

R å d g i v e n d e u t t a l e l s e :

Dato: 31. mars 2022

Sak: 22/3

Klager: A kommune

Innklaget: Bufetat

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 forsterkning i fosterhjem som følge av gutt, født 2008, sin funksjonshemming.

A – omsorgskommune

B – kommune

C – sykehus

D – psykolog

E – sted

F – sted

G – sykehus

H - sykehus

I møte 31. mars 2022 gav Barnevernets tvisteløsningsnemnd i sak nr. 22/3 slik

rådgivende uttalelse:

Saken gjelder uenighet mellom Bufetat og A kommune om dekning av utgifter til forsterkninger i fosterhjem for gutt, født i 2008, i perioden xx. september 2020 til xx. juni 2021.

A kommune mener at Bufetat skal dekke all utgiftene til forsterkninger i fosterhjem.

Bufetat har avvist kravet.

Saken ble oversendt Barnevernets tvisteløsningsnemnd 8. september 2021. Bufetat inngav uttalelse 25. november 2021. Så vel Bufetat som kommunen samtykker til at saken behandles av tvisteløsningsnemnda.

Sakens bakgrunn

Barneverntjenesten kom første gang i kontakt med familien bestående av foreldrene og fire barn i 2009. Gutten var ett år på dette tidspunktet. Familien bodde da i A kommune. Det ble satt i verk hjelpetiltak i form av råd og veiledning til foreldrene. Høsten 2009 flyttet familien til B. Barneverntjenesten i A kommune sendte da brev til B kommune hvor de opplyste at familien hadde behov for hjelpetiltak.

I november 2010 sendte C en bekymringsmelding til B kommune. Bakgrunnen var at gutten var innlagt ved C med en "metabolsk krise" samtidig som familien nettopp hadde fått et nytt barn og guttens far hadde blitt diagnostisert med kreft.

Gutten hadde store medisinske utfordringer og fikk diagnosen Lysinurisk proteinintoleranse. Han måtte som følge av diagnosen følge en streng diett og bruke livsnødvendige medisiner. Han fikk innlagt en P-sonde som kunne brukes både til medisiner og til å gi han den maten han ikke klarte å spise selv. Han ble gjentatte ganger innlagt på sykehuset på grunn av sykdommen.

C sendte ny bekymringsmelding til B kommune i februar 2011 etter at han hadde vært inne til poliklinisk undersøkelse i januar samme år. I meldingen ble det opplyst om at gutten hadde dårlig allmenntilstand, med blant annet hovne føtter, hissig bleieeksem som gikk over penis, sår i munnvikene og at åpningen rundt magesonden hans var infeksjonspreget. Tester utført på sykehuset viste at gutten trolig var underernært. Barneverntjenesten mottok også anonyme bekymringsmeldinger vedrørende barnas hjemmeforhold og foreldrenes ivaretagelse av barna.

Psykolog D ble engasjert av kommunen til å gjennomførte høsten 2011 en kartlegging og vurdering av barnas omsorgsbehov og foreldrenes omsorgsevne. Fra hans rapport fra september 2011 hitsettes følgende:

[Guttens] sykdom gjør at han har behov for døgnkontinuerlig oppfølging av en voksen. Dette medfører nødvendigvis høy grad av voksenkontakt, og slik jeg vurderer det er den emosjonelle omsorgen som han har fått vært god nok. Dette baserer jeg på mine egne observasjoner og barnehagens beskrivelser av hans fungering når han er frisk. Han framstår, i frisk tilstand, som en vital og livsglad gutt. Han forsinkelse på språkutviklingen kan sees som et resultat av at han i perioder har vært svært syk, og generelt er dette en risiko når det gjelder barns utvikling. Hvorvidt dette skyldes manglende språkstimulering og foreldrenes evne til å inngå i en dialog med ham er vanskelig å avgjøre sett i lys av hans sykdom. Det som er bekymringsfullt er at foreldrene ved enkelte tilfeller har ventet lenge med å søke medisinsk hjelp når han har vært syk. Dette kan gi grunn til bekymring for at foreldrene ikke har lest og forstått hans emosjonelle uttrykk. Mentalisering er et begrep som brukes om foreldrenes evne til å leve seg inn i barnets opplevelse. Altså å se barnet ut fra dets eget perspektiv. Sett i lys av foreldrenes tidligere avventende holdning til å søke hjelp til [gutten], mener jeg det er grunn til å stille spørsmål om deres evne til mentalisering.

