Samfunnsøkonomisk analyse av hjelpetiltak fra barnevernet

Utført på oppdrag for Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet

OE-rapport 2017-1

oslo economics

Om Oslo Economics

Oslo Economics utreder økonomiske problemstillinger og gir råd til bedrifter, myndigheter og organisasjoner. Våre analyser kan være et beslutningsgrunnlag for myndighetene, et informasjonsgrunnlag i rettslige prosesser, eller et grunnlag for interesseorganisasjoner som ønsker å påvirke sine rammebetingelser. Vi forstår problemstillingene som oppstår i skjæringspunktet mellom marked og politikk.

Oslo Economics er et samfunnsøkonomisk rådgivningsmiljø med erfarne konsulenter med bakgrunn fra offentlig forvaltning og ulike forsknings- og analysemiljøer. Vi tilbyr innsikt og analyse basert på bransjeerfaring, sterk fagkompetanse og et omfattende nettverk av samarbeidspartnere.

Om Fürst og Høverstad

Fürst og Høverstad utvikler planleggings- og styringssystemer, hjelper offentlig forvaltning med å tilpasse organisasjonen og ledelsen til nye utfordringer og analyserer og utvikler tjenester, effektiviserer ressursbruken og sikrer tilgang til styringsinformasjon.

Fürst og Høverstad er et konsulentmiljø med spisskompetanse på ledelse, planlegging og økonomistyring i offentlig sektor. Vi tilbyr innsikt og analyser basert på lang erfaring og en sterk faglig kompetanse.

Samfunnsøkonomisk analyse av hjelpetiltak fra barnevernet/Rapport 2017-1
© Oslo Economics, 2017
Kontaktperson:
Ove Skaug Halsos / Partner
osh@osloeconomics.no, Tel. 415 21 059

Innhold

Sammendrag og konklusjoner 5

Forord 10

1. Innledning 11

2. Metodisk tilnærming 13

2.1 Samfunnsøkonomisk analyse 13

2.2 Utfordringer ved samfunnsøkonomisk analyse av sosiale velferdstiltak 14

2.3 Informasjonsinnhenting 17

3. Samfunnsproblemet 19

3.1 Barn lever under ugunstige oppvekstsvilkår 19

3.2 En beskrivelse av ugunstige oppvekstsvilkår 19

3.3 Langtidskonsekvenser av ugunstige oppvekstsvilkår 21

4. Hjelpetiltak – organisering, tildeling og utvalg 24

4.1 Organisering og ansvarsområder i barnevernet 24

4.2 Saksgang i barnevernet 25

4.3 Tiltakene 28

5. Barn og ungdom som mottar hjelpetiltak – hvem er de og hvor går de? 33

5.1 Hvor mange er de? 33

5.2 Hvor mange nye barn kommer til hvert år? 33

5.3 Kjennetegn ved barna som blir mottakere av hjelpetiltak 34

5.4 «Karrierer» i barnevernet 36

6. Kostnader ved å gjennomføre hjelpetiltak 39

6.1 Identifiserte kostnadselementer 39

6.2 Problemstillinger og forutsetninger for kostnadsberegningen 40

6.3 Estimerte totale samfunnsøkonomiske kostnader ved hjelpetiltak fra barnevernet 43

6.4 Estimerte kostnader ved hjelpetiltakene MST, FFT og PMTO 45

6.5 Behandlingskostnader ved ulike hjelpetiltak 46

6.6 Kostnader per barnevernforløp 48

7. Virkninger av hjelpetiltak 49

7.1 Tilfører hjelpetiltakene verdi? 49

7.2 Hjelpetiltak i samspill med omsorgstiltak og plasseringer 50

7.3 Tiltakseffekter og nyttevirkninger – et verdikjedeperspektiv 53

7.4 Umiddelbare effekter av hjelpetiltak 54

7.5 Effekter på mellomlang sikt 55

7.6 Effekter på lang sikt 56

7.7 Tidlig innsats – en break-even-analyse 57

8. Nytte-kostnadsanalyse av statlige spesialiserte hjelpetiltak 64

8.1 Parent Management Training Oregon (PMTO) 64
8.2 Multisystemisk terapi (MST) 67
8.3 Funksjonell familieterapi (FFT) 73
8.4 Diskusjon – organisering av de statlige spesialiserte hjelpetiltakene 78
9. Samfunnsøkonomisk analyse av kategorier av hjelpetiltak 81
9.1 Hvilke avveininger står barneverntjenestene ovenfor? 81
10. God bruk av hjelpetiltak – kommunenes egne vurderinger 90
10.1 Seks hypotetiske barn – hvordan hjelpe dem? 90
10.2 Grupper med mangelfullt tilbud i dagens barnevern 96
11. Konklusjoner og anbefalinger 99
12. Referanser 101
13. Vedlegg 1: Oversikt over forskning om hjelpetiltak 106
14. Vedlegg 2: Beregning av tidskostnader for familiene og fagpersoner i andre instanser i kommunene 108

Sammendrag og konklusjoner

Barnevernets hjelpetiltak skal bidra til å gi alle barn trygge oppvekstsvilkår. Oslo Economics og Fürst Høverstad har på oppdrag for Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet gjennomført en samfunnsøkonomisk analyse av hjelpetiltak i barnevernet. Analysen er basert på dybdeintervjuer med barneverntjenesten i 24 kommuner og oppdatert forskning om barn med barnevernserfaring og effektene av hjelpetiltak i barnevernet.

I 2015 var de totale samfunnsøkonomiske kostnadene av hjelpetiltakene på 2,29 milliarder kroner. Verdien av tidlig innsats med hjelpetiltak anslås å være betydelig større enn kostnadene, og hjelpetiltaksregimet vurderes derfor å være samfunnsøkonomisk lønnsomt. Gevinstene av gode oppvekstsvilkår kan rettferdiggjøre ressursbruken.

Det er enkelte tiltak og metoder i barnevernets arbeid som i spesielt stor grad utpeker seg som virksomme og verdifulle. Disse bør man opprettholde og styrke, samtidig som man bør fokusere på å utvikle kunnskap om gode tiltak for de gruppene av barn som dagens hjelpetiltaksregime i mindre klarer å hjelpe. Dette gjelder de statlige hjelpetiltakene MST, FFT og PMTO. Disse bør også være organisert på samme måte som i dag, altså at Bufetat (staten) har helt eller delvis ansvar for drift og gjennomføring av tiltakene. Vår vurdering er at et økt kommunalt ansvar for disse tiltakene kan føre til at tilbudet reduseres og metodene forringes. Støttende tiltak bør så langt det går supplere strukturerende/endrende tiltak og ikke brukes alene. Endring er en forutsetning for varig forbedring i barns oppvekstsvilkår, noe strukturerende hjelpetiltak bidrar til. Vår vurdering er også at familie-råd og andre familie- og nettverksmobiliserende tiltak bør vurderes som supplement til strukturerende tiltak oftere enn i dag fordi slike tiltak ser ut til å ha god virkning til relativt lav kostnad.

Videre er det enkelte grupper som det i dag er utfordrende å hjelpe. Dette gjelder blant annet flyktning- og minoritetsbarn, barn av foreldre med psykiske lidelser, rusproblemer eller med kognitive vansker og barn med psykiske lidelser. Det bør satses på å utvikle metoder, og tilknytte seg ressurser som gjør at man kan hjelpe disse gruppen på en bedre måte enn i dag.

Hjelpetiltakene og barn og ungdom som mottar hjelpetiltak

Det vokser opp barn i Norge under ugunstige oppvekstsvilkår: barn som mangler nødvendigheter som omsorg, trygghet og praktisk og emosjonell oppfølging, eller som lever i potensielt traumatiserende forhold med høyt konfliktnivå, vold eller rus i hjemmet. Når barnet har behov for det, plikter barnevernet å iverksette hjelpetiltak for barnet og familien.

Kommunene utfører den primære oppfølging av barnet. Det er kommunens ansvar å avdekke omsorgssvikt og andre ugunstige oppvekstsvilkår, sette inn tiltak i forhold til dette og jobbe forebyggende. Det faglige og økonomiske ansvaret for hjelpetiltak i hjemmet ligger hos den kommunale barneverntjenesten, med unntak av et utvalg spesialiserte hjelpetiltak som tilbys av det statlige barnevernet ved Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat). Det er tre statlige hjelpetiltak, MST, FFT og PMTO, som alle er forsknings- og programbaserte tiltak. Kommunene kan søke Bufetat om å benytte tiltakene til barn eller ungdom i målgruppen. For MST og FFT betaler kommunene en egenandel.

Kommunene har gjerne en portefølje av egne hjelpetiltak å spille på. Et hovedskille kan likevel trekkes mellom strukturerende hjelpetiltak og støttende hjelpetiltak. Strukturerende hjelpetiltak har som formål å bidra til positiv endring hos barnet eller i familien, mens støttende hjelpetiltak kompenserer barnet eller familien for umøtte behov i perioden tiltaket varer. Eksempler på strukturerende hjelpetiltak er, i tillegg til de statlige spesialiserte hjelpetiltakene, Circle of Security (COS), Marte Meo, De utrolige årene (DUÅ) og råd og veiledning. Støttende

hjelpetiltak kan være økonomisk hjelp, støtte til barnehageplass eller besøkshjem. Hvilke hjelpetiltak barneverntjenesten velger å sette inn avhenger både av barnets behov og hvilke tiltak som er tilgjengelige i den enkelte kommune.

Ifølge tall fra Statistisk sentralbyrå fikk i 2015 om lag 11 000 nye barn hjelp fra barnevernet. De aller fleste av disse barna, anslagsvis 10 500, fikk hjelpetiltak som første intervensjon. Ved utgangen av 2015 var det anslagsvis 23 000 barn som mottok hjelpetiltak mens de bodde hjemme. I tillegg mottar en del barn i fosterhjem og på institusjon samme typer hjelpetiltak. Mange av barna mottar hjelpetiltak over lang tid. Et gjennomsnittlig hjelpetiltaksforløp for et barn som får hjelp fra barnevernet vil ifølge våre beregninger vare i 3,9 år.

Gjennomføringskostnader av hjelpetiltak

Drift og iverksetting av hjelpetiltak fra barnevernet medfører utgifter i kommunalt og statlig barnevern, i andre instanser i kommunene - i eller utenfor barnevernet - samt tidskostnader for familiene i hjelpetiltaksperioden. Det kommunale og statlige barnevernet hadde i 2015 samlede kostnader til hjelpetiltak på anslagsvis 1,67 milliarder kroner, hvorav 92 prosent var utgifter i den kommunale barnevernstjenesten. Det gjennomsnittlige hjelpetiltaksbarnet medfører kostnader i barnevernet på 135 000 kroner over hele livsløpet.

Andre kommunale instanser bistår også ofte i iverksetting og gjennomføring av tiltakene, med et estimert kostnad på 57,4 millioner kroner. I tillegg kommer kostnader til utvikling, opplæring og kvalitetssikring av spesialiserte hjelpetiltak ved Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge (NUBU[1]) på 10,6 millioner kroner. De samlede utgiftene til hjelpetiltak over offentlige budsjetter var dermed 1,7 milliarder kroner i 2015. Av dette var 200 millioner rene økonomiske overføringer til familiene. Familienes tidsbruk har videre en estimert kostnad på 441 millioner kroner. Når overføringer trekkes fra og skattevridningskostnader av offentlige utgifter inkluderes blir den samlede samfunnsøkonomiske kostnaden av hjelpetiltak i 2015 estimert til 2,29 milliarder kroner. Dette innebærer en samfunnsøkonomisk kostnad av hjelpetiltak per barn over hele livsløpet på 192 000 kroner.

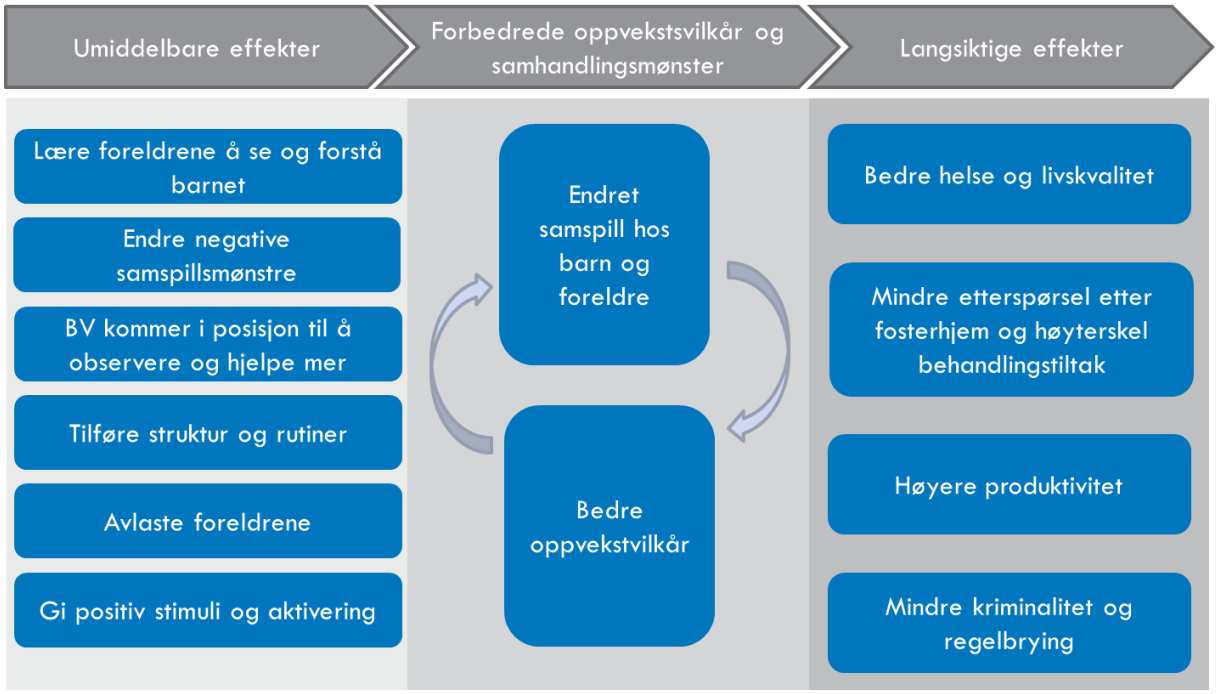
For de statlige spesialiserte hjelpetiltakene har vi også tall for kostnadene per tiltakstype. Hjelpetiltaket MST ble i 2015 produsert til en samlet samfunnsøkonomisk kostnad på 130 millioner kroner, med gjennomsnittlig kostnad for hvert av de 451 avsluttede tiltakene på 289 000 kroner. Hjelpetiltaket FFT sto i 2015 for en samfunnsøkonomisk kostnad på 18 millioner kroner, med en gjennomsnittlig kostnad på 177 000 kroner for hvert av de 102 avsluttede tiltakene. PMTO ble gitt til 833 barn i 2015, til en samlet kostnad på 51 millioner kroner og gjennomsnittlig tiltakskostnad på 62 000 kroner.

Nytteverdien av hjelpetiltak

Tiltak som settes inn i tidlig alder gir generelt sett en betydelig bedre effekt enn tiltak som iverksettes på et senere tidspunkt i livet. De potensielle nytteeffektene av hjelpetiltak er mangesidige, men det er komplekse årsakssammenhenger mellom tiltak og effekt. Det er derfor vanskelig å si noe sikkert om den samlede nytten av hjelpetiltak. Basert på eksisterende kunnskap og forskning har vi etablert «verdikjeder» som kan beskrive potensielle årsakssammenhenger, og som er egnet som grunnlag for å systematisere effekter (se figuren under). Noen effekter vil komme relativt umiddelbart etter at tiltaket er iverksatt eller fullført, mens andre vil realiseres over tid. De mer langsiktige effektene vil være betinget av at det skjer endringer på kort sikt.

[1] NUBU het tidligere Atferdssenteret

Figur 0-1: En verdikjede av tiltaks- og nytteeffekter



Kilde: Oslo Economics, etter innspill fra dybdeintervjuer og litteraturstudie

Umiddelbare effekter: Selve iverksettelsen av en del hjelpetiltak gir umiddelbare gevinster av selve tiltaket. Dette kan være at hjelpetiltakene øker foreldrenes innsikt i barnets situasjon, bidrar til å endre negative mønstre, setter barnevernet i posisjon til å hjelpe barnet videre, tilfører struktur, avlaster foreldre og aktiverer og stimulerer barnet. Disse virkningene gir ikke nødvendigvis langsiktige atferdsendringer eller bedre oppvekstsvilkår på lengre sikt, men kan gi avvekslinger og viktige innspill for barn og foreldre. De kommunale barnevernstjenestene opplever at majoriteten av hjelpetiltakstilfellene medfører slike kortsiktige positive effekter.

Bedre oppvekstsvilkår: Hovedformålet med hjelpetiltakene er likevel den forebyggende virkningen og muligheten for å bidra til bedre oppvekstsvilkår, både på kort og lang sikt. De kommunale barnevernstjenestene erfarer at en betydelig andel av hjelpetiltakene bidrar til bedret atferd hos barn eller voksne. Forbedringen kan komme i form av redusert stress- og traumabelastning, bedre tilknytning til omsorgsperson og bedre samspill i familien. Å bidra til trygge og gode oppvekstsvilkår for barn og unge er hjelpetiltakenes hovedformål og dermed en svært viktig potensielle gevinsten av hjelpetiltaksregimet.

Redusert sannsynlighet for omsorgsovertakelse: Bedre oppvekstsvilkår reduserer behovet for omsorgsovertakelse. Omsorgsovertakelse er i de aller fleste tilfeller svært belastende både for barn og foreldre. Dersom dette kan unngås ved tilstrekkelig forbedring av forholdene i hjemmet vil det være en stor gevinst for barnet, og også foreldrene. I tillegg har flyttinger i fosterhjem og barneverninstitusjon en høy økonomisk kostnad. De rene økonomiske gevinstene ved å redusere flyttinger er derfor betydelige. Det skal dermed svært få unngåtte tilfeller til for å oppveie hjelpetiltakenes kostnader.

En bedret omsorgssituasjon kan videre gi langsiktige effekter for barnet i voksen alder, i form av bedret helse og livskvalitet, høyere produktivitet og mindre kriminalitet og regelbryting. Det er utfordrende å innhente konkret kunnskap om effekt av hjelpetiltak og hjelpetiltaksregimet, da det er mange forhold som spiller inn på barns utvikling og oppvekst. De samfunnsøkonomiske gevinstene av redusert utenforskap er så store at kun få «suksesshistorier» veier opp for tiltakskostnadene.

Bedret helse og livskvalitet: Bedre oppvekstsvilkår i barndommen kan bidra til at voksenlivet blir bedre for utsatte barn og unge. Personer som har mottatt tiltak fra barnevernet har økt forekomst av alvorlige helseproblemer assosiert med traumatiske barndomsopplevelser. Forskning fra USA viser at det å ha vært utsatt for vedvarende stress og traumer i barndommen gir økt sannsynlighet for å være fysisk inaktiv, 50 prosent høyere sannsynlighet for depresjon, og en dobling i sannsynligheten for selvmordsforsøk, alkoholisme og narkotikabruk. Det øker også sannsynligheten for å få somatiske lidelser, som hjerteproblemer, kreft, astma og

hjerneslag. I den grad hjelpetiltakene bidrar til å redusere traumer under oppveksten er det derfor grunn til å tro at hjelpetiltak også vil bidra til bedret livskvalitet og helse for barnet inn i voksenlivet. Også foreldrene vil få økt livskvalitet og bedre psykisk helse dersom de klarer å gi sine barn bedre oppvekstsvilkår.

Høyere produktivitet i arbeidslivet: Personer med barnevernserfaring har nesten ti ganger høyere sannsynlighet for å være uføretrygdede enn sammenliknbare personer i normalbefolkningen. De har også dårligere karakterer, og lavere utdanning enn andre barn. På grunn av sammenhengen mellom stress og beredskapsresponser og evnen til læring, er det grunn til å tro at det å redusere traumatiske opplevelser i barndommen gjør barnet i stand til å lære bedre. Det er også en sammenheng mellom atferdsvansker og frafall fra videregående utdanning. Det er rimelig å anta at mange av disse barna faller utenfor utdanning og arbeidsliv nettopp på grunn av sine barndomsopplevelser med tilhørende helseproblematikk og/eller ubehandlede atferdsforstyrrelser. I den grad hjelpetiltak kan forebygge helseproblemer i voksen alder, vil de også ha en effekt på produktiviteten i arbeidslivet.

