

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

Dato: 17. januar 2023

Sak: 23/1

Klager: Bufetat

Innklaget: A kommune

Nemnda: Advokat Joakim Zahl Fjell (leder), tingrettsdommer Ingrid Smedsrud og advokat Martin Jonassen

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

Saken gjelder: Saken gjelder tvist om dekning av utgifter til forsterkning i institusjon for gutt født 2006.

A – omsorgskommune

B – sykehus

C- sted

D – sted

E – institusjon

F – institusjon

G – sted

H – institusjon

I - sted

I møte 17. januar 2023 gav Barnevernets tvisteløsningsnemnd i sak nr. 23/1 slik

rådgivende uttalelse:

Saken gjelder uenighet mellom Bufetat og A kommune om dekning av utgifter til forsterkning i institusjon for gutt født 2006, i perioden xx. juli til xx. november 2021 og i perioden xx. juni til xx. juli 2022.

Bufetat mener at A kommune skal dekke halvparten av alle utgifter til forsterkning i institusjonen i den aktuelle perioden.

A kommune har avvist kravet.

Saken ble oversendt Barnevernets tvisteløsningsnemnd 13. juni 2022. Kommunen uttalte seg 13. oktober 2022. Så vel Bufetat som kommunen samtykker til at saken behandles av tvisteløsningsnemnda.

Sakens bakgrunn

Mor og far gikk fra hverandre da gutten var 2 ½ år. Det har vært et høyt konfliktnivå mellom foreldrene gjennom hele guttens oppvekst. Barnevernet har hatt kontakt med familien gjennom flere år, og det har vært iverksatt flere ulike tiltak, blant annet Multisystemisk terapi (MST) i to perioder og familieråd.

Gutten ble henvist til B, Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk (BUP) i 2012. Det ble da konkludert med at han hadde diagnosen *F 92.2 Uspesifisert blandet atferdsforstyrrelse og følelsesmessig forstyrrelse*.

Av epikrisen fremgår:

Vi ser av utredningen at hans atferdsvansker er betydelige og i en slik grad at de dekkes av en atferdsforstyrrelsesdiagnose men understreker igjen at det bak denne atferden er en utrygg, engstelig og frustrert gutt hvis internaliserende vansker dekkes av en følelsesmessig forstyrrelse i barndommen diagnose. Vi ser også en uro i atferden hans som ikke kan utelukkes å være en biologisk forankret men vi har ikke grunnlag for å konkludere med noe her og vil derfor prøve ut tiltak før en ny vurdering ifht en slik vanske utredes igjen.

Våren 2015 ble det foretatt ny utredning på bakgrunn av tiltakende tics. I epikrise fra BUP fra juni 2015 fikk gutten diagnosen *F 95.2 Tourettes syndrom*. Det ble gjort følgende vurdering:

Dominerende motoriske tics i form av skulderkasting, repetative fingerbevegelser og grimasering. Det beskrives også noen få mer komplekse tics som hopping og stå på hendene.(...)

Samlet vurderes dette som at diagnosen Tourette syndrom er til stede, selv om hyppigheten av de vokale ticsene er lav. En ser også en del av de personlighetstrekkene som kan følge med hos enkelte barn med Tourette; overdreven rigiditet, vansker med å regulere sinne og vansker med å endre på planlange aktiviteter og gjøremål.

Høsten 2015 observerte skolen at gutten hadde økende vansker med oppmerksomhet og hyperaktivitet. Etter en ny vurdering satte BUP i epikrise fra september 2015 følgende diagnoser:

- *F 95.2 Tourettes syndrom*
- *F 90.0 Forstyrrelse av aktivitet og oppmerksomhet (ADHD)*

I epikrisen uttales det at det siden første vurdering har vært usikkerhet vedrørende guttens oppmerksomhetsvansker og at det derfor har vært behov for ytterligere kartlegging. Samlet ble det vurdert symptomer på hyperaktivitet/oppmerksomhetsvansker og det ble tentativt konkludert med ADHD.

I brev fra BUP C fra februar 2016 uttales følgende om guttens fungering og årsaksforholdene:

Ut ifra vår kunnskap om (gutten) og samspillet med omgivelsene, er det vanskelig å vurdere i hvilken grad de beskrevne atferdsproblemene kan tilskrives hans Tourette og ADHD, og hva som er relatert direkte til samarbeidsproblemene mellom foreldrene.

