagrunnlaget framkommer at flere forventninger som barnevernet hadde til spesialisthelsetjenesten til bistand ikke er oppfattet slik av sykehuset. Spesialisthelsetjenesten har heller ikke bidratt til at det har blitt en tydelig avklaring av ansvarsområder mellom samarbeidspartnere.

Det mangler journalføring fra spesialisthelsetjenesten fra flere samarbeidsmøter utover at de viser til møtereferat som skal tilsendes fra barneverntjenesten eller Bufetat. Det er eksempler på at det i journal vises til tilsendt møtereferat uten at møtereferatet foreligger i sykehuset sine journalsystemer. Hva som blir bestemt i disse møtene blir derfor vanskelig å sjekke at blir fulgt opp. Fylkesmannen har ikke funnet noen dokumentasjon på at sykehuset har gjennomgått og vurdert de møtereferatene som de har fått tilsendt. Fra flere av samarbeidsmøtene er det ikke

blitt laget referat uten at dette har medført at sykehuset har etterlyst referater fra disse møtene.

Når et av de viktigste tiltakene i behandlingen har vært å gi råd angående Stinas omsorgssituasjon, ville god praksis vært at det gikk tydelig fram fra journal hvilke råd som er gitt og hvilke vurderinger som ligger bak de rådene som er gitt. Det framkommer fra journal i svært begrenset grad hvilke råd som er gitt.

Basert på kompleksiteten i saken ville god praksis vært at spesialisthelsetjenesten bidro til at førstelinjetjenesten utpekte en koordinator og startet arbeidet med en individuell plan. Det framkommer ikke fra journal om det er vurdert om pasienten trenger en individuell plan. En individuell plan kunne blant annet sikret at det var en tydelig beskrivelse av ansvarsforhold og at det var sikret tilstrekkelig veiledning til de ansatte i de ulike botilbudene. Det fremgår at det var bedt om at ABUP skulle veilede inn i boligen på Evje, og at man skulle prøve å få dette i gang etter sommeren. Etter vår vurdering burde alle nødvendige tiltak vært satt i gang ved innflytting for å sikre at de ansatte var best mulig rustet til å ivareta henne og håndtere smerteuttrykk det var forventet måtte komme. Det er journalført at suicidfaren økte når hun var på tvang, og at hun synes enetiltak var belastende. Det er da ikke forsvarlig å vente flere måneder med veiledning av omsorgsbasen. Tvert om er det faktum at det er sommerferie en ekstra kritisk tid som bør tilsi gode, konkrete planer for alle situasjoner.

Det framgår av referater fra samarbeidsmøter at spesialisthelsetjenesten vurderer at pasienten ikke tåler «tvang», og at det ville øke suicidfaren. Hvordan dette skal forstås, og tas hensyn til på en hensiktsmessig måte hos samarbeidspartnere, er uklart. Om dette gjelder tvang innenfor psykisk helsevern eller tvang innenfor barnevernet er også uklart, men samarbeidspartnere har oppfattet det som at hun ikke burde være på tvang etter barnevernloven (bvl.) § 4-24 og at det var viktig å «gå med» henne.

Råd om at man bør satse på størst mulig autonomi for pasienten var begrunnet med erfaring om at begrensninger medførte selvskading, selvmordsatferd og utagering. Som en viktig begrunnelse for dette rådet ble det vist til hendelser fra perioden på St.Hansgården. Det er ikke utført en systematisk analyse av adferden mens hun var på St.Hansgården eller i andre botiltak. I perioden Stina var på St.Hansgården hadde hun også en lengre periode der hun gikk på skole og fulgte opp diverse aktiviteter. I denne perioden hadde behandlingsansvarlig regelmessig veiledning med institusjonen.

Når spesialisthelsetjenesten gir tydelige råd innebærer det et stort ansvar da førstelinjetjenesten i stor grad velger å følge råd fra spesialisthelsetjenesten. God praksis er at spesialisthelsetjenesten gir tydelige råd og forsikrer seg om at rådene som gis forstås riktig.

Sykehuset opplyser at ett av hovedelementene i helsehjelpen har vært å veilede i etablering av en hensiktsmessig omsorgssituasjon. Når spesialisthelsetjenesten gir råd i forhold til omsorgssituasjonen vurderer Fylkesmannen at det er helt nødvendig at sykehuset har gjort grundige vurderinger i hva som har fungert og hva som ikke har fungert i de forskjellige botilbudene. Sykehuset har basert sin informasjonsinnhenting hovedsakelig fra samarbeidsmøter. I mange av samarbeidsmøtene er det ingen representanter som jobber

direkte med pasienten i de ulike botilbudene. I perioden på Evje stilte kun avdelingsleder som aldri hadde møtt Stina i samarbeidsmøtene.