Barneverntjenesten fattet xx. november 2011 vedtak om ytterligere hjelpetiltak i familien, herunder miljøarbeider i 60 % stilling, tiltak for de to eldste barna og dekning av barnehageplass for gutten og en bror. Høsten 2012 ble det i tillegg innvilget avlastning to netter hver tredje uke for gutten og broren.

Sommeren 2013 gikk guttens foreldre fra hverandre, og i juli/august 2013 flyttet moren til E i A kommune sammen med barna. Barneverntjenesten i B informerte i brev fra august 2013 barneverntjenesten i A om at moren ønsket bistand fra barneverntjenesten.

I november 2013 traff barneverntjenesten i A vedtak om hjelpetiltak for gutten. Vedtaket gav miljøarbeider i hjemmet i ni timer pr. uke, råd og veiledning, samt økonomisk bistand.

I februar 2014 traff barneverntjenesten akuttvedtak om å plassere gutten utenfor hjemmet og fremmet sak om omsorgsovertakelse for fylkesnemnda. Den xx. juni 2014 traff fylkesnemnda vedtak om omsorgsovertakelse, jf. barnevernloven § 4-12 bokstav a og d, for gutten og to av hans søsken. Fylkesnemnda vedtok videre at barna skulle plasseres i fosterhjem jf. barnevernloven § 4-14 bokstav a og at det skulle være samvær mellom barna og foreldrene fire ganger pr. år som dagsamvær. Gutten ble plassert i eget fosterhjem. Han var på dette tidspunktet fem år.

Fra fylkesnemndas vedtak siteres:

[Gutten] har en alvorlig og sjelden diagnose. Til tross for dette finner fylkesnemnda at [moren] gjentatte ganger ikke har evnet å se hans behov og å handle hensiktsmessig ut fra disse. Av helsepersonell ble hun frarådet å dra på ferie med [gutten] til E fordi det kunne by på store utfordringer å få nødvendig helsehjelp til gutten. Til tross for dette valgte [hun] å flytte til E. Hun flyttet da fra en kommune som hadde iverksatt massive hjelpetiltak i familien, og valgte å prioritere sitt eget behov for å komme nærmere sin egen mor. Dette til tross for at hun var gjort kjent med at barneverntjenesten i A anså det som utfordrende å bygge opp store hjelpetiltak i familien dersom de valgte å bosette seg i E.

Fylkesnemnda finner at [mor] ved flyttingen demonstrerte både umodenhet og manglende evne til å sette barnas behov foran sine egne behov. [...]

[...] Fylkesnemnda anser at [gutten] er et svært pleie- og tilsynskrevende barn. Manglende oppfølging og manglende evne til å sørge for rask og adekvat hjelp ved behov, kan ha alvorlige og i verste fall livstruende konsekvenser for [gutten].

Etter først å ha vært plassert i beredskapshjem har gutten bodd fast i samme fosterhjem i F siden august 2014. Det har i hele perioden vært satt inn forsterkningstiltak både i skolen og i fosterhjemmet. Dette i form av frikjøp av fosterforeldre, avlastning, veiledning og tilpasninger i skolen.

Høsten 2019 var han til utredning ved BUP F. På dette tidspunktet var han 11 år. Av utredningsrapport fra G fra oktober 2019 fremgår at han fikk følgende diagnoser:

- R46.3 Symptomer og tegn med tilknytning til utseende og atferd - Overaktivitet
- F70.0 Lett psykisk utviklingshemming
- E72.8 Andre spesifiserte forstyrrelser i aminosyremetabolismen

Av utredningsrapporten fremgår videre følgende om hans helsetilstand:

