

Rådgivende uttalelse:

Dato: 20. april 2018

Sak: 17/1

Klager: Barnevernet i A kommune

Innklaget: Staten v/ Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir)
Postboks 2233
3103 Tønsberg

Nemnda: Advokat Tore Roald Riedl (leder), kommuneadvokat Joakim Zahl Fjell og tingrettsdommer Ingrid Smedsrud

Avgjørelsesform: Nemndas avgjørelse er fattet i nemndsmøte basert på skriftlige fremstillinger.

Saken gjelder: Saken gjelder uenighet mellom stat og kommune om betaling for institusjonsopphold for gutt født 2000 for perioden xx. januar 2015 og fremover.

A omsorgskommune
B region

I møte 20. april 2018 fattet Barnevernets tvisteløsningsnemnd i sak nr. 17/1 slik

rådgivende uttalelse:

Saken gjelder uenighet mellom stat og kommune om betaling for institusjonsopphold for gutt født 2000 for perioden xx. januar 2015 og fremover. Kommunen mener staten fra nevnte tidspunkt er forpliktet til å betale utgifter over kommunal egenandel i henhold til barnevernlovens ordinære betalingssystem. Staten mener at utgiftene skal dekkes av kommunen på grunn av guttens funksjonshemninger frem til 24. mai 2016 da guttens diagnoser ble revurdert, herunder at denne del av saken må avvises som følge av manglende kompetanse for nemnda. Fra dette tidspunkt aksepteres derimot en ansvarsfordeling tilsvarende prisen for 1:1 bemanning.

Twisten ble oversendt Barnevernets tvisteløsningsnemnd den 3. mars 2017. Bufetat innga tilsvaret 2. november 2017. Så vel kommunen som Bufetat samtykker i at nemnda behandler saken.

Nemnda behandlet saken i møte 17. november 2017. Det ble her besluttet å gi Bufetat anledning til å avgi ytterligere uttalelse i tråd med dets ønske for det tilfellet nemnda vurderte ikke å avgrense uttalelsen til perioden etter at barnets diagnose var endret. Slik uttalelse er avgitt av Bufetat 1. desember 2017. Kommunen har kommentert uttalelsen i brev 22. desember 2018. I brev 11. januar 2018 har kommunen opplyst at det vil bli ettersendt en ny utredningsrapport om gutten, og ba om at saken ikke ble behandlet før denne forelå. Rapporten ble oversendt ved kommunens brev 8. februar 2018. Bufetat er ved sekretariatets brev 14. mars 2018 gitt en ukes frist for å inngi merknader til rapporten og kommunens brev. Bufetat har ikke ønsket å avgi ytterligere merknader.

Nemnda har etter dette behandlet saken i møte 20. april 2018.

Sakens bakgrunn

Familien kom til Norge fra et annet nordisk land julen 2014. Etter at gutten hadde begynt på ungdomsskole i begynnelsen av januar 2015, tok skolen kontakt med barneverntjenesten grunnet stor bekymring for ham.

Den xx. januar 2015 fattet kommunen vedtak om tiltak i form av plassering av gutten i institusjon i medhold av barnevernloven § 4-4 fjerde ledd. Vedtaket skjedde etter avtale med foresatte. Fra dette tidspunkt har gutten vært plassert ved et ressursenter. Plasseringen innebærer at han bor alene i en enebolig der det til enhver tid er to miljøterapeuter som har ansvaret for ham, det vil si såkalt 2:1 bemanning. Det er bestemt at han skal bo her til han er 18 år.

Etter forenklet behandling basert på samtykke fra sakens parter, fattet fylkesnemnda xx. september 2016 vedtak om omsorgsovertakelse av gutten med hjemmel i barnevernloven § 4-12 første ledd bokstav a) og med plassering på samme institusjon som han hadde vært siden xx. januar 2015.

Våren 2015 mottok barneverntjenesten dokumenter vedrørende gutten og hans familie fra myndighetene i hans tidligere hjemland. Disse er fra perioden 2006-2014.

Av en oversatt oppsummering fra barneverntjenesten i guttens hjemland xx. januar 2006, fremgår at barneverntjenesten der første gang kom i kontakt med gutten og hans foreldre i 2004. Dette var etter at de hadde mottatt bekymringsmelding fra en rehabiliteringsinstitusjon hvor mor var under behandling. Mor, som hadde en lang historie som rusmisbruker, hadde avsluttet behandlingen uten å fullføre. Hun hadde også symptomer forenlig med borderline. Guttens far var på dette tidspunkt aktiv rusmisbruker. Foreldrene hadde flyttet fra hverandre, og gutten bodde sammen med sin mor. Etter dette mottok barneverntjenesten gjentatte bekymringsmeldinger. Tiltak i form av råd og veiledning hadde vært forsøkt, men samarbeidet med mor var vanskelig. Barnehagen hadde uttrykt stor bekymring for guttens oppførsel og tilstand. Høsten 2003 ble det konstatert vesentlige avvik i utviklingen, og gutten ble beskrevet som hyperaktiv.

Videre fremgår at han den xx. juni 2005 på et statlig diagnosesenter hadde fått følgende diagnoser i henhold til ICD-10:

F81.9 Uspesifisert utviklingsforstyrrelse i skoleferdigheter

F83 Blandet utviklingsforstyrrelse i spesifikke ferdigheter

F90.0 Forstyrrelser av aktivitet og oppmerksomhet

Z60.8 Annet spesifisert problem i forbindelse med sosialt miljø

Av legeerklæring xx. april 2008 fremgår i tillegg at gutten hadde hatt meget vanskelig atferd over lengre tid og at han gjentatt har oppfylt diagnosen ADHD og opposisjonsforstyrrelse (ODD). Han hadde i tillegg økende symptomer på tvang og mani de siste 12 månedene. Han ble ansett å ha intelligens rett over grensen av psykisk utviklingshemming.

