

Rådgivende uttalelse:

Dato: 29. juni 2020

Sak: 20/1

Klager: Bufetat, region

Innklaget: A kommune

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

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

Saken gjelder: Saken gjelder tvist om dekning av utgifter til forsterkning i barnevernsinstitusjon for gutt, født 2003, fra xx. september 2019.

A – omsorgskommune
B – helsetjeneste
C – gård
D – barneverntjeneste
E – sted
F – spesialpedagog
G – kontaktlærer
H – institusjon
I – skole
J – tingrett

K – lagmannsrett
L – sted
M – institusjon
N – skole
O – ungdomsskole
P – sted
R – poliklinikk
S – sakkyndig
T – sakkyndig
U - institusjon

I møte 29. juni 2020 avga Barnevernets tvisteløsningsnemnd i sak nr. 20/1 slik

rådgivende uttalelse:

Saken gjelder uenighet mellom Bufetat og A kommune om dekning av utgifter til forsterkning i barnevernsinstitusjon for gutt født 2003, fra xx. september 2019.

Bufetat mener at riktig ansvarsfordeling i saken er at kommunen dekker 75 % av ekstrautgiftene i tiltaket og at staten dekker 25 %.

Kommunen har avvist kravet.

Saken ble oversendt Barnevernets tvisteløsningsnemnd 26. november 2019. Kommunen innga uttalelse 11. februar 2020. Så vel Bufetat som kommunen samtykker til at saken behandles av tvisteløsningsnemnda.

Sakens bakgrunn

Barneverntjenesten i A kommune fikk første gang kontakt med guttens familie i 2001, da knyttet til guttens søster (f. 1995) som er diagnostisert med lett psykisk utviklingshemming. Neste kontakt var i 2005 og gjaldt gutten og hans utviklings- og omsorgssituasjon.

Barneverntjenesten tilbød etter dette tiltak i form av barnehage, støttekontakt og avlastning, uten at dette ble tatt imot av foreldrene.

Da gutten begynte på skolen, ble han vurdert som vanlig godt fungerende faglig, men varierende rent atferdsmessig. I tråd med PPT sine anbefalinger ble det derfor satt inn assistent fra 2. klasse. Han fikk innvilget åtte timer assistentressurs for skoleåret 2010/2011. Skoleåret 2011/2012 fortsatte med samme atferdsutfordringer. B var på plass og gutten fikk IOP (individuell opplæringsplan). Skoleåret 2012/2013 ble atferden mer utfordrende. Han hadde mer utagerende atferd rettet mot medelever og lærere. Våren 2013 ble det etablert et eget skoletiltak for ham. Det ble anvendt «time out» og holding av gutten tiltok. Høsten 2013 ble dette tiltaket videreført, med én dag i uken på C gård. Gutten hadde to voksne sammen med seg. Våren 2014 var gutten i klassen 16 timer pr. uke. Han var ute av klassen seks timer pr. uke og fortsatte én dag i uken på C gård.

Barneverntjenesten i D fremmet xx. mars 2009 sak for fylkesnemnda med krav om omsorgsovertakelse av gutten og hans halvsøster. Fylkesnemnda vurderte at hjelpetiltak ikke var tilstrekkelig utprøvd og tok ikke kravet om omsorgsovertakelse til følge. Barneverntjenesten satte inn PMTO veiledning (lavterskeltilbud til foreldre med barn med atferdsvansker) og annen foreldreveiledning i foreldrehjemmet med to tiltakskonsulenter fra firmaet B. I sluttrapport xx. januar 2013 ga B uttrykk for at det hadde vært en positiv utvikling i foreldrehjemmet.

Barneverntjenesten mottok i perioden 2009-2014 til sammen 12 bekymringsmeldinger vedrørende gutten. De omhandlet blant annet negativ atferd på skolen og bekymring for vold i

hjemmet. Noen av forholdene ble anmeldt, etterforsket av politiet og henlagt. Gutten ble henvist til BUP E. Han ble på nyåret 2014 observert over en tre ukers periode. I januar 2014 fikk han diagnosen F43.23 Tilpasningsforstyrrelse med dominerende forstyrrelse av indre følelser. Av epikrise xx. februar 2014 fremkommer blant annet at gutten fremsto som urolig og engstelig, og at han fungerte dårlig i samspill og samhandling på avdelingen. Videre gikk det frem av epikrisen, at guttens vansker var større etter gjennomført samvær med foreldrene under oppholdet.

I mars 2014 fremmet barneverntjenesten ny sak om omsorgsovertakelse av gutten. Fylkesnemnda besluttet i vedtak xx. juni 2014 at A kommune skulle overta omsorgen for gutten, at han skulle plasseres i godkjent fosterhjem og at foreldrene skulle ha samvær med ham en dag annenhver måned.