Følges også opp ved C (x, barnepoliklinikken) og H grunnet Lysinurisk proteinintoleranse. Som følge av dette må han ha et strengt kostholdsregime og medikamentell behandling. Matinntak OK, men svært begrenset hva han kan spise grunnet den somatiske lidelsen, tåler ikke proteiner. Ikke helt renslig, er tørr på natten men bæsjer seg ut på dagtid i stresssituasjoner. Var ikke renslig da han kom i familien som 6-åring. Spiser og sover stort sett godt. Kan stjele mat/godteri han ikke kan spise om han får anledning til det og må passes på hjemme og ute fordi han kan bli meget syk i slike situasjoner. Trenger mye søvn. [Gutten] har mange erfaringer med sykehus etc og har vært meget syk, fraktet med helikopter og ligget i koma. Mange traumatiske erfaringer vedr. helsetilstand.

Det beskrives videre at gutten var godt integrert i fosterhjemmet, men at han ikke hadde noen venner. Han hadde vansker med mentalisering og med å forstå og sette ord på følelser. Da han ble frustrert kunne han slå og sparke, kaste ting og ødelegge ting hjemme. Fosterhjemmet hadde i slike situasjoner holde ham slik at han ikke skadet seg selv.

Høsten 2021 ble det foretatt en ny diagnostisk vurdering av gutten. Av erklæring fra C fra oktober 2021 fremgår at han på dette tidspunktet var diagnostisert med Lysinurisk proteinintoleranse, lett psykisk utviklingshemming, samt redusert vekst. Fra erklæringen siteres:

[Gutten] har diagnosen lysinurisk proteinintoleranse (LPI) som er en kronisk sykdom. Dette medfører et betydelig ekstra pleie-, oppfølgings- og behandlingsbehov i hverdagen – av gjøremål, medisinske prosedyrer, rutiner, og ikke minst et betydelig tilsynsbehov sammenlignet med barn i samme alder.

Av søknad om tilskudd til forsterkning av fosterhjem fra oktober 2021 fremgår det at guttens omsorgsbehov har økt, både som følge av koronasituasjonen, men også med bakgrunn i en

krevende helse- og adferdsutfordring hos ham. A kommune har opprettholdt forsterkningen av fosterhjemmet, som ble iverksatt i september 2019, på samme nivå.

Kommunen har i perioden xx. mars 2017 til xx. juni 2020 søkt og fått innvilget tilskudd til forsterkning av fosterhjemmet. Da kommunen søkte om å få videreført tilskuddet til forsterkning av fosterhjemmet for perioden xx. juli 2020 til xx. juni 2021 foretok Bufetat en ny vurdering av saken og kom til at det med henvisning til utredningen fra 2019, ikke lenger var grunnlag for statlig tilskudd til forsterkning i fosterhjemmet. Kommunen ble informert om dette muntlig i telefonmøte xx. juni 2020. Det ble i telefonmøtet også gitt innspill til den videre prosessen. For at kommunen skulle få mulighet til å områ seg, valgte Bufetat å innvilge tilskudd også for perioden xx. juli til xx. september 2020. A kommune inngav xx. juli 2020 fristavbrytende klage som ble fulgt opp i formell klage av xx. september 2020. Det ble alternativt bedt om samtykke til at kravet ble oversendt BTN. Bufetat samtykket til behandling i BTN i brev av 21. oktober 2020.

Partenes anførsler

A kommune har i det vesentlige anført at Bufetat skal dekke utgiftene til forsterkningstiltak.

Hovedårsaken til guttens behov for forsterkningstiltak i fosterhjem er omsorgssvikt i hjemmet og ikke hans omfattende diagnoser. Dette bekreftes av fylkesnemndas vedtak og sakkyndig utredning, samt rapporter fra fosterhjemmet.

Gutten har særlige problemer etter samvær og sosiale situasjoner. Dette underbygger at hans utfordringer ikke alene er knyttet til hans diagnoser, men omsorgssvikt og følgene av dette. Hans diagnoser gjør at det kreves mer av fosterfamilien enn det som ville vært tilfelle uten sykdommene, men det er omsorgssvikten som er hovedårsaken til hans oppfølgingsbehov. Hans sykdommer var mer fremtredende da han bodde hjemme hos sine biologiske foreldre og ikke fikk den oppfølging diagnosene hans krever. I fosterhjemmet får han all den oppfølging diagnosene krever og symptomene knyttet til disse er dermed betydelig mindre enn de var under hans biologiske foreldres omsorg. De emosjonelle problemene han har som følge av omsorgssvikten er imidlertid en utfordring.