Det er videre fremlagt en oversettelse av et udatert skriv benevnt *Sammendrag medisinsk/nevrologisk utvikling* fra hjemlandets statlige diagnose- og rådgivningssenter utferdiget av barnelege og direktør ved senteret. Innledningsvis fremgår her:

(...) har vært pasient fra tidlig alder, grunnet alvorlige vansker i forhold til utvikling, atferd og regulering, i tillegg til helseproblemer. Han har også blitt evaluert av et tverrfaglig team ved Statlige Diagnose- og Rådgivningssenter for barn med handicap ved to anledninger, og har vært langtidspatient ved Barn og voksen psykiatri divisjon ved det nasjonale sykehuset, i tillegg til

barneklubben. Han har derfor hatt sammensatte helse- og utviklingsproblemer som har vist seg å være en ekstrem kompleks utfordring for tjenesteytere og hans familie.

Om hans intellektuelle evner heter det blant annet:

Han viser tegn til utviklingsvansker ved tidlig alder, men forsinkelse på de fleste områder utenom grovmotorikk. Hans atferdsproblemer skapte vanskeligheter med formelle evalueringer av hans intellektuelle fungering. Gjentatte IQ-tester og utviklingsundersøkelser har plassert hans kognitive evner på eller litt over den øvrige grense på mild mental retardasjon med noe uoverensstemmelse mellom og innenfor de større områdene, den siste WISC-R (intelligenstest), givende FS IQ 68, med verbal forståelse skåring på 77, perseptuell organisering 70, hurtighet prosissering 75, hukommelse 80. Han har noe bedre akademiske ferdigheter, som å lese engelsk på internett, men mangel på samarbeid har vært en stor hindring på disse områdene, i tillegg til adaptiv atferd, som ADL og personlig interaksjon. Det kan konkluderes at hans funksjonelle intellektuelle evner kan sammenliknes med mild mental retardasjon.

Om guttens atferd heter det:

Han ble diagnostisert med ADHD i tidlig alder, i tillegg til opposisjonell tross atferd. Han lider også av søvnevansker. Økende vansker med sosial interaksjon og tvangshandlinger ble observert ved 8-9 års alder og evaluering for autisme og ADI og ADOS viste resultater i samsvar med atypisk autisme. Han viser fortsatt noe ekstrem vanskelig atferd, inkludert sinneutbrudd med banning og aggresjon mot mor og søsken og ulike gjenstander hjemme. Det har også forekommet noen korte depressive episoder med trusler om selvmordsforsøk.

Om medisinerbruken den gangen opplyste legen:

Han får i dag Concerta 36 mg på morgningen, Risperdal 2,5 mg om kvelden/natten, og Amitriptylin 50 mg og Nozinan 20 mg ved leggetid. I tillegg får han Seecot 2-3 tabletter på kvelden/natten og Laxoberal 15 dråper daglig.

I tillegg ble det opplyst at gutten hadde vanskeligheter med kontroll med avføringen, herunder forstoppelse og helt mangel på samarbeid fra guttens side. Elektiv kolostomi ble satt på plass i håp om at dette ville resultere i mer samarbeid fra guttens side.

Avslutningsvis heter det om nødvendige tjenester:

Han vil ha behov for tilrettelagt undervisning, med fokus på hans utviklingshemming så vel som hans atferd- og tilpasningsproblemer, inkludert autistiske aspekter av funksjonshemmingen. Han vil ha behov for medisinsk behandling og oppfølging for hans atferdsmedisinering og for hans gastrointestinale problemer. Familien vil trenge støtte og veiledning, i tillegg til avlastning. Det bør tas spesielt hensyn til brødrenes ve og vel/beste.

Av udatert oversatt skriv fra Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling på sykehus i hjemlandet, opplyses at gutten hadde vært pasient ved sykehuset siden september 2008 da han var 8 år. Han ble henvist dit grunnet alvorlig stemningslidelse med banning og aggresjon mot mor og søsken, generelle angstlidelser med trusler om selvmordsforsøk. Mange medisinske behandlinger var forsøkt, men uten tilfredsstillende resultat. Han hadde en innleggelse i 2011 grunnet sin kroniske ikke-organiske enkoprese og en innleggelse i 2013 grunnet et selvmordsforsøk. Diagnosen F84.1 Atypisk autisme ble stilt i april 2011. Han hadde tilbud om terapeutisk behandling ved sykehuset fra oktober 2012, men som etter det opplyste ble avsluttet i april 2013 grunnet konflikt med guttens dagsplan. Etter dette skal sykehuset i det vesentlige hatt fokus på å støtte familien i å leve med gutten og hans store vanskeligheter. I skrivet opplyses at han hadde følgende diagnoser:

F84.1 Atypisk autisme

F70.1 Mild mental retardasjon, signifikant variasjon/fall i atferd som krever behandling

F90.0 Forstyrrelse i aktivitet og oppmerksomhet

F98.1 Ikke organisk enkoprese

Etter at gutten kom til Norge henviste barneverntjenesten i 2015 ham til BUP ved sykehuset i B grunnet mistanke om suicidalfare, angst og atferdsforstyrrelse/trasslidelse. Gutten hadde vært tungt medisinert fra hjemlandet, og det ble begynt med en nedtrapping av medisinbruken. BUP henviste ham igjen til sykehusets seksjon for poliklinisk utredning og behandling. Det ble bedt om en utredning og revurdering av diagnosen F84.1 Atypisk autisme. Av utredningsrapport derfra xx. mai 2016 heter det følgende under avsnittet *Klinisk inntrykk og vurdering*:

Det fremkommer i samtaler med (...) ferdigheter i forhold til kommunikasjon og samspill som ikke støtter hypotese om en autismespekterforstyrrelse. Nonverbale kommunikasjonsferdigheter er i stor grad på plass, og støtter opp i samtalen oss imellom. Han følger opp mine innspill og kommer med tilleggsinformasjon. Han gir ikke et autistisk inntrykk, og observasjon av atferd er i overensstemmelse med observasjon av atferd under ADOS, samt skoleobservasjon. Relasjonelt sette oppleves han allikevel som svært avvikende, med klare sosiale funksjonsvansker og betydelige atferdsvansker. Han viser klare mentaliseringsvansker, både i forhold til selv og evne til å ta andres perspektiv. Åpenbart stort indre emosjonelt trykk og gjennomgående reguleringsvansker. Han gir inntrykk av å ha indre høyaktivert beredskap.

I rapporten konkluderes blant annet med:

Etter en samlet klinisk vurdering av all tilgjengelig informasjon fra denne utredningen er det ikke grunnlag for en diagnose innen autismespekteret. Det fremkommer ferdigheter i forhold til samspill og kommunikasjon som ikke er i overensstemmelse med en autismespekterforstyrrelse.

