

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

Dato: 6. desember 2021

Sak: 21/11

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 forsterkning i barnevernsinstitusjon som følge av gutt, født 2001, sin funksjonshemming.

A – omsorgskommune
B – fylkesnemnda
C – sted
D – tingrett
E – lagmannsrett
F – institusjon
G – psykolog
H – sted
I – sted
J – sted
K – barnehage
L – institusjon

M – navn
N – navn
O – sykehus
P – barnehjem
R – institusjon
S – sted
T - institusjon
U – poliklinikk
V - psykolog

I møte 6. desember 2021 gav Barnevernets tvisteløsningsnemnd i sak nr. 21/11 slik

rådgivende uttalelse:

Saken gjelder uenighet mellom Bufetat og A kommune om dekning av utgifter til forsterkninger i barnevernsinstitusjon for gutt, født i 2001, i perioden xx. september 2019 til xx. mai 2021.

Bufetat mener at A kommune skal dekke utgifter til forsterkningstiltak i barnevernsinstitusjonen.

A kommune har avvist kravet.

Saken ble oversendt Barnevernets tvisteløsningsnemnd 25. juni 2021. Kommunen inngav uttalelse 30. juli 2021. Så vel Bufetat som kommunen samtykker til at saken behandles av tvisteløsningsnemnda.

Saken skulle opprinnelig behandles i nemndas møte 20. september 2021. Grunnet behov for ytterligere dokumentasjon, ble saken imidlertid utsatt. A kommune ble i henvendelse av 13. september anmodet om å fremlegge flere dokumenter i saken. I oversendelse av 26. oktober ble nye dokumenter fremlagt. Nemnda finner nå saken godt nok opplyst til å ta stilling til den.

Sakens bakgrunn

A kommune overtok omsorgen for gutten ved fylkesnemnda i B vedtak av xx. mars 2002. Mor og far ble gitt rett til samvær med han en gang i året med en varighet på to timer, med tilsyn. I mars samme år ble han flyttet i fosterhjem på C.

Bakgrunnen for omsorgsovertakelsen var omfattende rusmisbruk og omsorgssvikt. Mor hadde en vanskelig barndom. Hennes omsorgspersoner var rusmisbrukere, og hun ble utsatt for omsorgssvikt. Hun ble plassert i fosterhjem da hun var 13-14 år og i løpet av ungdomsårene flyttet hun mellom fosterhjem, institusjoner og hjemmet. Hun begynte tidlig å misbruke hasj, amfetamin, tabletter og alkohol. Guttens far hadde også en vanskelig barndom og oppvekst med vold og rusmisbruk i hjemmet. Han begynte å ruse seg i 13-14 års alderen. Han ble plassert i fosterhjem da han var ca. 13 år og har også bodd i institusjoner.

Både mor og far brakte samværsspørsmålet inn for D tingrett. Ved tingrettens dom fra november 2002, ble mor gitt rett til fire samvær pr. år med en varighet på to timer og far to samvær pr. år med en varighet på to timer. Barneverntjenesten ble gitt adgang til å føre tilsyn under samværene. Mor brakte samværsspørsmålet inn for E lagmannsrett, som i dom fra juni 2003 fastholdt antall samvær, men utvidet disse til fire timer hver gang. Det ble ikke gitt adgang til tilsyn.

Ved omsorgsovertakelsen i 2002 hadde mor påbegynt behandling for sine rusproblemer. Hun gjennomførte en vellykket rusbehandling ved F og flyttet tilbake til A i 2004. Far hadde på dette tidspunktet gjennomført rehabilitering og var rusfri. Mor krevde tilbakeføring av gutten i april 2004.

I fylkesnemndas vedtak fra november 2004, ble kravet om tilbakeføring ikke tatt til følge. Fylkesnemnda fant etter en helhetsvurdering at mor på dette tidspunktet fremsto med generell god omsorgsevne for barn i sin alminnelighet, men at hun ikke ble ansett å ha forsvarlig omsorgsevne sett i forhold til guttens særlige behov for omsorg.