Redusert kriminalitet: Personer som har mottatt tiltak fra barnevernet har høyere sannsynlighet for å bli siktet for kriminelle forhold enn andre. Flere av hjelpetiltakene er direkte rettet inn mot å redusere atferdsproblematikk og regelbryting. Slik atferd har store negative virkninger for personer som omgås barnet, også utenfor egen familie Mindre uro i et klasserom vil for eksempel øke læringsutbyttet til alle barn i klassen. Ved spesielt utagerende og uregulert atferd, kan hjelpetiltak også bidra til å redusere faren for at ungdommen er involvert i straffbare, kriminelle handlinger, samt bidra til positive endringer i sosial kompetanse og atferd. Siden atferdsproblematikk gjerne vedvarer, og eskalerer, vil det å få avbrutt en potensiell «kriminell løpebane» i ung alder også bidra til å redusere kriminell atferd inn i voksenlivet. Redusert kriminalitet gir betydelig samfunnsøkonomiske gevinster gjennom reduserte utgifter til skader, rettspleie og håndheving, samt økt trygghet i befolkningen.

Nytte-kostnadsanalyser av de statlige spesialiserte hjelpetiltakene

De statlige, spesialiserte hjelpetiltakene MST, FFT og PMTO er metodiske og evidensbaserte, og det finnes dermed god dokumentasjon på virkningen av disse strukturerte behandlingsoppleggene. Studier estimerer effekter på kort sikt, men hvorvidt virkningene vedvarer over tid og inn i voksenlivet er mindre dokumentert. Et premiss for analysen er likevel at barndommen til en viss grad er formende, og at traumatiske opplevelser i barndommen kan sette som spor som varer inn i voksenlivet.

Når vi legger forskning gjennomført i Norge og Sverige til grunn, framstår alle de statlige spesialiserte hjelpetiltakene MST, FFT og PMTO totalt sett som samfunnsøkonomisk lønnsomme sammenliknet med den oppfølgingen målgruppene for disse tiltakene hadde fått dersom tiltaket ikke hadde eksistert. Det fremstår derfor som fordelaktig at tilbudet av disse tiltakene videreføres, og at de tilbys til de målgruppene som i dag mottar dem. Dette har noen implikasjoner for hvordan tiltakene bør organiseres.

Oppsummering og anbefalinger

Tidlig innsats med hjelpetiltak er høyst sannsynlig samfunnsøkonomisk lønnsomt. Hjelpetiltaksregimet, med den fordelingen av tiltak og metoder som benyttes i dag, bidrar til samfunnsøkonomisk merverdi sammenliknet med et alternativt scenario der disse tiltakene ikke eksisterte. Dette til tross for at det er mange barn man ikke klarer å hjelpe gjennom hjelpetiltak, og at mange av de som mottar hjelpetiltak i dag også ville klart seg fint uten intervensjon fra barnevernet. Gevinstene knyttet til det å forhindre et liv i «utenforskap» er så store at selv få suksesshistorier rettferdiggjør ressursbruken. Det er enkelte tiltak og metoder i barnevernsarbeidet som i spesiell grad utpeker seg som verdifulle. Disse bør man opprettholde, og om mulig styrke.

En viktig gruppe verdifulle hjelpetiltak er de spesialiserte, kunnskapsbaserte tiltakene MST, FFT og PMTO. Det finnes også andre lignende, kunnskapsbaserte tiltak, men oppdraget er avgrenset til å se nærmere på disse tiltakene. Disse er samfunnsøkonomisk lønnsomme når de anvendes på den målgruppen de er utviklet for, sammenliknet med alternative hjelpe- og behandlingstiltak som ville blitt anvendt dersom disse tiltakene ikke eksisterte. Tiltakene er relativt kostbare, men realistiske alternative behandlinger er også dyre. For MST og FFT er alternativ behandling i mange tilfeller institusjonsopphold, som er langt dyrere. I tillegg har tiltakene bedre behandlingsresultater enn alternativene. PMTO er dyrere enn alternativ behandling, men gir dokumenterte raskere effekter som med stor grad av sannsynlighet oppveier større behandlingskostnader. Disse hjelpetiltakene framstår dermed som bedre enn alternativ behandling.

Vår vurdering er at staten bør fortsette å ha den rollen de har i dag i arbeidet med disse tiltakene. Den systematiske metoden, som viser seg å være en viktig faktor for å få gode resultater av tiltakene, vil vanskelig kunne gjennomføres dersom den enkelte kommune skal være ansvarlig for gjennomføringen av disse spesialiserte

og relativt sjeldne tiltakene. Inntaket er også en sentral del av metodeintegriteten og bør derfor ligge på det styringsnivå som best ivaretar metodeintegritet og standardisering. Inntak bør samtidig henge sammen med finansieringsansvar for å gi insentiver til kostnadseffektiv tiltaksbruk. Dagens løsning, hvor kommunen melder inn ønske om FFT eller MST, mens Bufetat bærer hovedkostnaden og har siste ord i inntak, fungerer godt og bør videreføres.

For å framskaffe mer kunnskap om langtidsvirkningene av mer fokus på atferd i endringsarbeidet, vil vi foreslå at det initieres registerdatabasert forskning som undersøker hvordan barna i tiltaks- og kontrollgruppene i de randomiserte studiene av MST og PMTO har klart seg på lang sikt. Vi anbefaler likevel at det fremskaffes mer kunnskap om langtidsvirkningene av disse tiltakene for å øke kunnskapen om hvilke behandlingsopplegg som fungerer best for en gitt gruppe.

Det fremstår i dag som en slags standardløsning å kombinere støttende og strukturerende tiltak. Nettverkstiltak, som familieråd og andre tiltak som mobiliserer barnets primære nettverk, ser ut til å ha mange av de samme positive effektene i kombinasjon med strukturerende tiltak. Vi foreslår at man i større grad tar i bruk nettverkstiltak enn i dag.

Private tiltak er dyrere, kan ha lavere kvalitet på grunn av mandatforskyvning, bidrar ikke til kompetanseoppbygging i egen organisasjon og innebærer transaksjonskostnader sammenliknet med kommunale tiltak. Samtidig er private tiltak helt avgjørende for å sikre kapasitet. For mindre kommuner er de også avgjørende for kompetanse. Det vil være færre problem knyttet til mandatforskyvning jo mer konkrete og dokumenterbare oppgavene er.

For at man tidsnok skal få plassert barn som ikke lenger bør bo hjemme, for eksempel fordi situasjonen er alvorlig og hjelpetiltak ikke fører fram, bør barnevernstjenestene fortsette og opprettholde arbeidet som pågår med systematisering av evalueringsarbeidet. Det er stort fokus på det i intervjuene, og barnevernstjenestene er bevisst på at evalueringer bør skje jevnlig og systematisk, men vi ser samtidig tegn på at det fortsatt er forbedringspotensial i praksisen.

Det er enkelte grupper kommunen opplever at det er vanskelig å hjelpe med tiltaksporteføljen slik den er i dag. Hyppig nevnte utfordringer er:

- Barn, ungdom og familier som trenger hjelp fra flere instanser, eksempelvis, BUP, NAV og barnevern
- Flyktningbarn, og barn med minoritetsbakgrunn
- Foreldre med kognitive vansker, rusproblemer eller psykiske vansker
- Barn med psykiske vansker/lidelser

Det bør vurderes om man skal utvikle og teste ut metoder og arbeidsformer som gjør at man lettere når fram med hjelp i disse sakene.

Forord

Denne rapporten formidler en samfunnsøkonomisk analyse av hjelpetiltak fra barnevernet, utarbeidet på oppdrag fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir). Oppdraget ble gjennomført i perioden 1. oktober 2016 til 1. mars 2017 og ble finansiert av Bufdir.

Vi ønsker å takke flere parter for deres hjelp underveis i prosjektet. Vi vil først og fremst takke Bufdir, herunder spesielt prosjektgruppen til dette oppdraget; Ellen Galaasen, Jon Andresen, Mari Wiken Moltubakk, Mirna Gacanica og Roger Johansen, samt Rita Kvivesen. Prosjektgruppen har bidratt til et godt samarbeid og god oppfølging underveis i hele prosjektperioden, og har bidratt med gode innspill både til det fortløpende arbeidet og til sluttrapporten.

Vi vil også rette en stor takk til representantene fra de kommunale barnevernstjenestene som tok seg tid til å stille til et intervju. Disse bidro med sentral informasjon og innsikt i problemstillingene i oppdraget. I gjennomføringen av oppdraget utførte vi intervjuer av representanter fra følgende barnevernstjenester: Oslo kommune (bydel Bjerke, Gamle Oslo, Nordre Aker og Søndre Nordstrand), Bærum kommune, Nøtterøy og Tjøme kommune, Bergen kommune bydel Fana, Trondheim kommune, Oppdal og Rennebu kommune, Barnevernstjenesten for Kristiansandregionen, Barnevern Sør (Mandal, Lindesnes, Marnardal og Åseral kommune), Stavanger kommune, Sandnes kommune, Dalane barnevern (Eigersund, Lund og Sokndal kommune), Ålesund kommune, den interkommunale barnevernstjenesten i Volda, Ørsta, Hareid og Ulstein kommune, barnevernstjenesten Sør-Helgeland (Brønnøy, Vega, Sømna, Vevelstad og Bindal kommune), Tromsø kommune, Kvæfjord kommune, Hammerfest kommune, Lier kommune, Ringsaker kommune, Harstad kommune og Kongsberg kommune.

I tillegg til representanter fra de nevnte kommunale barnevernstjenestene har vi intervjuet Øivin Christiansen, forsker II ved Uni Research Helse, Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU Vest). Fra Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge (NUBU) har Terje Ogden og Kristine Amlund Hagen gitt verdifulle innspill til forskningen på hjelpetiltak, og Elisabeth Askeland, Bernadette Christensen og Marit Reer har bistått oss med informasjon om ressurser knyttet til å drifte og vedlikeholde de spesialiserte hjelpetiltakene FFT, MST og PMTO. I tillegg har Gunnar Bjørnebekk bidratt med nyttige innspill om FFT og Knut Taraldsen har bidratt med data som viser resultater av behandlingene.

Vi ønsker å takke alle for hjelpen deres, og samtidig understreke at eventuelle feil og mangler i faktagrunnlag og analyse er vårt ansvar.

Oslo, mars 2017

1. Innledning

Denne rapporten beskriver den samfunnsøkonomiske verdien av hjelpetiltak fra barnevernet, både samlet sett, for de spesialiserte hjelpetiltakene MST, FFT og PMTO, og for kategorier av hjelpetiltak. Rapporten gir anbefalinger om bruk av hjelpetiltak sett fra et samfunnsøkonomisk perspektiv.

Hva er hjelpetiltak fra barnevernet?

Barnevernet skal sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid, og bidra til at barn og unge får trygge oppvekstsvilkår, jf. Lov om barnevernstjenester (Bvl) §1-1. Hjelpetiltak i hjemmet (jf. Bvl §4-4) er den hyppigst anvendte tiltakstypen innen barnevernet for å oppnå disse målene.

Vi bruker begrepet hjelpetiltak som en betegnelse på den bistanden barnevernet gir til barn som bor hjemme. Begrepet kan også brukes som en betegnelse på alle tiltak fra barnevernet som familiene mottar frivillig, etter barnevernslovens § 4-4. Da inkluderes også frivillige plasseringer. Vi vil i denne analysen avgrense oss fra frivillige plasseringer, og dermed fokusere på hjelpetiltak som en form for intervensjon, eller sett av virkemidler som skal forbedre omsorgssituasjonen der barnet bor[2]. En kompliserende faktor er at disse intervensjonene også kan rettes mot barn som er plassert. Vi vil i den grad det er hensiktsmessig og mulig skille mellom hjelpetiltak som gis til barn som bor hjemme hos sine foresatte, og hjelpetiltak som gis som støtte til fosterfamilier og barn i fosterhjem.

Hjelpetiltakene er en tiltakskategori som favner bredt, både når det gjelder intervensjon, formål og årsak til iverksettelse. Et hovedskille går mellom to hovedkategorier av hjelpetiltak. *Endrende eller strukturerende hjelpetiltak* innebærer at man aktivt går inn for å støtte og hjelpe foreldrene og barna ved å utvikle bedre samhandlingsmønstre. Et eksempel kan være råd og veiledning fra kommunal barnevernstjeneste. *Støttende eller kompenserende hjelpetiltak* innebærer praktisk og økonomisk avlastning til foreldrene og stimulering til barn og unge, herunder for eksempel opphold i et besøkshjem eller økonomisk støtte. Hjelpetiltak kan også implementeres med en hensikt om å gi en ungdom støtte i overgangen til voksenlivet.

Bruk av hjelpetiltak varierer også ut fra hvor alvorlige tilfellet er. Enkelte hjelpetiltak har til hensikt å forebygge at problematikk får mulighet til å utvikle seg og eskalere. Andre har til hensikt å behandle og reversere problematikk som til dels er langt framskreden.

Et fellestrekk ved hjelpetiltakene er likevel at de har til hensikt å tilføre familien kompetanse og/eller ressurser som skal bidra til at barnet eller ungdommen kan fortsette å bo der de bor, fremfor å flytte på institusjon eller i (et nytt) fosterhjem. Sammenliknet med en plassering utenfor hjemmet er derfor hjelpetiltakene, sett under ett, et lavterskeltilbud som ofte settes inn på et relativt tidlig tidspunkt. Enkelte hjelpetiltak kan likevel være relativt intensive.

Hvilke problemstillinger drøftes i analysen?

Denne analysen drøfter den samfunnsøkonomiske verdien av iverksetting og gjennomføring av hjelpetiltak i hjemmet. Vi tar sikte på å beskrive hva samfunnet får igjen ved å rette innsats mot å forebygge problemer før de oppstår, og behandle problematikk som har utviklet seg i en tidlig fase, og i samspill med foresatte. Vi belyser den samfunnsøkonomiske verdien av hjelpetiltak fra barnevernet som helhet, for kategorier av hjelpetiltak, og for et utvalg enkelttiltak - de spesialiserte hjelpetiltakene som tilbys av det statlige barnevernet, Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat)[3].

Vi vil også drøfte hvilke prioriteringer som bør gjøres på hjelpetiltaksområdet i tiden framover. Er noen tiltak i samfunnsøkonomisk forstand bedre enn andre? Er det andre suksesskriterier i måten barnevernet arbeider på, som kan heve nytteverdien av tidlig innsats ytterligere?

Hva vet vi om problemstillingene fra før?

Den store og sammensatte porteføljen av hjelpetiltak fra barnevernet er godt beskrevet og undersøkt i Christiansen et. al. (2015), men den samfunnsøkonomiske verdien av dagens praksis er ikke analysert nærmere. Forfatterne viser imidlertid til at samfunnsøkonomiske analyser har blitt mer vanlig å anvende for å vurdere ulike sosiale tiltak. Dette dreier seg om analyser av relaterte emner, for eksempel samfunnsøkonomiske konsekvenser av marginalisering blant ungdom (Rasmussen, et al., 2010), kostnader av frafall i videregående opplæring (Falch, et al., 2009) og samfunnsøkonomiske kostnader av vold i nære relasjoner (Rasmussen, et al., 2012), men ikke konkret

[2] Vi avgrenser oss også fra opphold ved senter for foreldre og barn, som på mange måter har mer til felles med institusjonsopphold enn de øvrige hjelpetiltakene.

[3] Dette gjelder hjelpetiltakene Multisystemisk terapi (MST), Funksjonell familieterapi (FFT) og Parent Management Training – Oregon (PMTO).

samfunnsøkonomiske analyser av hjelpetiltak fra barnevernet.

Rambøll (2012) har utført en analyse av økonomiske konsekvenser på området for utsatte barn og unge i Danmark, med fokus på fire tiltak: De Utrolige Årene (DUÅ), plassering i fosterhjem i slekt og nettverk, Multisystemisk terapi (MST) og Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC). Rambøll estimerer et totalt samfunnsøkonomisk gevinstpotensial på 29,5 milliarder danske kroner dersom alle utsatte barn og unge oppnår et normalt livsforløp. Resultatene viser at fullføring av utdannelse og forebygging og reduksjon i kriminell atferd er de viktigste faktorene bak realiseringen av økonomiske gevinster.

Innhold i rapporten

Kapittel 2 presenteres metodikken i en samfunns-økonomisk analyse, og sentrale utfordringer ved å gjennomføre en samfunnsøkonomisk analyse av sosiale velferdstiltak. I tillegg presenterer kapittelet prosessen med å innhente informasjon til analysen gjennom intervjuer, dokumentstudier og litteraturgjennomgang og innhenting av kvantitative data.

Kapittel 3 beskriver «samfunnsproblemet»: det at barn lever under ugunstige oppvekstsvilkår, og konsekvensene av det. Deretter presenterer kapittel 4 dagens organisering, ansvarsområde og saksgang innen hjelpetiltaksområdet, og hvilke hjelpetiltak som benyttes. Kapittel 5 beskriver barna som mottar hjelpetiltak, herunder hvor mange det gjelder, hvilke kjennetegn de har og hvordan det går med dem innen barnevernet.

Kapittel 6 presenterer de samfunnsøkonomiske kostnadene ved å gjennomføre hjelpetiltakene fra barnevernet, både samlet sett og spesielt for hjelpe-tiltakene MST, FFT og PMTO, mens kapittel 7 beskriver hvilke virkninger hjelpetiltakene kan tenkes å ha for barna, ungdommene og familiene, og hvordan dette henger sammen med nyttevirkninger i en samfunns-økonomisk analyse.

Kapittel 8 inneholder nytte-kostnadsanalyser av de spesialiserte hjelpetiltakene PMTO, FFT og MST, der vi drøfter den samfunnsøkonomiske lønnsomheten ved tiltakene med utgangspunkt i forskningsbaserte resultater om behandlingseffekter.

I kapittel 9 drøfter vi ulike kategorier av hjelpetiltak opp mot hverandre. I kapittel 10 drøftes god bruk av hjelpetiltak i lys av seks ulike case, samt utfordringer kommunene opplever i sitt arbeid med hjelpetiltak. Avslutningsvis presenterer kapittel 11 oppsummerende tanker konklusjoner og anbefalinger på hjelpetiltaksområdet, sett fra et samfunnsøkonomisk perspektiv.

2. Metodisk tilnærming

Karakteristika ved velferdstjenesten vi studerer gjør det utfordrende å gjennomføre en samfunnsøkonomisk analyse i tradisjonell forstand. Vi tilnærmer oss rammeverket slik at vi så langt som mulig og på best mulig måte kan vurdere de samfunnsøkonomiske virkningene av hjelpetiltak fra barnevernet.

2.1 Samfunnsøkonomisk analyse

Vårt metodiske utgangspunkt er rammeverket for gjennomføring av samfunnsøkonomisk analyse, i tråd med DFØ sin veileder for samfunnsøkonomiske analyser.[4]

En samfunnsøkonomisk analyse kan beskrives som en stegvis prosess som består av åtte arbeidstrinn som beskrevet i Figur 2-1.

Figur 2-1: Trinnene i en samfunnsøkonomisk analyse

Kilde: DFØ, veileder for samfunnsøkonomiske analyser (2014)

Først beskrives samfunnsproblemet, og det drøftes hvorvidt det bør være et offentlig ansvar å løse dette problemet. Deretter beskrives de alternative tiltakene som kan løse problemet Sentralt i analysen er å identifisere alle virkninger av tiltakene vi sammenlikner, både kostnader og nyttevirkninger, for alle berørte aktører..

Noen av de identifiserte virkningene kan kvantifiseres. Det innebærer at i tillegg til å slå fast at effekten er der, kan vi anslå styrken på den. Effektene skal også verdsettes. Effekter det er mulig å prissette får en monetær verdi, og andre effekter behandles ved hjelp av pluss-minusmetoden. Pluss-minusmetoden vurderer virkningene av et tiltak med utgangspunkt i virkningenes omfang (fra stort positivt til stort negativt) og virkningenes betydning for samfunnet (liten,

[4] Vanligvis gjennomføres en samfunnsøkonomisk analyse ex ante, det vil si før man iverksetter et tiltak, for å vurdere hvilket tiltak som er mest samfunnsøkonomisk lønnsomt. Denne analysen gjennomføres ex post for å vurdere den samfunnsøkonomiske lønnsomheten av et eksisterende offentlig tjenesteområde, nemlig hjelpetiltakene i barnevernet, som allerede finnes.

middels, stor). Figur 2-2 illustrerer den ni-delte skalaen for å vurdere ikke-prissatte virkninger. Når det, som i denne analysen, er utfordrende å definere styrkene på effektene kan også en såkalt break-even-analyse anvendes. Det går ut på å beregne hvor sterke effektene må være for at et tiltak skal være samfunnsøkonomisk lønnsomt. Deretter kan man vurdere om de nødvendige styrkene på effektene er realistiske eller ikke.

I analysen av kostnadene beregnes også skattefinansieringskostnaden ved tiltak som finansieres offentlig. Skattefinansieringskostnaden er på 20 øre per budsjettkrone (Finansdepartementet, 2014).