Allerede da gutten ble plassert i beredskapshjem i februar 2014, ble det observert at han opplevde mye for første gang. Han fremstod som svært ukritisk i kontakt med andre mennesker. Gutten ble i sakkyndig rapport fra 2011 av barnehagen beskrevet som en vital og livsglad gutt når han var frisk. Dette er ikke i samsvar med de beskrivelser vi har fått siden han flyttet i fosterhjem. Da han bodde hjemme ble det ikke rapportert om utageringer eller emosjonelle vansker som ligner på de episoder vi ser nå. Dette har blitt mer og mer synlig mens han har bodd i fosterhjemmet. Fosterhjemmet har jobbet godt med å stabilisere sykdomsbildet til gutten. Omsorgssvikten som han ble utsatt for som barn har gitt ringvirkning som fører til utfordringer med sosialisering, fungering og forståelse som utspiller seg i samspill med andre.

Fosterhjemmet opplever situasjonen rundt gutten som utfordrende og de merker stadig at han fremdeles har utfordringer knyttet til de første årene av livet sitt. Han sliter emosjonelt og atferdsmessig. Han blir stadig større og sterkere, og i perioder kan han gå fysisk til angrep på andre i hjemmet dersom han ikke får forståelse for sine emosjonelle reaksjoner. Dette til tross for at han har bodd der siden han var seks år og er godt integrert i familien.

Guttens biologiske foreldre har neglisjert han og overlatt han til seg selv. Han ble under foreldrenes omsorg flere ganger akuttinnlagt på sykehus med alvorlig sykdomsbilde fordi foreldrene ikke søkte helsehjelp i tide, eller fulgte opp medisinske anmodninger. Han har vært i metabolsk krise og kommet på sykehuset underernært, med sår i munnviker og i underliv. Hjemmet han bodde i var svært skittent, og som følge av at han har nedsatt immunforsvar var han i konstant fare. På grunn av foreldrenes gjennomgripende omsorgssvikt har han også vært sårbar for utviklingstraumer. Han har levd og lever enda i alarmberedskap for at noe skal skje som røkter ved hans liv. Dersom han ikke hadde vært utsatt for omfattende omsorgssvikt de første seks årene av sitt liv, er det svært sannsynlig at hans fungering ville vært en helt annen. Det er da også mye mindre sannsynlig at han hadde hatt de atferdsproblemene han har nå.

A kommune har nedlagt påstand om at Bufetat skal bære kostnadene til forsterkningstiltak i guttens fosterhjem utover kommunens egenandel. Subsidiært bes det om at kostnadene deles.

Bufetat har i det vesentlige anført at guttens behov for forsterkningstiltak skyldes genetiske forhold og at kommunen skal dekke utgiftene til forsterkningstiltak.

Gutten beskrives å være svært pleie- og tilsynskrevende. Han oppfyller kriteriene for flere diagnoser av så vel alvorlig somatisk som kognitiv karakter. Det er ingen tvil om at dette er et barn som må anses funksjonshemmet i rundskriv Q06/2007 sin forstand.

Selv om det er fattet vedtak om omsorgsovertakelse og det er funnet mangler i mors omsorgsevne både for gutten og to av hans søsken, er det ikke grunnlag for å si at guttens funksjonshemming har sin dominerende årsak i omsorgssvikten. Vi viser særlig til uttalelsene fra BUP der det eksplisitt uttales at: *«hans vansker antas å komme av en kombinasjon av medfødt kognitiv fungering og alvorlig fysisk sykdom som til sammen utgjør en betydelig belastning for ham i dagliglivet med hjem og skole»* (vår understreking).