Fra Fylkesnemndas premisser siteres:

Omsorgsoppgaven for [gutten] er svært krevende og krever ualminnelig mye av hans omsorgspersoner. På bakgrunn av hans særlige behov må det etter nemndas vurdering foreligge en stor grad av sikkerhet i forhold til om hans omsorgssituasjon vil bli forsvarlig ivaretatt hos mor før en tilbakeføring kan skje. Den usikkerhet som foreligger i forhold til dette må vektlegges i favør av [gutten]. I denne vurdering må også den risiko som ligger i [mors] bakgrunn vektlegges. Fylkesnemnda har ved sin vurdering lagt avgjørende vekt på hensynet til [gutten] og har etter en samlet vurdering kommet til at man i dag ikke med sikkerhet kan si at [mor] har forsvarlig omsorgsevne i forhold til [guttens] særlige behov for omsorg.

For å bygge opp kontakt og tilknytning mellom gutten og mor, ble mor gitt rett til samvær med gutten en gang hver sjettede uke. I premissene var det forutsatt en gradvis utvidelse av samværene.

A kommune brakte saken om fastsetting av samvær inn for D tingrett i januar 2005. I februar samme år gikk mor til motsøksmål hvor hun krevde at den offentlige omsorgen for gutten skulle oppheves og at han skulle tilbakeføres til henne.

I mars 2005 sa guttens fosterforeldre opp fosterhjemsavtalen. D tingrett oppnevnte psykolog G til å foreta en sakkyndig vurdering av mors omsorgsevne i forhold til gutten. I hennes sakkyndige utredning fra august 2005 konkluderte hun med at mor var i stand til å utøve den daglige omsorgen for gutten. A kommune la etter dette ned samme påstand som mor. D tingrett opphevet omsorgen for gutten i dom fra august 2005.

Mor fikk tilbake omsorgen for gutten i september 2005. Mor var da samboer med en ny mann. De bodde på H, og han hadde halv plass ved H barnehage. I helsestasjon hadde en tett oppfølging av mor og gutten det første året. Det ble gitt råd, veiledning og støtte, samt praktisk hjelp.

Våren 2006 ble mors samboerskap avsluttet. Mor og gutten flyttet inn i en kommunal leilighet i J. Mor hadde påbegynt videregående skolen for å få studiekompetanse og avsluttet den teoretiske delen av barne- og ungdomsarbeiderutdannelsen sommeren 2006. I august 2006 begynte gutten i K barnehage. Sommeren 2006 begynte mor å ruse seg igjen og hun fikk tilbud om opphold ved F, noe hun takket nei til. Barneverntjenesten mottok tre bekymringsmeldinger i november 2006 og besluttet å starte undersøkelse. Mor ringte selv til barneverntjenesten i november 2006 og informerte om at hun de siste 14 dagene hadde ruset seg på Dolcontin. Barneverntjenesten mottok også bekymringsmelding fra mors fastlege og nabo. I november 2006 var mor til avrusning ved L behandlingssenter, men skrev seg ut etter to dager. Hun fikk tilbud om opphold ved F, men ønsket ikke dette.

Barneverntjenesten konkluderte i februar 2007 med at gutten trengte en snarlig bedring av omsorgssituasjonen. Hans behov for trygge og forutsigbare rammer var ikke på plass. Det var

knyttet bekymring til samspillsmønsteret mellom han og mor, og det var sterk bekymring vedrørende mors sinne og sinnereaksjoner overfor ham. Det var også bekymring knyttet til mors manglende vilje til å ta urinprøver.

I juni 2007 skrev mor seg inn til avrusing ved L behandlingssenter etter at hun hadde ruset seg over flere uker. Gutten ble boende hjemme, mens mors tante passet på ham. På et møte ved L behandlingssenter samme måned ble mor informert om at barneverntjenesten hadde besluttet at en ny sprekk var ensbetydende med omsorgsovertakelse. Hun ble sterkt oppfordret til å fortsette sitt opphold på L behandlingssenter fram til tilbud om videre rusbehandling forelå. Hun fulgte ikke rådet og skrev seg ut samme dag.

I midten av juni 2007 var det et nytt møte mellom barneverntjenesten og mor, sammen med hennes advokat. Hun ønsket seg tilbake til L behandlingssenter til avrusing da hun innså at hun ikke maktet å være rusfri. Hun dro tilbake til L behandlingssenter, men skrev seg ut igjen fem dager senere. Under oppholdet ble det tatt urinprøve som viste at hun hadde inntatt morfin.