Fylkesnemnda uttalte i sitt vedtak følgende om guttens fungering:

Nemnda vurderer at [gutten] er en svært skjevutviklet gutt, som har problemer med sin fungering på arenaene utenfor hjemmet. Han forstår lite av sosialt samspill. Dette har vært beskrevet siden barnehagen, og har forverret seg betydelig fram til i dag. I skolen har han 2:1 tiltak. Han har riktignok vært i klassen 16 timer pr. uke, den siste tiden. Veiledning fra BUP skolen ved spesialpedagog F har bedret [guttens]skolehverdag noe. Hans adferd er imidlertid fortsatt svært utfordrende. Hans kontaktlærer G forklarte for nemnda at han etter påske har hatt mer utagering. Situasjoner der han må tas ut av klassen og holdes forekommer fortsatt. Hun forklarte at det hadde vært behov for 4-5 nedlegginger siden årsskifte 2013/2014.

Da barneverntjenesten ikke fant et egnet fosterhjem til ham, ble det besluttet å plassere ham midlertidig på H barnevernsenter. Nemnda er ikke kjent med det nærmere rettslige grunnlaget for denne endringen. Gutten begynte etter dette på I skole.

Foreldrene brakte xx. juni 2014 fylkesnemndas vedtak inn til rettslig overprøving for J tingrett. Tingretten stadfestet i dom xx. januar 2015 fylkesnemndas vedtak. Foreldrene påanket hver for seg tingrettens dom til K lagmannsrett, som ikke samtykket til fremme av anken.

PPT hadde i desember 2014 anbefalt at gutten skulle få 779 timer med miljøarbeider. Dette ble gjennomført.

Av epikrise xx. juni 2015 fra BUP L, som det er sitert fra i tingrettens dom av xx. oktober 2017, fremkommer om guttens fungering, blant annet at:

Miljøet har rapportert betydelige utfordringer med sosial fungering og regulering, mye verbal utagering i form av barbariske utsagn om å drepe de voksne som er rundt ham og fysisk utagering (slåing, kloring, spyting). Intensiteten i utagering har imidlertid variert noe, da de mest ekstreme perioder sammenfaller i tid med pågående rettssaker...

Den xx. april 2015 fremmet barneverntjenesten ny sak om endring av plasseringssted fra fosterhjem til institusjon. Den xx. juni 2015 traff Fylkesnemnda vedtak om plassering på barnevernsinstitusjonen M. Gutten flyttet til M og startet høsten 2015 på N skole. PPT tilrådte skjermet opplæring grunnet guttens hyppige utageringer og høyt stressnivå når han var på skolen. Dette ble etter hvert gjennomført og gutten har etter dette i det vesentlige hatt oppfølging av to voksne i skolehverdagen.

I november 2015 foretok BUP ved R, risikoanalyse av gutten ved hjelp av START AV. Av rapporten går det frem at risikoen for at gutten kunne skade andre var høy. Dette gjaldt både voksne og barn. Gutten hadde følgelig behov for enda tettere bemanning. Fra november 2015 hadde gutten 2:1 bemanning og ble ivaretatt innenfor rammene av enetiltak. Det ble frem til slutten av mars 2016 skrevet tre tvangsprotokoller på gutten.

I mars 2016 begynte gutten ved læringsinstitusjonen U. Etter at gutten begynte på O ungdomsskole høsten 2016, fortsatte han i basen med eget læringstiltak. Av evalueringsrapport xx. september 2016 fra M fremkommer blant annet at gutten responderte bra på overgangen til U, at han var blitt mer trygg grunnet de forutsigbare rammene, men at personalet til tross for dette opplevde utfordringer knyttet til overganger mellom aktiviteter, leggesituasjoner og avslutning av dagen. I september 2016 var det ytterligere én tvangsprotokoll på gutten.

I følge tingrettens dom fra xx. oktober 2017 avga M xx. desember 2016 ny uttalelse om gutten. Når det gjaldt guttens fungering, fremkom det blant annet at han fremdeles var aggressiv, kom med trusler, var voldelig og at hans mest utfordrende atferd kom på kveldstid opp mot leggesituasjoner.