Figur 2-2: Konsekvensmatrise for ikke-prissatte virkninger

		Betydning		
		Liten	Middels	Stor
Omfang	Stort positivt	+/++	++/+++	+++/++++
	Middels positivt	0/-	++	++/+++
	Lite positivt	0	0/+	+/++
	Intet	0	0	0
	Lite negativt	0	0/-	-/--
	Middels negativt	0/-	--	--/---
	Stort negativt	-/--	--/---	---/----

Kilde: DFØ, veileder i samfunnsøkonomiske analyser (2014)

Vurderingen av prissatte og ikke-prissatte virkninger leder videre til en samlet vurdering av samfunnsøkonomisk lønnsomhet av de tiltakene som vurderes. For de prissatte virkningene anvender vi nåverdimetoden for å sammenligne og summere nytte- og kostnadsvirkninger som påløper på ulike tidspunkter. Dette gir samfunnets netto nåverdi av de prissatte virkningene, målt i kroner. En samfunnsøkonomisk analyse skal også beskrive usikkerheten i de analysene som er gjort, og fordelingseffekter, før den munner ut i en anbefaling om valg av tiltak.

2.2 Utfordringer ved samfunnsøkonomisk analyse av sosiale velferdstiltak

Det er flere utfordringer knyttet til å gjennomføre en samfunnsøkonomisk analyse av et sosialt velferdstiltak som hjelpetiltak i hjemmet. Flere slike utfordringer er diskutert i Christiansen et. al (2015).

2.2.1 Usikre årsakssammenhenger

Årsakssammenhenger mellom hjelpetiltak fra barnevernet og en verdi for samfunnet innebærer at verdien realiseres etter at hjelpetiltaket er iverksatt, og at den ikke ville blitt realisert dersom det *ikke* hadde vært for at tiltaket ble satt inn. Et tanke-eksperiment kan forklare dette ytterligere: Tenk på to barn, med helt identiske kjennetegn, historikk og situasjon. Det eneste som skiller barna er at det ene barnet får hjelpetiltak, mens det andre barnet ikke får det. Ulikheter i utfall mellom disse barna, på senere tidspunkt i livet, vil da fange opp virkningene av hjelpetiltaket, som er det eneste som skiller barna.

Utfordringen er at man aldri står i en situasjon der man observerer to barn som er helt like, bortsett fra at de får ulik oppfølging fra barnevernet. Ulik oppfølging fra barnevernet vil nettopp være begrunnet i at barna, og situasjonen rundt dem, er forskjellig. Vi fanger med andre ord ikke opp en kausal effekt av hjelpetiltak dersom vi sammenlikner barn som har fått hjelpetiltak, med barn som ikke har fått hjelpetiltak; barn som ikke fikk hjelpetiltak har på gruppenivå hatt helt andre opplevelser i barndommen enn barna som mottar hjelpetiltak, og det er nettopp ulikheter i belastninger i barndommen som vil drive forskjeller i utfall senere i livet.

På samme måte kan vi heller ikke uten videre sammenlikne hjelpetiltaksbarn som har fått ulike tiltak fra barnevernet, og studere forskjeller i utfall gjennom livsløpet, for dermed å si noe om hvilke hjelpetiltak som er best. Ulike hjelpetiltak har ulike formål, ulike målgrupper, og er tilpasset situasjoner av ulik alvorlighetsgrad. Egenskaper ved familiene – som igjen vil kunne påvirke utfallene på sikt – påvirker også hvilket tiltak som blir satt inn for å avhjelpe situasjonen til det enkelte barn. Dermed vil en sammenlikning av utfall blant barn som har fått ett tiltak, med utfall blant barn som har fått et annet, like gjerne reflektere bakenforliggende faktorer som påvirker hvilke tiltak familier får tilbud om og takker ja til.

Det vi er interessert i er differansen mellom et kontrafaktisk og et faktisk utfall:

- Hvilke utfall ser vi hos barnet?
- Hvilke utfall ville vi sett hos barnet dersom oppfølgingen fra barnevernet hadde vært annerledes?

Ved hjelp av randomiserte studier kan man estimere gjennomsnittsverdier av en slik effekt. I randomiserte studier fordeles forsøkspersoner tilfeldig i to grupper; en tiltaksgruppe og en kontrollgruppe, På grunn av

tilfeldig tilordning av gruppeplassering, vil det ikke være systematiske forskjeller mellom de to gruppene. De bakenforliggende variablene som vil kunne være med og drive forskjeller i utfall på lenger sikt, er like i de to gruppene. Deretter får tiltaksgruppen det tiltaket man er interessert i å studere effekten av, og kontrollgruppen får den behandlingen man ønsker å sammenlikne tiltaket med. Dette kan være ingen behandling, eller en form for «treatment as usual»; den behandlingen gruppen ville fått dersom tiltaket ikke hadde eksistert. Forskjeller mellom gruppene på senere tidspunkt kan da tolkes som en kausal effekt av at den ene gruppen fikk tiltaket, og den andre gruppen ikke fikk det.

Det er kun i begrenset grad gjennomført randomiserte studier av effekter av hjelpetiltak. I den grad det har vært gjennomført slike studier, er det effekten av enkelttiltak, satt opp mot den øvrige tiltaksporteføljen, som er undersøkt. Dersom man kun skal begrense seg til resultater hvor man er helt sikre på at man har fanget opp en effekt, vil det være utfordrende å ta stilling til effekten av hjelpetiltak fra barnevernet, og av tidlig innsats generelt. I denne analysen legger vi derfor til grunn også evalueringer og arbeider som ikke identifiserer årsakssammenhenger i streng forstand, samt vurderinger fra informanter i barnevernstjenesten om mulige effekter for barnet, familien og samfunnet forøvrig av at de setter inn hjelpetiltak.

2.2.2 Effekter over tid

Selv i de tilfellene man har gjennomført randomiserte studier av hjelpetiltak vil det være begrenset hvor langvarige effekter man er i stand til å fange opp. Oppfølgingsstudier er kun gjennomført et begrenset antall år etter at forsøket ble gjennomført. Selv om man er i stand til å estimere effekter på kort sikt, er det derfor vanskelig å si noe sikkert om effektene er varige eller ikke. Samtidig finnes det norsk og internasjonal forskning som undersøker effekter av tidlig intervensjon og tiltak som har likhetstrekk med deler av det som i dag inngår i porteføljen av hjelpetiltak. Eksempler på slike studier er Havnes og Mogstad (2015), som ved hjelp av et kvasi-eksperimelt design finner positive inntektseffekter av å ha gått i barnehage for barn i den nedre inntekts-fordelingen.

2.2.3 Et mangfold av «samfunnsproblem»

I en klassisk samfunnsøkonomisk analyse er problemstillingen hvordan man skal avhjelpe ett problem, altså i entall. I et veiutbyggingsprosjekt kan man for eksempel søke å finne svar på om bro eller omkjøring er det beste tiltaket for *en gitt veistrekning*. Man prøver ikke å finne svar på om bro eller omkjøring generelt sett er det beste tiltaket for alle veiprosjekter sett under ett. I en klassisk samfunns-økonomisk analyse generaliserer man altså ikke.

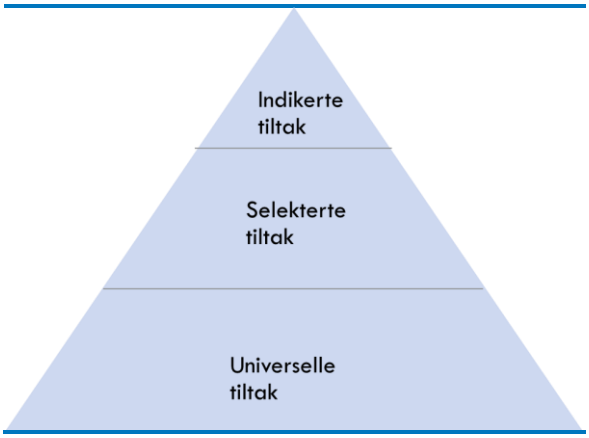
Barnevernet står ovenfor et stort mangfold av problemer. Familiene som barnevernet møter er ulike, og situasjonen i hver enkelt familie vil legge føringer for hvilke tiltak som det er hensiktsmessig og mulig å sette inn, og for hva gevinsten av de ulike tilgjengelige tiltakene vil være. Både kostnader og gevinster ved de enkelte tiltak vil altså variere fra familie til familie. Mens ett barn er mest tjent med å motta tiltak A, vil et annet barn være mest tjent med å motta tiltak B. I så måte er hvert eneste barn som barnevernet møter, et eget samfunnsproblem, og tiltak A og tiltak B vil være optimale tiltak for hvert sitt barn.

For å få til en opplysende diskusjon om hvilke hjelpetiltak som er gode og hvilke som er mindre gode, har vi i deler av analysen brutt ned problembildet i noen smalere kategorier. I intervjuene med kommunene har vi operert med to akser:

- Alvorlighet: mindre alvorlig og mer alvorlig
- Kjerneproblematikk: foreldrenes ivaretakelse av barnet, foreldrene selv og barnets egen atferd

Alvorlighetsaksen tilsier at barnevernet intervenerer på ulike nivåer, som illustrert i Figur 2-3.

Figur 2-3: Intervensjon på ulikt nivå



Kilde: Bufdir

Universelle tiltak er rent forebyggende og kan brukes for å oppdage, eller komme i posisjon til å hjelpe, utsatte grupper. *Selekterte tiltak* iverksettes ved risiko for vansker, eller begynnende vansker, mens *indikerte tiltak* settes i gang dersom problemene er betydelige. I de tilfellene hvor barnevernet fatter vedtak om å iverksette hjelpetiltak i en familie vil man per definisjon alltid være på et selektert eller et indikert nivå. Det vil alltid være identifiserte risikofaktorer til stede før barnevernet intervenerer ovenfor enkelt-familier. Disse familiene kan likevel bli oppfordret til å delta på tiltak på universelt nivå, for eksempel kurs som er åpne for alle eller andre forebyggende tiltak arrangert av barnevernet eller av andre instanser.

Den andre aksen forsøker å fange opp hva som er den mest presente årsaken til at en familie trenger hjelp. Basert på grupperinger av saksforhold i barnevernsstatistikken har vi tatt utgangspunkt i følgende forhold som kan utløse hjelpetiltak fra barnevernet:

- Forhold ved foreldres ivaretakelse av barnet (eksempler: Tilknytnings -og samspillsproblematikk mellom foreldre og barn, grensesetting, mishandling, omsorgssvikt, vanskjøtsel)
- Forhold knyttet til foreldrene (eksempler: Rus, psykiske vansker, manglende ressurser og nettverk)
- Forhold knyttet til barnet (eksempler: Atferdsvansker, følelsesmessige problemer, passivitet, skoleutfordringer)

En slik akse av hva som er kjerneproblematikken i den enkelte sak legger sammen med alvorlighetsgraden føringer for hvilke typer av tiltak som barnevernet finner hensiktsmessige å iverksette.

Samtidig er dette fortsatt en grov forenkling av kompleksiteten i det problembildet som barnevernet står ovenfor. Som Christiansen et al. (2015) også fremhever: «Viktige faktorer ved det enkelte hjelpe-tiltaket måles ikke, vi vet for lite om hver enkelt case. Dermed blir vi sittende igjen med en gjennomsnitts-effekt av godt tilpassede og godt matchede tiltak og dårlig tilpassede og dårlig matchede tiltak».

Det har altså, i dette prosjektet, ikke vært gitt hvilke tiltak og kategorier av tiltak det er mest relevant å sammenlikne. For det første har ulike tiltak ulike målgrupper. Noen tiltak er rettet mot spesielle aldersgrupper og/eller spesielle problemområder. Samtidig er mange tiltak mer generelle, og kan tas i bruk i et stort mangfold av familiesituasjoner og problematikker. I tillegg bidrar særtrekk ved hver enkelt familie til at enkelte tiltak som ville vært et godt alternativ ovenfor en annen familie i en liknende situasjon, ikke er det her, og omvendt. Det er altså ikke rett fram å definere hvilke tiltaksalternativ som skal settes opp mot hverandre. Foreliggende forskning legger også noen føringer på hvilke tiltak det er hensiktsmessig å sammenlikne. Det er langt enklere å kvantifisere og verdsette effekter av hjelpetiltak som faktisk har blitt sammenliknet i en randomisert studie, for eksempel.

Vi har forsøkt å løse denne utfordringen ved å gjennomføre flere ulike del-analyser, som samlet sett bidrar til å kaste lys over spørsmålet om hva som er effektiv ressursbruk i barnevernet. Først studerer vi dagens hjelpetiltaksregime opp mot en tenkt situasjon der hvor hjelpetiltakene ikke hadde eksistert. Deretter

Tar vi for oss hvert av de statlige hjelpetiltakene PMTO, FFT og MST, og sammenlikner disse med den oppfølgingen som gis til de respektive målgruppene for disse tiltakene i fravær av disse tiltakene. Deretter sammenlikner vil ulike tiltakskategorier og tiltakssammensetninger, som vi ut fra intervjuene har erfart at kan betraktes som alternativer for hverandre.

For å imøtekomme kompleksiteten i familieproblematikk ytterligere, har Bufdir også utviklet seks case, som hver beskriver mer detaljerte eksempler på kombinasjoner av de seks problem-kategoriene nevnt over. Vi gjennomfører ikke en samfunnsøkonomisk analyse av hvilket tiltak som er det mest samfunnsøkonomisk lønnsomme for hvert barn, men casene og innspill fra informantene som ble presentert for disse[5], er gjengitt i kapittel 10. Det bidrar til å kaste lys over hvilke tiltak kommunene vurderer som nyttige i ulike sammenhenger, og hva som er begrunnelsen for det.

2.2.4 «Subjektive» og mindre målbare effekter

Aarland skriver også i (Christiansen, et al., 2015) at det at noen får det bedre (selvbilde, vennerelasjoner, stabilt humør, bedret mestringsfølelse) ikke er interessant i samfunnsøkonomiske analyser. Med bakgrunn i et slikt resonnement mener de at det kun er effekter som setter spor i produktive år i arbeidslivet som kan danne grunnlag for en samfunnsøkonomisk analyse. Vi anerkjenner at det er utfordrende – og i mange tilfeller umulig – å prissette alle effektene av hjelpetiltak. Der er likevel ikke nødvendig å se bort fra effekter som vanskelig lar seg måle i kroner. De kan beskrives og vurderes som ikke-prissatte virkninger.

2.2.5 Hjelpetiltakene mangler klar definisjon av hva som er målet

En annen utfordring som påpekes i (Christiansen, et al., 2015) er at hjelpetiltakene mangler en tydelig definisjon av hva som er formålet med å sette inn tiltaket. Selv om vi anerkjenner at dette er tilfelle, er vår tilnærming til det samfunnsøkonomiske analyseverktøyet at målet med tiltaket i seg selv ikke er nødvendig å definere for å kunne si noe om virkningene av at hjelpetiltak settes inn. I en samfunns-økonomisk analyse er vi derimot opptatt av å identifisere *alle* virkninger som oppstår som følge av at hjelpetiltak settes inn. Derfor bør virkninger identi-fiseres uavhengig av hva som er hensikten eller formålet med tiltaket på det tidspunkt det iverksettes.

[5] 10 relativt store barnevernstjenester ble presentert for disse casene.

2.2.6 Uklar avgrensning av hva som er nullalternativet, og hvilke tiltak og tiltakskategorier det er relevant å sammenlikne med hverandre

Virkningene av hjelpetiltakene skal i en samfunns-økonomisk analyse sammenliknes med et såkalt nullalternativ. Nullalternativet skal representere situasjonen dersom ingen tiltak blir iverksatt.

For de fleste sakene hvor det er snakk om å iverksette hjelpetiltak, vil det relevante sammenlignings-grunnlaget være en barneverntjeneste uten hjelpe-tiltak. For mindre alvorlige eller omfattende saker, vil dette alternativet trolig være ingen tiltak fra barnevernet fordi hjelpetiltaksporteføljen omfatter barnevernets lavterskeltilbud. I de mer alvorlige sakene kan plassering i institusjon eller fosterhjem være alternativet dersom barneverntjenesten ikke har noen hjelpetiltak å sette inn.

2.3 Informasjonsinnhenting

2.3.1 Intervjuer

Sentralt i gjennomføringen av oppdraget har vært å gjennomføre intervjuer av representanter fra et utvalg kommunale barneverntjenester. Gjennom intervjuene har vi opparbeidet en bedre forståelse for, og oversikt over, ulike typer hjelpetiltak. Intervjuene har også vært viktige redskap for å oppnå mer kunnskap om tiltaksvalg, bruken av hjelpetiltak og kvalitative vurderinger av virkninger av hjelpetiltak. Representantene fra de kommunale barnevernstjenestene besitter inngående kunnskap og lang erfaring med hjelpetiltaksarbeid, og innspillene vi har mottatt i intervjuene har vært viktige for å belyse og komplementere tidligere publisert materiale og kvantitative data på barnevernområdet. Vi har også hatt fortløpende dialog med kommunale barnevernstjenester for å innhente innspill om innholdet og varigheten til ulike hjelpetiltak. Dette har vært sentralt for å utarbeide gjennomsnittsbetraktninger som ligger til grunn for å beregne tidsbruk ved de ulike hjelpetiltakene.

Vi har gjennomført intervjuer med representanter fra barnevernstjenesten (barnevernsleder og/eller ressurspersoner på hjelpetiltaksområdet) i et utvalg kommuner. I utvalget av kommuner har et kriterium vært å representere kommuner med ulik befolkningsstørrelse innen det som kan kalles et felles geografisk område. Totalt har vi gjennomført 24 kommuneintervjuer, av representanter fra følgende barnevernstjenester:

- Oslo kommune (bydel Bjerke, Gamle Oslo, Nordre Aker og Søndre Nordstrand)
- Bærum kommune
- Nøtterøy kommune, interkommunalt samarbeid med Tjøme kommune
- Bergen kommune, bydel Fana
- Trondheim kommune
- Oppdal kommune, interkommunalt samarbeid med Rennebu kommune
- Kristiansand kommune, interkommunalt samarbeid med Lillesand, Birkenes, Songdalen og Søgne kommune
- Mandal kommune, interkommunalt samarbeid med Lindesnes, Marnardal og Åseral kommune (Barnevern Sør)
- Stavanger kommune
- Sandnes kommune
- Eigersund kommune, interkommunalt samarbeid med Lund og Sokndal kommune (Dalane barnevern)
- Ålesund kommune
- Volde kommune, interkommunalt samarbeid med Ørsta, Hareid og Ulstein kommune
- Brønnøy kommune, interkommunalt samarbeid med Vega, Sømna, Vevelstad og Bindal kommune (Sør-Helgeland)
- Tromsø kommune
- Kvæfjord kommune
- Hammerfest kommune
- Harstad kommune
- Lier kommune
- Ringsaker kommune
- Kongsberg kommune

I tillegg de nevnte kommunene har vi intervjuet Uni Research Helse, Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU Vest) og NUBU. Utover dette har også prosjektgruppen i Bufdir bistått med informasjon om det statlige barnevernet underveis i prosjektet.

2.3.2 Dokumentstudier og litteratur

Vi har innhentet informasjon fra oppdatert forskning om dokumenterte effekter av ulike typer hjelpetiltak. Dette gjelder særlig dokumenterte effekter av de statlige spesialiserte hjelpetiltakene, hvor det er gjennomført internasjonale og nasjonale randomiserte studier.

Hovedfokus ved gjennomgang av eksisterende litteratur har vært å innhente informasjon om tiltaks-effekter av hjelpetiltak som grunnlag for å kunne omsette de identifiserte tiltakseffektene til samfunnsøkonomiske nytteeffekter. Nytteeffektene av hjelpetiltak er mangesidige, og det er til dels komplekse årsakssammenhenger mellom tiltak og effekt. Basert på eksisterende kunnskap og forskning har vi etablert «verdikjeder» som sier noe om årsakssammenhenger, og som er egnet som grunnlag for å systematisere effekter før tallfesting.

I tillegg har Direktoratet for økonomistyring (DFØ) sin veileder for samfunnsøkonomiske analyser (2014)

vært sentral for å forankre den metodiske tilnærmingen og forutsetningene for analysen.

2.3.3 Datagrunnlag

Data på utgiftene til hjelpetiltak i de kommunale barnevernstjenestene har vi hentet fra KOSTRA-statistikkene i SSBs barnevernsstatistikk, herunder utgifter ført på funksjonene 244, 251 og 252. Vi har supplert med SSBs statistikk på kommuneregnskap med detaljerte regnskapstall som viser under-kategorier til disse funksjonene. Vi har også benyttet SSBs barnevernsstatistikk og grunnlagsdata fra KOSTRA på antall tiltak og antall barn i 2015, både i løpet av året og per 31. desember. Vi har også mottatt data fra Bufdir om Bufetats inntekter og utgifter i 2015 som muliggjør dette uttrekket.

Underveis i prosjektet foretok vi en bestilling til SSB på data som viser antall hjelpetiltak i løpet av året og per 31. desember for barn som ikke har vært plassert av barnevernet, i perioden 2013-2015.