Diagnosen F84.1 Atypisk autisme avsluttes.

*Det fremkommer i utredning betydelige avvik i sosiale relasjonsmønstre og dysfunksjonell reguleringsevne, som ikke kan forklares med en autismetilstand. Det konkluderes etter utredning med diagnosen **F94.4 Uspesifikk forstyrrelse av sosial fungering i barndommen**. Ut ifra opplysninger i journal om tidligere omfattende traumatiske belastninger i mellommenneskelige relasjoner (forutsettes kjent og utdypes ikke ytterligere her) er dette med all sannsynlighet med på å forklare hans sosiale funksjonsvansker, reguleringsvansker og utfordrende atferd.*

Evnemessig fungering

(...) har også fra før diagnosen F.70.0 Lett psykisk utviklingshemming stilt på (...). Skolen opplever hans skoleprestasjoner som varierende og lurer på evnemessig fungering. Det har vært drøftet i ansvarsgruppe om det bør gjennomføres en ny evnetest. Spesialist i ped. Psyk. Rådgivning (...) har i samråd med PPT konkludert med at «en retesting av hans evnenivå bør vente til ett til to år frem i tid. Det er indikasjoner for at han har vært understimulert over flere år og at en da kan forvente en bedret evnemessig fungering med bedre stimulering. Det er imidlertid for tidlig å gjøre en revurdering av dette nå da den endrede omsorgs og opplærings-situasjonen eventuelt vil kunne medføre en endring i fungering, men dette vil ta tid. Foreløpig opprettholdes diagnosen lett psykisk utviklingshemming, frem til dette revurderes før 18 års alder.»

I rapporten gis gutten følgende diagnoser:

F94.4 Uspesifisert forstyrrelse av sosial fungering i barndommen

F70.0 Lett psykisk utviklingshemming

Om den nylig avsluttede vurdering av gutten fremgår avslutningsvis under dette punkt.

Fylkesnemnda har i sitt vedtak xx. september 2016 gitt en beskrivelse av gutten etter at han kom til Norge. Om guttens fungering på ressurscenteret der han har bodd siden akuttvedtaket xx. januar 2015 og på skolen heter det her blant annet:

Ved (...) ressurscenter har det vært en utvikling i hans fungering. Han har et tiltak hvor det til enhver tid er to miljøterapeuter som har ansvar for han. Han bor i en enebolig hvor han er den eneste beboeren. I starten av oppholdet forholdt han seg ikke til miljøarbeiderne, og det var mange utageringer hvor han knuste ting i rommet – datamaskiner, telefoner, møbler og glassruter. Han ville ikke spise sammen med miljøarbeiderne, og spiste kun brødkiver uten skorpe med sjokoladepålegg.

Dette har endret seg noe, og han kan spise andre ting, og kan av og til sitte ved bordet sammen med andre. Han har store utfordringer knyttet til dette, da omgivelsene reagerer negativt på hans bordmanerer.

Institusjonen arbeider med ADL-trening, og personlig hygiene. Også på dette siste punktet ser en fremgang. Han har fått opplæring i stell av stomien sin, men vegrer seg sterkt for dette, og det

blir mye søl og lukt. Da han kom, ville han ikke dusje eller pusse tenner, noe de nå kan få han til å gjøre flere ganger pr. uke.

Institusjonen har lagt til rette for at han skal kunne ha en fritid med andre ungdommer, men dette har vist seg å være vanskelig. Det er få ungdommer som vil ha noe med han å gjøre, og det har vært en episode hvor han har blitt utestengt fra den lokale ungdomsklubben på grunn av hans voldsutøvelse.

Han har også hatt kontakt med et uheldig miljø hvor det har vært en del rus. En periode så han opp til noen i dette miljøet, og ønsket seg identitet i dette miljøet. Institusjonen er tidvis usikker på om han ruser seg, eller bare snakker om det. De har hatt mistanke om rus, og er nå oppfordret til å be han avlegge urinprøver når de er usikre på dette.

(...) går på (...) grunnskole, avdeling (...). Her har han hatt et helt eget opplegg, hvor han har hatt en-til-en kontakt. Til å begynne med var fokuset å få han til å være på skolen hele dager. Dette har man fått til, og gutten vil på skolen. Men det har vært vanskelig å få til undervisning av han. Han kommuniserer på engelsk, og har store huller i sine kunnskaper. Skolen har forsøkt å finne ut om han har noen interesser det kan bygges på, men dette endres fort. Han kan den ene dagen si at han ønsker å mekke på en bil, for så å gå fra dette når muligheten for dette er etablert. Det samme har skjedd med andre ønsker fra gutten.

(...) har utviklet et godt forhold til sin lærer. Men gutten har en tilnæringsstil som er vanskelig å takle. Han kan ta kontakt ved å slå eller gjøre seksuelle tilnærmelser, som å ta på brystene eller i skrittet. Skolen ser på dette som svært utfordrende, og det jobbes både med dette og hans seksualiserte språk. En periode uttrykte gutten tanker om at han skulle voldta små barn og kunne peke ut personer i skolegården som han tenkte å gjøre dette med.

Etter jul han har vært utplassert på videregående sammen med en fast ansatt fra skolen. Her har han deltatt i naturbruk og har opplevd stor glede ved dette. Han har søkt videregående og ønsker å begynne der.

Gutten har i november 2017 vært til utredning ved Sykehuset ..., seksjon barne- og ungdomshabilitering for revurdering av hans diagnose F70.0 Lett psykisk utviklingshemming. Av psykolograpport derfra xx. januar 2018 fremgår at diagnosen er fjernet da gutten ikke fyller kriteriene for denne. Diagnosen F81.3 Blandet utviklingsforstyrrelse i skoleferdigheter er nå satt. Diagnosen fra 2016, F94.9 Uspesifisert forstyrrelse av sosial fungering i barndommen, er blitt stående.

