

**Rådgivende uttalelse:**

**Dato:** 20. september 2021

**Sak:** 21/8

**Klager:** Bufetat

**Innklaget:** A kommune

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

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

**Saken gjelder:** Saken gjelder tvist om dekning av utgifter til forsterkningstiltak i barnevernsinstitusjon som følge av gutt, født 2002, sin funksjonshemming, fra xx. november 2019.

\*\*\*\*

A – omsorgskommune

B – sted

C – sted

D – region

E – sakkyndig

F – tingrett

G – sted

H – institusjon

I – institusjon

J – institusjon

K – lege

I møte 20. september 2021 gav Barnevernets tvisteløsningsnemnd i sak nr. 21/8 slik

### **rådgivende uttalelse:**

Saken gjelder uenighet mellom Bufetat og A kommune om dekning av utgifter til forsterkninger i institusjon for gutt, født 2002, fra xx. november 2019.

Bufetat mener at kommunen skal dekke halvparten av utgiftene til forsterkninger i barnevernstiltaket.

Kommunen har avvist kravet.

Saken ble oversendt Barnevernets tvisteløsningsnemnd 3. november 2020. Kommunen innga uttalelse 30. juni 2021. Så vel Bufetat som kommunen samtykker til at saken behandles av tvisteløsningsnemnda.

### **Sakens bakgrunn**

Gutten bodde sine første leveår på en gård i B sammen med moren og faren og to brødre, født i henholdsvis 1991 og 1993. Far hadde etter det opplyste diagnosen Asberger og ADHD. I 2003 ble foreldrene skilt. Mor og gutten bosatte seg i en kårbolig i nærheten av gården. Hans brødre ble boende hos far.

I 2006 flyttet mor til C i A kommune. Hun flyttet sammen med en ny mann, og de fikk en sønn i 2010. Forholdet tok slutt da guttens halvbror var ett år gammel. Gutten bodde da sammen med mor og sine tre brødre.

Han ble henvist til pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) allerede som 4-åring (2006) grunnet bekymring omkring stor motorisk uro, lav språkforståelse og dårlig uttale. Han ble etter hvert også henvist til barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP). I 2007/08 fikk han diagnosen *F. 90.9 Uspesifisert hyperkinetisk atferdsforstyrrelse (ADHD)* og ble medisinert med Ritalin.

I mars 2011 utarbeidet PPT for D regionen en sakkyndig vurdering med hensyn til behov for spesialundervisning for han for skoleårene 2011/2012 og 2012/2013. PPT tilrådte en omfattende ressurs for han på 171 årstimer/pedagog, 228 årstimer/vernepleier og 114 årstimer/assistent på skolen.

I juni 2011 meldte mor selv bekymring til barneverntjenesten. Hun hadde omsorg for fire barn alene og var sliten. Gutten var på dette tidspunktet under utredning ved BUP. Han hadde kommunalt avlastningstilbud annenhver helg, samt to ettermiddager pr. uke. Barneverntjenesten iverksatte undersøkelse i juli 2011.

BUP meldte i oktober 2011 bekymring for gutten til barneverntjenesten. Bekymringen gikk på at mor var sliten og strevde med å få rutiner til å fungere. Hun hadde opplyst at hun ofte

ble sint, at hun opplevde at gutten trengte mer enn hun kunne gi og at hun kunne være fysisk mot han. Barneverntjenesten besluttet å henlegge undersøkelsen i februar 2012.

BUP meldte igjen bekymring for gutten til barneverntjenesten i mai 2012. Grunnlaget for dette var at mor hadde fortalt at hun enkelte ganger låste gutten inne på et bad i kjelleren når hun ikke mestret ham. For øvrig meldte de bekymring om de samme forhold som ved forrige bekymring. Barneverntjenesten mottok også bekymringsmelding fra A helsestasjon i mai 2012. Skolen opplyste at han hadde en atferd som ga store utfordringer både hjemme og på skolen.

Barneverntjenesten besluttet å iverksette ny undersøkelse i juni 2012. De ønsket en sakkyndig utredning med hensyn til mors omsorgskompetanse og barnas omsorgsbehov. Psykolog L ble engasjert til å foreta utredningen.