Høsten 2016 ble det foretatt ny START-vurdering av gutten hvor voldsrisikoen ble vurdert som høy. Den xx. desember 2016 ga O ungdomsskole uttalelse til barneverntjenesten om rammene rundt gutten i hans skolesituasjon. Av uttalelsen fremkom blant annet:

[Gutten] har alltid to voksne sammen med seg. Han har base på P hvor vi er hver dag. Det er trygge og faste rammer med dags-/ukeplan. Det er stort fokus på trygghet og få frem normalitet. Starter med rolig aktivitet med spill, spiser mat, har faglig innhold, pause (ofte med spill/tur ut), faglig innhold og pause igjen. I løpet av høsten har han vært på «Basen» noen fredager. Dette er et alternativt læringstilbud til elever som har avvikende kompetanssmål, hvor det jobbes med ADL-trening og sosial ferdighetstrening. Når han er der er det stor voksentetthet, 8 elever og 5 voksne. Disse øktene har fungert godt, men vi er avhengig av rolige forhold i gruppa for å opprettholde trygghet. De gangene [gutten] ikke har vært i form, har vi droppet disse øktene. I gym/svøm har han fast mannlig voksen som er med ham i en egen garderobe. I overgangssituasjoner og ved forflyttinger prøver vi alltid å ha en ved siden av ham og en bak. Dette for å ha god oversikt over situasjoner som kan oppstå og stå bedre rustet til å agere ved behov.

Av utredningsrapport 27. desember 2016 fra BUP ved R, fremkom det at gutten hadde diagnosene F 90.1 Hyperkinetisk atferdsforstyrrelse, F 95.2 Tourettes syndrom og F 94.1 Reaktiv tilknytningsforstyrrelse.

Mor begjærte tilbakeføring etter barnevernloven § 4-21 mot slutten av 2016. Guttens far døde i mars 2016. Fylkesnemndas vedtak i tilbakeføringssaken forelå xx. mars 2017. Resultatet ble at begjæring om opphevelse av fylkesnemndas vedtak av xx. juni 2014, om overtakelse av omsorgen for gutten, ikke ble tatt til følge. Vedtaket ble i sin helhet bragt inn for J tingrett til rettslig overprøving. I dom av xx. oktober 2017 ble fylkesnemndas vedtak om nektet tilbakeføring stadfestet. Mor ble gitt åtte dagsamvær i året med gutten. Barneverntjenesten ble gitt adgang til å føre tilsyn under samværerne.

BUP ved R, ga ny uttalelse xx. august 2017. De ovennevnte tre diagnosene F 90.1, F 95.2 og F 94.1 ble her opprettholdt. Det ble beskrevet at gutten fortsatte å fremvise stor grad av avvising, svak regulering av impulser, irritasjon og sinne og at han hadde en assosiativ og avvikende kommunikasjonsstil. Han hadde vært svært motvillig til gjennomføring av evnetest, men resultatene tydet på at gutten hadde store lærevansker. I tillegg ble det ved helgenomisk analyse funnet en spesiell kromosomvariant hos gutten (Duplikasjon i bånd 19q13.3). Det ble imidlertid gitt uttrykk for at det var uklart fra medisinsk hold hva dette funnet kunne ha av betydning for å bedre forstå gutten og hans vansker.

Gutten hadde ikke fått noen nye diagnoser i perioden etter siste utredning. BUP oppsummerte imidlertid med at diagnosene som på dette tidspunktet var satt, ikke ble vurdert å være dekkende for å gi en god beskrivelse av guttens tilstandsbilde og hverdagsfungering. Det ble derfor vurdert å undersøke evt. personlighetsforstyrrelser og/eller dissosiative lidelser og også om det var epileptisk aktivitet hos gutten. Foreløpig var konklusjonen at de vurderinger som var gjort i tidligere dokumenter besto. Selv om det kunne ses en positiv utvikling av guttens fungering fram til juni 2018, ble gutten

beskrevet som stadig krevende, bl.a. som følge av at han ble større og sterkere, tryggere på nærområdene og var kommet i puberteten.

Bufetat innkalte den xx. september 2019 kommunen til møte vedrørende den aktuelle plasseringen. Møtet ble avholdt xx. oktober 2019. I møtet ble daværende og fremtidige tiltak for gutten drøftet. I tillegg ble kostnadsfordelingsspørsmålet tatt opp. Uenigheten mellom Bufetat og kommunen vedrørende kostnadsfordelingen i den aktuelle saken, kom klart til syne i dette møtet.

Av møtereferatet fremgår at gutten på dette tidspunktet stadig ble mer krevende og at han fortsatt hadde behov for tett oppfølging i barnevernstiltaket. Bufetat og kommunen ga uttrykk for å være usikre på hva som ville være det riktige tiltaket for gutten fremover. Partene ønsket derfor å løfte disse problemstillingene opp til fylkesmannen.

Partenes anførsler

Bufetat har i det vesentlige anført at behovet for forsterkninger i barnevernstiltaket hovedsakelig skyldes guttens konstitusjonelle problematikk, men erkjenner at noe av behovet også kan tilskrives omsorgssvikt.