Om funksjonsnivå heter det i rapporten:

(...) skårer over grensen for en lett psykisk utviklingshemming på de kognitive oppgavene, men er strukturert undersøkelse av hans tilpasningsferdigheter viser lavere resultater. Dette tyder på at ... ikke klarer å nyttiggjøre seg sine kognitive ressurser på en optimal måte. Vår vurdering er at

dette trolig skyldes hans trøblete oppvekst og hans psykiatriske vansker. Der er derfor vår anbefaling at ... får oppfølging og behandling for sine psykiatriske vansker. Han er i samtale med undertegnede også motivert for dette. Han har vært i økende grad hjelpesøkende og kontaktsøkende i vår kontakt under utredningen.

Det går for øvrig frem av notatet at gutten har skoletilbud ved videregående skole ut året, men at han for tiden ikke går på skolen. Han tilbringer tiden hovedsakelig med å spille playstation, være med personalet på kjøreturer og være sammen med sin kjæreste. Han skal det siste halve året ha hatt en roligere periode. Han har oppfølging av forebyggende enhet i politiet og leverer ukentlig urinprøver.

Det er uenighet mellom kommunen og staten om hvordan kostnadene for omsorgen av gutten skal dekkes.

Partenes anførsler

A kommune har i det vesentlige anført at de har vært i kontakt med Bufetat flere ganger, herunder allerede ved plasseringen av gutten den xx. januar 2015 fordi han på grunn omfattende problemer ikke kunne plasseres på en ordinær barneverninstitusjon, men hadde behov for tilleggstyelser innenfor helsesektoren. Kommunen mente guttens problemer i det alt vesentlige skyldtes omsorgssvikt, noe mottatte dokumenter fra hjemlandet barnevern bekrefter. Det fremgår her at gutten har vokst opp under alvorlig omsorgssvikt med foreldre som hadde store rusproblemer i tillegg til psykiatriske problemstillinger. Ny henvendelse til Bufetat ble derfor gjort i april 2015 etter at nevnte dokumenter var mottatt.

Bufetat har anført at ingen av de nevnte diagnosene fra hjemlandet kan ha sin dominerende årsak i omsorgssvikt fordi dette er nevrobiologiske/organiske lidelser som oppstår uavhengig av oppvekstvilkår. Kommunen er uenig i denne anførsel, som i beste fall er upresis.

Etter utredningen fra xx. mai 2016 har gutten ikke lenger diagnosen F84.1 Atypisk autisme, men i stedet diagnosen F94.9 Atypisk forstyrrelse av sosial fungering i barndommen. Diagnosen F90.0 (ADHD) er tidligere fjernet. Diagnosen F70.0 Lett psykisk utviklingshemming er nå også fjernet. Gutten har vært understimulert over flere år. Ifølge siste fremlagte rapport vurderes guttens problematikk å skyldes hans «*trøblete oppvekst og hans psykiatriske symptombilde*».

Det er omsorgssvikten alene som er årsaken til, eller i det minste den dominerende årsak til, plasseringen. Bufetat må derfor dekke alle kostnader til plasseringen med unntak av kommunens ordinære egenandel.

Først i brev xx. november 2016 har Bufetat foreslått en kostnadsfordeling fra og med den xx. mai 2016. Bufetat kan ikke høres med at de ikke har noe ansvar før fra tidspunktet de ble kjent med konklusjonen i utredningen fra xx. mai 2016. Når årsakssammenhengen er konstatert, må den få

virkning for plasseringsutgiftene fra og med plasseringen xx. januar 2015. Tidspunktet for når omsorgssvikten ble konstatert som årsak til guttens problematikk er av liten betydning.

Det er heller ikke grunnlag for Bufetats krav om en ansvarsfordeling slik de foreslår i brev xx. november 2016.

Kommunens refusjonskrav omfatter differensen mellom kommunens ordinære egenandel for barnet ved plassering på institusjon og den faktiske kostnad for plasseringen. Kommunen har i perioden xx. januar 2015 til xx. mars 2017 betalt i alt 12 986 878 for oppholdet. Plasseringen vil fremover fortsette på samme sted.

Kommunen har nedlagt slik påstand:

Bufetat har ansvar for å dekke alle utgifter knyttet til plasseringen av barnet i institusjon fra og med den xx.01.2015, med unntak av kommunens alminnelige egenandel som følger av forskrift om statlig regional barnevernsmyndighets rett til å kreve refusjon fra kommunen for opphold i institusjon.

I sin siste uttalelse har kommunen nedlagt følgende tilleggspåstand:

Dersom A kommunen gis helt eller delvis medhold i saken, plikter Bufetat, i tillegg til dekning av utgifter knyttet til plasseringen av barnet, også å betale forsinkelsesrente i medhold av forsinkelsesrentelovens bestemmelser for det beløp som kommunen har betalt/betaler for mye, regnet fra og med den xx.01.15 og til betaling skjer.

Bufetat har i det vesentligste anført at plasseringen opprinnelig ble foretatt uten bistand fra Bufetat, hvilket er den prinsipale begrunnelse for Bufetats manglende dekning av kommunens krav. Bufetat har inntil diagnosene ble endret vurdert det slik at barnet primært har sine rettigheter etter annet lovverk enn barnevernloven og derfor avvist plassering i barneverninstitusjon. Bufetat hadde heller ikke mulighet til å foreta valget av tiltak/leverandør, herunder forhandle på pris. Dette taler også for at Bufetats økonomiske dekning begrenses til å gjelde fra xx. mai 2016.

Kommunens krav faller utenfor reglene om økonomisk ansvarsfordeling i barnevernloven kapittel 9 og må avvises. Tvisteløsningsnemndens rådgivende uttalelse må begrenses til perioden etter at barnets diagnoser ble endret. I sin tilleggsuttalelse av xx. desember 2018 har Bufetat fastholdt sitt standpunkt om avvising, men uten å ha noen ytterligere merknader til dette spørsmål ut over det som allerede er anført.