BUP vurderte høsten 2012 at gutten ikke fungerte aldersadekvat i forhold til å regulere egen atferd og følelser. De var usikre på om atferden skyldtes hans ADHD-diagnose alene eller skjevutvikling på grunn av emosjonell omsorgssvikt og understimulering. I uttalelse fra BUP fra desember 2012, fremgår følgende:

*Vi mener at [gutten] er utsatt for emosjonell omsorgssvikt og er understimulert. Han får ikke med seg erfaringer som barn vanligvis får i hans alder. Hans primære behov er å få etablert en trygg og god tilknytning til en omsorgsperson. Vi har ut ifra dette prøvd å gi samspillsveiledning til mor samt generelle råd. Dette har ikke ført til vesentlig bedring av verken samspillet eller guttens omsorgssituasjon.*

I januar 2013 satte BUP diagnosen *F 98.9 Uspesifisert atferdsforstyrrelse og følelsesmessig forstyrrelse som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder.*

Rapporten fra psykolog E forelå i juni 2013. Han konkluderte med at det ville være riktig at det ble foretatt en omsorgsovertakelse av gutten. Han fant at det var en betydelig «mismatch» mellom guttens omsorgsbehov og den omsorgen mor evnet å gi ham.

Barneverntjenesten besluttet i oktober 2013 å fremme sak for fylkesnemnda om omsorgsovertakelse etter barnevernloven § 4-12. Gutten flyttet i januar 2014 i fosterhjem i påvente av behandling av fylkesnemndssaken.

Fylkesnemnda fattet vedtak om omsorgsovertakelse i februar 2014, og omsorgen ble overtatt av A kommune. Det ble fastsatt at mor skulle ha seks dagsamvær i året, mens far fikk fastsatt to samvær per år med en varighet på seks timer.

Fra vedtaket siteres:

*Etter fylkesnemndas vurdering er ikke og har ikke mors omsorgsevne vært god nok i forhold til [guttens] omsorgsbehov. Over år har det fått utvikle seg et dysfunksjonelt samspill mellom mor og [gutten]. [Gutten] forholder seg ikke til mors grensesetting og mor mangler voksenautoritet overfor ham. Hun har valgt irrasjonelle måter å håndtere han på ved at hun blant annet har tatt tak i han eller låst han inne. Dette samspillsmønsteret har medført at [gutten] ikke har fått den følelse- og utviklingsmessige støtte som han har hatt behov for.*

Mor begjærte rettslig overprøving av fylkesnemndas vedtak i forhold til samvær, og psykolog E ble på nytt oppnevnt for å foreta en vurdering av samværsspørsmålet. Han avga sakkyndig uttalelse i september 2014. Ved dom i F tingrett av xx. oktober 2014 ble mor tilkjent et samvær med en utvidelse til åtte dagsamvær i året. Den sakkyndiges uttalelse og dommen er ikke vedlagt i saken.

I perioden januar 2014 til januar 2015 bodde han i to ulike fosterhjem. Begge fosterhjemmene opplevde utfordringer med hensyn til å dekke hans særskilte behov og imøtekomme hans omsorgsbehov. Det siste fosterhjemmet valgte å si opp sitt oppdrag som fosterforeldre i januar 2015. G samkommune besluttet i januar 2015 å flytte gutten til H ungdomshjem, med en varighet på opptil ett år. Barneverntjenesten vurderte at gutten hadde et stort behov for en stabil og forutsigbar omsorgssituasjon. Han trengte voksne omsorgspersoner som var konsekvente i sin grensesetting og som ga tilstrekkelig utviklingsstøttende stimulering.

Tiltaket var en ordinær omsorgsinstitusjon. Ved innflytting i institusjonen hadde han fortsatt utfordringer i forhold til sin fungering, men viste en positiv utvikling de første seks månedene. Deretter viste han tiltakende uro og utfordrende atferd, der han også utgjorde en fare for seg selv, andre beboere og ansatte ved institusjonen. Det ble etter hvert konkludert med at institusjonen ikke hadde rammer til å ivareta guttens store omsorgsbehov. I november 2016 vedtok barneverntjenesten at gutten skulle flyttes til institusjonen I.

I februar 2017 ble gutten flyttet til institusjonen J. Barneverntjenesten vurderte at en flytting til J ville være til hans beste da institusjonen i større grad enn I ville kunne møte hans særskilte omsorgsbehov og ivareta ham på en god og forsvarlig måte.

Guttens negative utvikling fortsatte også på den nye institusjonen. Vilkårene i rammeavtalen ble derfor ansett utilstrekkelige. Institusjonen iverksatte 1:1-bemanning, men så at heller ikke det var tilstrekkelig. Han utagerte, utførte skadeverk, truet med bruk av vold og rømte fra institusjonen. For å skape trygge og forutsigbare rammer, både for gutten og de ansatte, ble det derfor vurdert som nødvendig med 2:1-bemanning – dvs. to ansatte tilstede til enhver tid.