Bufetat vurderer at guttens særlige behov i all hovedsak er knyttet til oppmerksomhetssvikt, hyperaktivitet, impulsivitet, angst, tics og alvorlig atferd og at dette skyldes guttens nevrologisk betingede diagnoser. I tillegg vises det til at gutten har autistiske trekk og at det vurderes som nødvendig å undersøke om han også lider av personlighetsforstyrrelse og/eller dissosiative lidelser. Også dette er diagnoser som er nevrologisk betinget. Bufetat er derfor ikke enig med kommunen i at guttens særlige behov alene skyldes omsorgssvikt.

Det må legges til grunn at mangler ved omsorgen i hjemmet, herunder særlig foreldrenes manglende vilje til å samarbeide med hjelpeapparatet og mistankene om at gutten var utsatt for vold og kanskje også opplevde seksuelle krenkelser, har påvirket guttens fungering negativt. Hans konstitusjonelt forankrede utfordringer kan imidlertid ha gjort han særlig sårbar for omsorgssvikt. Guttens utfordringer viste seg allerede i barnehagealder og eskalerte da han begynte på skolen. Hans fungering ble heller ikke i det vesentlige bedret etter at trygge omsorgsrammer ble etablert. Det er løpende gitt uttrykk for en mistanke om at guttens særlige behov ikke alene kan tilskrives omsorgsbetingelsene. Dette bekreftes ved utredninger i 2016/17 ved at gutten får diagnosene Tourettes syndrom og Hyperkinetisk atferdsforstyrrelse, samt påvist kromosomfeil.

BUP oppsummerer med at diagnosene som pr. i dag er satt, ikke vurderes å være dekkende for å gi en god beskrivelse av guttens tilstandsbilde og hverdagsfungering. Dette taler for at gutten kan ha andre konstitusjonelle funksjonshemminger som kan forklare hans atferd. Hvor mye av forsterkningen som skyldes hvilken av guttens diagnoser, er imidlertid vanskelig å anslå. Dersom man tenker de nevrologisk betingede diagnosene borte, ville gutten mest sannsynlig ha blitt tilstrekkelig ivaretatt innenfor rammene av en ordinær barnevernstinstitusjon. Det må imidlertid vektlegges at denne gutten, i motsetning til alle barn plassert i barnevernstinstitusjon, også er diagnostisert med Reaktiv tilknytningsforstyrrelse og har særlige omsorgsbehov også som følge av dette. En del av tilpasningene i barnevernstinstitusjonen kan derfor også være relatert til guttens særlige behov som følge av denne diagnosen.

Det har i de fem årene gutten har vært plassert vært jobbet aktivt med de miljøterapeutiske metoder som er til rådighet, uten at det er sett vesentlig bedring i guttens fungering. Institusjonen beskriver at de jobber ut fra kunnskap om tilknytningsteori, traumeforståelse og traumefokusert miljøterapi, hvor det også vektlegges affektfokusert miljøterapi og kognitiv miljøterapi. Gutten har ikke nyttiggjort seg dette som forventet. Ved plassering i barnevernstinstitusjon, er det vanlig å se rask framgang, i det minste på enkeltområder. Målbevisst miljøterapi kombinert med faglig oppfølging fra psykolog/BUP,

og støtte fra familie, skal vanligvis gi positiv utvikling og framgang for barnet/ungdommen. Det har vært jobbet ut fra dette også i denne guttens tiltak, men da altså uten at det oppnås ønsket effekt. Dette må vektlegges i vurderingen av årsaken til guttens funksjonsnivå; dersom guttens utfordringer alene skyldes omsorgssvikt, ville en ha sett en betydelig bedring i funksjonsnivå etter så mange år med et spesialtilpasset barnevernstiltak. Mye av bakgrunnen for guttens manglende fremgang og fortsatt behov for forsterkning i barnevernstiltaket, må derfor knyttes til hans nevrologisk betingede diagnoser.

Bufetat oppfattet det slik at kommunen i møtet den xx. oktober 2019 sådde tvil rundt gyldigheten av utredningen nevnt ovenfor og de ovennevnte diagnosene. Bufetat anser at BUP vurderte at de hadde tilstrekkelige opplysninger til å sette de aktuelle diagnosene. I denne forbindelse vises det til utredningsrapport av xx. desember 2016 side to hvor det fremgår at BUP sine diagnostiske vurderinger ved TS diagnosen var basert på observasjoner ved BUP og observasjoner, kartlegginger og historisk informasjon innhentet fra bl.a. tiltaket, barnehage, skoler, PPT og barneverntjeneste. Bufetat kan derfor ikke se at kommunens anførsler knyttet til dette kan føre frem.

Basert på en sannsynlighetsvurdering, praksis fra BTN, samt en rimelighetsvurdering, vurderer Bufetat at riktig ansvarsfordeling i saken er at kommunen dekker 75 % av ekstrautgiftene, mens staten dekker 25 % av ekstrautgiftene fra og med xx. september 2019.