Dersom nemnda ikke avviser kommunens krav for perioden frem til guttens diagnose ble revurdert, anføres at det bør legges særlig vekt på at kommunen allerede ved første kontakt med Bufetat opplyser at dette er et barn som ikke kan plasseres i ordinær barneverninstitusjon da han er i behov av tilleggsytelser innen helse, jf § 14-4 c. Kommunen viste til at gutten hadde ADHD,

autisme og lettere psykisk utviklingshemming og trengte omfattende behandling innen psykiatrien. Guttens diagnoser fra hjemlandet pr april 2013 bekreftes for Bufetat i april 2015. Det er disse diagnosene som må legges til grunn for den økonomiske ansvarsfordelingen i perioden før rapporten forelå i mai 2016. Diagnosene må anses som funksjonshemninger i rundskrivets forstand og er også i tråd med nemndas vurderinger i sak 16/1, 14/2 og 13/6. Ingen av diagnosene har sin dominerende årsak i omsorgssvikt da dette er nevrobiologiske/organiske lidelser som oppstår uavhengig av oppvekstvilkår. Det er kommunens ansvar å dekke de ekstratilpasninger som følger av diagnosen, jf rundskrivet del III pkt 5 de to siste avsnitt.

Selv om dokumentene som forelå synliggjorde at gutten hadde levd under utilfredsstillende omsorg i sitt hjemland, er vedtaket om hjelpetiltak etter barnevernloven § 4-4(4) begrunnet i mor og øvrige families frykt for ham og at mor og stefar opplever å være utslitt. Det er ikke dokumentert mangler ved den alminnelige omsorg gutten ble gitt etter at han kom hit til landet. Det dreier seg om en gutt som har et større omsorgsbehov enn foreldre med alminnelig god omsorgskompetanse er i stand til å gi. Kommunen vurderte da også hjelpetiltak utenfor hjemmet som tilstrekkelig etter barnevernloven. Tenkt diagnosene borte, ville gutten/familien mest sannsynlig ikke vært i behov av hjelp fra barnevernet.

Bufetat aksepterer at det ikke lenger er grunn til å avvise plassering i barneverninstitusjon når det ved erklæringen xx. mai 2016 ble brakt på det rene at gutten hadde levd under omsorgssvikt, og at autismediagnosen ikke lenger ble opprettholdt. Diagnosen lettere psykisk utviklingshemming ble imidlertid opprettholdt, og det er verken uttrykt eller dokumentert mangler i mors alminnelige omsorgsevne etter ankomst til Norge. Det må derfor legges til grunn for ansvarsfordelingen at gutten har en diagnose som anses som en funksjonshemming i rundskriv Q-06/2007s forstand, en diagnose som vanligvis ikke har sitt opphav i omsorgssvikt. Det vises til BTN uttalelse i sakene 15/5, 14/2 og 16/3 der psykisk utviklingshemming i kombinasjon med omsorgssvikt har vært tema.

Årsaken til at gutten ikke kan ivaretas innenfor rammene av ordinær barnevernsinstitusjon er i all hovedsak begrunnet i hans psykiske utviklingshemming. De særlige tilpasninger som er iverksatt, er det således kommunens ansvar å dekke.

Bufetat har ikke nedlagt noen formell påstand, men nemnda forstår det slik at Bufetat prinsipalt mener kravet knyttet til tiden fra plasseringen xx. januar 2015 og frem til diagnosene ble revurdert den xx. mai 2016 faller utenfor reglene om økonomisk ansvarsfordeling i barneloven kapittel 9 og derfor må avvises.

Bufetat aksepterer derimot økonomisk ansvarsfordeling fra xx. mai 2015, men mener dette må begrenses til utgiftene for 1:1 bemanning. Ekstrautgifter ut over dette erkjennes det ikke ansvar for fordi de må anses begrunnet i guttens funksjonshemming.

Dersom kravet ikke avvises oppfatter nemnda Bufetat i sin uttalelse 1. desember 2017 dithen at den mener deres økonomiske ansvar i perioden xx. januar 2015 til xx. mai 2016 må begrenses til

kr 7 615 pr døgn som er budsjettert døgnpris for rammeavtalekjøp. Etter fradrag for kommunal egenandel jf. barnevernloven §§ 9-4 og 9-5 foreslår Bufetat i tilleggssuttalelsen 1. desember 2017 følgende dekning fra Bufetat pr døgn:

For 2016: $7\,615 - 2\,200 = \text{kr } 5\,415$

For 2017: $7\,615 - 2\,136 = \text{kr } 5\,479$

Nemndas bemerkninger

1.

Høsten 2007 utarbeidet det daværende Barne- og likestillingsdepartementet rundskriv Q-06/2007 om oppgave- og ansvarsfordeling mellom kommuner og statlige barnevernmyndigheter og om betalingsordninger i barnevernet ("betalingsrundskrivet"). Ved praktisering av rundskrivet erfarte staten og kommunene at det er vanskelig å unngå gråsoner hva gjelder oppgave- og betalingsansvar i enkelte av disse sakene.

I samarbeidsavtale av 19. august 2008 mellom Kommunenes Sentralforbund (KS) og

Regjeringen v/daværende Barne- og likestillingsdepartementet om utvikling av barnevernet, ble partene enige om å etablere et tvisteløsningsorgan for de såkalte "gråsonesaker". Dette er saker der det er tvist mellom kommune og stat om grensen mellom statens betalingsansvar etter barnevernloven og kommunenes betalingsansvar etter annen lovgivning. Gråsonesaker oppstår der et barn har behov for tiltak både etter barnevernloven og andre velferdslover.

På bakgrunn av ovennevnte opprettet partene 1. januar 2010 Barnevernets tvisteløsningsnemnd. Nemnda er et uavhengig organ som skal gi rådgivende uttalelser i gråsonesaker som begge parter velger å bringe inn for nemnda. Nemndas uttalelse er ikke rettslig bindende.

Nemnda består av en leder, to faste medlemmer og to varamedlemmer. Leder er utnevnt av Barne- og likestillingsdepartementet (BLD) i samarbeid med KS for en periode på inntil 4 år. BLD utnevner ett fast medlem med vara på fritt grunnlag og ett fast medlem med vara etter forslag fra KS. Nemndas leder og medlemmer skal ha juridisk kompetanse. Hver sak behandles av leder, ett medlem som er oppnevnt på fritt grunnlag og ett medlem som er oppnevnt etter forslag fra KS.

KS og departementet utarbeidet saksbehandlingsregler for nemnda 17. november 2009 og for nemndas sekretariat. Saksbehandlingsreglene ble sist revidert i februar 2017.

2.