I perioden januar 2018 til januar 2019 ble det foretatt ny tverrfaglig utredning, med fokus på PTSD/utviklingstraumer, tilknytningsforstyrrelse eller begynnende personlighetsforstyrrelse, spesifikke språkvansker, Tourettes, autismespekterforstyrrelse, ADHD/hyperkinetisk lidelse og atferdslidelse. Fra epikrise av januar 2019 siteres:

*Ut fra de samtaler som er gjennomført med pasienten, beskrivelser av pasientens nåværende og tidligere fungering, samt resultater ved standardiserte kartlegginger, vurderes det at pasienten tilfredsstillende diagnostiseres for en autismespekterlidelse. Både ved skolen og i bolig jobbes det ut fra en Asperger modell, med god effekt.*

Gutten hadde på dette tidspunktet følgende diagnoser:

- F 84.9 Uspesifisert gjennomgripende utviklingsforstyrrelse
- F 81.9 Uspesifisert utviklingsforstyrrelse i skoleferdigheter
- F 90.0 Forstyrrelser av aktivitet og oppmerksomhet
- Z 61.1 Fjerning fra hjemmet i barnealder
- Z 61.6 Problemer i forb. med påstått fysisk mishandling av barn
- Z 61.8 Annen spesifisert negativ opplevelse i barnealder

Dette innebar at diagnosen *F. 84.9 Uspesifisert gjennomgripende utviklingsforstyrrelse* erstattet diagnosen *F. 98.9 Uspesifiserte atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser*.

Bufetat sendte i oktober 2019 et brev til kommunen der de redegjorde for rammeverket og deres vurdering av økonomisk ansvarsdeling i saken, samt inviterte til et samarbeidsmøte med kommunen. Samarbeidsmøtet ble gjennomført i januar 2020. Partene kom ikke til enighet på møtet. I februar 2020 oversendte Bufetat forslag til avtale om kostnadsdeling til kommunen. Kommunen besvarte ikke dette brevet, men samtykket i e-post av xx. mars 2020 til at saken ble behandlet av Barnevernets tvisteløsningsnemnd.

I referat fra ansvarsgruppemøte i februar 2020 ble det opplyst om at barneverntjenesten så en positiv utvikling hos gutten. Fra referatet hitsettes:

*[Han] har fått gode rutiner på kosthold, trening, døgnrytme, skole. J opplever at [han] er mer sosial og byr mer på seg selv i samhandling med andre ungdommer, som også bor der. [...] [Han] profitterer svært godt på det miljøterapeutiske systemet på J, og folkene han har rundt seg der, som sine støttespillere. [Han] har hatt og har fortsatt behov for trygge rammer og forutsigbarhet. [...]*

Guttens positive utvikling ble bekreftet i evalueringsrapport for perioden januar til april 2020.

### **Partenes anførsler**

**Bufetat** har i det vesentlige anført at guttens behov for forsterkning i barnevernstiltaket har sin årsak i både omsorgssvikt og genetiske betingelser, og at A kommune skal dekke halvparten av utgiftene til forsterkninger i barnevernstiltaket.

Gutten tilfredsstillende diagnosekriterier for en autismespekterlidelse, og han har ADHD. Diagnosen er satt med bakgrunn i guttens klinisk signifikante vansker med eksekutive funksjonsområder, forsinket språk og uttalevansker, signifikante vansker med gjensidig sosial atferd, samt mye uro/risikobetont atferd. Dette preger guttens hverdag på en slik måte at han må anses å ha en funksjonshemming i rundskrivets forstand. Dette er også bakgrunnen for at han etterhvert ble plassert i skreddersydd enetiltak skjermet fra andre, med klare og tydelige rammer og med bemanningsfaktor 2:1. Det er guttens fungering og diagnose som er begrunnelsen for forsterkningsbehovet i barneverninstitusjonen.

Det er vanskelig å si noe entydig om diagnosen F81.9 skyldes genetiske, nevrologiske og/eller biologiske årsaker, siden dette er en diagnose som også kan skyldes omsorgssvikt, overgrep, traumatisering e.l. Hans autismespekterlidelse F84.9 er imidlertid en mer eller mindre medfødt og langvarig lidelse som ikke har sin årsak i omsorgssvikt alene. Tilpasninger knyttet til særlige behov som følge av denne lidelsen er det derfor et kommunalt ansvar å dekke jfr. Q06/2007 pkt. 5.