A kommune har i det vesentlige anført at guttens behov for forsterkning i barnevernstiltaket har sin dominerende årsak i omsorgssvikt, og at Bufetat skal dekke utgifter knyttet til forsterkninger i barnevernstiltaket.

Kommunen viser til at gutten har vokst opp i et hjem med en kognitivt svak mor og en lettere psykisk utviklingshemmet halv søster. Guttens far ble av barneverntjenesten oppfattet å ha både psykopatiske og paranoide trekk. Gutten begynte i barnehage først ved fem års alder. Det vil si at de fem første leveårene hadde han svært begrenset kontakt med omverden, svært lite stimulering til utvikling og svært lite sosial- og relasjonstrening. Han satt ofte på fanget til mor i rullestolen, da med ansiktet vendt bort fra mor. Familien har levd ett lukket liv, verken barneverntjenesten eller andre instanser har fått et godt innblikk i hva som har skjedd i hjemmet. Foreldrene har nektet å ta imot all form for bistand, både i forhold til seg selv og gutten. I denne forbindelse viser kommunen til utdrag fra Fylkesnemndsvedtaket side 4 (tverrfaglig journalnotat fra BUP xx.09.13).

Det er tilknytningsvanskene som er guttens hovedutfordringer og de aller fleste og mest utfordrende utfordringene som Bufetat beskriver, kan knyttes til guttens første diagnose; Reaktiv tilknytningsforstyrrelse. Kommunen viser i denne sammenheng til tingrettsdommen av 20. oktober 2017 side fem.

Kommunen viser videre til Fosterhjemskontakt 3/11 hvor Reaktiv tilknytningsforstyrrelse er beskrevet på følgende måte:

- *Diagnostisk er kriteriene for Reaktiv tilknytningsforstyrrelse avvikende i forhold til barnets sosiale relasjonsmønster*
- *Tilstanden må ha startet i løpet av de fem første leveårene, og inntreffer trolig som et direkte resultat av alvorlig omsorgssvikt, misbruk eller alvorlig mishandling fra foreldrenes side.*
- *Vedvarende avvik i barnets tilknytnings- og kontaktmønster*
- *Mange av kjennetegnene på tilknytningsforstyrrelse sammenfaller med typiske trekk fra andre diagnosegrupper, som for eksempel hyperkinesi (AD/HD) eller autismspektervansker (Autisme og Asperger syndrom)*
- *Konsentrasjonsvansker, uro og rastløshet*
- *Uforståelig atferd*
- *Dårlig sosialt samspill*

- *Aggresjon mot seg selv eller andre*
- *Svekket evne til å danne følelsesmessige relasjoner*

Behov for tilrettelegging ved tilknytningsforstyrrelse:

- *Barn med tilknytningsvansker krever ofte omfattende og sammensatt hjelpetilbud og bred tilrettelegging*
- *Forståelse for vanskene til disse barna, riktig tilrettelegging og bruk av ulike pedagogiske tiltak vil redusere faren for videre skjevutvikling*

Et barn i samme alder med tilsvarende funksjonshemming, Tourettes syndrom og ADHD, har behov for betydelig mindre oppfølging i form av de sikrings- og omsorgsoppgavene som er nødvendig for å ivareta gutten per i dag. Derimot vil det være sannsynlig at barn i samme alder med tilsvarende omsorgssvikt vil ha tilnærmet de samme behovene som gutten har i dag.

Personalet på M og ansatte ved skolen har vært tydelige på at de ikke tenker at Tourettes er en utfordring i hverdagen til gutten. Gutten er medisinerert for ADHD, og de opplever dette som positivt. De nevrologiske diagnosene til gutten er avklart og behandles/ kompenseres med medisin. På denne bakgrunn er det ikke disse diagnosene som er fremtredende i guttens hverdag og som danner grunnlaget for guttens behov. Det er tilknytningsvanskene og følgene av den grove omsorgssvikten som er utpreget problematisk for gutten og hans fungering.

Guttens vansker skyldes hans oppvekstforhold og den alvorlige omsorgssvikten han har vært utsatt for. Dette viser seg nå i hans utfordringer som kan knyttes til diagnosen Reaktiv tilknytningsforstyrrelse.

Barneverntjenesten mener at ordinær utgiftsfordeling skal fortsette der barneverntjenesten betaler ordinær egenandel.

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.