BUP C vurderer at (gutten) viser en forholdvis alvorlig grad av Tourette Syndrom. Han har relativt tidlig debut, ticsene er i perioder omfattende og han framstår rigid og vanskelig å grensesette. Kombinasjonen Tourette/ADHD er alltid spesielt utfordrende, både medikamentelt og når det gjelder tilrettelegging av hverdagen. En undergruppe av barn med Tourette og ADHD har også store vansker med emosjonsregulering og kan ha hyppige raserianfall. (Gutten) kan uansett omsorgssituasjon tilhøre denne gruppen. Barn med samme diagnose kan selv med god omsorg fra foreldrene framstå med like store atferdsavvik som (gutten).

(Gutten) sin rigiditet og opposisjon mot foreldrene, kan også være et utslag av at han bruker dette som en uhensiktsmessig strategi for å beskytte seg mot foreldrenes konflikter og diskvalifisering av hverandre. Foreldre som motarbeider hverandre skaper selvsagt mye utrygghet og de alvorlige atferdsvanskene en ser hos (gutten), kan også like mye være et resultat av hans fortvilelse over foreldre som ikke klarer å samarbeide, som hans medfødte Tourette/ADHD.

Fra mars 2018 bodde gutten kun hos sin mor, og i november 2018 ble moren tilkjent omsorgsansvaret for han alene. Han avsluttet etter eget ønske kontakten med far. Gutten hadde en positiv utvikling med blant annet venner, aktiviteter og en roligere hjemmesituasjon i ett og et halvt år frem til slutten av 2019. Mor sto på dette tidspunktet i et brudd med sin samboer, fordi han og gutten ikke kom overens.

I starten av januar 2020 ble han akutt og med tvang innlagt på BUP D grunnet et alvorlig funksjonsfall. Han hadde da sluttet å gå på skolen, spise og snakke. Han uteble fra hjemmet uten klær etter værforholdene og ble beskrevet som lukket og vanskelig å få kontakt med. Innleggelsen skjedde i forbindelse med en somatisk helsesjekk ved B, som fant hans emosjonelle fungering og helse bekymringsfull. Oppholdet på BUP ble etter innskrivning endret til utredning/kartlegging og varte frem til 7. februar. Under oppholdet oppholdt han seg i hovedsak på rommet sitt. Han sov med sko og klær på, dusjet ikke og deltok ikke i miljøet. Dette endret seg noe etter hvert, men BUP kom ikke i posisjon til å utrede han.

Guttens fungering bedret seg noe etter at han ble utskrevet fra BUP. Han dusjet, spiste og var med på noen få bilturer. Han snakket fortsatt ikke, men pekte og brukte mimikk til å uttrykke seg. Han kommuniserte med mor ved å bruke albuen eller dytte. Han deltok i to møter med barneverntjenesten, men responderte verken på spørsmål eller informasjon, og var lite tilgjengelig for kontakt. BUP uttrykte at en dyp depresjon kunne være en forklaring på funksjonsfallet, men vurderte at han verken var psykotisk eller suicidal. De mente det var et bedre alternativ for han å være hjemme, da fungeringen endret seg til det bedre da han kom hjem etter at innleggelsen var ferdig.

Barneverntjenesten iverksatte en rekke hjelpetiltak, men ingen lyktes å komme i posisjon til gutten. Han låste seg inne på rommet, snakket ikke og viste heller ikke frem ansiktet. Han utøvde i økende grad vold mot mor i form av sparring, dytting, kasting av ting og han tok telefonen hennes når hun forsøkte å ringe.

Han ble på nytt innlagt på akuttavdelingen på BUP D xx. februar 2020. Utøvelsen av vold mot mor hadde eskalert, og både lege og barneverntjenesten ønsket en vurdering av suicid- og psykosefare, samt fare for liv og helse. Under besøk fra barneverntjenesten og fastlegen hadde han låst seg inne på rommet, satt med hodet mellom bena og ga ingen reaksjon. Han snakket ikke og ga ingen kommunikasjon med kroppsspråk. Mor ga uttrykk for at hun var redd for å ha han boende hjemme.