For det statlige barnevernet har vi benyttet dataene beskrevet over til å presentere utgifter og inntekter fra kommunale egenandeler knyttet til formål 693 - hjelpetiltak i hjemmet, inkludert utgifter og kommunale egenandeler knyttet til MST og FFT. Vi har også benyttet Bufdirs årsrapport og aktivitetsrapport for 2015 for å innhente enkelte nøkkeltall, samt årsrapporter fra NUBU som beskriver aktivitetsnivået for hjelpetiltakene MST, PMTO og FFT, herunder antall avsluttede og fullførte saker i løpet av året. Vi har også hatt en fortløpende dialog med representanter fra NUBU for å innhente informasjon om hvilke utgifter NUBU har knyttet til MST, FFT og PMTO.

3. Samfunnsproblemet

Mange barn lever under ugunstige oppvekstsvilkår. Dette kan manifestere seg som mangel på nødvendigheter, som nærhet, trygghet og praktisk og emosjonell oppfølging, eller som tilstedeværelse av faktorer som skader barnet: konflikt, vold og rus. Ugunstige oppvekstsvilkår medfører lidelse for barnet, og representerer dermed i seg selv store kostnader for samfunnet. Det har også store negative kostnader gjennom at livskvalitet og fungering i voksenlivet reduseres.[6]

3.1 Barn lever under ugunstige oppvekstsvilkår

Barndommen er formende

En viktig premiss i diskusjonen rundt ugunstige oppvekstsvilkår, og i hvilken grad dette er et betydelig samfunnsproblem, er at barndommen er formende. De fleste grenene innenfor psykologifaget vektlegger barndommen som en spesielt viktig fase i formingen av et menneske. Moderne psykodynamiske teorier ilegger periodene i tidlig barndom stor vekt når det kommer til å forme ens personlighet. Tilknytningsteorien (attachment theory) peker på viktigheten av nærhet og tilstedeværende omsorgspersoner i de første fasene av livet, for at barnet selv skal bli trygt og velfungerende. Moderne nevropsykologi har kommet fram til at vonde barndomsopplevelser kan føre til varige virkninger på organismen: Både hjernestruktur, genuttrykk, og hormonelle responser senere i livet påvirkes (von Tetzchner, 2012).

I tillegg til at en god barndom er av stor egenverdi, har den altså også en stor instrumentell verdi: Mennesker som opplever trygge og gode oppvekstsvilkår blir friskere og bedre tilpassede voksne, som i større grad bidrar til verdiskapning i samfunnet. Tilsvarende har ugunstige oppvekstsvilkår betydelige kostnader for samfunnet, både direkte ved den lidelsen en ugunstig barndom i seg selv representerer, men også indirekte, ved at det går ut over fremtidig livskvalitet, og bidrar til å belaste de store utgiftspostene for det offentlige.

Sikring av gode oppvekstsvilkår bør være et offentlig ansvar

Oppvekstsvilkårene til barn er altså av stor betydning for hva slags livskvalitet og grad av fungering de vil få senere i livet. Barn er ikke i stand til å sikre dette selv, og er avhengig av at voksne mennesker ivaretar deres oppvekstsvilkår på vegne av dem. Hvor godt foreldrene klarer å ivareta et barns oppvekstforhold avhenger av flere faktorer. Først og fremst avhenger det av at foreldrene er kapable til å sette egne interesser til side for å kunne yte omsorg til barna. Samtidig er evnen til å sikre gode oppvekstsvilkår også betinget av at foreldrene har en viss kognitiv kapasitet, og et emosjonelt engasjement.

For å sette det hele på spissen: Det foreligger altså en latent interessekonflikt mellom foreldre og barn. Det er heller ikke nødvendigvis slik at alle som får barn evner å ivareta barnet. Dette taler for at det offentlige har et ansvar for å sikre alle barn gode oppvekstsvilkår, og at tiltak som bidrar til å fremme dette, er en oppgave det offentlige bør ha.

Det kan tenkes at andre deler av samfunnet enn det offentlige, for eksempel frivillige organisasjoner, ville tatt dette ansvaret dersom det offentlige ikke gjorde det. Dette har vi ikke vurdert eksplisitt, men vi tar løpende høyde for at ikke alle barn som i dag motter hjelpetiltak trenger hjelpetiltak for å oppnå et godt tilpasset voksenliv. For enkelte barn vil andre instanser håndtere problemet, andre vil kunne bearbeide hendelser på egen hånd.

3.2 En beskrivelse av ugunstige oppvekstsvilkår

Ugunstige oppvekstsvilkår kan ta mange former, men innebærer tilstedeværelse av faktorer som hemmer barnets utvikling, eller fravær av faktorer som fremmer barnets utvikling.

3.2.1 Traumer

Barn kan oppleve ting som, enten gjennom en alvorlig enkeltstående hendelse eller mindre alvorlige forhold som vedvarer over tid, traumatiserer dem. Det å være vitne til høyt konfliktnivå og vold i familien eller fysisk, psykisk eller seksuell mishandling er alle forhold om kan betraktes som traumatiserende på kort eller lang sikt.

Fordi barn har ulik grad av motstandsdyktighet, kan barn som vokser opp under lignende risikoforhold

[6] Dette kapittelet beskriver problemene som hjelpetiltakene har som hensikt å avhjelpe. Informasjonsgrunnlaget er i all hovedsak dybdeintervjuene med den kommunale barnevernstjenesten, supplert med relevant forsknings- og faglitteratur.

påvirkes ulikt av dette. Noen barn kan altså klare seg fint senere i livet til tross for vonde opplevelser i barndommen (von Tetzchner, 2012). På gruppenivå er det likevel en sterk sammenheng mellom traumatiske opplevelser i barndommen og negative utfall senere i livet. Traumatiske opplevelser ser ut til å sette biologiske spor i organismen, ved at hjernens struktur og fungering endres (se for eksempel McCrory, et al. (2011)). Traumatiske opplevelser i barndommen, som psykisk, fysisk eller seksuell mishandling, vold mellom foreldre, foreldre med rusproblemer eller psykisk sykdom, og foreldre i fengsel er forhold som øker risikoen for helseproblematikk i voksen alder. Jo flere typer av traumer man har opplevd i barndommen, jo høyere risiko er det for risikoatferd som rusmisbruk, røyking, depresjon, selvmordsforsøk, men også for somatiske lidelser som hjertesykdommer og kreft (Felitti, et al., 1998).

Ved dybdeintervjuer peker flere av våre informanter på at barn som har levd under traumatiserende forhold over tid går inn i et vedvarende forhøyet stress- eller aktiveringsnivå, også selv om faktoren som i sin tid forårsaket traumene er fjernet. De kan være oppfarende, aggressive og oppleves som uregulerte.

Dette «beredskapsmoduset» gjør det også svært utfordrende å ta til seg læring, og til å knytte relasjoner til andre mennesker, både jevnaldrende og personer fra andre hjelpeinstanser som senere måtte komme til.

3.2.2 Manglende foreldreferdigheter

I motsetning til traumer som innebærer tilstedeværelse av faktorer som aktivt skader barnets utvikling og utviklingspotensial, kan manglende foreldre-ferdigheter beskrives som fravær av nødvendige faktorer for å fremme barnets utvikling. Foreldre-ferdighetene kan være manglende både på det emosjonelle og det praktiske plan.

Mangel på emosjonell forståelse og involvering

Våre intervjuobjekter i barnevernet peker på at de ofte observerer familier hvor foreldrene ikke «ser» barnet sitt, ikke forstår hva barnet uttrykker, og responderer lite eller uhensiktsmessig på barnets følelser. En samlebetegnelse kan være manglende emosjonelle foreldreferdigheter.

Tilknytning og nærhet til viktige mennesker i de nære omgivelsene er sentralt for barnets atferd, trygghet og utvikling. En betingelse for å utvikle trygg tilknytning, er at barnet tidlig i livet opplever omsorg og nærhet til en eller flere tilknytningspersoner. En eller begge foreldre er ofte den viktigste tilknytningspersonen.

Tilknytning skaper trygghet, ro og behag. Trygg tilknytning assosieres ofte med pro-sosial atferd, som kan sies å være en samlebetegnelse på sosial tilpasning og kompetanse. Dette har betydning for barnets selvfølelse, selvkontroll, empati og sosiale ferdigheter, og kvaliteten på de emosjonelle båndene barnet vil knytte til andre mennesker. Dersom tilknytningspersonen ikke er tilstrekkelig tilstede eller responderer kan det over tid føre til at barnet blir passiv, initiativløs, uinteressert i møte med tilknytningspersonen. Tilknytningsproblematikk kan gi seg uttrykk i at barnet har mistillit til eller ikke stoler på andre mennesker. Dersom det viser mistillit overfor andre voksenpersoner kan det tenkes å gi seg uttrykk i vansker med læring i skole eller barnehage.

Tilknytning og foreldreferdigheter har blitt påvist å være sterkere forklaringer for barns sosiale tilpasning enn faktorer som kognitive ferdigheter, alder og sosialt nettverk (Haskett & Willoughby, 2006).

Mangel på struktur i hverdagen (praktiske foreldreferdigheter)

Dersom foreldrene ikke greier å gjøre oppgaver som av samfunnet regnes som enkle hverdagslige rutiner eller nødvendig struktur i familien, vil det kunne regnes som omsorgssvikt. Dette kan handle om å passe på at barnet pusser tennene sine, gjør lekser, får sunne og regelmessige måltid og nok søvn. Et visst nivå av foreldrenes mestring av slike praktiske oppgaver er viktige for barnets fungering i hverdagen, og rutiner kan gi de nødvendige trygge omgivelser barn har behov for.

3.2.3 Atferdsvansker

Atferdsvansker er en betegnelse som dekker mange ulike former for utagerende atferd, fra opposisjonell atferd som er mer omfattende og langvarig enn det som er normalt, til antisosial atferd som aggresjon, voldsbruk og hærverk. De har mange ulike årsaker, og kan i enkelte tilfeller springe ut fra forhold beskrevet over, men kan også oppstå uavhengig.

Uavhengig av årsak innebærer atferdsproblemer gjerne at de voksne og barnet utvikler et negativt samspillsmønster. Dette mønsteret kan forsterke problematikken, og mange trenger hjelp utenfra til å håndtere situasjonen (pmto.no). Atferdsvansker kan bli så omfattende at de går ut over barnets utvikling, og alminnelige tilpasning og funksjon (Askeland, et al., 2014).

Negativt samspill i familien er ressurskrevende og utmattende i seg selv. Samarbeid med barnehage og skole kan også bli ressurskrevende, med mange møter, og episoder hvor barnet er involvert som krever at foreldrene avbryter en arbeidsdag for å gripe inn og for eksempel hente barnet sitt.

Atferdsvansker har det særtrekket at de direkte konsekvensene av den rammer flere enn bare barnet

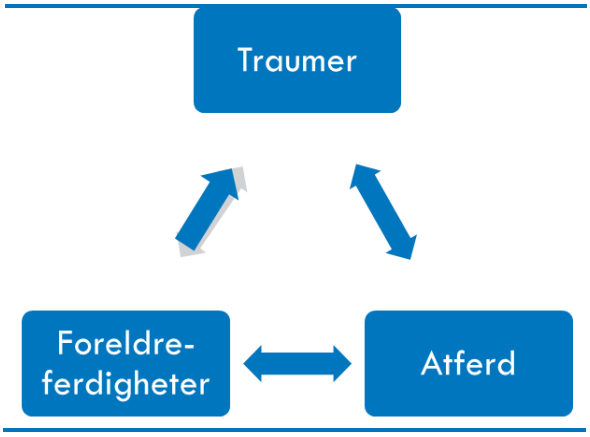
og den nærmeste familien. Uro i klasserommet, vil bidra til stress og redusert læringsutbytte for hele klassen (Hermansen, 2005). Barn med slik eksternaliserende atferd[7] i klasserommet kan altså føre til at klassekamerater ikke lærer det de skal, eller at de må bruke fritid for å lære seg det. Dette har en samfunnsøkonomisk kostnad. Aggressiv atferd kan også skremme og skape utrygghet blant mange flere mennesker enn den nærmeste familie.

Atferdsproblemer har en tendens til å vedvare. 50-60 prosent av barn som karakteriseres som antisosiale i barnehagealder har samme kjennetegn i ungdommen, og kan inkludere problemer knyttet til frafall fra skole og utdanning, plasseringer utenfor hjemmet, rusmisbruk, kriminalitet og psykiske lidelser (Ogden & Amlund Hagen, 2008).

3.2.4 Sammensatt problematikk

Det er sjelden at en familie kun er preget av ett av problemene nevnt over. Dels vil ett problem oppstå som en konsekvens av et annet, og dels forsterker de hverandre. Dette er illustrert i Figur 3-1.

Figur 3-1: Ulike former for familieproblematikk påvirker hverandre gjensidig



Kilde: Oslo Economics

Manglende emosjonell forståelse for barnet vil kunne innebære at foreldrene utsetter barnet sitt for vedvarende stress som over tid vil virke traumatiserende. Det kan skyldes at de ikke er bevisste på hvordan barnet oppfatter situasjonen, eller at de ikke evner å sette egne behov til side for å fjerne de stressende faktorene. Manglende forståelse for, og uheldig respons på, barnets reaksjonsmønstre og følelsesuttrykk vil kunne resultere i utvikling av atferdsproblematikk hos barnet. Det vil også et vedvarende «beredskapsmodus», som følge av traumatiserende hjemmeforhold. Videre vil barns atferdsproblematikk kunne forsterke de andre problemene. Foreldre kan møte barnets atferdsproblemer med en form for avsky eller med resignasjon, som kan innebære at man distanserer seg fra både den emosjonelle og den praktiske oppfølgingen av barnet. Foreldre kan også respondere på barnets atferdsvansker med voldelige sanksjoner, som igjen vil virke traumatiserende.

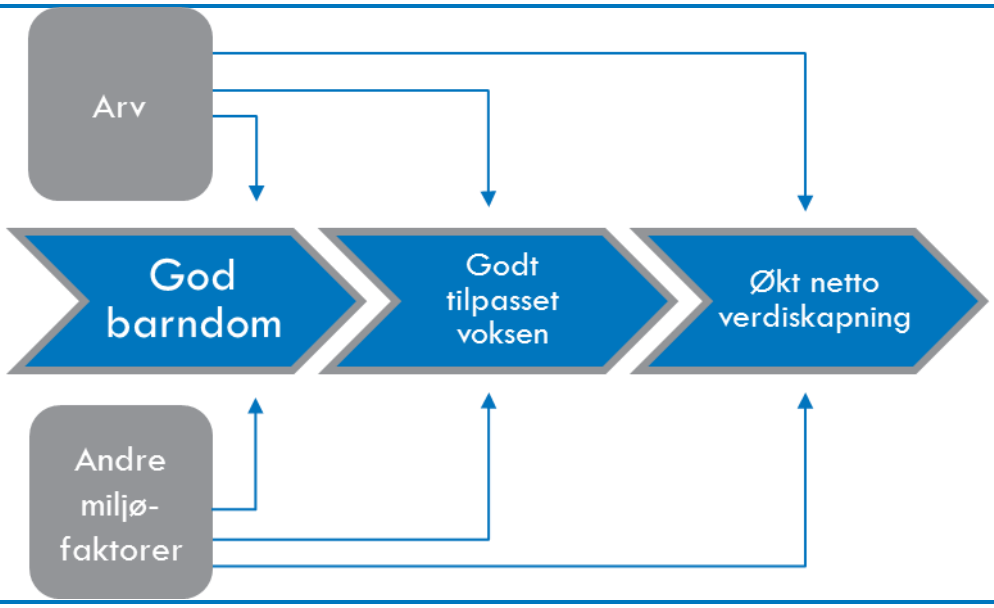
3.3 Langtidskonsekvenser av ugunstige oppvekstsvilkår

Norsk forskning på barn med barnevernserfaring viser at personer som har vært i kontakt med barnevernet som barn, har dårligere helse, deltar mindre i arbeidslivet og er mer kriminelle enn andre. Dette er illustrert i Figur 3-1. Rambøll (2012) beregner også kohortspesifikke skatteinntekter og utgifter for denne gruppen og sammenlikner dette med normalbefolkningen, og finner at for alle kohorter har de et langt lavere netto bidrag til statskassen enn andre barn.

Det er mange forhold som vil kunne være med å drive forskjellene i langtidsutfall mellom personer med barnevernserfaring og normalbefolkningen. En rekke andre miljøfaktorer, samt gener, vil skape variasjon i befolkningen i deres atferd og tilpasning som voksne, og dermed deres netto bidrag til økonomien. Flere av disse faktorene vil også være korrelert med barnas oppvekstsvilkår. Dette er illustrert i Figur 3-2. Dermed vil ikke alle forskjeller mellom gruppene i Tabell 3-1 kunne tolkes som forårsaket av deres oppvekstsvilkår og familieforhold. I så måte vil enda mindre kunne bøtes på gjennom tidlig innsats fra barnevernet. Som beskrevet over er det imidlertid mye som tilsier at barndommen er av stor betydning nettopp for disse langtidsutfallene. De samfunnsøkonomiske gevinstene ved å sikre barn en trygg oppvekst er derfor potensielt store.

[7] Eksternaliserende atferd er en betegnelse som viser til aggresjon og regelbrytende, mens internaliserende atferd er angst, depresjon, tilbaketrekning og somatiske plager (Nøvik, 2000).

Figur 3-2 Et mangfold av drivere bak en persons netto verdiskapning



Kilde: Oslo Economics, basert på litteratur om barns utvikling og dybdeintervjuer med barnevernstjenestene,

En annen tolkning av forskjellene illustrert i Tabell 3-1 er at tiltakene disse barna har mottatt fra barnevernet ikke fullt ut klarer å kompensere for opplevelsene disse barna har hatt i barndommen. Hvis så hadde vært tilfelle, ville forskjellene mellom gruppene trolig vært langt mindre. Samtidig er det heller ikke mulig å lese ut fra denne tabellen hvor store forskjellene mellom gruppene hadde vært dersom barna *ikke* hadde mottatt tiltak fra barnevernet.

Tabell 3-1: Sammenlikning av barn med barnevernbakgrunn og normalbefolkningen

	Normalbefolkningen	Personer med tiltak fra barnevernet
Uførhet[8]	0,7 %	6,5 %
Kriminalitet (siktelser)[9]	5,0 %	Minimum 6,8 %[10]
Dødelighet[11]	0,67 %	19,8 %
Standpunktkarakterer gutter[12]	3,91	3,16
Standpunktkarakterer jenter[13]	4,28	3,46
Andel med fullført videregående utdanning eller mer[14]	79,6 %	33,5 %
Andel med fullført høyskoleutdanning[15]	39,9 %	6,4 %
Andel med inntekt over 300 000 kroner[16]	35,2 %	14,2 %
Andel som har mottatt av sosialhjelp[17]	15 %	66 %
Andel som har vært arbeidsledige[18]	30 %	70 %

Kilder: Se fotnoter

[8] (Backe-Hansen, et al., 2014, p. 166): Andel i alderen 18–41 år (per 2009) med uførepensjon i perioden fram til og med 2009.
[9] (Clausen, 2004)
[10] Basert på barn med bakgrunn fra barnevernet som har vært utsatt for mishandling, og en antakelse om konstant årlig sannsynlighet
[11] (Backe-Hansen, et al., 2014, p. 171): Andel døde per 1.000 unge menn og kvinner per 2009 i aldersgruppene født før 1992 i begge utvalgene.
[12] (Backe-Hansen, et al., 2014, p. 140)
[13] (Backe-Hansen, et al., 2014, p. 140)
[14] (Clausen & Kristofersen, 2008, p. 38)
[15] (Clausen & Kristofersen, 2008, p. 38)
[16] (Clausen & Kristofersen, 2008, p. 43)
[17] (Clausen & Kristofersen, 2008, p. 46)
[18] (Clausen & Kristofersen, 2008, p. 48)

4. Hjelpetiltak – organisering, tildeling og utvalg

I barnevernloven § 4-4, annet ledd heter det at «Barneverntjenesten skal, når barnet på grunn av forholdene i hjemmet eller av andre grunner har særlig behov for det, sørge for å sette i verk hjelpetiltak for barnet og familien». I dette kapittelet vil vi beskrive hjelpetiltaksregimet i Norge. Hvordan brukes og forvaltes hjelpetiltakene? Hvordan er oppgave- og ansvarsfordelingen på feltet, og hvilke tiltak er tilgjengelige?

4.1 Organisering og ansvarsområder i barnevernet

Hjelpetiltak i hjemmet er en kommunal oppgave, og alle kommuner er pålagt å ha en barneverntjeneste som utfører det daglige arbeidet etter barnevernloven. Hjelpetiltakene tilbys og gjennomføres imidlertid både av det kommunale barnevernet, andre instanser i kommunen, det statlige barnevernet gjennom Barne-, ungdoms- og familieetaten og private aktører.