Mor ble i 2014 vurdert til å ha grunnleggende omsorgsevne og generelt tilstrekkelige foreldrefunksjoner. Hun har også ivaretatt omsorgen for to barn som nå er voksne, og har stadig omsorgen for guttens halvbror – en gutt som også har særlige behov grunnet sin

autismespekterforstyrrelse. På bakgrunn av sakens dokumenter må det imidlertid likevel legges til grunn at gutten har blitt utsatt for omsorgssvikt, og at også dette har påvirket hans fungering og særlige behov.

Etter en totalvurdering har Bufetat kommet til at årsaken til guttens behov for særskilt tilrettelagt barnevernstiltak, synes å være sammensatt; både av genetiske betingelser og av oppvekstbetingelser. Hvor stor andel av guttens utfordringer som skyldes hva, er det vanskelig å si noe sikkert om. I saker hvor årsakssammenhengen er vanskelig å vurdere, har BTN gjerne anbefalt en ansvarsfordeling av ekstrautgiftene i barnevernsvedtaket med en halvpart på henholdsvis stat og kommune. Som eksempel vises til sakene 15/5 og 11/7. Dette synes riktig også i denne saken.

Bufetat har nedlagt påstand om at A kommune skal dekke halvparten av ekstrautgiftene i barnevernstiltaket fra xx. november 2019. Dette utgjør kr 4 974 pr døgn i perioden xx. november 2019 til xx. desember 2019, kr 5 133 pr døgn i perioden xx. januar 2020 til xx. februar 2020 og kr 4 048 pr døgn fra og med xx. mars 2020.

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

Gutten har vokst opp i et hjem med omfattende omsorgssvikt av alvorlig karakter. Mor har blant annet erkjent å ha låst han inn på et rom, bundet han fast i sengen ved leggetid, samt at hun og stefar har utsatt han for vold. Det er kjent at barn som utsettes for alvorlig omsorgssvikt vil kunne få utfordringer med atferd og ha behov for forsterkningstiltak. Guttens utfordringer kan knyttes til hans oppvekt- og omsorgssituasjon hos mor.

BUP har opplevd at han har en tydelig endring av atferd i forbindelse med samvær med mor, da særlig i etterkant av samvær, og at gutten har vist en tydelig engstelse i forbindelse med samvær. Samvær med mor synes å øke guttens symptomtrykk og barnets fungering blir i stor grad påvirket av nærvær med mor. Dette understøtter barneverntjenestens vurdering om at barnets atferd i stor grad er påvirket av omsorgssvikt og at omsorgssituasjonen i tidlig barndom er bakgrunn for de tilrettelagte tiltak barnet trenger i dag.

Barn som har vært utsatt for omfattende omsorgssvikt kan ha trekk og symptomer som er sammenfallende med både ADHD og autismespektervansker. Omsorgssvikt og påførte traumer av en slik karakter som dette barnet har vært utsatt for, er kjent for å føre til den type atferd som barnet har utvist.

Barn med en stabil omsorgssituasjon og emosjonell trygghet i sin oppvekst, ville ikke hatt behov for et tilrettelagt tiltak i den grad som dette barnet har for å fungere i hverdagen, skole/utdanning og arbeidssituasjon. En ungdom som har faktorer som indikerer en mild eller høyt fungerende autismespekterforstyrrelse, ville ikke ha hatt behov for så omfattende oppfølging og tiltak for å ha en normal hverdag. Det er den alvorlige omsorgssvikten over tid og usikkerhet rundt medisiner for ADHD som ligger til grunn for hans behov for massiv tilrettelegging. Flere barn som har opplevd tilsvarende omsorgssvikt og overgrep i barndommen vil trolig kunne ha de samme særskilte behovene som denne gutten har.

Kommunen har nedlagt påstand om at Bufetat skal dekke utgiftene til forsterkninger i barnevernstiltaket.

## 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 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 av fysisk eller psykisk art - 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 grensdraging 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.

Det er enighet mellom partene om at gutten har en funksjonshemming i betalingsrundskrivets forstand og som nødvendiggjør forsterkningstiltak i institusjonen han er plassert i. Spørsmålet for nemnda er følgelig om omsorgssvikt er den dominerende årsak til funksjonshemmingen.