Fra sykehuset sine kommentarer til faktagrunnlaget framkommer at flere viktige detaljer fra hendelser i botilbud ikke var kjent for sykehuset. Massive utageringer i april er imidlertid beskrevet i journal og var således kjent for sykehuset i «sanntid». Det står også notert steinkasting og ruteknusing i journal i mai, uten at man går videre og sjekker ut hva dette har dreid seg om. Fylkesmannen anser den manglende kjennskap til detaljer fra disse hendelsene som eksempler på mangelfull systematisk utveksling av vesentlig informasjon mellom samarbeidspartnerne. Sykehuset hadde imidlertid mange nok «hint» til at de av eget initiativ burde spurt komparenter om ytterligere opplysninger. Samtidig viser dette at sykehuset heller ikke hadde utarbeidet rutine for god og forsvarlig utveksling av viktig informasjon mellom sykehuset og barnevernet.

Fylkesmannen vurderer at Sykehuset i store deler av perioden ikke har hatt et godt grunnlag for å kunne gi råd til barneverntjenesten om hva som var et godt omsorgstilbud for Stina. De hadde ikke kartlagt og utredet Stina tilstrekkelig, og de innhentet ikke detaljerte nok beskrivelser av fungering i de ulike botilbudene. En mer systematisk innhenting av informasjon kunne gitt grunnlag for å gi gode faglige spesifikke råd om hvilket omsorgstilbud som var mest hensiktsmessig for Stina.

### Medvirkning

Det grunnleggende og vesentlige for samtykke er at man har fått den informasjonen som er nødvendig for å kunne si seg enig. Å ha samtykkekompetanse betyr at man har innsikt i og er i stand til å vurdere konsekvensene av de valgene man tar. Informasjonen må tilpasses alder og modenhet og de forutsetningene brukeren forøvrig har for å forstå informasjonen. Dette innebærer også å sjekke ut om informasjonen, og konsekvensene av valgene som gjøres, virkelig er forstått. Stinas evne til å forstå mottatt informasjon og gjøre informerte valg er ikke problematisert i journalen.

Det har tilsynelatende vært stor enighet om at man bør «følge jenta», og hun har ved flere anledninger blitt møtt på sitt ønske uten at det har blitt gjort en grundig faglig vurdering av om det var det rette tiltaket for henne på de ulike tidspunktene. Spesialisthelsetjenesten har hatt en viktig rolle inn i dette, jf. punkt over. Vi stiller spørsmål ved om hun i hele denne prosessen fikk for mange valg. Ved å følge hennes valg har man tillagt henne et for stort ansvar. Det synes å ha vært en tanke om at dersom man bare fulgte henne ville den uhensiktsmessige atferden slutte. Vi har forståelse for at det kan være verdt å forsøke i en tidlig fase, men erfaringen viste raskt at dette ikke fungerte etter hensikten. Denne strategien virker å ha bidratt til nye belastende hendelser for Stina.

God praksis ville vært å utarbeide en behandlingsplan og kriseplan i samarbeid med pasienten og å evaluere denne regelmessig og å oppdatere planene ved behov.

Pasienten har sagt at hun er godt fornøyd med behandlingen, men det er uklart hva det er som har gjort henne fornøyd. Hun har i stor grad fått timer når hun ønsket, og hun har også fått mange muligheter til å endre på timene.

Pasienten har ønsket kontinuitet i behandlingen og dette har sykehuset lagt til rette for, også i de periodene pasienten var bosatt langt utenfor deres opptaksområde. Pasienten har i ettertid gitt uttrykk for at hennes faste behandler var en av de få (to) personene som hun gjennom det siste året hadde tillit til. En god relasjon er sentralt for å få til gode medvirkningsprosesser, og for å få til god behandling. Det er mulig at behandlingsansvarlig var i ferd med å etablere en relasjon til pasienten som etter hvert kunne gitt gode muligheter for å gi behandling av hennes psykiske lidelse som gikk utover støttesamtaler.