Det rettslige utgangspunkt om fordeling av utgifter i barneverntjenesten følger av barnevernloven § 9-4 og § 9-5:

§ 9-4 Statlig regional barnevernmyndighets økonomiske ansvar for barneverntjenesten
Når det gjelder barn under 20 år som blir plassert i fosterhjem eller institusjon eller får opphold i senter for foreldre og barn, skal statlig regional barnevernmyndighet dekke den del av kommunens utgifter som overstiger det kommunen plikter å betale etter § 9-5.

§ 9-5 Statlig regional barnevernmyndighets rett til å kreve refusjon fra kommunen. Den kommune som har søkt om inntak i institusjon eller for barn og foreldre i senter for foreldre og barn, skal yte delvis refusjon av oppholdsutgifter til statlig regional barnevernmyndighet etter satser fastsatt av departementet. Det kan også fastsettes satser for kommunal refusjon ved inntak i institusjon eller senter for foreldre og barn med tilknyttet spesialisttjeneste etter denne loven. Departementet kan gi forskrifter om refusjonsordningen.

Med hjemmel i barnevernlovens § 9-5 er det gitt forskrift om statlig regional barnevernmyndighets rett til å kreve refusjon fra kommunen for opphold i institusjon (FOR 200311-26-1397). Satsene fastsettes hvert år i statsbudsjettet, jf. forskriften § 4, og meddeles i departementets årlige rundskriv. Etter dette vil statlig regional barnevernmyndighet refundere kommunens oppholdsutgifter til fosterhjems plassering i den utstrekning de overstiger den fastsatte sats per plass per måned.

Barn og ungdom med funksjonshemninger - og som samtidig har behov for barneverntjenester - kan ha rett til både statlige spesialisthelsetjenester, kommunal omsorg og behandling og tjenester etter barnevernloven. Dette innebærer at et barn med sammensatte problemer som er plassert i barneverninstitusjon også har rett til hjelpetiltak etter annet lovverk. I dette skjæringsfeltet mellom statlige og kommunale ansvarsområder oppstår et kostnadsfordelingsspørsmål som ikke er løst i de ovennevnte lover og forskrifter. I det såkalte betalingsrundskrivet Q-6/2007 fra det daværende Barne- og likestillingsdepartementet er det forsøkt oppstilt retningslinjer for håndtering av dette kostnadsfordelingsspørsmålet.

Det fremgår av innledningen til betalingsrundskrivet at formålet er å "*sikre mest mulig ensartet forståelse og praktisering i hele landet når det gjelder oppgave-, ansvars- og utgiftsfordelingen mellom kommuner og statlig regionale barnevernmyndigheter.*"

I betalingsrundskrivet Q-6/2007 er det fremhevet at barneverntjenestens ansvar er av subsidiær karakter også overfor funksjonshemmede barn. I del II punkt 2.5 heter det bl.a.:

«At barnet er funksjonshemmet gir ikke i seg selv grunnlag for å plassere barnet utenfor hjemmet med hjemmel i barnevernloven. Det er bare dersom det funksjonshemmede barnet samtidig faller inn under de alminnelige vilkårene for tiltak etter barnevernloven at barnevernloven kommer til anvendelse. At barnet på grunn av funksjonshemmingen har

større omsorgsbehov enn foreldre med alminnelig god omsorgsevne er i stand til å ivareta, er ikke tilstrekkelig til plassering utenfor hjemmet etter barnevernlovens regler.»

I del III punkt 5 er det bl.a. uttalt følgende om kostnadsfordelingen for særskilte tiltak som har sammensatte årsaker:

«Dersom funksjonshemmede barn plasseres i statlige eller private barneverninstitusjoner, og funksjonshemmingen innebærer at det må settes inn særskilte tiltak eller særlig tilrettelegging skal kommunen dekke den del av utgiftene ved institusjonsoppholdet som knytter seg til barnets funksjonshemming, i tillegg til ordinær andel av oppholdsutgiftene. I en del tilfeller kan det være vanskelig å foreta en grensedracting mellom hvilke tiltak ved institusjonsoppholdet som knytter seg til barnets funksjonshemming. Det må i så fall foretas en konkret vurdering av det enkelte barn. Det vil i den sammenheng være nyttig å se på hvilke behov barn i samme alder med tilsvarende omsorg har. På samme måte kan det være nyttig å se hvilke behov hjemmeboende barn i samme alder og med tilsvarende funksjonshemming har.

En kostnadsdeling som beskrevet ovenfor skal imidlertid ikke skje dersom omsorgssvikten er den dominerende årsak til barnets funksjonshemming. Det vil da være den ordinære betalingsordningen innenfor barnevernet som skal legges til grunn.»

3.

Nemnda skal ta stilling til om gutten har en funksjonshemming, og i tilfelle om omsorgssvikten er årsaken til, eller den dominerende årsaken til, funksjonshemmingen.

Nemnda tar imidlertid først standpunkt til Bufetats påstand om at saken må avvises hva gjelder kostnadene frem til xx. mai 2016, som er det tidspunkt Bufetat aksepterer en kostnadsfordeling fra.

Før nemnda går inn på vurderingen av den konkrete saken, vil den knytte noen merknader til regelverket på området.

Barnevernloven regulerer ansvarsfordelingen mellom det kommunale barnevernet og statlig barnevernmyndighet, inklusive blant annet regionkontor med tilknyttede fagteam samt fylkesnemnda. Kommunens ansvar etter loven er negativt avgrenset og omfatter de oppgaver som etter loven ikke er tillagt statlig barnevernmyndighet, jf barnevernloven § 2-1.

Det er den kommunale barneverntjenesten som eksklusivt kan bestemme om et barn skal plasseres utenfor hjemmet etter bvl. § 2-1, første ledd. Det følger av bvl. § 2-3, andre ledd, bokstav a) at Bufetat skal bistå barneverntjenesten i kommunen med plassering av barn utenfor hjemmet. Av Rundskriv Q-06/2007, pkt. 2.2.2 *Statens ansvar for institusjonstilbudet*, følger at

Bufetat ikke kan avvise å gi kommunen tilbud om institusjonsplass, men kan ta initiativet til drøftelser med kommunen om bruk av alternative tiltak.