Kommunale ansvarsområder

I barnevernloven § 2-1 fremkommer det at den kommunale barneverntjenesten er pålagt å utføre de oppgaver som etter loven ikke er lagt til et statlig organ. Dette gjelder blant annet følgende ansvarsområder (Barne-, ungdoms- og familieetaten, 2016):

- Det forebyggende arbeidet
- Utredning og gjennomføring av undersøkelse, og om nødvendig innhente sakkyndige utredninger i den grad det er behov for dette
- Hjelpetiltak i hjemmet
- Plassering av barn utenfor hjemmet gjennom at kommunen selv treffer vedtak om plassering, eller ved forberedelse av sak for Fylkesnemnda
- Oppfølging av barn
- Godkjenning av fosterhjem

Den kommunale barneverntjenesten har i dag det økonomiske og faglige ansvaret for hjelpetiltak i hjemmet (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2016). De mottar bekymringsmeldinger, undersøker barnets omsorgssituasjon, har ansvar for å iverksette hjelpetiltak, samt følge opp barnet gjennom utforming av tiltaksplaner med mer[19]. Mange hjelpetiltak gjennomføres av ansatte i det kommunale barnevernet, hvor både personer i tiltaksstillinger, og i saksbehandlerstillinger kan være involvert. Noen hjelpetiltak innebærer også at andre kommunale enheter er involvert i selve gjennomføringen av hjelpetiltaket.

Flere kommuner har organisert barneverntjenesten gjennom interkommunale samarbeid. Ved utgangen av 2015 hadde 224 av 428 kommuner organisert barneverntjenesten på denne måten. Dette er 23 flere enn ved utgangen av 2014 (Statistisk sentralbyrå, 2016).

Statlige ansvarsområder

Bufetat har i dag et spesielt ansvar for å utvikle, finansiere og iverksette enkelte spesialiserte og kunnskapsbaserte hjelpetiltak for barn som bor hjemme (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2016). Tilbudet fra det statlige barnevernet omhandlet innledningsvis Multisystemisk Terapi (MST), men ble senere utvidet til å også gjelde Funksjonell Familieterapi (FFT) og Parent Management Training - Oregon (PMTO). Disse tre tiltakene retter seg spesielt mot familier som har barn med atferdsproblemer (Barne, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2007).[20]

NUBU har ansvar for å vedlikeholde og utvikle disse hjelpetiltakene, samt for å kvalitetssikre bruken av dem. Her utdannes og lisensieres også terapeuter innen de nevnte metodene.

Private aktører

Private aktører er også involvert i barnevernets arbeid med hjelpetiltak. Det er ulike årsaker til at et slikt marked eksisterer. Ekhaugen og Rasmussen (2015) fant at flere kommuner har problemer med å bygge opp en tilstrekkelig portefølje med hjelpetiltak som kan møte barn og familier med ulike behov. Flere kommunale barneverntjenester uttrykker at de har mangel på kompetanse, og derfor anser det som nødvendig å kjøpe hjelpetiltak fra private aktører. Totalt 64 prosent av barnevernlederne som deltok i intervjuer og spørreundersøkelser i forbindelse med rapporten kjøpte ikke-evidensbaserte hjelpetiltak fra private aktører i 2014 eller 2015. Rundt halvparten av barnevernlederne som kjøpte fra private oppga at hensikten var å skaffe nødvendig kompetanse.

[19] Saksgangen i en barnevernssak er nærmere beskrevet i kapittel 4.2.

[20] MST, FFT og PMTO blir presentert nærmere i kapittel 8

4.2 Saksgang i barnevernet

En sak i barnevernet deles gjerne inn i fire ulike faser (Barne- og likestillingsdepartementet, 2014; Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2015):

- Meldingsfasen
- Undersøkelsesfasen
- Tiltaksfasen
- Oppfølgingsfasen

I det følgende gis en kort beskrivelse av hver enkelt fase med fokus på hjelpetiltaksområdet, komplementert med innspill fra intervjuene vi har gjennomført med representanter fra barneverntjenesten i kommunene.

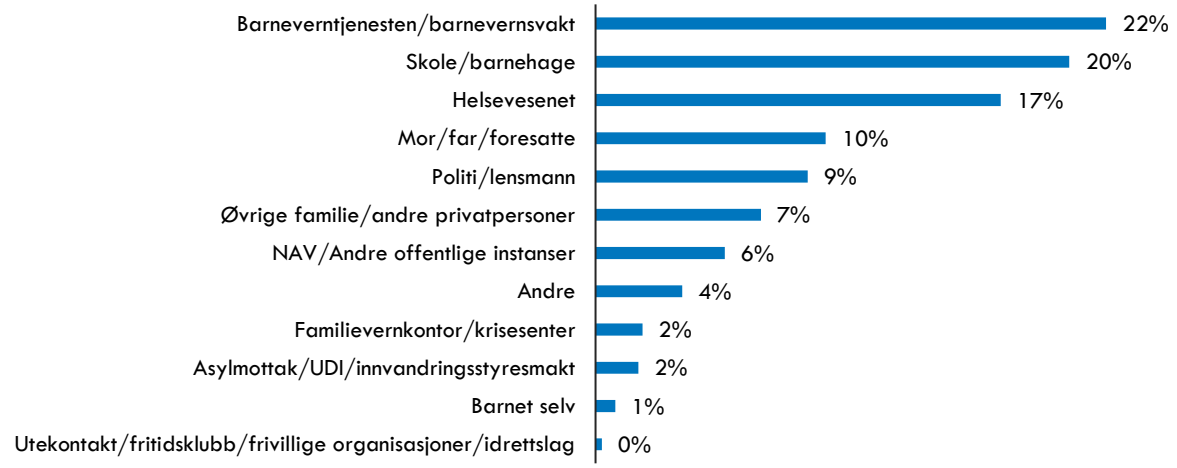
4.2.1 Meldingsfasen

En sak i barnevernet starter gjerne med en melding til barneverntjenesten i den kommunen barnet bor i. En melding kommer som oftest fra foreldrene selv, men kan også komme fra andre personer som er bekymret for barnets omsorgs- og livssituasjon. Videre har alle personer som arbeider i det offentlige en lovpålagt plikt til å melde ifra til barnevernet dersom de er bekymret for barnet (Barne- og likestillingsdepartementet, 2014). Det gjelder blant annet ansatte ved helsestasjoner, politi, barnehage[21], sykehus og skoler.

Barneverntjenesten må vurdere meldingen, og senest innen en uke avklare om meldingen skal følges opp med iverksettelse av en undersøkelse. Den kommunale barneverntjenesten vurderer den enkelte melding uavhengig av hvem den kommer fra.

Figur 4-1 viser en oversikt over nye tilfeller av barn med barneverntiltak i løpet av 2015, etter hvem som meldte saken. De fleste meldingene kom fra barnevernet selv, etterfulgt av skole og barnehage og helsevesenet[22]. Foresatte melder fra i rundt 10 prosent av tilfellene.

Figur 4-1: Nye tilfeller av barn med barneverntiltak etter hvem som meldte saken



Kilde: SSB, tabell 10664

4.2.2 Undersøkelsesfasen

Terskelen for å iverksette undersøkelser i barnevernet skal være lav. Hensikten med undersøkelsesfasen er å avdekke situasjonen til barnet og innhente kunnskap som, om nødvendig, danner grunnlag for å iverksette riktige tiltak. Dersom det settes i gang en undersøkelse, starter denne med at barneverntjenesten tar kontakt med familien for å kartlegge barnets situasjon. Dette gjøres blant annet ved hjemmebesøk eller ved å kontakte andre sentrale personer i barnets liv. Dersom det er behov for det, kan barneverntjenesten innhente sakkyndige vurderinger av fagpersoner eller fra andre instanser.

Barneverntjenesten gir i intervjuene uttrykk for at de generelt har et fokus på å gjennomføre en utredning basert på en individuell helhetsvurdering. Områder det fokuseres på er blant annet type problematikk, foreldrenes ressurser og innstilling, samt om det allerede er iverksatt tiltak fra andre instanser.

En undersøkelse skal normalt være gjennomført innen tre måneder, men i spesielle tilfeller kan fristen utvides

[21] Barnehagene er en viktig arena der barn er mange timer daglig, og der personalet kan observere atferd – men barnehagene har ofte problemer med å melde bekymringer til barnevernet: De skal ha kontakt med både barnet og foreldrene. Da kan det oppleves som vanskelig å melde en bekymring til en instans som kan ta barnet fra foreldrene.

[22] Dette er en kategori som inkluderer lege, sykehus, tannlege, psykisk helsevern for barn, unge og voksne, pedagogisk-psykologisk tjeneste, tjenester/instanser med ansvar for personer med rusproblemer, helsestasjon og skolehelsetjeneste.

til seks måneder. I 2015 ble over 82 prosent av undersøkelsene avsluttet innenfor tidsfristen på tre måneder (Statistisk sentralbyrå, 2016).

I løpet av 2015 ble det startet 43 681 undersøkelser, vist ved Tabell 4-1. Totalt gjaldt dette 40 950 barn da flere barn kan ha flere undersøkelser i løpet av et år (Statistisk sentralbyrå, 2016). Aldersgruppen 6-12 år utgjorde den største gruppen med rundt 40 prosent av det totale antallet undersøkelser i 2015.

Tabell 4-1: Undersøkelser startet i løpet av 2015

Alder	Undersøkelser startet i løpet av 2015
0-2 år	5 985
3-5 år	7 649
6-12 år	17 316
13-17 år	11 980
18-22 år	742
Uoppgitt alder	9
Sum	43 681

Kilde: SSB, tabell 10666

Konklusjonen av undersøkelser kan være (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2015):

- Henleggelse som følge av at foreldrene ikke ønsker hjelpetiltak
- Henleggelse fordi det ikke er behov for tiltak, eller fordi familien får hjelp fra en annen instans
- Iverksettelse av ulike hjelpetiltak eller akuttvedtak
- Barneverntjenesten forbereder sak for Fylkesnemnda

Av undersøkelser som ble avsluttet i løpet av 2015, ble det fattet vedtak om tiltak i om lag 40 prosent.

4.2.3 Tiltaksplan

Dersom barneverntjenesten fatter vedtak om hjelpetiltak, skal det utarbeides en tiltaksplan for barnet. Tiltaksplanen er et skriftlig dokument som skisserer hvilke hjelpetiltak som er vedtatt i den enkelte sak, formålet for iverksettelse av hjelpe-tiltaket, samt hvilke mål som skal nås (Gjerustad, et al., 2006). Tiltaksplanen skal utvikles i samråd med familien og delmålene skal evalueres hver tredje måned. Barnet skal få mulighet til medvirkning i utarbeidelsen av tiltaksplanen. Vårt inntrykk fra intervjuene er at familien i stor grad har en medvirkende rolle i utforming av tiltaksplanen. De ansatte i barneverntjenesten synes å ha lite tro på å gjennomføre tiltak mot foreldrenes vilje og opplever at det et er en forutsetning å ha foreldrene med på laget for at tiltakene skal ha god effekt.

Et annet resultat fra kommuneintervjuene er at er det vanskelig for barneverntjenesten å på generelt grunnlag si noe om hvilke tiltak som er gode og hvilke som er mindre effektive. Dette bør ikke tolkes som mangel på bevissthet rundt ressursbruk og tiltaksvalg. Vår vurdering er at dette gjenspeiler nødvendigheten av individuell tilpasning av tiltaksplan, og at det er tilgjengeligheten av en bred portefølje av hjelpetiltak som er av verdi. De barnevernansatte har behov for å vite ganske mye om barnet og familiesituasjonen for å kunne ta stilling til hva som er kjernen i problemet, og hvilke virkemidler og metoder som vil styrke den spesifikke familie best mulig[23]. Trolig kan det også tolkes som et uttrykk for ønsket om å involvere familiene i det konkrete valg av tiltak.

Det er også variasjon mellom kommunene når det gjelder hvilke tiltak de har tilgjengelig. Større kommuner har en bredere tiltaksportefølje og dermed et videre spillerom når de skal velge tiltak. Enkelte mindre kommuner, på den andre siden, er ofte nødt til å iverksette hjelpetiltak som ikke er optimale grunnet mangel på egnede tiltak og relevant kompetanse. Enkelte kommuner gir uttrykk for at de ønsker seg en bredere tiltaksportefølje, i betydningen at de ønsker tilgang til personale som mestrer ulike typer metoder og verktøy.

Flere kommuner forteller at tiltak tilpasses alvorlighetsgraden i det enkelte tilfellet. I mer alvorlige tilfeller økes gjerne tiltakets hyppighet/ intensitet og varighet. Et eksempel på dette er tiltakskategorien råd og veiledning. Dette er en sekkebetegnelse som i tillegg til manualbaserte programmer også inkluderer mer generell veiledningsmetodikk, som i stor grad gir mulighet for tilpasning gitt ulike situasjoner og problemer[24]. Tiltakskategorien råd og veiledning er altså i mindre grad enn andre hjelpetiltak målgruppedifferensiert og programbasert, og det er derfor stor variasjon i lengde, intensitet og innhold.

4.2.4 Oppfølgingsfasen

Tiltaksplanen er et sentralt verktøy i oppfølgingen og evalueringen av igangsatte hjelpetiltak siden det muliggjør at faktiske endringer i tiltaksløpet kan vurderes opp mot opprinnelige planer og forventninger. Det skal følges nøye med på hvordan det går med barnet og foreldrene og en må vurdere om hjelpen som mottas fungerer i forhold til formålet. Våre informanter i barneverntjenesten vektlegger

[23] Det ble langt enklere for informantene å ta stilling til tiltaksvalg når de ble presentert for case, med en mer detaljert beskrivelse av enkeltindivider og familiesituasjon.

[24] Bufdir anslår at omtrent halvparten av tiltakene som registreres i kategorien råd og veiledning er manualbaserte, mens de resterende består av generell og tilpasset veiledningsmetodikk

betydningen av å ha konkrete mål og delmål, som lar seg evaluere. Dette er avgjørende for muligheten til å endre mål og planer dersom det er nødvendig for at en skal oppnå ønsket effekt.

En undersøkelse av Gjerustad, et al. (2006) viser at ansatte i barneverntjenesten i stor grad følger opp igangsatte hjelpetiltak gjennom muntlige og skriftlige tilbakemeldinger fra alle involverte. I tillegg fremkommer det at sannsynligheten for at evalueringsplaner innarbeides i vedtak er høy, og at hjelpetiltak som ikke levde opp til formålet endres eller avsluttes relativt ofte.

Samtidig er det identifisert manglende rutiner og hensiktsmessige verktøy i evalueringsarbeidet. Dette har vært grunnlaget for at KS har initiert utviklingen og testingen av et evalueringsverktøy som flere kommuner etter hvert har begynt å bruke (Christiansen, et al., 2012).

I våre intervjuer har vi også fått inntrykk av at normen helt klart er at tiltaksplaner med konkrete og evaluerbare målsetninger, og at disse skal evalueres jevnlig, helst ved hjelp av samtaler med barnet selv og hjemmebesøk. Flere gir imidlertid uttrykk for at det ikke alltid er slik i praksis. Flere nevner for eksempel av de vil gå inn og sjekke om oppfølging av tidligere tiltaksplaner har blitt gjort, når de kommer i kontakt med en familie som har mottatt tiltak fra barnevernet over lengre tid uten at dette har ført til nevneverdig bedring av situasjonen. Det kan derfor synes som om det systematiske arbeidet med tiltaksplaner og oppfølgingen av dem er et ideal de fleste er kjent med og jobber mot, men at det fortsatt er et stykke igjen før dette er en praksis som er vel etablert over alt.

4.2.5 Frivillighet

Utgangspunktet for barnevernloven er at barn skal vokse opp hos sine biologiske foreldre, og at hjelp hovedsakelig skal gis i hjemmet (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2014). Samtidig er hovedregelen at hjelpetiltak etter barnevernloven § 4-4 skal være frivillige og kreve samtykke fra barnets foreldre (Barne- og likestillingsdepartementet, 2017). Frivillige hjelpetiltak i hjemmet skal således alltid vurderes før mer omfattende barnevernstiltak iverksettes. Dette følger av det mildeste inngreps prinsipp, som innebærer at en alltid skal velge det minst inngripende tiltaket dersom det er tilstrekkelig for å sørge for en tilfredsstillende omsorgssituasjon for barnet. Eksempelvis, i løpet av 2015, ga barneverntjenesten 66 360 frivillige hjelpetiltak, noe som tilsvarer 82 prosent av alle tiltak (Barne-, ungdoms og familiedirektoratet, 2016). Da noen barn og unge mottar flere hjelpetiltak samtidig, blir summen av tiltakene høyere enn antallet barn og unge som mottar tiltak.

Det kan likevel besluttes at enkelte tiltak kan iverksettes ved pålegg, betydende at foreldrene ikke kan motsette seg tiltaket. Bestemmelsen om iverksetting av hjelpetiltak ved pålegg innebærer således et unntak fra prinsippet om frivillighet som § 4-4 i barnevernloven bygger på. Det er derfor strengere vilkår for å iverksette pålagte hjelpetiltak sammenlignet med frivillige. Beslutningsmyndigheten ligger hos Fylkesnemnda, slik at barnevernet har ansvaret for å forberede sakene og Fylkesnemnda treffer vedtak.

Tidligere har adgangen til å pålegge gjennomføring av hjelpetiltak vært begrenset og kun omfattet pålegg om opphold i barnehage eller annet egnet dagtilbud for barnet, samt pålegg om tilsyn. Pålegg av disse hjelpetiltakene ble lite brukt i praksis. I 2012 ble det eksempelvis fattet totalt fem vedtak om pålegg av hjelpetiltak, mens antallet i 2013 var to (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2014). Det lave antallet kan blant annet kan forklares med manglende håndhevingsmuligheter og strenge vilkår for iverksettelse (Raundalen, et al., 2012).

Endringen av barnevernloven som ble vedtatt av Stortinget i 2015, jf. Prop. 72 L (2014-2015), gir i større grad anledning til å pålegge hjelpetiltak. Fylkesnemnda kan pålegge flere tiltak og vilkårene for å pålegge eksisterende tiltak er senket. Lovendringen trådte i kraft 1. april 2016, med det formål å forbedre situasjonen til barnet og forebygge mer inngripende tiltak som omsorgsovertakelse der dette kan unngås. Lovendringen gjør det dermed mulig å iverksette hjelpetiltak i hjemmet på et tidligere tidspunkt i situasjoner der foreldrene i utgangspunktet ikke samtykker til å motta hjelp (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2014).

Endringene i barnevernloven § 4-4 innebærer mildere vilkår for pålagt tilsyn i hjemmet ved at Fylkesnemnda kan pålegge tilsyn før situasjonen er blitt så alvorlig at omsorgsovertakelse er nødvendig. Videre kan foreldrene nå pålegges tre nye hovedkategorier av tiltak, forutsatt at frivillige hjelpetiltak er forsøkt eller vurdert, jf. Barnevernloven § 4-4 tredje ledd.

- Kompenserende tiltak:
  - Opphold i barnehage eller andre egnede dagtilbud, besøkshjem eller avlastningstiltak, leksehjelp, fritidsaktiviteter, bruk av støttekontakt eller andre lignende kompenserende tiltak.
- Kontrolltiltak:
  - Tilsyn, urinprøver og meldeplikt.
- Omsorgsendrende tiltak:
  - Ulike former for foreldreveiledning, inkludert opphold i sentre for foreldre og barn.

Disse hjelpetiltakene kan opprettholdes i inntil ett år fra vedtakstidspunktet, jf. § 4-4 fjerde ledd. For

pålegg om opphold i barnehage eller annet egnet dagtilbud gjelder imidlertid ingen tidsbegrensning.

Det følger videre av barnevernloven § 4-4 femte ledd at det kan iverksettes foreldrestøttende tiltak uten barnets samtykke for barn med, eller som er i ferd med å utvikle, alvorlige atferdsvansker, jf. barnevernloven § 4-24 første ledd[25]. Slike tiltak kan også iverksettes som ledd i avslutningen av et institusjonsopphold med hjemmel i barnevernloven § 4-24. Tiltaket må da fremmes for Fylkesnemnda når institusjonsoppholdet nærmer seg slutten. Foreldre-støttende tiltak uten barnets samtykke kan ikke opprettholdes utover seks måneder fra Fylkesnemndas vedtak.

4.3 Tiltakene

Porteføljen av hjelpetiltak er mangfoldig. Tiltakene varierer både med tanke på formål, målgruppe, intensitet, omfang, innhold, krav til kompetanse, kostnad, gjennomføring og ansvar. Noen tiltak er kunnskaps- og evidensbaserte med tung metodestøtte[26], mens andre tiltak er utviklet gjennom erfaringsbasert kunnskap og sedvane. Det er heller ingen entydig sammenheng mellom type problematikk familien preges av, og hvilke tiltak som blir brukt. Unntaket er de statlige tiltakene PMTO, FFT og MST, som benyttes når barn har atferdsvansker. Andre tiltak kan imidlertid også iverksettes for å hjelpe familier med atferdsproblematikk. Her vil vi gi en kortfattet beskrivelse av et utvalg av de vanligste hjelpetiltakene.