### **Konklusjoner forsvarlig behandling**

Faglig forsvarlig behandling forutsetter en grundig utredning (se over). Revurdering av mulig diagnose fører ikke til endring i behandlingsstrategi. Det er ikke tatt stilling til om pasienten etter flere måneder best ble fulgt opp i akutteneheten, eller om hun burde vært overført en annen behandlingslinje der man har større fokus på langtidsoppfølging / behandling, om hun burde vært innlagt, om det skulle vært satt inn mer ressurser eller innhentet en second opinion. Nye opplysninger, fra omsorgspersonene / institusjonene og andre sykehus skulle fortløpende vært innhentet og vurdert. Det mangler også både individuell plan og behandlingsplan.

Effekt av behandling (samtaler) er ikke evaluert. Uten en grundig utredning, systematisk kartlegging av risikofaktorer for utagering / suicidalfare og evaluering har ikke spesialisthelsetjenesten det nødvendige faglige grunnlaget for råd og veiledning til samarbeidspartnerne.

Hennes samtykkekompetanse, hva hun faktisk har forstått, hvordan hun har reflektert over og vurdert konsekvensene av valg fremkommer ikke, og det er stor fare for at hun gjennom dette er blitt tillagt et for stort ansvar.

### **Styring og ledelse**

Vi kan ikke se at ledelsen har etterspurt vurderinger og evalueringer av hennes situasjon, til tross for at saken har fått mye oppmerksomhet i media og av nødetatene. Når en ungdom viser så sterke uttrykk, og symptomene eskalerer og det i tillegg er mye media oppmerksomhet er det rimelig å forvente en særskilt aktivitet fra ledelsen. Særlig forventes oppfølging fra ledelsen i forhold om det gjøres gode vurderinger og om behandlingstilbudet fungerer.

Det foreligger kun tre avviksmeldinger før hendelsen 26.juli, de er alle skrevet av barneklubben etter innleggelse der. Det fremstår for Fylkesmannen som et paradoks at sykehusets rutiner tilsier at det skal skrives en avviksmelding når en handling i suicidal hensikt medfører innleggelse i en medisinsk avdeling, men ikke i en psykiatrisk avdeling. Summen av avviksmeldinger kunne gjort ledelsen på et tidligere tidspunkt oppmerksom på systemsvikt.

Avviksmeldingene fra barneklubben er vurdert fra psykiatrisk klinikk uten at man har gjort en grundig vurdering av kvaliteten på oppfølgingen av pasienten. En grundig gjennomgang av disse avvikene med en tiltaksplan kunne avdekket systemsvikt på et tidligere tidspunkt.

Det er få spor av at saken er løftet til ledelsen fra behandlere.

Ledelsen har ikke sørget for tilstrekkelig behandlingsskapasitet, og har ikke stilt spørsmål ved om andre / mer ressurser skulle vært satt inn. Nærmeste leder er med på noen samarbeidsmøter samtidig som det er mye drøfting av saken på morgenmøter.

Ledelsen hadde etter vår vurdering tilstrekkelig informasjon om saken til å etterspørre og eventuelt iverksette tiltak. Sakens kompleksitet tilsier at det burde vært satt inn flere behandlere på et tidligere tidspunkt.

## 6. Praktisk gjennomføring av tilsynet

Fylkesmannen startet 1.8.2017 dokumentasjonsinnhenting fra 27 ulike instanser innenfor barnevern- og helsetjenester som Stina hadde vært i kontakt med. Vi har gjennomgått all tilsendt dokumentasjon.

Fylkesmannen har gjennomført tilsyn med de mest aktuelle instansene i denne saken; Kristiansand kommune v/barneverntjenesten, Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat), Næromsorg Sør (NOS) og Aleris Ungplan & BOI og Sørlandet sykehus HF (SSHF).

Vi hadde en samtale med Stina i Bjørgvin fengsel 14.9.2017, vi har i tillegg mottatt brev fra henne datert 13.11.2017.

Videre hadde vi samtaler med ungdommer fra Forandringsfabrikken 20.9.2017, og Landsforeningen for barnevernsbarn 27.9.2017.

Vi har intervjuet ledelsen og utvalgte ansatte i de respektive instansene.

Intervjuene med *NOS* ble gjennomført 12.10.2017. Vi hadde i tillegg en telefonsamtale med psykolog tilknyttet NOS. Tilsynsteamet bestod av fylkeslege Anne-Sofie Syvertsen og Anne Stiansen fra Helse- og sosialavdelingen, samt Torhild Tallaksen og Gro Lislegard-Bækken fra Utdanning- og barnevernsavdelingen.