Ved plassering utenfor hjemmet med hjemmel i barnevernloven, enten i fosterhjem etter § 4-14 a) eller barneverninstitusjon etter § 4-14 b), følger finansieringsordningen av lovens §§ 9-4 og 9-5. Dette kan stille seg annerledes dersom plasseringen utenfor hjemmet *gjennomføres* i institusjon underlagt annen lovgivning, jf. bvl. § 4-14 c). Verken den kommunale barneverntjeneste eller Bufetat kan treffe beslutning som utløser slik døgnplass (tjenesteleveranse etter annet lovgivning enn barnevernloven). Slike plasseringer krever derfor en avklaring med den aktuelle tjenesten, som selv må treffe beslutning som utløser tjenester etter angjeldende tjenestelov før den kan iverksettes. Foreligger det slik avklaring og positivt vedtak fra den aktuelle tjenesten om rett til hjelp, utløses også finansieringsordningene etter den aktuelle tjenesteloven. Rettighetsforskriften (FOR-2011-11-15-1103), gitt i medhold av bvl. § 5-9, som regulerer gjennomføringen av plasseringen i barneverninstitusjoner, gjelder ikke i institusjoner som er forankret i andre tjenestelover.

Det mest aktuelle alternativet ved plasseringer som beskrevet i bvl. § 4-14 c) vil være en såkalt barnebolig, som drives innenfor rammene av Helse- og omsorgstjenesteloven. Det er også hjemmel for sektorovergripende plasseringer i det psykiske helsevernet, som driver sin virksomhet etter Spesialisthelsetjenesteloven og Psykisk helsevernloven. Sistnevnte variant omtales nærmere i Rundskriv IS-11/2015 *Samarbeid mellom barneverntjenester og psykiske helsetjenester til barnets beste*.

Lovgiver har også gitt klare retningslinjer til både den kommunale barneverntjenesten og Bufetat for å sikre sektorovergripende tjenesteleveranser. Barneverntjenesten er pålagt å passe på at barn som er i kontakt med barneverntjenesten, også får det hjelpetilbudet de har krav på fra andre tjenestefelt, jf. bvl. § 3-2. Bufetat er pålagt å sørge for at det blir etablert et samarbeid mellom barneverntjenesten og disse institusjonene, jf. bvl. § 5-6, som en del av sin bistandsplikt.

Institusjonen gutten er plassert på kan ifølge sin hjemmeside tilby omsorgstilbud til barn, det vil si barnebolig etter helse- og omsorgstjenesteloven, men er også godkjent etter bvl. § 5-8 for plasseringer både etter bvl. §§ 4-4 og 4-12.

Da gutten ble plassert ved institusjonen i januar 2015, fremgår det av barneverntjenestens vedtak, at gutten ble plassert på barneverninstitusjon (§ 4-14 b). Det fremgår riktignok av vedtaket at kommunen på dette tidspunkt mente gutten trengte hjelp fra det psykiske helsevernet og at man ønsket utrednings- og behandlingsplass innen dette tjenestefeltet. Dette endrer imidlertid ikke det formelle, nemlig at gutten ble plassert ved institusjonen i egenskap av barneverninstitusjon.

Det følger videre av Fylkesnemndas vedtak at det i løpet av plasseringsperioden frem til nemndas vedtak, ble brukt tvang nedfelt i tvangsprotokoller. Hjemmelen for slik tvangsbruk finnes bare i rettighetsforskriften, som bare gjelder for barneverninstitusjoner. Det er for såvidt en feil at Fylkesnemnda i vedtakets slutning ikke angir hvilket alternativ i § 4-14 vedtaket gjelder, men

dette har ingen betydning for realiteten. Nemnda viser til at rettighetsforskriften er benyttet overfor gutten og bestemmer konkret plassering ved den aktuelle institusjon som vilkår for omsorgsovertakelsen, jf. § 4-15 annet ledd. Dette innebærer at plasseringen formelt sett ble videreført som plassering i barneverninstitusjon også etter nemndas vedtak, med den følge at det ikke skjedde noen endring i finansieringsstrukturen rundt plasseringen, bvl. §§ 9-4 og 9-5.

Gutten har således vært plassert i barneverninstitusjon fra plasseringstidspunktet og frem til i dag, og det har ikke eksistert noe tilbud fra andre tjenestefelt i samme periode. Det er derfor barnevernlovens finansieringsordning som har vært gjeldende i hele perioden.

Når plasseringen var hjemlet i barnevernloven, og plasseringen ble gjennomført i en barneverninstitusjon, er det naturlig å legge til grunn at finansieringsordningen beskrevet i bvl. §§ 9-4 og 9-5 trådte i kraft fra inntaket i institusjonen. Barnevernloven § 9-4 er nå endret slik at det fremgår klart av loven at statens finansieringsansvar er begrenset til tiltak og tjenester som Bufetat selv tilbyr kommunene. Lovendring er ikke trådt i kraft, men det legges til grunn i forarbeidene (Prop. 73 L (2016-2017)), at endringen representerer en kodifisering av et prinsipp som tidligere har lagt der som en forutsetning for lovens system.

I herværende sak var imidlertid avslaget om finansiering fra Bufetats side primært *ikke* begrunnet i at institusjonen ikke var en del av Bufetats tilbud, men at barnet hadde behov for plassering i institusjon etter annet lovverk. Det er for så vidt riktig at Bufetat kan innlede drøftinger med kommunen rundt barnets behov, men bistandsplikten løper likefullt parallelt. Nemnda mener også at Bufetats finansieringsansvar ikke ble suspendert av at det ble innledet drøftinger med kommunen om barnets behov. Bufetat kan heller ikke høres med at de i ettertid viser til at institusjonen ikke ble tilbudt gjennom deres faste system. Kommunen hadde på sin side ikke noe valg, da barnet var i behov av døgkontinuerlig oppfølging umiddelbart. Da Bufetat «godkjente» plasseringen etter barnevernloven medførte dette ingen endring ved at barnet fortsatt forble plassert i samme tiltak. Den etterfølgende godkjenningen viser at institusjonen ville blitt godkjent også i utgangspunktet, dersom Bufetat ikke hadde ment at gutten trengte tjenester etter annen lovgivning. Kommunene vil bli satt i en uholdbar situasjon dersom Bufetat kan avslå å skaffe tilbud om institusjonsplass og på den måten gå fri av finansieringsansvaret i bvl., med den begrunnelse at barnet har behov for tiltak etter annen lovgivning, uten at dette er formelt avklart.