4.3.1 Støttende/kompenserende tiltak

Støttende tiltak tilfører familiene ressurser. Dette kan være i form av økonomisk bistand, eller et par ekstra hender som kan sørge for at barnet blir ivaretatt og stimulert, mens foreldrene får avlastning. Eksempler på støttende tiltak er følgende:

Økonomisk hjelp innebærer at foreldrene får støtte fra barnevernet til å kjøpe ting barna trenger. Vanligvis er dette støtte som gis til enkeltinnkjøp, for eksempel fotballsko, og ikke som regelmessige overføringer.

Barnehage, SFO/aktivitetsskole og **fritidsaktiviteter** er støttende tiltak som innebærer at barnevernet betaler foreldrenes egenandel/kontingenten. Hensikten kan være å sikre at barnet eller ungdommen blir stimulert og opplever samspill med jevnaldrende og voksne, eller å avlaste foreldrene økonomisk.

Ved **støttekontakt** er en person på oppdrag fra barnevernet sammen med barnet noen timer hver, eller hver annen uke, for å gjøre noe hyggelig på barnets egne premisser.

Besøkshjem/avlastningshjem betyr at en familie på oppdrag fra barnevernet åpner hjemmet sitt for et barn, for eksempel en helg i måneden eller oftere. Det varierer hvor lenge tiltaket pågår i det enkelte tilfelle.

Økonomisk hjelp til egen bolig/hybel er regelmessige overføringer som kan gis til unge som flytter ut hjemmefra. Det kan gis selv om barnet er over 18 år.

4.3.2 Strukturerende/endrende tiltak

Strukturerende tiltak har, i motsetning til støttende tiltak, som hensikt å endre situasjonen i familien også etter at tiltaket er avsluttet. Det gjøres ved å lære familiene verktøy, som gjør at de kan møte utfordringer på en ny og mer fruktbar måte. Hvis en analogi til støttende tiltak er å gi familien en fisk, er det tilsvarende analogien til strukturerende tiltak en fiskestang.

Strukturerende tiltak kan være instruerende, i betydningen av foreldrene får «opplæring» i hva de bør gjøre for å bli bedre foreldre. De kan også være mer veiledende, ved at foreldrenes egen refleksjon rundt egen atferd, og forståelse for barnets behov og reaksjonsmønster står i fokus.

Et sentralt funn i våre intervjuer er at de ansatte i barnevernet vurderer strukturerende tiltak som kjernen i arbeidet sitt. Dette gjelder uavhengig av kommunestørrelse. Det primære målet er å skape varig endring, og i intervjuene ble det uttrykt stor skepsis til å iverksette kun støttende tiltak. Støttende tiltak kan imidlertid gjerne brukes for å «komme i posisjon» til å også gi strukturerende tiltak. De kan bidra til å etablere en positiv relasjon mellom foreldre og barnevernet, og motivere foreldrene til å ta imot for eksempel foreldreveiledningstiltak. En av våre informanter i en større barneverntjeneste gir likevel uttrykk for at det kan forekomme at kun støttende tiltak gis til familier over lenger tid. Det kan være i saker hvor man har forsøkt å jobbe med endring over lengre tid uten at det har ført fram (for eksempel på grunn av kognitive vansker hos foreldrene), men hvor oppvekstsvilkårene, til tross for at de ikke er gode, ikke er alvorlige nok til at det er grunnlag for en

[25] § 4-24 første ledd sier at «et barn som har vist alvorlige atferdsvansker ved alvorlig eller gjentatt kriminalitet, ved vedvarende misbruk av rusmidler eller på annen måte, kan uten eget samtykke eller samtykke fra den som har foreldreansvaret for barnet, plasseres i en institusjon for observasjon, undersøkelse og korttidsbehandling i opptil fire uker, eller i den kortere tid som er fastsatt i vedtaket. Ved nytt vedtak kan plasseringstiden forlenges med opptil fire nye uker».

[26] Slike tiltak omtales gjerne som programbaserte eller manualbaserte hjelpetiltak.

omsorgsovertakelse. Da kan støttetiltak som støttekontakt og/eller besøkshjem bidra til at barnet sikres et visst nivå av stimuli.

Eksempler på strukturerende tiltak er følgende:

Vedtak om **råd og veiledning** innebærer ulike former for rådgivning og veiledning til foreldre, med hensikt om å utvikle foreldrefunksjoner slik at de kan ivareta barnet sitt på en bedre måte. Dette gis vanligvis fra en saksbehandler, foreldreveileder eller familieterapeut i barneverntjenesten. Tiltaket har ulik varighet, men en periode på 6-8 måneder med ukentlige treff, eventuelt treff hver 14. dag, er relativt vanlig.

Miljøarbeider/miljøterapeut er en person som møter familien i hjemmet, der behandlingen ofte inkluderer at personen bistår familien i daglige gjøremål, med hensikt å bidra til å etablere gode rutiner, for eksempel for matlaging, leggetid, og for å komme seg på skolen. Det varierer hvor hyppig og over hvor lang tid personen møter familien, men et antall timer per uke over en periode på 3-6 måneder fremkommer som relativt vanlig. I andre tilfeller kan en miljøarbeider være rettet mot barnet eller ungdommen.

Deltakelse i ansvarsgruppe/samarbeidsteam innebærer at å samle ulike instanser rundt barnet eller ungdommen i møter. I slike møter kan det delta fagpersoner fra andre instanser i kommunen, herunder blant annet Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP), Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), lærere, barnehageansatte, fastlege eller politiet.

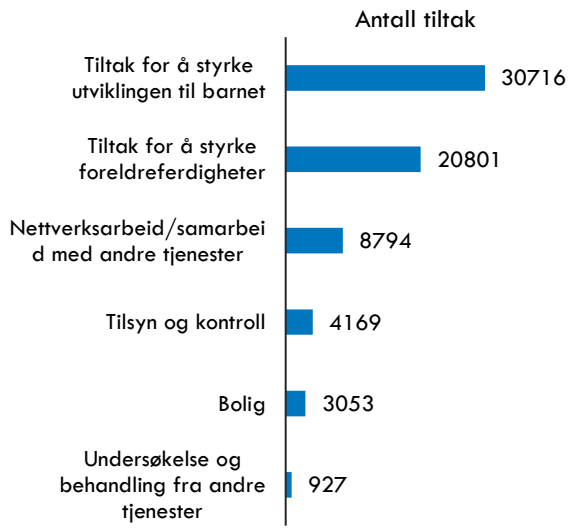
Familieråd er en metode der man samler familien selv og dens nettverk og slekt til et møte. Sammen kommer man frem til en plan for å bedre familiens og barnets situasjon. Familien blir enig om hva som skal til for at barnet og familien skal få det bedre. Familieråd gir barnet og familien større innflytelse i en barnevernssak, og fører fram til en plan som skal bedre barnets og familiens situasjon. Barnevernet tar stilling til forslagene fra familien[27].

De spesialiserte hjelpetiltakene MST, FFT og PMTO omtales nærmere i kapittel 8.

4.3.3 Tiltakskategorier i SSB-statistikken

Barnevernets utvalg av hjelpetiltak er i statistikken til Statistisk sentralbyrå inndelt i seks ulike hovedkategorier. Figur 4-2 gir en oversikt over fordelingen av antall tiltak i de ulike hoved-kategoriene. Figuren inkluderer hjelpetiltak gitt til barn som er plassert utenfor hjemmet.

Figur 4-2: Hovedkategorier av hjelpetiltak per 31. desember 2015



Kilde: SSB, tabell 10660

Kategorien «Tiltak for å styrke foreldreferdigheter» inneholder i all hovedsak strukturerende tiltak. Målsetningen med disse er å gi foreldrene verktøy som gjør at de kan bli bedre foreldre. MST er også plassert i denne kategorien. MST retter seg imidlertid også direkte mot ungdommen selv, og ikke bare mot foreldrene.

I kategorien «Tiltak for å styrke utviklingen til barnet» ligger i all hovedsak støttende tiltak. Et unntak er ART, et tiltak rettet mot barn med atferdsvansker. Tiltaket retter seg mot barnet, og ikke foreldrene, og er derfor plassert i denne kategorien.

Tilsyn og kontroll inkluderer frivillig og pålagt tilsyn i hjemmet, og ruskontroll, samt tilsyn mens barnet har samvær med biologiske foreldre.

Nettverksarbeid/samarbeid med andre tjenester inkluderer familieråd og ansvarsgrupper som er beskrevet over, og andre mindre tiltak for å styrke nettverket rundt barnet.

Undersøkelser og behandling fra andre tjenester fanger opp de tilfellene hvor barnevernet henviser barnet til undersøkelse andre steder enn i barnevernet. Dette kan for eksempel være hos lege, eller BUP. Det er altså ikke barnevernet selv som gjennomfører disse undersøkelsene eller behandlingene.

Tiltak i kategorien «Bolig» gis til barn som har flyttet ut. Dette kan inkludere økonomisk støtte til egen bolig,

27 https://www.bufdir.no/Barnevern/Tiltak_i_barnevernet/Familierad/

oppfølging i egen bolig eller botreningskurs. Disse tiltakene gis i hovedsak til unge mellom 18 og 22 år, med den hensikt å støtte dem i overgangen inn i voksenlivet. Disse ungdommene kan gjerne ha vært plassert i fosterhjem eller institusjon fram til de ble 18 år.

Som vi kan se av Figur 4-2 er den største kategorien innen hjelpetiltak tiltak som er rettet mot å styrke utviklingen til barnet. Deretter følger tiltak som fokuserer på å styrke foreldreferdigheter.

Tabell 4-2: Bruk av hjelpetiltak i 2015

Type tiltak	Antall tiltak per 31/12 2015	Antall tiltak til hjemmeboende barn per 31/12 2015
Tiltak for å styrke foreldreferdigheter		
3.01 MST (Multisystemisk terapi)	299	254
3.02 PMTO (Parent Management Training Oregon)	535	480
3.03 FFT (Funksjonell familieterapi)	114	92
3.04 Webster-Stratton - De utrolige årene	40	36
3.05 ICDP (International Child Development Program)	53	44
3.06 Marte Meo	163	151
3.07 Andre hjemmebaserte tiltak	1959	1851
3.08 Sentre for foreldre og barn	191	160
3.09 Vedtak om råd og rettleiing	12570	11754
3.10 Hjemmekonsulent/miljøarbeider	2098	1959
3.99 Andre tiltak for å styrke foreldreferdigheter	2779	2360
Tiltak for å styrke utviklingen til barnet		
4.01 Barnehage	2888	1780
4.02 SFO/Aktivitetsskole	3051	1495
4.03 Fritidsaktiviteter	2541	1912
4.04 Økonomisk hjelp for øvrig	7523	2531
4.05 Besøkshjem/avlastningstiltak	7318	4160
4.06 Støttekontakt	2047	1533
4.07 Samtalegrupper/barnegrupper	147	124
4.08 Utdanning og arbeid	520	311
4.09 ART	14	10
4.99 Andre tiltak for å styrke utviklingen til barnet	4667	3021
Tilsyn og kontroll		
5.01 Frivillig tilsyn i hjemmet	593	498
5.02 Pålagt tilsyn i hjemmet	286	61
5.03 Tilsyn under samvær[28]	1899	338
5.04 Ruskontroll	958	810
5.99 Andre tiltak av tilsyn og kontroll	433	260
Nettverksarbeid/samarbeid med andre tjenester		
6.01 Familieråd	568	474
6.02 Nettverksmøter	186	157
6.03 Individuell plan	54	23
6.04 Deltakelse i ansvarsgruppe/samarbeidsteam	7203	6453
6.99 Andre tiltak av nettverksarbeid/samarbeid med andre tjenester	783	696
Undersøkelse og behandling fra andre tjenester		
7.01 Medisinsk undersøking og behandling (bvl § 4-10)	132	14
7.02 Behandling av barn med særlige opplæringsbehov (bvl § 4-11)	2	0
7.03 Psykisk helsehjelp for barn og unge	386	288
7.99 Andre tiltak av undersøking og behandling fra andre tjenester	407	303

Bolig		
8.01 Økonomisk hjelp til eget bosted/hybel	625	365
8.02 Bosted med oppfølging (inkluderer bofellesskap)	2100	0
8.03 Botreningskurs	8	3
8.99 Andre bostedstiltak	320	236

Kilde: SSB, tabell 10660 og databestilling fra SSB

Tabell 4-2 viser tiltaksbruken brutt ned på enkelttiltak. Vi ser at det finnes et bredt spekter av hjelpetiltak. Vi kan se at vedtak om råd og veiledning var det mest brukte hjelpetiltaket i 2015. Videre utgjorde økonomisk hjelp, deltakelse i ansvarsgruppe/ samarbeidsteam og besøkshjem/avlastningstiltak tiltak som ble brukt hyppig.

Tabell 4-2 skiller også ut tiltak som er gitt til barn som bor hjemme mens tiltaket pågår. Som vi kan se av tabellen er det relativt stor variasjon i andelen av hjelpetiltak som gis til barn som ikke er plassert av barnevernet. Andelen er stort sett høyest blant tiltak for å styrke foreldreferdigheter, slik som for eksempel PMTO, FFT, International Child Development Program (ICDP) og vedtak om råd og veiledning. For enkelte tiltak for å styrke barnets utvikling er andelen lavere, og betyr at en del av disse tiltakene gis til barn som er eller har vært plassert av barnevernet.

5. Barn og ungdom som mottar hjelpetiltak – hvem er de og hvor går de?

For å kunne vurdere virkningene av hjelpetiltak, og verdien av dette, trengs et bilde av hvor mange barn man egentlig når med disse tiltakene. For å forstå kostandene knyttet til å gi disse barna hjelpetiltak trenger vi også informasjon om hvor lenge de er i barnevernet, og hvor intensiv behandling de får mens de er der. I dette kapittelet vil vi, ved hjelp av ulike kilder, beskrive «standard» forløp i barnevernet. Disse beskrivelsene vil senere legges til grunn når vi vurderer kostnader og virkninger av hjelpetiltak.

5.1 Hvor mange er de?

Ifølge KOSTRA grunnlagsdata[29] var det per 31. desember 2015 22 709 barn som mottok hjelpetiltak uten at de var plassert i institusjon eller fosterhjem. Samtidig var 14 838 barn plassert av barnevernet på samme tidspunkt, slik at tilsammen 37 547 barn mottok tiltak fra barnevernet på slutten av 2015.

Fra samme kilde ser vi at 9 008 barn mottok omsorgstiltak på slutten av 2015. Omsorgstiltak innebærer at barna er under barnevernets omsorg, og altså ikke bor sammen med foreldrene sine. De resterende, i underkant av 6 000 plasserte barna på dette tidspunktet, kan derfor antas å være frivillige plasseringer. Fordelingen mellom hjelpetiltak i hjemmet, omsorgstiltak og frivillige plasseringer per 31. desember 2015 er illustrert i figuren under.

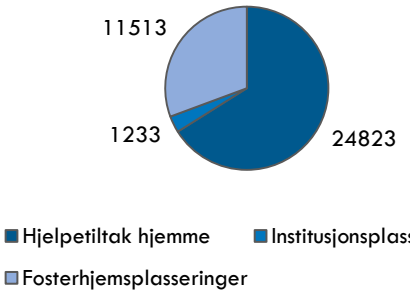
Figur 5-1: Fordelingen mellom hjelpetiltak i hjemmet, omsorgstiltak og frivillige plasseringer ved utgangen av 2015

Kilde: ssb.no, tabell 04688

[29] ssb.no, tabell 04688

Statistikken over tiltak illustrerer også disse størrelsene. Ved utgangen av 2015 var 1 233 institusjonstiltak og 11 513 fosterhjemstiltak iverksatt. Det er grunn til å tro at et barn svært sjelden mottar flere enn ett plasseringstiltak på samme dag, slik av summen av fosterhjems- og institusjonstiltak burde tilsvare antallet plasserte barn. Dersom vi nå har i mente det totale antallet av barn som mottar tiltak fra barnevernet, får vi en fordeling mellom barn som kun mottar hjelpetiltak, barn plassert i fosterhjem, og barn plasser i institusjon ved utgangen av 2015 som illustrert i figuren under.

Figur 5-2: Fordelingen mellom hjelpetiltak i hjemmet, plasseringer i fosterhjem og institusjon ved utgangen av 2015



Kilde: ssb.no, tabell 04688 og tabell 10660

Vi ser altså at det er et lite avvik i tallet på antall mottakere av hjelpetiltak i hjemmet. Vi har ingen god forklaring på dette avviket, men kan anslå at omtrent 60-65 prosent av barn med tiltak fra barnevernet mottar hjelpetiltak mens de bor hjemme sammen med sine foresatte. Omtrent 60 prosent av plasseringene er omsorgstiltak. Resten er frivillige plasseringer. Videre er omtrent 90 prosent av plasserte barn i fosterhjem, mens 10 prosent er i institusjon.

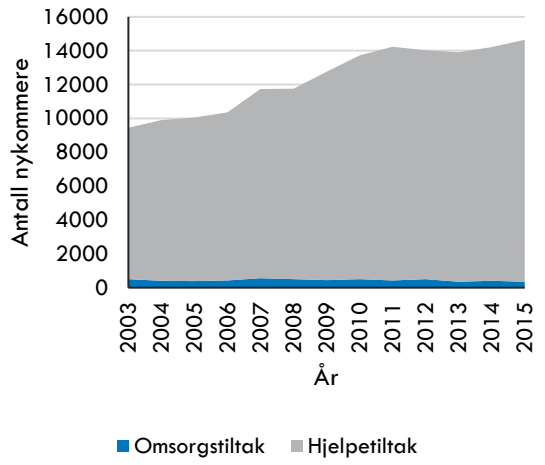
5.2 Hvor mange nye barn kommer til hvert år?

Mange av de barna som mottar hjelpetiltak på et gitt tidspunkt, har mottatt hjelpetiltak lenge, og/eller kommer til å motta hjelpetiltak i mange år framover. Ulike datakilder kan bidra til å belyse innstrømningen til barnevernet, og til hjelpetiltak.

Statistisk sentralbyrå definerer nykommere til barnevernet som barn som mottar barneverntiltak ett år uten at de mottok barnevernstiltak året før. Gitt

denne definisjonen er antall nykommerbarn til barnevernet, fordelt etter om de mottok omsorgstiltak eller kun hjelpetiltak det første året, som illustrert i figuren under.

Figur 5-3: Antall nykommere til barnevernet gitt SSBs definisjon, fordelt etter hjelpetiltak og omsorgstiltak



Kilde: ssb.no, tabell 09050

Figuren viser at i 2015 kom det 14 644 nye barn inn i barnevernet. 14 303 mottok kun hjelpetiltak i nykommeråret, mens 341 mottok omsorgstiltak – enten utelukkende eller i tillegg til hjelpetiltak.

Det er viktig å bemerke at omsorgstiltakene kun utgjør en andel av de samlede plasseringene, nemlig de som ikke skjer frivillig. Dersom vi legger til grunn den fordelingen mellom frivillige og ufrivillige plasseringer som vi observerte blant barn med tiltak fra barnevernet i 2015, illustrert i Figur 5-1, utgjør omsorgstiltakene 60 prosent av de samlede plasseringene. Et anslag på totalt antall nykommerbarn i 2015 som er plassert i løpet av året, er derfor 570. Omtrent 96 prosent av barna som i henhold til SSBs definisjon var nykommere i barnevernet i 2015, mottok altså kun hjelpetiltak i hjemmet det første året i barnevernet.

Vi ser fra Figur 5-3 at antallet nykommere i barnevernet har vært relativt stabilt siden 2010.

Barn som mottok tiltak fra barnevernet i 2015, men ikke i 2014, som dermed defineres som nykommere i SSBs statistikk, kan selvfølgelig ha mottatt barnevern-tiltak i 2013 eller tidligere år, slik at de ikke er debutanter i streng forstand. Den norske longitudinelle studien av personer med barnevernserfaring, definerer debutanter i barnevernet som barn som mottar barneverntiltak for første gang i livet. I henhold til denne definisjonen var det 10 865 barn som debuterte i barnevernet i 2010 (Backe-Hansen, et al., 2014). Dersom vi legger til samme stabilitet i innstrømning mellom 2010 og 2015 som det vi ser når SSBs definisjon legges til grunn, kan vi anslå at 11 000 barn debuterte i barnevernet i 2015. Vi vet ikke om fordelingen av hjelpetiltak i hjemmet, omsorgstiltak og frivillige plasseringer blant utvalget av «sanne» debutanter tilsvarer den vi ser blant nykommere gitt SSBs definisjon, men dersom vil legger til grunn samme relative fordeling var det om lag 10 500 barn som startet å motta hjelpetiltak i hjemmet i 2015.