Barnevernets tvisteløsningsnemnd består av leder, to faste medlemmer og to varamedlemmer. Leder er utnevnt av Barne- og likestillingsdepartementet (BLD) i samarbeid med KS for en periode på inntil fire år. BLD utnevner et 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 (datert 17. november 2009) og for nemndas sekretariat. Saksbehandlingsreglene ble 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 fosterhjemsplassing 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 grensedragnning 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 tar først stilling til om guttens tilstand er en funksjonshemming i betalingsrundskrivets forstand og eventuelt om det er funksjonshemmingen som har nødvendiggjort forsterkningstiltakene i barnevernsinstitusjonen. Dernest må nemnda ta stilling til om omsorgssvikt er den dominerende årsak til guttens funksjonshemming.

Gutten er diagnostisert med F 90.1 Hyperkinetisk atferdsforstyrrelse, F 95.2 Tourettes syndrom og F 94.1 Reaktiv tilknytningsforstyrrelse i barndommen. ICD-10 – Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer – forklarer disse diagnosene slik:

F 90.1 Hyperkinetisk atferdsforstyrrelse - Hyperkinetiske forstyrrelser er en gruppe lidelser kjennetegnet ved tidlig debut (vanligvis i løpet av de fem første leveårene), manglende utholdenhet i aktiviteter som krever kognitivt engasjement, og tendens til å skifte fra en aktivitet til en annen uten å gjøre noe ferdig, i kombinasjon med uorganisert, dårlig regulert og overdreven aktivitet. Flere andre avvik kan forekomme. Hyperkinetiske barn er ofte uforsiktlige og impulsive, utsatt for ulykker og får oftere disiplinærvansker på grunn av tankeløse brudd på normer og regler, mer enn på grunn av bevisst utfordrende atferd. I forhold til voksne viser de ofte sosialt uhemmet atferd med mangel på normal forsiktighet og tilbakeholdenhet. De er upopulære blant andre barn, og kan derfor bli isolert. Kognitive forstyrrelser er vanlige, og spesifikke motoriske og språklige utviklingsforstyrrelser uforholdsmessig hyppige. Sekundære komplikasjoner omfatter dyssosial atferd og lav selvfølelse.

F 95.2 Tourettes syndrom - Tilstand der det er eller har vært multiple motoriske «tics» og ett eller flere vokale «tics», selv om disse ikke behøver å ha opptrådt samtidig. Lidelsen forverres vanligvis i ungdomsårene og varer ofte til voksen alder. Vokale «tics» er ofte multiple, med eksplosiv, repetitiv vokalisering, kremting og grynting. Obskøne ord eller setninger kan forekomme. Noen ganger er det også ekkopraksi i form av motoriske fakter som også kan være av obskøn art (kopropaksi). «Tics» er ufrivillige, raske, gjentatte, urytmiske motoriske bevegelser (omfatter vanligvis bestemte muskelgrupper) eller plutselige, utilsiktede vokale lyder. «Tics» oppleves som uimotståelige, men kan vanligvis undertrykkes for kortere eller lengre tid, blir forverret av stress og forsvinner under søvn. Alminnelige, enkle motoriske «tics» omfatter blinking, kasting med hodet, skuldertrekking og grimasering. Alminnelige vokale «tics» omfatter kremting, hosting, snøfting og hvesing. Vanlige komplekse «tics» omfatter å slå på seg selv, hoppe eller sprette. Vanlige komplekse vokale «tics» omfatter repetisjon av visse ord, og noen ganger bruk av sosialt uakseptable (ofte obskøne) ord (koprolali) og repetisjon av ens egne lyder eller ord (palilali).

F 94.1 Reaktiv tilknytningsforstyrrelse i barndommen - Forstyrrelsen begynner i de første fem leveårene, og kjennetegnes ved vedvarende avvik i barnets sosiale relasjonsmønstre.

Tilstanden er forbundet med følelsesmessig forstyrrelse, og er påvirkelig av forandringer i miljøet. Da sees f.eks fryktsomhet og økt vaksomhet, dårlig sosialt samspill med jevnaldrende, aggresjon rettet mot seg selv og mot andre, tristhet og, i noen tilfeller, veksthemming. Syndromet inntreffer trolig som et direkte resultat av alvorlig omsorgssvikt, misbruk eller alvorlig mishandling fra foreldrenes side. Forstyrrelse i sosial fungering med debut i barne- og ungdomsalder er en heterogen gruppe forstyrrelser kjennetegnet ved avvik i sosial fungering. Forstyrrelsene viser seg i løpet av barne- og ungdomsalder, men er, til forskjell fra gjennomgripende utviklingsforstyrrelser, ikke primært kjennetegnet ved tilsynelatende konstitusjonell manglende eller sviktende sosial funksjonsevne som griper inn på alle funksjonsområder. I mange tilfeller synes alvorlige miljøbelastninger eller -mangler å være en avgjørende årsaksfaktor.

Ut fra de opplysningene som foreligger, legger nemnda til grunn at guttens store funksjonsutfordringer innebærer en fungering som utvilsomt må kunne karakteriseres som en funksjonshemming i rundskrivets forstand.