I en perioden i juni 2007 var gutten plassert hos kjente i mors nettverk. Fra juni til august samme år bodde han hos sin far og hans familie. I august 2007 fattet barneverntjenesten vedtak etter barnevernloven § 4-6 andre ledd om å plassere gutten midlertidig utenfor hjemmet. Han kunne ikke lenger bo hos far da han hadde store omsorgsoppgaver med flere barn i hjemmet. Han ble plassert i beredskapshjem i sitt tidligere fosterhjem på C.

A kommune fremmet i september 2007 sak for fylkesnemnda om omsorgsovertakelse av gutten. Fylkesnemnda vedtok i slutten av januar 2008 at A kommune skulle overta omsorgen for ham jf. barnevernloven § 4-12 første ledd bokstav a, jf. andre ledd, jf. barnevernloven § 4-1, og at han skulle plasseres i godkjent fosterhjem jf. barnevernloven § 4-15. Mor ble gitt rett til samvær med ham tre ganger per år med en varighet på fire timer, og far ble gitt rett til samvær seks ganger per år med en varighet på seks timer. Det ble gitt rett til å føre tilsyn under samværene.

Av Fylkesnemndas vedtak fulgte:

[Gutten] er et sårbart barn med spesielle behov. Det foreligger mange risikofaktorer som vil ha betydning for hans videre utvikling. [Han] har nevrologiske vansker som kan ha sin årsak i at mor ruset seg i begynnelsen av svangerskapet. Han er videre et prematurt barn idet han ble født i 30 svangerskapsuke og veide kun 1450 gr. Han har opplevd mange brudd i nære relasjoner og fylkesnemnda finner det overveiende sannsynlig at han er relasjonsskadet. I tillegg har han siste tiden under mors omsorg vært utsatt for alvorlig omsorgssvikt, hvor det er sannsynlig at han er påført traumer. [Gutten] har fått diagnosen ADI-IDD. Det stilles i dag spørsmål ved om denne er riktig, jfr poliklinisk notat fra seksjonsoverlege M av xx.08.2007 og til epikriser fra overlege N fra O av xx.12.2006 og xx.02.2007. Slik fylkesnemnda vurderer det har [hans] relasjonsvansker og nevrologiske vansker skapt særlige problemer for [ham].

Under behandlingen av omsorgsovertakelsen i fylkesnemnda framkom det opplysninger om kritikkverdige forhold i beredskapshjemmet. Beredskapshjemmet valgte å si opp oppdraget. I mars 2008 ble han flyttet til P barnehjem. I 2010 ble han imidlertid flyttet tilbake i beredskapshjemmet. Begrunnelsen for tilbakeflyttingen var at han hadde en sterk relasjon og tilknytning til fosterforeldrene.

I 2015 sa beredskapshjemmet opp oppdraget etter en hendelse der han hadde gitt seg ut for å være en jente på nett og kommet i kontakt med eldre menn. Han ble deretter flyttet til nytt fosterhjem til en som tidligere hadde vært hans lærer.

I epikrise fra BUP fra november 2016 ble det vurdert at guttens symptomer etter flyttingen fra beredskapshjemmet «kan forstås som re-traumatisering». Han ble i epikrisen gitt følgende diagnoser:

- *F 90.0 Forstyrrelser av aktivitet og oppmerksomhet (ADHD)*
- *F 94.1 Reaktiv tilknytningsforstyrrelse*
- *Q 86.0 Føydalt alkoholsyndrom (FAS).*

I epikrisen ble det videre opplyst om at man etter hvert som gutten nærmer seg myndighetsalder kunne vurdere om diagnosen *F 94.1 Reaktiv tilknytningsforstyrrelse* skulle erstattes med PTSD eller annen relevant diagnose.

Fosterhjemmet sa opp avtalen i 2017. Bakgrunnen for oppsigelsen var den alvorlige problematikken rundt gutten og at deres familiesituasjon med små barn ikke var tilrettelagt for dette, i tillegg til et svært problematisk forhold til tidligere fosterhjem. Sistnevnte fosterhjem opplevde at det første fosterhjemmet blandet seg inn i den daglige omsorgen av gutten på en måte som gjorde arbeidet med han særdeles vanskelig. Gutten flyttet deretter inn i barneverninstitusjonen R, på S.

I vedlegg til henvisning til det statlige barnevernet fra november 2017, beskrev kommunen at gutten ble vurdert å fungere svakt på de fleste områder, både emosjonelt, sosialt, relasjonelt og kognitivt. Kommunen mente at gutten hadde en kronisk suicidaltilstand som satte ham i en risiko og at han derfor trengte «en base som sikrer at han overlever».