Under oppholdet på BUP fortsatte funksjonsfallet som beskrevet ovenfor. Han snakket ikke, spiste ikke og ivaretok ikke personlig hygiene (med unntak av håndvask). Han ble utskrevet fra BUP 3. mars 2020. De vurderte at det ikke forelå noen akutt fare for suicidalitet eller psykose. A kommune tok kontakt med fylkesmannen i forbindelse med at BUP igjen ønsket å skrive han ut. Fylkesmannen ga tilbakemelding på at de gjerne bisto, men at de ikke tok stilling til det akutte i saken.

Av epikrise etter endt opphold på BUP fremgår følgende:

(...) Pasienten har aktuelt et svært lavt funksjonsnivå, men ut ifra våre observasjoner er det mye som tilsier at opposisjonell atferd kan være delårsak til det vi ser i sengeposten. (...) Journalgjennomgang viser at pasienten har vært utsatt for svært belastende samspillsopplevelser i familien helt fra tidlig barneår, samt hatt alvorlige traumatiske opplevelser i oppveksten. Dette er faktorer som kan gi tilknytningsvansker, med påfølgende problematikk som eksempelvis opposisjonelle atferdsuttrykk. Kombinert med nevropsykiatriske lidelser blir den totale utfordringen for pasienten svært utfordrende.

Tilbakeflytting til hjemmet ble vurdert som uforsvarlig da mor vurderte det som meget krevende å ha han hjemme, grunnet hans psykiske og fysiske helse. Han ble derfor innskrevet på E akuttsenter med oppfølging fra ambulans akutteam (AAT). Han hadde liten eller ingen bedring i sin fungering under oppholdet på E. De observerte kun i liten grad at han drakk eller spiste, og hadde flere ganger legetilsyn inne på institusjonen for å forsikre seg om hans helsemessige tilstand. Mor opplyste at han spiste og drakk noe mens hun var på besøk.

Den xx. april 2020 ble han overført til F omsorgsinstitusjon, og han fikk tilbud fra BUP G etter innflyttingen. Barneverntjenesten sa i august 2020 opp plassen på F, med henvisning til at gutten ikke hadde utbytte av tiltaket. Han skulle i fortsettelsen få oppfølging i hjemmet. Barneverntjenesten fremmet ny henvisning om tiltak i institusjon i november 2020, og informerte samtidig om at de ville fremme sak om omsorgsovertakelse for fylkesnemnda etter barnevernloven § 4-12.

I etterkant av henvisningen ble det gjennomført et drøftingsmøte med kommunen, der Bufetat blant annet stilte spørsmål ved hvorfor det var fremmet sak om omsorgsovertakelse etter barnevernloven § 4-12 når det parallelt var ønskelig fra kommunen at gutten skulle flytte sammen med mor i nykjøpt hus. Familiens behov for hjelp fra ulike instanser ble også drøftet, herunder ble det pekt på at de ulike hjelpeinstansene skjøv ansvaret over på hverandre fremfor å samarbeide om guttens hjelpebehov.

Arbeidet med henvisning om institusjonsplass ble etter avtale satt på vent hos Bufetat i påvente av tilbakemelding fra kommunen om pågående samtaleprosess, samt helsemessig utredning. Sak om omsorgsovertakelse ble trukket fra videre nemndsbehandling i midten av juli 2021.

Den xx. juli 2021 ble gutten innlagt på BUP, med utskrivelse xx. juli 2021. Han rømte fra hjemmet dagen etter, og det ble iverksatt leting med bistand fra helse og politi. Det ble foretatt en tverrfaglig sikkerhetsvurdering som resulterte i ny innleggelse på BUP D xx. juli 2021. Det ble vurdert at gutten ikke kunne bo hjemme, da han utgjorde en fare for mor som var gravid i uke 33.

Barneverntjenesten fremmet henvisning om akuttiltak i institusjon hjemlet i barnevernloven § 4-6 første ledd 26. juli 2021. Gutten ble akutt plassert på H med hjemmel i barnevernloven § 4-6 annet ledd ved vedtak av xx. juli 2021, med virkning fra påfølgende dag. Han ble boende på institusjonen fram til xx. november 2021, og flyttet deretter i fosterhjem hos en tante og onkel. Tiltaket var ikke godkjent av Bufetat.