Han er diagnostisert med *F 84.9 Uspesifisert gjennomgripende utviklingsforstyrrelse, F 81.9 Uspesifisert utviklingsforstyrrelse i skoleferdigheter, F 90.0 Forstyrrelser av aktivitet og oppmerksomhet (ADHD), Z 61.1 Fjerning fra hjemmet i barnealder, Z 61.6 Problemer i forb. med påstått fysisk mishandling av barn og Z 61.8 Annen spesifisert negativ opplevelse i barnealder.*

På hjemmesiden til Norsk Helseinformatikk AS ([www.nhi.no](http://www.nhi.no)) uttales følgende om årsaker til autismespekterforstyrrelse (ASD):

*Arvelige (genetiske) faktorer spiller en stor rolle for utvikling av ASD. Barneautisme regnes som den mest genetisk forklarte av alle barnepsykiatriske tilstander med over 90 prosent samsvar hos eneggete tvillinger for diagnose eller liknende funksjonsvansker. Det regnes imidlertid at det er en lang rekke genetiske avvik, kjente og ukjente, og kombinasjoner av disse som medvirker i utviklingen av ASD...  
...Miljøfaktorer regnes å være av betydning, men årsaksfaktorene er ikke avklart og enkeltfaktorer er ikke påvist. I tillegg er det sannsynlig at miljøfaktorer og genetiske faktorer påvirker hverandre. Kombinasjoner av en rekke ulike genetiske faktorer og miljøfaktorer antas å forklare spennet i alvorlighetsgrad og uttrykk av ASD, fra mild til moderat og alvorlig funksjonssvikt.*

Hva gjelder årsakene til ADHD uttales følgende på [www.nhi.no](http://www.nhi.no):

*Årsakene til ADHD er ikke fullt ut kjent, men forskere har identifisert flere faktorer som kan spille en rolle ved tilstanden, deriblant lavere mengde dopamin i hjernen, arv og miljøpåvirkning...  
...En rekke tvilling- og adopsjonsstudier slår fast at arvelige faktorer er av stor betydning for utvikling av ADHD. Vi ser at ADHD forekommer oftere i enkelte familier. De fleste barn med ADHD har minst en slektning med tilstanden, og omtrent en tredjedel av menn som har ADHD, har barn med ADHD....  
...Undersøkelser har også vist at komplikasjoner i forbindelse med svangerskap og fødsel gir økt risiko for utvikling av ADHD...  
...Psykososiale risikofaktorer som sykdom hos foreldre, mye uro og uenighet hjemme, vanskelige økonomiske vilkår og annet gir en økning i risiko for utvikling av psykiske problemer hos barn og ungdom. Ved psykiatrisk sykdom vil slike ytre faktorer kunne forverre tilstanden. Dette gjelder også ved ADHD. Foreldre som selv har ADHD vil kunne ha vanskeligheter med å*

*være stabile omsorgspersoner med forutsigbarhet og evne til å sette barnets behov foran sine egne.*

Basert på denne gjennomgangen og sakens øvrige opplysninger, er nemnda av den oppfatning at en stor del av guttens atferdsproblemer kan knyttes til diagnosene ASD, ADHD og F 81.9. Uspesifisert utviklingsforstyrrelse i skoleferdigheter. Genetiske faktorer spiller en stor rolle ved utviklingen av diagnosene, men også miljøfaktorer, som for eksempel omsorgssvikt, regnes å være av betydning. Nemnda legger til grunn, basert på sakens opplysninger, at gutten fra tidlig barndom har opplevd alvorlig omsorgssvikt. Det vises til fylkesnemndas vedtak om omsorgsovertakelse hvor guttens oppvekst- og omsorgssituasjon er beskrevet.

Av notat fra poliklinikkjournal xx. februar 2016 fremgår følgende om guttens ADHD-diagnose og oppvekstbetingelser:

*Lest fra journalen vurderte jeg en gutt som fra ganske ung alder har gått på (for?) høye doser Ritalin mens jeg samtidig ikke klarer å lese at det er tatt hensyn til relasjonsdannelsen mellom far og sønn og mor og sønn. Vi vet fint lite om situasjonen da far enda bodde sammen med sønn. Jeg leste at mor stengte sitt barn inne i et kjellerrom. Jeg har valgt å ikke tvile på ADHD-diagnosen, men jeg har valgt å vurdere at det kan være andre årsaker til hans atferd/symptombilde, som kan veie tyngre enn ADHD i seg selv. ADHD kan ha utløst en forstyrret relasjon mellom ham og foreldre men hvordan foreldre har reagert på ham kan ha skapt større vansker. Mitt inntrykk har vært at [gutten] kan være relasjonskadd/tilknytningsskadd og jeg har valgt å legge opp min behandling etter det, i tillegg til en grunnbehandling av ADHD hos xx.*