Gutten ble boende i barnevernsinstitusjonen fram til han fylte 18 år. Det ble da etablert ettervernstiltak for ham på T, på S, hvor han fremdeles bor. Barnevernstiltaket har hele tiden vært dimensjonert med bemanningstetthet 1:1. Dette innebærer at det er en person på tiltaket til enhver tid.

I journalnotat fra avdeling for akuttpsykiatri og psykosebehandling, poliklinikk U, fra september 2018 ble det vurdert at han oppfylte kriteriene for diagnosen *F 20.0 Paranoid schizofreni*.

I poliklinisk notat fra september 2018 ble det gjentatt at han lider av *kronisk suicidalitet*, har *ADHD* og er «født prematurt; rusmiddelbruk i svangerskapet». Det fremgår at gutten etter september 2017 var innlagt 16 ganger etter selvpåført forgiftning, og han fikk diagnosen *F 60.3 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse*.

I perioden november 2018 til januar 2019 hadde han et utredningsopphold på Barne- og ungdomspsykiatrisk døgnavdeling, Enhet for utredning og behandling, U. I epikrise fra januar 2019 ble han diagnostisert med følgende diagnoser:

- *F20.0 Paranoid schizofreni*
- *F60.3 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse*
- *Q86.0 Føtalt alkoholsyndrom (FAS)*

- 0035 40-31 Alvorlig svekket funksjon på flere områder

Gutten var ved innleggelse tydelig på at han ikke ønsket medisiner for sine psykosesymptomer, men at han nå var mer innstilt på annen behandling.

Fra epikrisen hitsettes:

Han ønsker å leve og ønsker å unngå selvmordsforsøk som fører til at omgivelsene strammer inn og gir mindre frihet. Han har flere risikofaktorer. Har mange intoks bak seg. Ofte kommer disse i etterkant av situasjoner med opplevd avvisning eller relasjonsbrudd. Dette er vanskelig å takle pga utallige brudd i oppveksten, han beskriver å bli overveldet av sorg, sinne og uro. Det går i svart og han handler litt på autopilot[...]

[Gutten] har et sammensatt tilstandsbilde, med ulike symptomer. Det som var hans eget mål for denne innleggelsen var å gjøre seg bedre i stand til å regulere seg slik at han på sikt ikke trenger så tett oppfølging som han får nå ved barnevernsinstitusjonen. Dette også med sikte på så stor grad av selvstendighet som mulig etter fylte 18 år. U.t vurdering av miljøtiltak og behandling opp mot dette målet, er at [gutten] har samarbeidet så godt at han nå er i bedre stand til å regulere seg selv følelsesmessig og atferdsmessig enn ved innleggelsen. Min vurdering er også at han mtp psykosesymptomene fremstår noe bedre i form av selv å se en sammenheng mellom psykosesymptomer og stress.

I poliklinisk notat fra januar 2019 ble det opplyst om at videre behandling og oppfølging ville være tema i to oppsatte timer ved BUP i februar 2019. Fra notatet gjengis følgende diagnoser:

- F 60.3 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse
- Q 86.0 Føtalt alkoholsyndrom (FAS)
- 042 50-41 Moderat påvirket funksjon på de fleste sosiale områder
- F43.1 Posttraumatisk stresslidelse (PTSD)

Etter vurdering i april 2020 ble det vurdert at gutten ikke lenger oppfylte kriteriene for F 20.0 Paranoid schizofreni.

Av epikrise fra psykologspesialist V fra oktober 2021 fremgår følgende:

Etter endringen står følgende diagnoser igjen:

- F 60.3 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse
- F 43.1 Posttraumatisk stresslidelse [PTSD], kompleks type.
- Q 86.0 Føtalt alkoholsyndrom (dysmorft)

Disse diagnosene står fremdeles som hoveddiagnoser. Han strever med store reguleringsvansker, og har tidvis også oppfylt kriterier for spiseforstyrrelser.