Det er også disse lidelsene som i realiteten begrunner behovet for forsterkning i fosterhjemmet. Lidelsene er livsvarige utfordringer som vil endre karakter etter alder. At gutten, selv etter syv år med trygge omsorgsbetingelser, fortsatt er i behov av forsterkninger i fosterhjemmet, bekrefter dette. Det samme gjør den sammenlignende vurdering som BTN gjerne vektlegger i sine saker; Diagnosene tenkt borte ville ikke et fosterhjem for et 13 år gammelt barn med tilsvarende omsorgssvikt frem til seks års alder, med stabil omsorg de siste syv årene, ha vært i behov av forsterkninger. Tilsvarende er det stor sannsynlighet for at en familie med alminnelige omsorgsevner ville ha vært i behov av betydelig støtte og bistand fra helse- og omsorgstjenesten i kommunen for å kunne ivareta omsorgen for en 13 åring med lett psykisk utviklingshemming og E72.8 m.m.

Bufetat er ikke enig i kommunens anførsel om at diagnosenes symptomer er underordnet de emosjonelle problemene han har fått som følge av omsorgssvikten, og at det er svært sannsynlig at hans fungering ville vært en helt annen hadde det ikke vært for omsorgssvikten han ble utsatt for. Bufetat viser til at sakkyndig psykolog ikke har vurdert mors omsorgsevne som utilstrekkelig på det emosjonelle planet. Psykologen nevner ikke noe om at barnet synes å ha emosjonelle skader under tiden for undersøkelsene. Tvert imot nevner han at observasjonene under hjemmebesøk viste at foreldrene hadde normalt gode forutsetninger for samspill, og at dette trolig var forebyggende når det gjaldt emosjonelle- og atferdsproblemer. Årsaken til at barna ble omsorgsovertatt var ikke omsorgssvikt på det emosjonelle planet, men mors manglende problemerkjenning og problemforståelse. Mor synes i liten grad å ha forstått

eller tatt innover seg barnas store og sammensatte behov og hva disse krever av barnas omsorgsgiver, jf. fylkesnemndas uttalelse.

Barneverntjenesten vurderte da også mors omsorgsevne som tilstrekkelig god for å ivareta omsorgen for guttens søsken f. hhv. 1998, 2002 og 2014, noe som tilsier at mors omsorgsevne må anses som forsvarlig når barnas helseutfordringer ikke medfører at omsorgsoppgaven overstiger det mor makter å stå i. Mor har siden beholdt omsorgsansvaret for sine tre øvrige barn.

Helseutfordringene som følge av guttens medfødte diagnoser er mest fremtredende i begrunnelsene for forsterkningstiltak. Dokumentasjonen viser at det er symptomer og plager knyttet til hans medfødte diagnoser som gjør at fosterforeldrene har behov for forsterkninger. Det kan ikke anses som godt gjort at det er mors omsorgssvikt som er den dominerende årsaken til guttens helseutfordringer og hjemmets behov for forsterkningstiltak i dag. Guttens medfødte diagnoser tenkt borte, ville hjemmet neppe hatt behov for langvarige forsterkningstiltak.

Bufetat har nedlagt påstand om at kommunen skal dekke utgiftene til forsterkningstiltak i fosterhjemmet.

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 fosterhjemsplassering 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 grensedragnings 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 har nødvendiggjort forsterkningstiltak i fosterhjemmet han har vært plassert i. Spørsmålet for nemnda er for det første om omsorgssvikt er den dominerende årsak til funksjonshemmingen. Hvis nemnda kommer til at dette ikke er tilfelle, blir spørsmålet om det skal skje en deling av utgiftene mellom stat og kommune.

Han er diagnostisert med *R46.3 Symptomer og tegn med tilknytning til utseende og atferd – Overaktivitet, F70.0 Lett psykisk utviklingshemming* og *E72.8 Andre spesifiserte forstyrrelser i aminosyremetabolismen*.