Intervjuene med *Bufetat* ble gjennomført 16.10.2017. Vi hadde et formøte 25.8.2017. Tilsynsteamet bestod av fylkeslege Anne-Sofie Syvertsen og Anne Stiansen fra Helse- og sosialavdelingen, samt Gro Lislegard-Bækken fra Utdanning- og barnevernsavdelingen.

Intervjuene med *Aleris* ble gjennomført 25.10.2017. I forkant hadde vi hatt en samtale med familiehjemmet Stina bodde i, i regi av Aleris. Tilsynsteamet bestod av Gro Lislegard-Bækken og Torhild Tallaksen fra Utdanning- og barnevernsavdelingen hos Fylkesmannen, samt barne- og ungdomspsykiater Rikard Nygård ved Statens helsetilsyn.

Intervjuene med *SSHF* ble gjennomført 31.10, 1.11 og 3.11.2017. Tilsynsteamet bestod av fylkeslege Anne-Sofie Syvertsen og Anne Stiansen fra Helse- og sosialavdelingen og Gro Lislegard-Bækken fra Utdanning- og barnevernsavdelingen, samt barne- og ungdomspsykiater Rikard Nygård fra Statens helsetilsyn.

Intervjuene med *Kristiansand kommune* ble gjennomført 8., 13. og 14.12.2017. Tilsynsteamet besto av fylkeslege Anne-Sofie Syvertsen og Anne Stiansen fra Helse- og sosialavdelingen og Gro Lislegard-Bækken fra Utdanning- og barnevernsavdelingen. Videre barne- og ungdomspsykiater Rikard Nygård fra Statens helsetilsyn og Sigrunn Madland som ekstern konsulent med barnevernfaglig kompetanse.

Vi har innhentet journaldokumentasjon fra følgende instanser:

- ✓ Komplette journaler fra Sørlandet Sykehus for perioden 5.10.10 til 28.7.17, samt kopi av all inngående og utgående korrespondanse (2010 - 2017). Oppfølgingsnotat etter journalgjennomgang ved psykologspesialist i ABUP datert 10.08.2017. Aktuelle avviksmeldinger og årsaksanalyser fra Sørlandet Sykehus
- ✓ Journal fra Sykehuset Telemark for perioden 26.02.17 – 28.2.17
- ✓ Journal fra Sykehuset Østfold for perioden 30.3.17
- ✓ Journal fra Vestre Viken for perioden 23.4 - 22.5.2017
- ✓ Journal fra Oslo Universitetssykehus (Ullevaal) 14.2 – 17.2.2017
- ✓ Journal fra Røyken og Hurum legevakt
- ✓ Journal fra Mossregionens legevakt
- ✓ Journal fra Evje og Hornnes legevakt
- ✓ Journal fra Vennesla legevakt
- ✓ Journal fra Kristiansand legevakt
- ✓ Journal fra Arendal legevakt
- ✓ Journal fra Skien legevakt
- ✓ Journal fra Mandal legevakt
- ✓ Journal fra fastleger
- ✓ Journal fra psykolog tilknyttet barneverninstitusjon
- ✓ Journal fra helsestasjoner i tidligere bostedskommune
- ✓ Journal fra Kristiansand helsestasjon
- ✓ Komplette saksmapper fra barneverntjenesten i tidligere bostedskommune
- ✓ Komplette saksmapper fra Barneverntjenesten for Kristiansandsregionen
- ✓ Relevante dokumenter fra Bufetat og komplette journalnotater
- ✓ Komplette saksmapper fra Næringsomsorg Sør (NOS)
- ✓ Komplette saksmapper fra Serio Ungdomssenter
- ✓ Komplette saksmapper fra Aleris Ungplan & BOI
- ✓ Komplette saksmapper fra Agder og Telemark Ungdomsinstitusjon, avdeling St.Hansgården
- ✓ Komplette saksmapper fra Agder og Telemark Ungdomssenter Akutt, avdeling Klokkehuset
- ✓ Kopi av alle tvangsprotokoller for perioden 1.9.16 – 26.7.17

I tillegg har vi innhentet redegjørelser, aktuelle rutiner og annen styringsdokumentasjon fra de virksomhetene vi har ført tilsyn med.

Faktagrunnlagene, basert på samtalene og mottatt dokumentasjon i sakene ble sendt til instansene for kontradiksjon. Stinas historie slik den fremstår i hovedrapporten er godkjent av Stina selv.