Fra epikrisen hitsettes også følgende:

Psykiske lidelser utvikler seg alltid basert på et komplekst samspill mellom genetisk sårbarhet og ulike miljøbetingelser. På gruppenivå kan en forsøke å estimere i hvor

stor grad en type psykisk lidelse er forklart av variasjoner i genetiske, og miljømessige faktorer. På individnivå kan en aldri finne ut av i hvor stor grad noe skyldes det ene eller andre, det er alltid begge deler. Dog er det slik at noen lidelser regnes som "mer" genetisk betinget enn andre, og schizofreni er en av dem, men selv ikke schizofreni oppstår i et "vakuum". Kompleks PTSD henger nødvendigvis sammen med belastninger i livet, og svært mange av disse symptomene overlapper med symptomer for borderline personlighetsforstyrrelse. Vi ser blant annet en overrepresentasjon av traumatiske erfaringer blant mennesker med alle former for psykiske lidelser. Dette gjør det også overveiende sannsynlig at disse opplevelsene bidrar til utviklingen. Typiske belastninger er å være utsatt for vold og overgrep, hyppige relasjonsbrudd og ustabile oppvekstvilkår. I tillegg ser en ofte langvarig mangel på god nok omsorg, hvor omsorgspersoner er fraværende, fysisk eller mentalt. Perinatale belastningsfaktorer er heller ikke uvanlige, for eksempel gjennom å være utsatt for mors rusmisbruk under svangerskapet.

I [hans] tilfelle er det åpenbart at belastninger i livet, herunder gjentatte relasjonsbrudd, oppvekst i utrygge og ustabile omgivelser, å være utsatt for vold og overgrep, innleggelse i psykisk helsevern og oppvekst i ulike institusjoner, har påvirket hvordan han har det, hvordan han "fungerer" i sin hverdag, og hvilke psykiske lidelser han har utviklet.

Bufetat oversendte krav om økonomisk ansvarsdeling av utgifter knyttet til guttens funksjonshemming til A kommune i januar 2020. Det ble alternativt bedt om samtykke til at kravet ble oversendt BTN. A kommune bestred Bufetats krav i tilsvar fra mars 2020, og samtykket heller ikke til oversendelse av saken til BNT. I oktober 2020 ga kommunen likevel sitt samtykke til at Bufetat brakte saken inn for BTN.

Partenes anførsler

Bufetat har i det vesentlige anført at guttens behov for forsterkninger i barnevernstiltaket ikke har sin dominerende årsak i omsorgssvikt og at det er kommunen som skal dekke utgiftene til forsterkningstiltak.

Opplysningene som foreligger i saken synliggjør at dette er en gutt med store funksjonsutfordringer som følge av sin psykiske helse. Dette gir seg utslag i en fungering som må kunne karakteriseres som en funksjonshemming i betalingsrundskrivets forstand. Det er vurdert at gutten vil være i behov av omfattende hjelp også inn i voksenlivet. Målsettingen har derfor vært at gutten ved myndighetsalder skulle etableres i bolig etter helse- og omsorgstjenesteloven.

Etablering i bolig etter helse- og omsorgstjenesteloven er fortsatt målsettingen, og han har fra 1. september 2019 hatt selvstendighetstrening i en boenhet bestående av to tilknyttede leiligheter. Hans ADL-ferdigheter er gode og er således ikke til hinder for at han skal kunne bo alene. Hans psykiske helse krever imidlertid at det er ansatte/voksne i umiddelbar nærhet. Han har alvorlige psykiatriske diagnoser og vurderes som kronisk suicidal. De ansatte er derfor satt inn i tiltaket for å, besørge transport og følge opp timer for behandling hos spesialisthelsetjenesten, bistå med medisiner og for å avverge/raskt kunne følge opp eventuelle suicidforsøk. Uten diagnosene kunne gutten ha bodd alene i egen leilighet, uten eller med kun begrenset oppfølging av voksne. Bakgrunnen for at han fortsatt er i barnevernstiltak er begrunnet i hans psykiske helse.

Selv om gutten blant annet har diagnosene PTSD og FAS, diagnoser som kan knyttes til omsorgssvikt, kan det vanskelig hevdes at guttens oppvekst, som hovedsakelig har vært under offentlig omsorg, har vært av en slik karakter at den kan forklare guttens utvikling av Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse.

Det fremgår av *Faglig veileder for barne- og ungdomspsykiatrien* at Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er beskrevet som en alvorlig personlighetsforstyrrelse som gjerne er forløperen til schizofreni. Genetisk disposisjon hos den enkelte, samt miljøpåvirkning er angitt som mulige årsaksfaktorer i tillegg til medfødt sårbarhet. Det må derfor legges til grunn at denne diagnosen skyldes medfødte betingelser og ikke omsorgsbetingelsene.