I brev av xx. november 2021 oversendte Bufetat et skriftlig forslag til avtale mellom Bufetat og A kommune knyttet til forsterkningskostnadene i tiltaket. Kommunen besvarte henvendelsen i brev av xx. november 2021 med forespørsel om presisering av utgiftene. De bemerket samtidig at økte utgifter ikke fremkom av tilsagnet om plassering. Bufetat oversendte en nærmere redegjørelse til kommunen i brev av xx. desember 2021. I brev av xx. januar 2022 fastholdt kommunen ordinær kostnadsfordeling. Kommunen viste til at barnets helsemessige behov ble ivaretatt av henholdsvis fastlege, kommunal psykisk helsetjeneste og BUP C under oppholdet på institusjonen. Bufetat fastholdt å ha et krav i brev av xx. februar 2022, og ba om kommunens samtykke til en ekstern behandling i Barnevernets Tvisteløsningsnemnd (BTN). Kommunen samtykket til behandling i BTN i brev av 18. februar 2022. Saken ble oversendt til BTN 13. juni 2022.

Bufetat mottok xx. juni 2022 en akutthenvendelse fra kommunen grunnet brudd i fosterhjemmet med påfølgende innleggelse på BUP akutenhet D og behov for plassering i forbindelse med utskrivning fra akutenheten.

Det beskrives at gutten hadde hatt en god utvikling i fosterhjemmet. Han hadde dusjet og spist, deltatt på måltider og turer med fosterfamilien. Han hadde blitt noe mer smidig med hensyn til rigiditet, men hadde ikke vært mottakelig for hjelp fra andre. Han kommuniserte med tegn, kropp og blick. Det ble brudd i fosterhjemstiltaket i forbindelse med en hendelse som oppsto mens fosterforeldrene var bortreist. Gutten hadde rømt fra hjemmet og gått ca. 15 km. Han hadde med seg to skarpe jaktkniver. De ble kun viftet med, men flere var blitt skremt. Nødetatene ble tilkalt, og de forsøkte over tid å snakke/forhandle med gutten med den hensikt å hjelpe. De måtte etter hvert bruke pepperspray for å få kontroll over situasjonen. Etter dette samarbeidet gutten, og han ble kjørt til legevakt for en helseundersøkelse med påfølgende innleggelse ved BUP Akutenhet D. BUP D vurderte at han var utskrivningsklar fra akutenheten etter tre dager, den xx. juni 2022. Samme dag ble det avholdt et samhandlingsmøte mellom de ulike aktørene med sikte på å drøfte/avklare videre tiltak. Det var på daværende tidspunkt usikkert om han skulle tilbakeføres til fosterhjemmet, og fosterforeldrene var enda ikke kommet hjem fra reise. Ved deres retur vurderte barneverntjenesten, i samarbeid med fosterforeldrene, at det verken var forsvarlig eller hensiktsmessig med en umiddelbar tilbakeføring til fosterhjemmet. Det ble besluttet at gutten skulle plasseres på institusjon.

Bufetat tilbød etter en helhetsvurdering plass på H. Et statlig gruppetiltak ble ikke vurdert som aktuelt. H er et mindre tiltak og et kjent sted for gutten, og det kunne bedre tilrettelegges for hans behov.

Bufetat og kommunen drøftet oppgave- og ansvarsdeling i møte xx. august 2022. Begge parter opprettholdt tidligere standpunkt, og det var enighet om at saken skulle oversendes BTN for ekstern vurdering.

Partenes anførsler

Bufetat har anført at kommunen skal dekke halvparten av utgiftene til forsterkningstiltak i perioden xx. juli til xx. november 2021 og i perioden xx. juni til xx. juli 2022.

Gutten er diagnostisert med Tourettes syndrom og ADHD. Diagnosene preger guttens fungering i en slik grad at han etter Bufetat sin vurdering må anses som funksjonshemmet i rundskriv Q-06/2007 sin forstand.

Tourettes syndrom kjennetegnes ved tilbakevendende tics, dvs. ufrivillige bevegelser og lyder som kommer og går i perioder. Eksempler på vanlige tics er blinking, hodebevegelser eller harking/kremting. Familie- og tvillingstudier har vist at det ofte er flere i samme familie som har tics, og det synes å være ulike kombinasjoner av forskjellige gener og miljøfaktorer som kan gi tilstanden. Symptomene ved ADHD kan deles i to hovedtyper: uoppmerksomhet og hyperaktiv-impulsadferd. I følge nhi.no antas årsaksforholdet å være en kombinasjon av arv og miljøpåvirkning. Gutten har ifølge

sakens dokumenter en forholdsvis alvorlig grad av Tourette, som gir seg utslag i periodevis omfattende tics, og han fremstår rigid og vanskelig å grensesette.