Bufetat gis etter dette ikke medhold i sin prinsipale påstand om å avvise noen del av saken.

Nemnda går så over til å vurdere spørsmålet om kostnadsfordeling mellom Bufetat og kommunen.

Ut fra opplysningene som foreligger, legger nemnda til grunn at gutten har hatt og fortsatt har, store funksjonsutfordringer og at disse, uavhengig av årsak, innebærer en fungering som må kunne karakteriseres som en funksjonshemming i rundskrivets forstand. Gutten har store hjelpebehov, og det er ikke holdepunkter for at det iverksatte enetiltak med 2:1 oppfølging av ham er for omfattende i forhold til hans behov. Dette er heller ikke anført.

Ut fra den dokumentasjon som foreligger fra hjemlandet, finner nemnda det ikke tvilsomt at gutten har levd under alvorlig omsorgssvikt. Det vises blant annet til opplysningene fra barnevernet i guttens hjemland om at omsorgen har vært preget av rusmisbruk hos begge foreldre. I erklæring derfra fra januar 2006 fremgår at mor i mange år har slitt med diverse plager og sykdom, herunder angst, depresjon og av og til rusmisbruk. Fra hun var gravid med gutten har hun vært under tilsyn og behandling ved psykiatrisk avdeling ved et sykehus samt ved poliklinikk for alkohol og rusmisbruk. Gutten viste vesentlige avvik i sin utvikling og var hyperaktiv, og det konkluderes med at mor ikke kan gi ham den støtten han trenger grunnet egen sykdom. Det rapporteres om store samarbeidsproblemer med moren. I tillegg har mor fortalt om voldsutøvelse fra fars side, mens foreldrene bodde sammen. Gutten har hele tiden bodd hjemme, først hos sine foreldre, og senere hos moren. Barnevernet rapporterte om mye konflikter mellom foreldrene etter samlivsbruddet.

På grunnlag av de erklæringer som nå foreligger fra henholdsvis xx. mai 2016 og xx. januar 2018, legger nemnda til grunn at gutten verken fyller vilkårene for diagnosen F84.1 Atypisk autisme eller diagnosen F70.0 Lett psykisk utviklingshemming som ble stilet i hans hjemland. Diagnosen F90.0 (ADHD) ble dessuten fjernet av BUP i 2016. Gutten har nå følgende diagnoser:

- F94.4 Uspesifikk forstyrrelse av sosial fungering i barndommen, stilet i erklæring av xx. mai 2016
- F81.3 Blandet utviklingsforstyrrelse i skoleferdigheter, stillet i erklæring av xx. januar 2018

Opplysningene om omsorgssvikt fra guttens hjemland i kombinasjon med den avdiagnostisering som har funnet sted hva gjelder autisme, lettere psykisk utviklingshemming og også ADHD, gir etter nemndas syn klare holdepunkter for at den dominerende årsaken til guttens omfattende hjelpebehov er å finne i den omsorgssvikt han har vært utsatt for før han kom til Norge og ble plassert på institusjonen han fortsatt er. Dette gjelder selv om guttens hjelpebehov klart overstiger behovet barn med tilsvarende omsorgssvikt har og at han fra tidlig alder har hatt en avvikende atferd i utvikling og hyperaktivitet slik barnehagen rapporterte om. De diagnoser gutten nå har fått støtter også en slik konklusjon.

Nemnda finner videre støtte for sitt syn i nevnte erklæring fra xx. mai 2016 der det på grunnlag av foreliggende journalopplysninger om tidligere omfattende traumatiske belastninger i mellommenneskelige reaksjoner, konkluderes med at dette er *«med all sannsynlighet med på å forklare hans sosiale funksjonsvansker, reguleringsvansker og utfordrende atferd»*. Hans *«betydelige avvik i sosiale relasjonsmønstre og dysfunksjonell reguleringsevne»* kan ikke forklares med en autismetilstand. I tillegg vises til nevnte erklæring fra xx. januar 2018 der det fremgår at den omstendighet at gutten ikke klarer å nyttiggjøre seg sine kognitive ressurser på en optimal måte *«trolig skyldes hans trøblete oppvekst og hans psykiatriske symptombylde.»*

I motsetning til for eksempel sak 16/1, som Bufetat har vist til, er det ikke holdepunkter for at guttens utfordringer skyldes medfødte problemer. Det er ikke klare holdepunkter for at hans

atferd har sammenheng med de diagnoser han nå har og heller ikke sannsynliggjort at forsterkningstiltakene ville vært nødvendige sett omsorgssvikten borte.

Etter rediagnostiseringene som nevnt, foreligger ingen sikre indikasjoner på at gutten har en funksjonshemming som gjør at omsorgssvikten ikke er den dominerende årsak til hans hjelpebehov. Slik nemnda ser det er det også et moment at så vel institusjonen gutten bor på som hans mor, har registrert bedring i hans fungering etter at han flyttet dit, herunder blant annet færre utageringsepisoder, noe som indikerer at dette har sammenheng med bedre omsorgsbetingelser.

På denne bakgrunn anbefaler nemnda at Bufetat fra xx. januar 2015 dekker kostnadene til institusjonsoppholdet ut over kommunens egenandel.

Ut fra den konklusjon nemnda er kommet til hva gjelder årsaksspørsmålet, er den enig med kommunen i at det for spørsmålet om kostnadsfordeling ikke er grunnlag for å sondre mellom perioden før og etter xx. mai 2016 da nevnte erklæring forelå. Selv om diagnosene er endret, er det ikke holdepunkter for at dette skyldes endringer i guttens tilstand.

Når det gjelder kommunens krav på dekning av forsinkelsesrenter finner nemnda at dette ligger utenfor dens mandat, nemlig å gi en anbefaling om kostnadsfordelingen mellom stat og kommune.

Nemndas uttalelse er enstemmig.

Slutning:

Tvisteløsningsnemnda tilrår at Bufetat dekker utgifter knyttet til plasseringen av barnet i institusjon fra og med den xx. januar 2015, med unntak av kommunens alminnelige egenandel som følger av forskrift om statlig regional barnevernsmyndighets rett til å kreve refusjon fra kommunen for opphold i institusjon.

Joakim Zahl Fjell

Tore Roald Riedl

Ingrid Smedsrud