Personer på samme alder med samme oppvekstbetingelser, uten diagnosene, ville ikke ha vært i behov av barnevernstiltak. Tilsvarende vil en person med disse diagnosene, uten å ha blitt utsatt for omsorgssvikt, være i behov av tiltak etter helselovgivningen.

Bufetat har nedlagt påstand om at A kommune skal dekke alle ekstrautgiftene fra han ble plassert i det siste tiltaket xx. september 2019, subsidiært at A kommune skal dekke en skjønsmessig andel av ekstrautgiftene i tiltaket, minimum 50 prosent, fra xx. september 2019. Det forutsettes samme kostnadsdeling for fremtidig utgifter inntil gutten fyller 20 år og Bufetats økonomiske ansvar bortfaller i sin helhet. Beregningen er derfor foretatt fram til og med xx. mai 2021. Dette gir et totalt krav på kr. 2 681 748. Ordinær kommunal egenandel kommer i tillegg.

A kommune har i det vesentlige anført at guttens behov for forsterkinger i barnevernstiltaket har sin dominerende årsak i omsorgssvikt og at Bufetat skal dekke utgiftene til forsterkningstiltak.

Det foreligger ikke forskningsmessig belegg for å konkludere med at personlighetsforstyrrelser og Paranoid schizofreni kan forklares med arvelighet alene. Monica Aas har i Tidsskrift for Norsk psykologforening, VOL 55, nummer 10, redegjort for dette. I artikkelen fremgår det at barndomstraumer kan gi langvarige forandringer i stresssystemet, samt endret emosjonsregulering. Dette kan gi økt risiko for å utvikle en alvorlig psykisk lidelse hos sårbare individer.

Gutten har i dag kun to diagnoser; kompleks PTSD og Emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse. Diagnosen Paranoid schizofreni ble fjernet 14. april 2021. Oppvekstfaktorene er helt vesentlige for de vansker ungdommen har i dag.

Gutten har flyttet ca. 8-10 ganger; dvs mellom moren, faren, to ulike fosterhjem, barnehjem og barneverninstitusjon. Han bodde to perioder sammen med moren og med faren. Bakgrunn for omsorgsovertakelsen begge ganger var grov omsorgssvikt og rus hos moren. Det foreligger også mistanke om seksuelle overgrep fra denne tiden. Han bodde to år på P barnehjem. Årsaken til innflytting på P var oppsigelse av fosterhjemmet på grunn av opplysninger som kom frem under andre gangs behandling av omsorgsovertakelsessaken i Fylkesnemnda. Fylkesnemnda var skeptisk til fosterhjemmets omsorg. Alle hjelpeinstanser var enige om at det andre året på P var skadelig for gutten, både på grunn av oppholdets lengde, men også ut fra hendelser som fant sted der.

Gutten hadde det svært vanskelig. Han ble bla anmeldt til politiet for seksuell krenkelse av en medelev, 8 år gammel. Det ble lagt sterkt press på kommunen, både fra Bufetat og Fylkesmannen, om å foreta en revurdering av det første fosterhjemmet, for en mulig tilbakeflytting dit da Bufetat ikke fant et annet passende fosterhjem. Bufetat gjorde en ny utredning og anbefalte tilbakeflytting. Det er Bufetat som har ansvar for å sørge for at det finnes tilstrekkelige institusjonsplasser og rekruttere og formidle fosterhjem. Det er usikkert om Bufetats bistandsplikt ble overholdt i denne perioden.

Gutten ble etter Bufetats anbefaling deretter flyttet tilbake til sitt tidligere fosterhjem og har samlet sett bodd der store deler av sin oppvekst, i tre ulike perioder. Dette fosterhjemmet gav mye kjærlighet og tilhørighet, men utviste samtidig meget stor mistillit til både biologisk familie, nettverk i Trondheim, barneverntjenesten og et senere fosterhjem. Det er rimelig å anta at gutten levde i en betydelig og kontinuerlig lojalitetskonflikt i disse årene, da fosterforeldrene i liten grad var i stand til å beskytte ham fra uenighetene. Han var flere ganger direkte involvert. I tillegg har han opplevd oppsigelse fra dette fosterhjemmet, det vil si av de han var nærmest knyttet til.