5.3 Kjennetegn ved barna som blir mottakere av hjelpetiltak

5.3.1 Kjønn og alder

Tabell 5-1 illustrerer kjønns- og aldersfordelingen blant barn som debuterte med hjelpetiltak i barnevernet i 2015, ut fra SSBs definisjon.

Tabell 5-1: Barn som debuterte med hjelpetiltak i barnevernet i 2015

Alder	Kjønn		Prosent
	Gutter	Jenter	
0-2 år	1 028	840	13 %
3-5 år	1 240	1 106	16 %
6-12 år	3 068	2 455	39 %
13-17 år	2 164	1 978	29 %
18-22 år	248	169	3 %
Sum	54 %	46 %	100 %

Kilde: ssb.no, tabell 09050

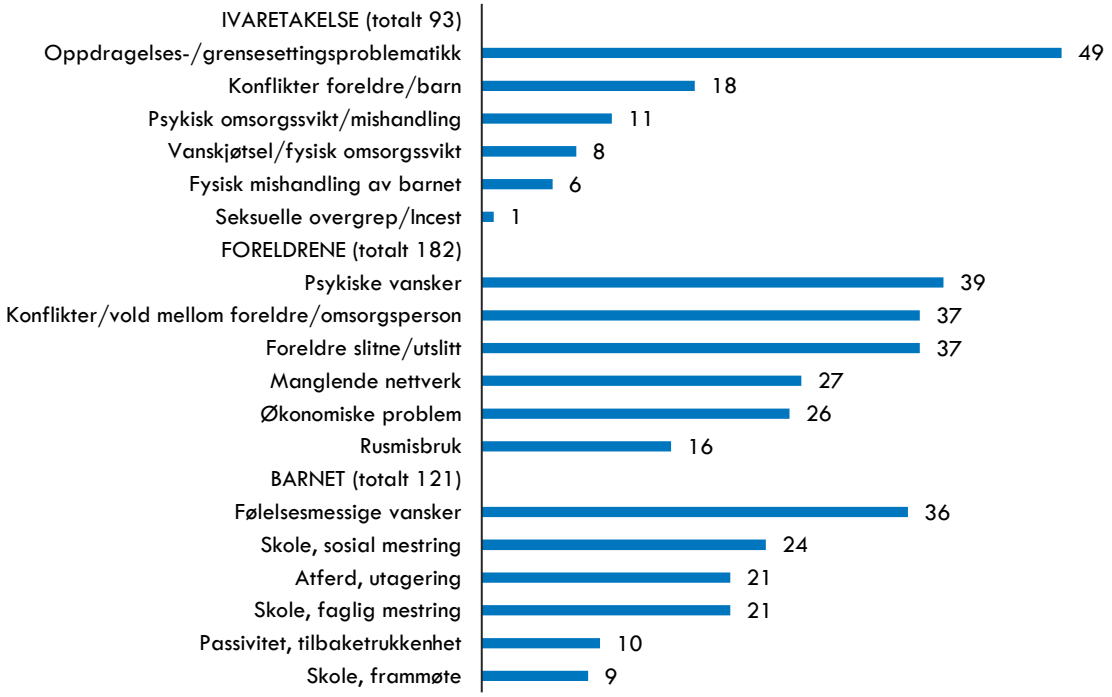
Som vi kan lese av Tabell 5-1, var det flere gutter enn jenter som debuterte med hjelpetiltak i barnevernet i 2015, med en andel på 54 prosent gutter og 46 prosent jenter. For begge kjønn utgjør aldersgruppen 6-12 år den største gruppen. Totalt utgjorde denne aldersgruppen 39 prosent av alle hjelpetiltaksbarn som debuterte med hjelpetiltak i barnevernet i 2015.

5.3.2 Årsak til intervensjon

Hjelpetiltak skal innrettes mot den bekymringen som er meldt om barnet og barnets omsorgssituasjon. Som tidligere nevnt retter hjelpetiltakene seg mot en rekke forskjellige målgrupper med et mangfold av problemer for barn og familier, og hjelpetiltakene innrettes mot å avhjelpe disse. Enkelte hjelpetiltak kan for eksempel iverksettes grunnet forhold ved barnet, noen vil rette seg mot foreldrenes ivaretakelse av barnet, mens andre kan knytte seg til forhold ved foreldrene. Disse registrerte årsakene til at tiltak iverksettes kalles saksgrunnlag. Det er ofte registrert flere forskjellige saksgrunnlag på det enkelte barn innen samme år.

Christiansen, et al. (2015) gjennomførte en særstudie av hjelpetiltaksforløp, og for til sammen 233 saker vurderte saksbehandler hva som var årsakene til at hjelpetiltak ble igangsatt. Hver sak kunne ha flere årsaker. Resultatene av denne undersøkelsen er gjengitt i figuren under:

Figur 5-4: Saksbehandleres vurderinger av årsaker til iverksettelse av hjelpetiltak



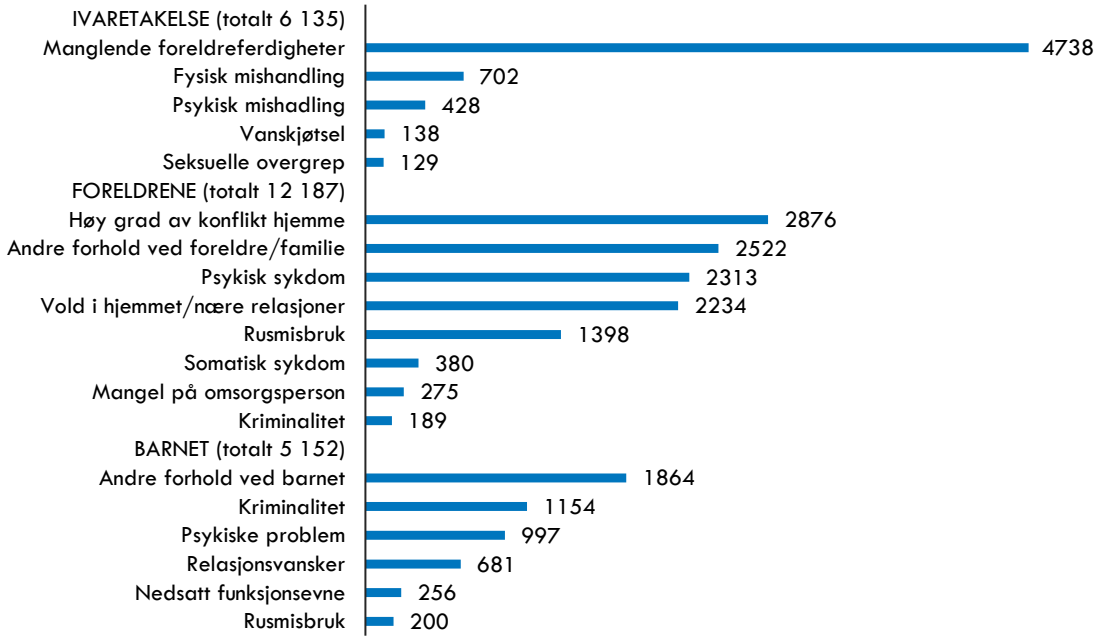
Kilde: Christiansen, et al. (2015)

SSB publiserer også statistikk for saksgrunnlag til barn som kommer som nykommere inn i barnevernet hvert år. De fleste av disse starter med hjelpetiltak[30], så fordelingen er derfor trolig relativt representativ.

Hvert nykommerbarn kan også i denne statistikken ha flere enn ett saksgrunnlag. Fordelingen av saksgrunnlag for 2015 er gjengitt i figuren under. Kategoriseringen av årsakene er noe annerledes enn i Christiansen et al. (2015), men hovedinntrykket er det samme. Forhold ved foreldrene er den kategorien av problemer som hyppigst utløser et hjelpetiltak. Her er særlig psykiske problemer hos foreldre, og konflikt/vold i hjemmet viktige årsaker. Christiansen et al. viser at også manglende ressurser i mange tilfeller er en utløsende faktor. Den enkeltårsaken som forekommer hyppigst er manglende foreldre-ferdigheter ifølge SSB, og «oppdragelses/grensesettingsproblematikk» i Christiansen et al. Det er trolig en god del overlapp mellom disse to kategoriene.

[30] Se analyse på dette, samt diskusjon av SSBs nykommerdefinisjon neste avsnitt

Figur 5-5: Saksgrunnlag for nykommere i barnevernet fra SSB-statistikken, 2015



Kilde: ssb.no

Det er imidlertid viktig å påpeke at det er komplekse årsaker til at hjelpetiltak i hjemmet settes i gang, da det er ofte en kombinasjon av saksgrunnlag som utgjør grunnlaget for iverksettelse. Saksgrunnlagene ovenfor utgjør således en forenkling. Likevel gir studien en indikasjon på det mangfoldet av problemer som hjelpetiltak i hjemmet søker å avhjelpe.

5.4 «Karrierer» i barnevernet

Et annet viktig moment er varigheten på barnevern-forløp. Hvor lenge mottar barna hjelpetiltak? Dersom hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig, og barnet blir plassert, hvor lenge varer en plassering? Dette er viktig både for å estimere verdiene som anvendes for å hjelpe et barn med hjelpetiltak, og for å anslå verdien av at hjelpetiltak dels er et direkte substitutt for, og dels forebygger plasseringer.

Dataene som er utgangspunkt for (Backe-Hansen, et al., 2014) er et longitudinelt datasett som inneholder informasjon om alle som mottok barneverntjenester fra 1990 til 2010. Avhengig av fødselsår og alder ved debut i barnevernet varierer det hvor lenge man er i stand til å observere et individ. For barn født før 1990 mister vi informasjon om tjenester de mottok før 1990, og for barn født fra 1993 og senere går vi glipp av all informasjon om tjenester mottatt etter 2010. Det å studere antall år i barnevernet vil da underestimere den mengden av tjenester de faktisk mottok, eller kommer til å motta etter 2010 som er observasjonsperiodens slutt.

5.4.1 Hvor mange blir plassert?

For kohortene født mellom 1990 og 1992 har det vært mulig å følge forløp i barnevernet fra fødsel til atten års alder. Disse kohortene gir derfor verdifull informasjon om livsløp i barnevernet. Samtidig har de den slagsiden at tjenestetilbud og arbeidsform kan ha endret seg mye siden disse barna var små, slik at de barnevernforløpene vi observerer for disse kohortene ikke nødvendigvis er representative for de barnevern-forløpene vi kan forvente å se for de barna som kommer inn i barnevernet nå.

32 prosent av barn som kom inn i barnevernet og som er født mellom 1990 og 1992 ble plassert innen atten års alder. Hvis vi nå ser hen til de anslagsvis 11 000 barna som debuterte i barnevernet i 2015, og legger til grunn samme plasseringsrisiko som for kohortene fra 1990-1992, vil 3 520 av barna bli plassert i løpet av livet. Statistikken tyder på at 500 ble plassert allerede i løpet av 2015, altså kanskje uten av hjelpetiltak ble prøvd i noen særlig grad. 10 500 barn valgte imidlertid barnevernet å hjelpe med hjelpetiltak i hjemmet, og omtrent 3 000 av disse kan vi forvente at vil bli plassert i løpet av livet, til tross for at de fikk hjelpetiltak. Som vi kommer tilbake til senere: Det er ikke godt å vite om disse 3 000 barna kommer til å dra nytte av de hjelpetiltakene de får, eller om de kun bidrar til å utsette en plassering som burde ha skjedd tidligere. Vi nøyer oss med å konstatere at i anslagsvis 3 000 av 10 500 tilfeller hjelper ikke hjelpetiltakene tilstrekkelig på omsorgs-situasjonen til at en plassering unngås.

5.4.2 Hvor lenge varer et barnevernforløp?

(Clausen & Kristofersen, 2008, p. 27) rapporterer antall observerte år med mottak av tiltak fra barnevernet, betinget på antall potensielle observasjonsår. Antall potensielle observasjonsår er igjen avhengig av alder ved debut i barnevernet og hvilket kalenderår debuten skjedde. Ved å kombinere informasjon om antall potensielle observasjonsår og antall observerte år i barnevernet, kan vi beregne gjennomsnittsverdien på andelen av perioden fram til de blir 18 år et barn står i barnevernet. Gitt alder ved, og tidspunkt for, debut i barnevernet, kunne de 87 292 barna i utvalget ha blitt observert i til sammen 493 433 år i barnevernet fram til 18 års alder eller observasjonsvinduets slutt. Rent faktisk observeres de i til sammen 278 400 år. På bakgrunn av dette kan vi hevde følgende: Barna i utvalget er observert som mottakere av barneverntjenester i 56,4 prosent av årene vi potensielt kunne ha observert at de var mottakere av barneverntjenester.

Dersom dette anslaget legges til grunn vil forventet varighet på et barnevernforløp være betinget på alder ved debut. (Backe-Hansen, et al., 2014, p. 114) rapporter gjennomsnittlig debutalder for barn som kommer inn i barnevernet, betinget på demografisk bakgrunn og kalendertid. Et vektet gjennomsnitt av alderen til barn som debuterte mellom 2005 og 2010 er 8,7 år. Dette, i kombinasjon med informasjonen om andel av år fram til 18 års alder som kan forventes å tilbringes som mottaker av barneverntjenester, gir et anslag på et standard barnevernforløp: Gjennomsnittsdebutanten kan forventes å motta tjenester fra barnevernet i tilsammen 5,2 år.

Tilsvarende kan vi beregne et anslag på gjennomsnittlig varighet for et fosterhjemsopphold. Det observeres 47 447 fosterhjemsår tilsammen for barn mellom 0 og 18 år som har vært plassert minst ett år i løpet av dataperioden. Basert på kalenderår og alder ved debut i datasettet, kan disse barna potensielt observeres i til sammen 103 552 år. Vi kan derfor anslå at, i gjennomsnitt, vil et barn som blir plassert i fosterhjem tilbringe 45,8 prosent av årene fra de blir plassert første gang til de blir 18 år, i fosterhjem.

I tillegg til fosterhjem, kan også barn plasseres i institusjon. Per 31. desember 2015 er det 11 513 pågående fosterhjemstiltak, og 1 233 pågående institusjonsopphold. Antallet institusjonsopphold utgjør altså 10,7 prosent av fosterhjemsoppholdene. Basert på dette kan vi anslå av siden et barn som blir plassert i fosterhjem kan forventes å tilbringe 45,8 prosent av tiden fram til 18 års alder, vil de tilbringe 4,9 prosent[31] av tiden sin i institusjon. Et barn som blir plassert vil derfor tilbringe anslagsvis 50,7 prosent av tiden fram til 18 års alder som plassert.

Gjennomsnittlig alder for første gangs plassering er 11,8 år.[32] Det gjennomsnittlige plasserte barnet kan derfor forvente å være plassert i til sammen 4,3 år. Kan vi på bakgrunn av dette svare på hva en plassering koster samfunnet? Dette er vesentlig for å besvare spørsmålet om hva som er verdien av å forebygge en plassering.

Vi kan i første omgang gjøre en konservativ antakelse, og anta at barn som blir plassert og barn som ikke blir plassert tilbringer like mange år med tjenester fra barnevernet, det vil si at gjennomsnittsanslaget på 5,2 år gjelder for begge. Forskjellen mellom plasserte og ikke-plasserte barn er at de plasserte barna tilbringer 4,2 av disse årene som plassert, mens de ikke-plasserte mottar hjelpetiltak hele veien.

Dette framstår som en urimelig antakelse, blant annet fordi gjennomsnittsalderen ved første plassering er over tre år høyere enn snittalderen ved debut i barnevernet. Dette taler for at barn som blir plassert tilbringer flere år i barnevernet enn barn som kun mottar hjelpetiltak.

En annen forutsetning er at de som plasseres tilbringer like lang tid på hjelpetiltak som barn som ikke plasseres, og at antall år i plassering kommer i tillegg for de barna som plasseres. Et anslag på forventet antall år med hjelpetiltak per barn i barnevernet må da kalibreres slik at gjennomsnittlig varigheten på barnevernforløp totalt sett blir 5,2 år når vi tar hensyn til andelen som blir plassert.

Følgende gjennomsnittsvarigheter på hjelpetiltak og plasseringer tar høyde for dette:

Tabell 5-2: Varighetsanslag etter type tiltak

Type tiltak	Varighet per barn
Hjelpetiltak	3,9 år
Plassering	4,3 år

Kilde: Oslo Economics og (Clausen & Kristofersen, 2008)

5.4.3 Behandlingsintensitet

Ressursinnsatsen rettet mot barn i barnevernet avhenger ikke bare av hvor mange år de mottar tiltak fra barnevernet, men også «behandlingsintensiteten» i løpet av et år. Det er altså interessant å vite følgende: Dersom et barn er observert som mottaker av

[31] 10,7 %×45,8 %

[32] Dette anslaget er basert på (Backe-Hansen, et al., 2014, p. 92), som presenterer andelen av de plasserte i barnevernskohortene fra 1990-1992 som ble plassert i ulike aldersgrupper. Aldersvektingen innad i hver aldersgruppe er basert på statistikk over alderen til barn som var nykommer på omsorgstiltak i 2015.

hjelpetiltak i løpet av et år, hvor stor andel av året kan vi da forvente at barnet har et vedtak om hjelpetiltak? Dette kan vi studere ved å sammenlikne tall for antall barn som mottar et tiltak i løpet av året, med tall for antall barn som mottar tiltak på en gitt dag i løpet av året.

Tabell 5-3: Barn med tiltak i løpet av 2015, og per 31/12 2015

	Barn med tiltak i løpet av året	Barn med tiltak per 31/12
Omsorgstiltak	10 069	9 008
Hjelpetiltak	43 370	27 803

Kilde: ssb.no, tabell 09050

Forutsatt at 31. desember 2015 er en representativ dato for resten av året, vil forholdstallet mellom barn med tiltak på denne datoen, og barn med tiltak i løpet av året angi hvor stor andel av året et barn med tiltak har et vedtak. Basert på tallene gjengitt i Tabell 5-3 kan vi anslå at barn med hjelpetiltak i løpet av 2015 mottok tiltak i gjennomsnitt i 7,7 måneder. Barn med omsorgstiltak i løpet av 2015 mottar dette i til sammen 10,7 måneder.

Siden «hjelpetiltak» her viser til frivillige tiltak, og derfor også inkluderer frivillige plasseringer, klarer vi ikke her helt presist å fange opp behandlingsintensiteten for hjelpetiltak i hjemmet avgrenset til de tiltakene som er nevnt i Tabell 4-2, og som er gjenstand for denne analysen. En rimelig hypotese er at behandlingsintensiteten for hjelpetiltak ville vært lavere dersom frivillige plasseringer ikke hadde vært inkludert her. Vi vil likevel gå videre med disse anslagene, siden mer presis informasjon ikke er tilgjengelig for oss.

6. Kostnader ved å gjennomføre hjelpetiltak

Hjelpetiltak fra barnevernet medfører kostnader for samfunnet. Vi beskriver de samfunnsøkonomiske kostnadene ved hjelpetiltak fra barnevernet, herunder utgifter i kommunalt og statlig barnevern, i andre instanser i kommunene, i instanser utenfor barnevernet og tidskostnader for barn, unge og foreldre knyttet til å gjennomføre hjelpetiltak.

6.1 Identifiserte kostnadselementer

Gjennomføring av hjelpetiltak medfører kostnader for samfunnet. Vi har tatt utgangspunkt i kostnadene som påløper ved selve gjennomføringen av tiltakene, altså kostnader som påløper gitt at det fattes et vedtak om å iverksette et hjelpetiltak. Vi inkluderer ikke kostnader knyttet til undersøkelser og kartlegginger som skjer i forkant av gjennomføringen av tiltakene. Dette ansees som en myndighetsutøvelse, som kan forekomme uavhengig gjennomføring av tiltak da ikke alle meldinger til barnevernet leder til tiltak. Likevel vet vi at barneverntjenestene benytter mye ressurser på undersøkelser, kartlegginger og ren saksbehandling. Ifølge tall fra KOSTRA brukte kommunene i 2015 i gjennomsnitt 44 589 kroner per barn med tiltak fra barnevernet, til disse oppgavene. Dette er utgifter som ikke er knyttet til tiltak[33].

I første omgang innebærer gjennomføringen av tiltakene utgifter for de kommunale barneverntjenestene og det statlige barnevernet. Kostnadene er hovedsakelig knyttet til lønn for tidsbruken til ansatte, og noe kjøp av tjenester fra private aktører.

Gjennomføring av hjelpetiltak medfører imidlertid også kostnader for andre aktører enn barnevernet. Et eksempel er at gjennomføringen av enkelte hjelpetiltak medfører tidsbruk for fagpersoner fra andre instanser i kommunene. I tillegg bruker familiene som mottar hjelpetiltak fra barnevernet tid på involvering.