Ifølge BUP er kombinasjonen Tourette/ADHD spesielt utfordrende, både medikamentelt og når det gjelder tilrettelegging i hverdagen. Det er en hovedbekymring i saken at gutten fikk et betydelig funksjonsfall i desember 2019. BUP konkluderte imidlertid med at han ikke var suicidal eller psykotisk, og det er uklart hva som var årsaken til funksjonsfallet. Det fremgår imidlertid at gutten ble voldelig og utagerende, og at han derfor ikke kunne bo hos mor. Som en følge av dette var gutten i et akuttiltak i regi av Bufetat i ca. 3 måneder fra juli til november 2021. På institusjonen ble det satt inn forsterkningstiltak med bemanningsfaktor 2:1 og våken nattevakt.

Det er sammensatte årsaker til guttens funksjon, adferd og utagering. Det vises til brev fra BUP C av xx. februar 2016, der det uttales at det er vanskelig å vurdere i hvilken grad de beskrevne atferdsproblemer kan tilskrives hans Tourette og ADHD, og hva som er relatert direkte til samarbeidsproblemer mellom foreldrene. Videre fremgår det av epikrise fra BUP av xx. februar 2020 at opposisjonell atferd kan være delårsak til det som ses i sengeposten, og at journalgjennomgangen viser at pasienten har vært utsatt for svært belastende samspillsopplevelser i familien helt fra tidlige barneår, samt hatt alvorlige traumatiske opplevelser i oppveksten. Dette er faktorer som kan gi tilknytningsvansker, med påfølgende problematikk som eksempelvis opposisjonelle atferdsuttrykk. Kombinert med nevropsykiatriske lidelser blir den totale utfordringen for pasienten svært omfattende. De sammensatte årsaksforholdene taler for at kostnadene til forsterkningen i tiltakene bør deles mellom stat og kommune. Det vises til at Barnevernets tvisteløsningsnemnd (BTN) gjerne har anbefalt en slik ansvarsfordeling av ekstrautgiftene i saker hvor årsakssammenhengen er vanskelig å vurdere.

Bufetat har nedlagt påstand om at kommunen skal dekke halvparten av forsterkningskostandene i tiltakene i de nevnte perioder. Ordinær kommunal egenandel kommer i tillegg.

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

I henhold til god forvaltningsskikk har det ikke vært tydeliggjort at A kommune skal være ansvarlig for merutgifter som overstiger kommunal egenandel. Kommunen deler Bufetats vurdering av at gutten, i tillegg til sine omsorgsbehov, har behov og rettigheter knyttet til psykisk og fysisk helse. Guttens helsebehov ble, i perioden han bodde på H, ivaretatt av henholdsvis fastlege, kommunal psykisk helsetjeneste (herunder koordinering av IP) samt BUP C. Videre ble det inngått avtale med BFT I avdeling Habilitering/helse og omsorg i henhold til vedtak. A kommune har ansvar for eventuelle merutgifter knyttet til dette. A barneverntjeneste har i perioden deltatt i all nødvendig dialog knyttet til faglig innhold og tilrettelegginger. De økonomiske merutgiftene har imidlertid ikke vært tema, eller vært tydeliggjort i den fortløpende dialogen. I henhold til god forvaltningsskikk skulle dette vært spesifisert tidligere i prosessen, med mulighet for å stille spørsmål til tiltak og kostnadsdeling. Med tanke på forutsigbarhet med hensyn til merkostnader for kommunen, kan det vises til at gutten, i en lengre periode tidligere, også bodde i institusjonstiltak knyttet til samme utfordringsbilde. Dette ble vurdert og fakturert fra Bufetats side i form av ordinær kommunal egenandel.

Kommunen har nedlagt påstand om at staten skal dekke alle kostnader til forsterkningstiltak, 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 daværende 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 i denne saken følger av barnevernloven (1992) § 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 (1992) § 9-5 er det gitt forskrift om statlig regional barnevernmyndighets rett til å kreve refusjon fra kommunen for opphold i institusjon (FOR 2003-11-26-1397). 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.