Man vet lite om hvilken sårbarhet gutten er født med, og det har i psykiatrien, både i BUP og voksenpsykiatrien, hersket usikkerhet om hvilke diagnoser han har. Når en kjenner alle de uheldige omstendighetene, også under offentlig omsorg, som har rammet denne gutten er det liten tvil om at dette har påvirket hans psykiske helse. Det foreligger ikke forskningsmessig belegg for å konkludere med at personlighetsforstyrrelser har sin årsak i genetikk alene. En kan ikke utelukke at den vedvarende uroen og skiftningene i omsorgssituasjonen som han har opplevd, har medvirket til hans utvikling av psykisk uhelse, og særlig kan ha vært en utløsende faktor.

Kommunen har nedlagt påstand om at staten skal dekke alle kostnader for tiltaket som er iverksatt overfor gutten, utover den kommunale egenandelen.

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 fosterhjems plassering 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 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 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 60.3 *Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse*, F 43.1 *Posttraumatisk stresslidelse [PTSD], kompleks type* og Q 86.0 *Føtalt alkoholsyndrom (dysmorft)*.

På hjemmesiden til Norsk Helseinformatikk AS (www.nhi.no) uttales følgende om årsaker til personlighetsforstyrrelser:

Det er gode holdepunkter for at både miljø og arvelige faktorer har betydning for utvikling av personlighetsforstyrrelser. Den relative andelen av faktorene varierer. Det er forskningsmessige holdepunkter for at tidlige emosjonelle traumer kan medføre økt risiko for utvikling av personlighetsforstyrrelser. Det er også funnet at

stressfaktorer i fosterlivet, slik som røyking eller alkoholmisbruk, er assosiert med personlighetsforstyrrelser hos barnet. Miljøfaktorer som er assosiert til personlighetsforstyrrelser er blant annet fysisk mishandling, seksuelle overgrep og neglekt. I mange tilfeller kan man imidlertid ikke påvise verken genetiske faktorer eller miljøbelastninger som kan forklare utvikling av personlighetsforstyrrelser.

Hva gjelder diagnosen PTSD uttales det på www.nhi.no følgende om årsaker til lidelsen:

Posttraumatisk stresslidelse kan utløses etter alle hendelser som oppleves som livstruende, skremmende eller grufulle, uansett varighet. Plutselige hendelser og mangel på kontroll over situasjonen øker risikoen. Det er vist at personer som på forhånd har nervøse plager, har tydelig økt risiko for å utvikle posttraumatisk stressforstyrrelser. Økt risiko er det også hvis man befinner seg i et fremmed og utrygt miljø eller hvis man opplever et stort tap i tilknytning til situasjonen, for eksempel at nærstående personer omkommer.

Nemnda finner at årsaksforholdene er sammensatt. Det er reist spørsmål ved om årsaken til noen av guttens utfordringer også har utgangspunkt i tidsperioder han har levd under omsorg av barneverntjenesten utenfor hjemmet. Nemnda kan imidlertid ikke se bort fra disse tidsperiodene i vurderingen av om omsorgssvikten utgjør den dominerende årsaken til guttens utfordringer. Også påvirkningsfaktorer før fødsel vil kunne ha betydning i en samlet vurdering. Det vises i denne sammenheng til sak 15/3, behandlet i 2016, der nemnda la til grunn at omsorgsbegrepet også omfatter tilfeller der barnets utfordringer skyldes Føtal alkoholsyndrom, der skaden ble påført under svangerskapet.

Det er riktignok slik at to av guttens diagnoser også kan ha utgangspunkt i genetiske forhold. I saker hvor man har mer begrenset informasjon om ytre påvirkning, kan det være utfordrende å peke på årsaksforholdene til slike diagnoser. I herværende sak har man imidlertid omfattende informasjon om sviktende omsorgsbetingelser fra tilblivelse og opp gjennom guttens oppvekst som, etter nemndas oppfatning, må ha virket negativt inn på guttens psykiske helse. Informasjonen er så tydelig, og påvirkningen har vært så omfattende, at nemnda samlet sett mener at omsorgssvikt utgjør den dominerende årsak til guttens funksjonsnedsettelse.

Avgjørelsen er enstemmig.

Slutning:

Barnevernets tvisteløsningsnemnd tilrår at Bufetat dekker alle kostnadene til forsterkningstiltak som følge av guttens funksjonshemming i perioden xx. september 2019 til xx. mai 2021.

Joakim Zahl Fjell

Tore Roald Riedl

Ingrid Smedsrud