Nemnda går så over til å vurdere om funksjonshemmingen er årsaken til forsterkningstiltakene.

I utredningsrapport fra Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk, R, datert xx. desember 2016 er det uttalt følgende:

Vurdering og konklusjon: *[Gutten] har et symptomtrykk, atferd og funksjonsnivå som medfører omsorgs- og sikringsoppgaver langt utover det normale. Dette både med henblikk på atferdsregulering og voldelighet, seksualisert atferd, emosjonsregulering, trening i sosiale ferdigheter, tilrettelegging av skolegang og øvrig utviklingsstøttende hjelp inn mot voksenliv...*

I ny uttalelse fra Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk, R, av xx. august 2017, ble det gitt samme vurdering og konklusjon som i utredningsrapporten fra xx. desember 2016. Det ble videre gitt uttrykk for at det var vesentlig at gutten i stor grad ble skjermet for inntrykk og beskyttet for utageringer.

I dom av xx. oktober 2017 har J tingrett sagt følgende om guttens behov for forsterkning i institusjon:

Slik tingretten ser det, vil det ikke være mulig å ivareta [guttens] særdeles sterke omsorgsbehov som gir seg utslag i ekstrem atferd, uten et nøye tilrettelagt opplegg og enetiltak i en institusjon. Hans symptomtrykk tilsier at han må ivaretas av profesjonelle voksne som makter å gi ham sikkerhet mot egen atferd, har den nødvendige utholdenhet, tålmodighet og makter å gi ham den nødvendige trygghet.

Nemnda mener at det er funksjonshemmingen som har nødvendiggjort de aktuelle forsterkningstiltakene. Nemnda mener videre at dersom gutten ikke hadde hatt funksjonshemmingen, ville han kunne nyttiggjort seg et ordinært opphold i en barnevernsinstitusjon.

Spørsmålet blir dernest om omsorgssvikt er den dominerende årsak til guttens funksjonshemming.

I anledning overprøvingssaken for J tingrett i slutten av 2014, ble psykolog S oppnevnt som sakkyndig. I sin sakkyndige uttalelse av xx. november 2014 uttalte han følgende:

I telefonsamtale med overlege ved BUP E er han, slik jeg vurderer det, enig i at [guttens] vansker kan ses som en kombinasjon av både mer genetisk betingede problemer – f.eks hans

konsentrasjonsproblemer – og vansker av mer psykogen karakter – f.eks hans vansker med affektkontroll og hans følelsesmessige usikkerhet...

Psykolog S vurderte at det var en klar tilknytning mellom gutten og foreldrene og at guttens situasjon (pr. november 2014) var «preget av både forhold der konstitusjonelle, genetiske forhold antagelig har betydning og av problemer av en mer psykogen og følelsesmessig karakter der vanskene hans i hovedsak må sees i sammenheng med oppvekst- og omsorgssituasjonen hans. En kan dessuten anta at [gutten] er særlig sårbar og avhengig av en velfungerende omsorgs- og stimulerings situasjon grunnet sine mulige mer konstitusjonelt betingede vansker». Han vektlegger videre at en «ikke har sett vesentlig bedring i [guttens] atferdsmønster på tross av relativt omfattende tiltak».

I forbindelse med overprøvingssaken for J tingrett i 2017, ble psykolog T oppnevnt som sakkyndig. Av dommen fremgår at psykolog T har gitt følgende vurdering når det gjelder guttens behov, situasjon og årsaksbilde:

Det fremstår slik at hovedutfordringen til barnet er hans utrygghet/angst, samt hans svake samspillsevner. Gutten virker å ha begrenset kunnskap om sosiale regler, og en svak til meget svak evne til å følge disse. I tillegg er han nokså grenseløs og grenseutprøvende i sin atferd, samt at han har en klar ustabilitet/impulsivitet.

Det er ikke innlysende hvorvidt denne utryggheten/angsten som styrer guttens atferd i dag er et uttrykk for at han er traumatisert og skadet av omsorgssvikt, eller av egen konstitusjonell patologi. Alvorlighetsgraden i hans atferd, hans trusler og til dels målrettede ønske om å skade andre alvorlig, tilsier at det foreligger en meget alvorlig skjevutvikling, dvs. en underliggende psykopatologi av nokså alvorlig grad. Det er rimelig å anta at en kombinasjon av de ovennevnte årsakene medfører en omfattende og vanskelig tilgjengelig psykiatrisk tilstand. Pr d.d. fremstår behandlingsmålet som nokså begrenset, da man først tilstreber trygghet, samt normalisert og/eller «akseptabel» atferd.