Ny barnevernlov trådte i kraft 1. januar 2023.

3.

Nemnda legger til grunn at gutten har en funksjonshemming i betalingsrundskrivets forstand og som har nødvendiggjort forsterkningstiltak i tiltakene han har vært plassert i. Nemnda kan heller ikke se at kommunen har bestridt dette. 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.

Gutten er diagnostisert med *F 90.0 Forstyrrelser av aktivitet og oppmerksomhet (ADHD)* og *F 95.2 Tourettes syndrom*.

ICD-10 - Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer – forklarer disse diagnosene slik:

F 90.0 Forstyrrelser av aktivitet og oppmerksomhet – Inkl: *oppmerksomhetsforstyrrelse: forstyrrelse med hyperaktivitet, oppmerksomhetsforstyrrelse: syndrom med hyperaktivitet. Ekskl: hyperkinetisk atferdsforstyrrelse.*

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

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

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.

Hva gjelder årsakene til Tourettes syndrom uttales følgende på www.nhi.no:

I mange tilfeller er Tourettes syndrom en arvelig tilstand med flere liknende tilfeller i familien. Forløpet av tilstanden, med debut i førskolealder og et maksimum ved 12 års alder og påfølgende reduksjon i symptomene, gjenspeiler forstyrrelser i modningen av en bestemt del av hjernen, de basale gangliene.

Over halvparten av barna med Tourettes syndrom har samtidig andre vansker som tvangslidelse og ADHD. Depresjon, angst og atferdsproblemer er andre plager som hyppig ses sammen med Tourette og disse kan være mer forstyrrende enn tics, eller de kan forverre plagene med tics.

Sitatene fra NHI er hentet 17. januar 2023.

Basert på denne gjennomgangen og sakens øvrige opplysninger, er nemnda av den oppfatning at en stor del av guttens atferdsproblemer kan knyttes til hans to diagnoser. Genetiske faktorer spiller en stor rolle ved utviklingen av begge diagnosene. Videre kan miljøfaktorer som omsorgssvikt spille en rolle ved utviklingen av ADHD. Nemnda er imidlertid av den oppfatning at guttens dårlige fungering ikke kan forklares med disse diagnosene alene. Nemnda legger til grunn at gutten har vært utsatt for svært belastende samspillsopplevelser i familien helt fra tidlig barneår, samt hatt alvorlige traumatiske opplevelser i oppveksten som har hatt negativ innvirkning på hans fungering. Det vises til barnevernsdokumenter og medisinsk dokumentasjon hvor guttens oppvekst- og omsorgssituasjon er beskrevet.

Med ovennevnte som utgangspunkt, finner nemnda årsaksforholdene sammensatte. Omsorgssvikt kan ikke anses å være den dominerende årsaken til guttens funksjonshemming. Det synes som om guttens funksjonsnedsettelse har utgangspunkt både i konstitusjonelt forankret problematikk, svært belastende samspillsopplevelser i familien helt fra tidlig barneår, samt alvorlige traumatiske opplevelser i oppveksten. 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 må bli å fordele med en halvpart på hver av partene. Nemnda viser til uttalelsen gitt av nemnda i den sammenlignbare saken 21/5.

Nemnda har merket seg at kommunen mener kostandene ikke har vært tematisert eller tilstrekkelig tydeliggjort i dialogen mellom Bufetat og kommunen. Nemnda vil dog peke på at det blant annet i referat fra drøftingsmøte xx. desember 2020 fremgår at guttens behov har vært i skjæringspunktet mellom barnevern og helse og at det har vært usikkerhet om hvorvidt barnevernsinstitusjon er det rette tiltaket for han. Uansett vil nemnda bemerke at det ligger utenfor nemndas kompetanse å ta standpunkt til eventuelle sivilrettslige krav mellom partene.

Slutning:

Barnevernets tvisteløsningsnemnd tilrår at Bufetat og A kommune dekker hver sin halvpart av alle kostnadene til forsterkningstiltak som følge av guttens funksjonshemming i perioden xx. juli til xx. november 2021 og i perioden xx. juni til xx. juli 2022.

Joakim Zahl Fjell

Martin Jonassen

Ingrid Smedsrud