På hjemmesiden til Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (www.naku.no) beskrives diagnosen Lett psykisk utviklingshemming slik:

Lett psykisk utviklingshemming innebærer oftest at personen kan ta hånd om seg selv på en god måte. Personen mestrer mange av dagliglivets ferdigheter som personlig hygiene, matlaging og andre praktiske og huslige ferdigheter. De største problemene oppstår vanligvis med teoretisk skolearbeid, og mange har problemer med å lese og skrive. Mange kan delta i alminnelige samtaler, men de språklige ferdighetene varierer, både når det gjelder å forstå og å uttrykke seg. Mange kan ha en vanlig jobb eller en jobb som er tilpasset personens mestringsnivå

Årsaker til Lett psykisk utviklingshemming beskrives på www.nhi.no å være:

Årsaker før fødselen – Dette utgjør 70 prosent av tilfellene med svær psykisk utviklingshemning og 40-50 prosent av tilfeller med moderat utviklingshemning. Årsaker under fødselen – Det er usikkerhet omkring tallene. Tall fra undersøkelser varierer mellom 5-20 prosent og tilskrives komplikasjoner i forbindelse med selve fødselen, f.eks. langvarig fødsel, oksygenmangel eller infeksjon. Årsaker etter fødselen – Også her er det stor variasjon mellom undersøkelser: 1-12 prosent tilskrives årsaker som infeksjoner og skader. Omsorgssvikt eller manglende stimulering kan også føre til mental retardasjon.

I utredningsrapport fra G fra oktober 2019 fremgår gis følgende diagnostiske vurdering:

[Gutten] fyller ikke kriteriene for noen barnepsykiatrisk diagnose. Hans vansker antas å komme av en kombinasjon av medfødt kognitiv fungering og alvorlig fysisk sykdom som tilsammen utgjør en betydelig belastning for ham i dagliglivet med hjem og skole. Dette er ikke tilstander som kan behandles i barnepsykiatrien, men som er livsvarige utfordringer og vil endre karakter etter alder. [Gutten] er godt integrert i fosterhjemmet og får god oppfølging der. Det er vansker knyttet til skole og han viser tegn på vantrivsel og stress forbundet med skolegang. Det er nødvendig med bedre tilrettelegging i skolen. Det er bedre trivsel i basen der stressfaktorer tas ned.

Basert på denne gjennomgangen og sakens øvrige opplysninger, er nemnda av den oppfatning at gutten har konstitusjonelt forankret problematikk av alvorlig karakter. Nemnda finner det heller ikke tvilsomt at gutten har vært utsatt for omsorgssvikt i hjemmet. Det vises til Fylkesnemndas vedtak om omsorgsovertakelse hvor guttens oppvekst- og omsorgssituasjon er beskrevet. Med de beskrivelser som er gitt av guttens helsetilstand og behov for hjelp og støtte i hverdagen over mange år, mener nemnda imidlertid at hans medfødte kognitive fungering og alvorlige fysiske sykdom har stor betydning for forståelsen av hans vansker. Omsorgssvikt vurderes derfor ikke som den dominerende årsak til guttens funksjonshemming.

Tvert imot mener nemnda nevnte medfødte kognitive fungering og alvorlige fysiske sykdom er en så vesentlig årsak til hans behov for forsterkningstiltak at kommunen bør dekke disse ekstrautgiftene i sin helhet. Det vises blant annet til uttalelse fra BUP og utredningsrapporten fra G fra 2019 om årsaken til hans vansker. Av fylkesnemndas vedtak fremgår at gutten var et svært pleie- og omsorgskrevende barn, og at omsorgssvikten i forhold til ham særlig gjaldt manglende evne til å sikre ham forsvarlig oppfølging og omsorg. Etter flytting i beredskapshjemmet hadde gutten dessuten en svært positiv utvikling. Etter dette har han hatt en stabil omsorg i fosterhjemmet. Slik nemnda ser det ville gutten, dersom man tenker seg de nevnte diagnoser borte og han kun hadde vært utsatt for omsorgssvikt, neppe hatt behov for forsterkningstiltak. Det er heller ikke opplyst at hans søsken har funksjonsnedsettelse som følge av omsorgssvikt. Nemnda finner således ikke at det er forhold i saken, herunder at årsaksforholdene er så uklare, som tilsier at kostnadene bør deles mellom stat og kommune.

Slutning:

Tvisteløsningsnemnda tilrår at A kommune dekker utgifter til forsterkning i fosterhjem som følge av gutt, født 2008, sin funksjonshemming.

Joakim Zahl Fjell

Tore Roald Riedl

Ingrid Smedsrud