Etter den sakkyndiges vurdering er guttens patologi av en vesentlig større alvorlighetsgrad enn det som fremkommer av de tre formelle diagnosene BUP R har satt. Dog vurderer den sakkyndige at man må legge diagnosene F 90.0 Forstyrrelse av oppmerksomhet og atferd, F 95.2 Tourettes syndrom og F 94.1 Reaktiv tilknytningsforstyrrelse til grunn. Av de tre diagnosene så er det særlig tilknytningsforstyrrelsen som kan forklare en god del av de til dels uforståelige atferdstrekkene man opplever hos gutten. Hans hang til å ville skade andre mennesker (og dyr), til å gjennomføre slik alvorlig vold, intensjonen om å bruke det han har av våpen, og hans opplevelse av gratifisering (egen tilfredsstillelse/belønning) ved slike voldsepisoder, samt hans sadistiske trekk, medfører en alvorlig og svært stor bekymring. Personalet på M kan i løpet av de to siste år vanskelig vurdere guttens evne til empati, noe som øker bekymringen ytterligere. Det er videre vanskelig å spore noen bedring av guttens atferdstrekk under M omsorg. Slik den sakkyndige forstår det, så er utfallene til gutten færre, allikevel har ikke alvorlighetsgraden av utageringene minsket.

Fra tingrettens dom side 18 viser nemnda til følgende:

Psykolog T opprettholdt i retten sine vurderinger i rapporten. Han beskrev i retten at med de massive omsorgstiltak som er iverksatt overfor [gutten], hadde det vært å forvente at han hadde profilert ytterligere enn han har gjort. Imidlertid understreket psykolog T at [gutten] har hatt en positiv utvikling ved M i den forstand at antall utageringer er redusert og ikke er like vedvarende.

J tingrett uttalte i dommen av xx. oktober 2017 følgende:

Slik tingretten vurderer det, er [gutten] klart skjevutviklet. Han har så store, spesifikke omsorgsbehov at de er meget vanskelig å møte og håndtere. Hvorvidt dette er av konstitusjonell art og/eller knyttet til miljøbetingede vansker, finner tingretten ikke nødvendig å ta stilling til. Det sentrale for tingretten er at han faktisk har sine vansker.

Nemnda er på bakgrunn av det ovennevnte av den oppfatning at årsaksbildet rundt guttens tiltaksbehov fremstår som sammensatt. Det er ikke tvilsomt at gutten har vært utsatt for alvorlig omsorgssvikt. Nemnda viser i denne sammenheng til de to tingrettsdommene hvor dette er beskrevet nærmere. Nemnda finner det heller ikke tvilsomt at gutten har konstitusjonelt forankret problematikk.

I følge ICD-10 inntreffer Reaktiv tilknytningsforstyrrelse i barndommen mest sannsynlig som et direkte resultat av alvorlig omsorgssvikt, misbruk eller alvorlig mishandling fra foreldrenes side. Diagnosene Tourettes syndrom og Hyperkinetisk atferdsforstyrrelse, er konstitusjonelt forankrede diagnoser. Psykolog T gav i sakkyndig rapport til retten, gjengitt i J tingretts dom av xx. oktober 2017, uttrykk for at guttens patologi er av en vesentlig større alvorlighetsgrad enn det som fremkommer av de tre formelle diagnosene, men nemnda må forholde seg til det bevismaterialet som foreligger.

Den samme T la også til grunn at det var den reaktive tilknytningsforstyrrelsen som i størst utstrekning var årsak til guttens atferdstrekk. Nemnda oppfatter at behovet for forsterkning i hovedsak er knyttet nettopp til utfordringene guttens spesielle atferdstrekk skaper i den daglige ivaretagelsen av ham.

Nemnda kan ikke se at det er tilkommet nye opplysninger i saken etter 2017, som skulle tilsi en annen forståelse av guttens problematikk. Guttens hyperkinetiske vansker og symptomene knyttet til Tourettes bidrar nok til noen utfordringer for personalet, men slik nemnda ser det er det den reaktive tilknytningsforstyrrelsen, og dermed også omsorgssvikten gutten ble utsatt for i hjemmet, som fremstår som dominerende årsak til atferdstrekkene som krever særskilte tiltak i institusjonen. Dette til tross for at alvorlighetsgraden av utageringene ikke har minsket.

På bakgrunn av ovenstående finner nemnda å tilrå at det er den ordinære betalingsordningen som følges i denne saken, dvs. at staten skal dekke de økte utgiftene knyttet til forsterkningstiltak i institusjonen fra xx. september 2019.

Avgjørelsen er enstemmig.

Slutning:

Barnevernets tvisteløsningsnemnd tilrår at staten dekker de økte utgiftene knyttet til forsterkningstiltak i institusjonen fra xx. september 2019.

Joakim Zahl Fjell

Tore Roald Riedl

Ingrid Smedsrud