Guttens atferd forverret seg høsten 2016. I epikrise av xx. november 2016 uttalte overlege ved BUP, K, følgende om guttens negative utvikling og antatte årsak:

*[...]Hva som har endret [han] såpass er meg usikker. Mine tanker har gått i retning av om han i sommer har blitt utsatt for traumer, rus eller andre negative påvirkninger som har ført til sterkt økt utrygghet. Gjennom 2015 og 2016 har vi sett et mønster med uro etter samvær og vesentlig negativt endret atferd etter somrene...Det siste er nesten bare å forvente og det ville personalet på [gutten] ha klart prima å hanskes med denne høsten, slik de også gjorde det høst 2015 hadde det ikke vart for at [hans] atferd nå var såpass voldelig som beskrevet. Systembehandlingen har alltid tatt utgangspunkt i at [han] sikrer seg, er utrygg, er i forsvar. Hans atferd i høst kan tolkes som en sterk forverring av dette, der angrep kan ses som et forsvar [...]*

BUP vurderte i januar 2019 at han tilfredsstilte diagnosekriteriene for autismspekterlidelse. Fra epikrise fra BUP av xx. januar 2019 refereres:

*Spes. ped lærer og hovedkontakt ved bolig har rapportert klinisk signifikante vansker med gjensidig sosial atferd, som kan indikere mild eller «høyfungerende» autismspektrumforstyrrelse. Resultater fra gjennomført ADOS observasjon tydet også vansker innen autismspekteret. Det rapporteres også klinisk signifikante vansker med eksekutive funksjonsområder. Ut fra de samtaler som er gjennomført med pasienten, beskrivelser av pasientens nåværende og tidligere fungering, samt resultater ved standardiserte kartlegginger, vurderes det at pasienten tilfredsstiller diagnosekriterier for autismspekterlidelse. Både ved skolen og i bolig jobbes det ut fra en Asperger*

*modell, med god effekt. [...] Pasienten er fra tidligere diagnostisert med en hyperkinetisk lidelse (ADHD). Det vurderes ikke at denne lidelsen kan forklare hans vansker med generell fungering, men at hans lærevansker og vansker med sosial samhandling er en bidragende faktor til hans vansker med oppmerksomhetsfunksjoner, vansker med emosjonsregulering, og eksekutive/organisatoriske vansker. I tillegg har pasienten hatt flere belastende og skremmende livserfaringer, med mye uforutsigbarhet og flytting ift omsorgssituasjon. Dette har nok preget ham både med tanke på psykisk helse og evne til tilknytning.*

Med ovennevnte som utgangspunkt, finner nemnda at årsaksforholdene er sammensatte. At gutten den senere tid har vist bedring i institusjonen kan være et tegn på at omsorgssvikten tidligere har påvirket hans fungering, men kan etter nemndas vurdering ikke tillegges noen avgjørende betydning. At guttens søsken, som også har bodd hos mor, ikke har tilsvarende problemer, støtter på den annen side opp om at dette også er en konstitusjonelt forankret problematikk. Det vises også til at guttens far ifølge fylkesmannens vedtak xx. februar 2014 har diagnosene Asbergers syndrom og ADHD. Det synes som om guttens funksjonsnedsettelse har utgangspunkt både i konstitusjonelt forankret problematikk og omsorgssvikten han har blitt utsatt for i hjemmet. Nemnda finner det ikke mulig å gradere årsaksforholdene nærmere, utover at det synes rimelig at utgiftene fordeles likt mellom Bufetat og kommunen.

På bakgrunn av ovenstående finner nemnda å tilrå at kostnadene til forsterkningstiltak i perioden fra xx. november 2019, må bli å fordele med en halvpart på hver av partene.

Avgjørelsen er enstemmig.

### **Slutning:**

*Barnevernets tvisteløsningsnemnd tilrår at Bufetat og A kommune dekker hver sin halvpart av alle kostnadene til forsterkningstiltak som følge av guttens funksjonshemming fra xx. november 2019.*

Joakim Zahl Fjell

Tore Roald Riedl

Ingrid Smedsrud