De totale samfunnsøkonomiske kostnadene er dermed sammensatte og fordeler seg mellom ulike aktører. Vi har foretatt en overordnet sortering av kostnader ved å gjennomføre hjelpetiltak:

- Utgifter i de kommunale barneverntjenestene
- Utgifter i det statlige barnevernet (Bufetat) og NUBU
- Utgifter til andre instanser i kommunen ved å gjennomføre hjelpetiltak
- Tidskostnader for familiene som mottar hjelpetiltak

6.1.1 De kommunale barneverntjenestene

Kommunene har per dags dato det faglige og økonomiske ansvaret for hjelpetiltak i hjemmet, med unntak av et utvalg spesialiserte hjelpetiltak som tilbys av det statlige barnevernet ved Bufetat (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2016). Majoriteten av hjelpetiltak gjennomføres av de kommunale barneverntjenestene. Dermed er det også det kommunale barnevernet som bærer hoveddelen av kostnadene ved tiltakene. I tillegg dekker kommunene en egenandel for noen av Bufetats hjelpetiltak. Denne egenandelen dekker kun en andel av Bufetats totale kostnader til disse tiltakene.

Kommunenes utgifter går i stor grad med til lønn til ansatte som iverksetter hjelpetiltakene, herunder lønn til tiltaksstillinger. De har også utgifter til kjøp av varer og tjenester som inngår i gjennomføringen av hjelpetiltakene. I tillegg har kommunene utgifter til kjøp av tjenester eller tiltak de selv ikke leverer direkte, for eksempel kjøp av hjelpetiltak fra Bufetat eller private aktører.

6.1.2 Det statlige barnevernet (Bufetat) og NUBU

Bufetat har utgifter knyttet til tilbudet av enkelte hjelpetiltak. Dette gjelder tilbudet av de spesialiserte hjelpetiltakene MST, FFT og PMTO. Dette er hjelpetiltak som er basert på faste programmer og behandlingsmetoder, som er forskningsbasert med dokumenterte virkninger og som er rettet mot avgrensede målgrupper med spesifikke vansker (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2016).

For MST og FFT har Bufetat egne team med terapeuter som gjennomfører tiltakene. MST er et tiltak der MST-terapeuter møter familien hjemme og er tilgjengelig 24 timer i døgnet under behandlingsforløpet. MST er et mer intensivt tiltak enn FFT, der FFT-terapeuten vanligvis møter familiene i 10-30 terapitimer over en periode på 3-6 måneder[34].

Kommunene kan søke til Bufetat om disse hjelpetiltakene (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2016) og betaler en egenandel for dette. I 2015 var egenandelen for MST og FFT på 15 300 kroner per måned (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2015). Utgiftene og inntektene fra de kommunale egenandelene for MST og FFT er hentet fra data på

[33] Brutto driftsutgifter per barn, funksjon 244

[34] nubu.no. Per 2016 er det 21 MST-team og 5 FFT-team på landsbasis

Bufetats inntekter og utgifter for 2015, mottatt av Bufdir. For FFT finnes det i tillegg et kommunalt FFT-team i barneverntjenesten i Bærum, som finansieres i sin helhet av kommunen. Vi har mottatt et anslag på årlige utgifter til dette FFT-teamet.

Hjelpetiltaket PMTO skiller seg noe fra MST og FFT ved at flere kommuner har egne ansatte terapeuter med PMTO-sertifisering. PMTO kan derfor tilbys enten av kommunal barneverntjeneste, Bufetat eller andre instanser[35]. Kommunene betaler ikke kommunal egenandel for PMTO (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2015).

I tillegg til Bufetats hjelpetiltak, driver NUBU (Norsk senter for studier av problematferd og innovativ praksis) forskning, evaluering og utvikling av flere behandlingsmetoder, inkludert MST, FFT og PMTO, og bidrar i gjennomføringen av tiltak gjennom blant annet opplæring og kvalitetssikring av tiltakene[36]. NUBUs utgifter til MST, FFT og PMTO er knyttet til opplæring, utviklingsarbeid, implementeringsstøtte, kvalitetssikring og sertifisering. Vi har vært i kontakt med NUBU og mottatt informasjon om hvilke utgifter de har.

6.1.3 Kostnader i andre instanser i kommunene

Iverksetting og gjennomføring av enkelte av hjelpetiltakene som tilbys av de kommunale barneverntjenestene innebærer medvirkning fra andre instanser i kommunen. Dette gjelder for eksempel hjelpetiltak som ansvarsgruppe eller deltakelse i samarbeidsteam. I slike møter kan det delta fagpersoner fra andre instanser i kommunen, herunder Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP), Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), lærere, barnehageansatte, fastlege eller politiet for å nevne noen eksempler. Hvilke fagpersoner som deltar på møtene vil variere avhengig av den enkelte sak. Den tiden fagpersonene fra andre instanser bruker som en del av gjennomføringen av hjelpetiltakene utgjør en samfunnsøkonomisk kostnad. I beregningen av de samfunnsøkonomiske kostnadene ved hjelpetiltak har vi inkludert disse tidskostnadene for tiltakene det er relevant for.

I analysen har vi ikke tatt med kostnader til tilrettelegging av barnehagetilbudet og SFO til barn med barneverntiltak. Hjelpetiltakene fra barnevernet kan innebære at barneverntjenesten dekker foreldrebetaling i disse tilbudene. Dekning av foreldrebetaling er inkludert, men eventuelle ekstra kostnader som barnehager/SFO har i forhold til disse barna, knyttet til eksempelvis funksjonshemninger eller lærevansker, og ligger utenfor barnevernet.

6.1.4 Tidskostnader for familiene

Hjelpetiltakene vil kunne være kjærkommen og ønsket hjelp for barna, ungdommene, foreldrene og øvrig familie. Den tiden de legger ned i gjennomføringen av disse tiltakene, for eksempel i aktive veiledningsmøter, er like fullt en kostnad, uavhengig av om familiene selv opplever at gevinstene veier opp for tidsbruken deres. Når de mottar et hjelpetiltak fra barnevernet gir de samtidig slipp på deler av sin fritid. Vi har derfor inkludert tidskostnader for familiene for de hjelpetiltakene vi mener dette er relevant for.

6.2 Problemstillinger og forutsetninger for kostnadsberegningen

6.2.1 Utgifter i de kommunale barneverntjenestene

En utfordring ved å tallfeste alle utgiftene ved hjelpetiltak i det kommunale barnevernet er at det ikke eksisterer tallgrunnlag for kostnadene spesifisert på type hjelpetiltak. Utgiftene er i hovedsak knyttet til lønn, og noe kjøp av tjenester fra Bufetat og private aktører.

Vi benytter data for kommuneregnskap fra SSB (KOSTRA) til å fastslå utgifter i kommunale barnevern-tjenester. Utgiftene ved hjelpetiltak føres imidlertid på flere ulike utgiftsposter i kommuneregnskapet. Ifølge veilederen for regnskapsrapportering i KOSTRA i 2015, fører de kommunale barneverntjenestene utgifter for barnevernstjenesten på totalt tre funksjoner (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014):

- Funksjon 244 Barneverntjeneste
- Funksjon 251 Barneverntiltak når barnet ikke er plassert av barnevernet
- Funksjon 252 Barneverntiltak når barnet er plassert av barnevernet

Funksjon 251 omfatter utgifter knyttet til hjelpetiltak for barn som ikke er plassert av barnevernet, det vil si utgifter til hjelpetiltak i tilfeller der barnevernet ikke har overtatt omsorgen for barnet eller ungdommen. Vi har inkludert brutto driftsutgifter for funksjon 251 i sin helhet i de totale kostnadene, og her gir dataene mulighet til å skille mellom utgifter til lønn til tiltaksstillinger, overføringer til familiene, kjøp av varer og tjenester og egenandeler for statlige tiltak.

Funksjon 244 omfatter utgifter til drift av barnevern-tjenesten, saksbehandling av ansatte i barnevern-tjenesten, barnevernberedskap/barnevernvakt,

[35] Ifølge årsrapporten for 2015 til utviklingsavdeling barn ved Atferdssenteret var det for PMTO totalt 69 terapeuter i Bufetat, 178 kommunale terapeuter, 43 terapeuter i BUP og 13 terapeuter i andre instanser.

[36] Atferdssenteret.no. Atferdssenterets virksomhet er forankret i avtale mellom Barne- og likestillingsdepartementet og Universitetet i Oslo inngått i 2003.

sakkyndig bistand, advokater og tolk. Disse utgiftene er i utgangspunktet ikke utgifter til hjelpetiltak. I intervjuene har det imidlertid blitt tydelig at spesielt råd og veiledning, og også andre hjelpetiltak, i noen tilfeller gjennomføres av saksbehandlere, og ikke av en ansatt i en tiltaksstilling, og således føres på funksjon 244. Dette medfører at funksjon 244 vil inneholde utgifter knyttet til råd og veiledning. Dette er utgifter som må inkluderes i beregningen av de totale samfunnsøkonomiske kostnadene.

Regnskapsdataene gir ikke mulighet til å skille ut saksbehandleres tidsbruk til råd og veiledning fra øvrige kostnader på funksjon 244. Vi har derfor, basert på tilgjengelig informasjon om tidsbruk ved råd og veiledning og innspill fra intervjuene, gjort et anslag på størrelsen på disse utgiftene. Anslaget blir forklart i forbindelse med presentasjon av de totale samfunnsøkonomiske kostnadene, se Tabell 6-3. Det er knyttet usikkerhet til dette anslaget, som dermed må derfor tolkes med forsiktighet.

Funksjon 252 omhandler utgifter knyttet til tiltak for barn som er plassert utenfor hjemmet. Dette vil hovedsakelig omfatte utgifter til for eksempel fosterhjem og institusjoner, men under denne funksjonen skal det også føres utgifter til hjelpetiltak som kommer i tillegg til plasseringstiltaket (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014). Heller ikke på denne funksjonen gir regnskapsdataene mulighet til å skille ut utgifter til hjelpetiltak fra andre utgifter. Vi har imidlertid anslått størrelsen på hjelpetiltaks-kostnadene i funksjon 252 basert på en nedenfra-og-opp tilnærming; basert på antall barn plassert av barnevernet i 2015 som mottok hjelpetiltak og gjennomsnittlig kostnad per barn med hjelpetiltak som ikke er plassert av barnevernet (funksjon 251). I denne beregningen antar vi dermed at kostnadene ved et hjelpetiltak er uavhengig av om barnet eller ungdommen er plassert av barnevernet eller ikke, f.eks. utgiftene til å lønne en støttekontakt som et hjelpetiltak.

6.2.2 Utgifter i det statlige barnevernet (Bufetat) og NUBU

For å tallfeste utgiftene i Bufetat har vi tatt utgangspunkt i data på Bufetats inntekter og utgifter, mottatt av Bufdir. Dataene viser utgifter og inntekter fra kommunale egenandeler for MST og FFT.

For PMTO har vi tatt utgangspunkt i en dagpris på 500 kroner for denne tjenesten, estimert av Bufdir (2016) og data fra Bufdir (2015) sin aktivitetsrapport for 2015 som viser antall oppholdsdager for PMTO. Utfordringen ved PMTO er at tiltaket kan gjennom-føres av kommunal barneverntjeneste, Bufetat eller andre instanser. Dette gjør det vanskelig å fordele utgiftene ved tiltaket mellom kommunene og Bufetat. Likevel, estimatet omfatter totale utgifter, uavhengig av fordelingen mellom aktørene.

For NUBU har vi lagt til grunn mottatt informasjon om utgifter ved MST, FFT og PMTO.

6.2.3 Familienes tidskostnader

For å beregne verdien av tidsbruken til familiene ved gjennomføringen av ulike typer hjelpetiltak, har vi lagt til grunn at tiden familiene bruker på hjelpetiltakene sammenfaller med den tiden et hjelpetiltak pågår aktivt. Med dette menes for eksempel de timene familiene bruker på å motta råd og veiledning, men ikke eventuelle timer de øver hjemme på metoder eller andre råd de mottar. Forutsetningene for varigheten til de ulike hjelpetiltakene som ligger til grunn for å beregne tidskostnader for familiene, er presentert i vedlegg 2, Tabell 14-1. For hjelpetiltakene MST og FFT blir forutsetningene anvendt til å beregne tidskostnader for familiene. Kostnadene ved å gjennomføre disse tiltakene, inkludert lønnsutgifter, foreligger i datagrunnlaget.

For hjelpetiltak som i SSB kategoriseres som «tiltak for å styrke foreldreferdigheter» har vi beregnet tidskostnader for foreldrene, og ikke barna. Dette gjelder hjelpetiltakene MST, FFT, PMTO, DUÅ, ICDP, Marte Meo, råd og veiledning, hjemmekonsulent/miljøarbeider og andre hjemmebaserte for å styrke foreldreferdigheter.

For tiltak som beregnes som tiltak for å styrke utviklingen til barnet, har vi beregnet tidskostnader for barna. Dette gjelder hjelpetiltakene samtalegrupper/barnegrupper og ART. Det samme gjelder tiltaket botreningskurs.

Vi har ikke beregnet tidskostnader for barn eller ungdom som mottar hjelpetiltakene barnehage, SFO/aktivitetsskole, fritidsaktiviteter, økonomisk hjelp, besøkshjem, støttekontakt, utdanning/arbeid eller andre tiltak for å styrke barnets utvikling. Heller ikke tidskostnader knyttet til tiltak som innebærer økonomisk hjelp til bolig, bolig med oppfølging og andre boligtiltak er inkludert. Begrunnelsen for dette er dels fordi flere av tiltakene nevnt ovenfor innebærer en økonomisk overføring fra det offentlige til familiene, og dels fordi flere av tiltakene er støttende tiltak som skal avlaste foreldre og stimulere barnets utvikling. I tillegg er vårt inntrykk fra intervjuene at denne typen tiltak i stor grad foregår på barnets eller ungdommens premisser.

For tiltakene familieråd, nettverksmøter, deltakelse i ansvarsgrupper/samarbeidsteam og andre tiltak innen nettverksarbeid og samarbeid med andre tjenester har vi inkludert tidskostnader for både barnet/ungdommen og foreldrene.

I Tabell 6-1 har vi oppsummert forutsetningene som ligger til grunn for verdsetting av tidskostnader i familiene ved gjennomføring av hjelpetiltak:

Tabell 6-1: Forutsetninger for verdsetting av tidskostnader for familiene

Forhold	Størrelse	Kilde/forklaring
Tidskostnad per time fritid	176,5 NOK	Det forutsettes at foreldrenes tidsbruk går utover fritid, og ikke arbeidstid. Ifølge Christiansen et. al. (2015) er det blant barn som mottar hjelpetiltak fra barnevernet en høyere forekomst av manglende tilknytning til arbeidslivet hos foreldrene og en høyere sannsynlighet for at foreldrene mottar sosialhjelp, sammenlignet med befolkningen for øvrig. Verdien på en time fritid er anslått til 156 NOK i 2010 basert på gjennomsnittlig lønn per time etter skatt (Senter for statlig økonomistyring, 2010). Tidsverdien er inflasjonsjustert til 2015.
Antall foreldre per barn med hjelpetiltak, for hjelpetiltak som innebærer deltakelse fra foreldrene	1,25	Christiansen et. al. (2015) utførte en nærstudie med informasjon om 245 barn der resultatene viste at 55 prosent av barna bodde med en forelder som var alene med omsorgen. Det legges derfor til grunn at det er noe vanligere med deltakelse fra én forelder enn fra to.

Alle beregningene av tidskostnader for familiene ved de ulike hjelpetiltakene er vist i vedlegg 2, Tabell 14-2.

6.2.4 Tidskostnader for fagpersoner fra andre instanser i kommunene

For tiltakene familieråd, nettverksmøter, deltakelse i ansvarsgrupper/samarbeidsteam og andre tiltak innen nettverksarbeid og samarbeid med andre tjenester har vi inkludert tidskostnader for fagpersoner i andre instanser i kommunen som deltar under gjennomføringen av tiltakene. Alle forutsetninger om varigheten til de ulike hjelpetiltakene og antall fagpersoner som deltar er presentert i vedlegg 2 (Tabell 14-1).

Tabell 6-2 presenterer forutsetningen for verdsetting av tidsbruken til fagpersoner fra andre instanser i kommunene:

Tabell 6-2: Forutsetning for verdsetting av tidskostnader for fagpersoner fra andre instanser i kommunen

Forhold	Størrelse	Kilde/forklaring
Tidskostnad per time for ansatte i kommunal barneverntjeneste og fagpersoner i andre instanser i kommunen	338,7 NOK	Timesats er beregnet med utgangspunkt i gjennomsnittlig månedslønn på 36 294 kroner for en barnevernpedagog i 2015 (Teknisk beregnings- og statistikkutvalg for kommunesektoren, 2016) og en gjennomsnittlig arbeidsuke på 37,5 timer. Det er inkludert 40 prosent tillegg for sosiale kostnader (arbeidsgiveravgift m.m.). Vi har ikke differensiert lønnskostnaden per time etter stillingstittel eller utdanningsbakgrunn, men forutsatt samme timesats på 338,7 kroner per time for fagpersoner fra andre instanser som for ansatte i kommunalt barnevern.

En oversikt over de estimerte tidskostnadene for andre instanser i kommunene er presentert i vedlegg 2, Tabell 14-3.

6.2.5 Skattefinansieringskostnader

I beregningen av de totale samfunnsøkonomiske kostnadene er det for kommunale og statlige utgifter, utgifter ved NUBU og tidskostnader til andre instanser i kommunene inkludert en skattefinansieringskostnad på 20 prosent som kommer i tillegg til selve utgiftene. For utgifter som er overføringer, for eksempel økonomisk hjelp som et hjelpetiltak, er den samfunnsøkonomiske kostnaden kun 20 prosent av beløpet som overføres. For tidskostnadene til familiene beregnes det ikke skattefinansieringskostnader.

6.3 Estimerte totale samfunnsøkonomiske kostnader ved hjelpetiltak fra barnevernet

Basert på datagrunnlaget, innspill fra intervjuene og forutsetningene beskrevet ovenfor har vi estimert de totale samfunnsøkonomiske kostnadene ved total-porteføljen av alle hjelpetiltak fra barnevernet, både tiltak i kommunal og statlig regi. De totale samfunns-økonomiske kostnadene ved hjelpetiltak fra barne-vernet er estimert til 2,29 milliarder kroner, se Tabell 6-3:

Tabell 6-3: Estimerte totale samfunnsøkonomiske kostnader ved hjelpetiltak (2015-tall)

	Beløp i NOK
Kommunale utgifter til hjelpetiltak (barneverntjenestene)	1 541 000 000
Statlige utgifter til hjelpetiltak (Bufetat), fratrukket kommunale egenandeler	135 000 000
Estimerte utgifter ved NUBU til MST, FFT og PMTO	10 600 000
Tidskostnader andre instanser i kommunene	57 400 000
Tidskostnader for familiene	441 000 000
Totale samfunnsøkonomiske kostnader (inkl. skattefinansieringskostnader) *	**2 292 000 000**

Kilde: SSB, kommuneregnskap detaljerte regnskapstall, Bufdir Bufetats inntekter og utgifter 2015 og NUBU
*** I de kommunale utgiftene inngår det 189 millioner kroner i overføringer. Kun 20 prosent av dette beløpet er inkludert (skattefinansieringskostnad ved overføring)**

Størsteparten av utgiftene knyttet til hjelpetiltak er utgifter i kommunale barneverntjenester, estimert til totalt 1,54 milliarder kroner. Dette inkluderer også kommunenes utgifter til sentre for foreldre og barn, som vi ikke behandler som hjelpetiltak i denne analysen. I 2015 mottok Bufetat 43,5 millioner kroner i inntekter fra kommunale egenandeler for plasser i disse sentrene. I beregningen av de totale samfunnsøkonomiske kostnadene på 2,29 milliarder kroner, er disse utgiftene trukket fra de kommunale utgiftene.

Tabell 6-3 viser også at Bufetat hadde utgifter til hjelpetiltak i hjemmet på 134,6 millioner kroner i 2015, når inntekter fra kommunale egenandeler på 42 millioner kroner (som inngår i kommunenes utgifter) er trukket fra[37]. Kjøp fra Bufetat gjelder tiltakene MST og FFT, med faste satser for kommunal egenandel. Kommunene betaler ikke kommunal egenandel for PMTO (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2015).

Nærmere om kommunale utgifter til hjelpetiltak

Tabell 6-4 viser en mer detaljert oversikt over hvordan de estimerte kommunale utgiftene til hjelpetiltak 1,54 milliarder kroner fordeler seg på et utvalg underposter:

[37] Bufetats utgifter til sentre for foreldre og barn føres under et eget formål (formål 690), og ikke under samme formål som utgifter til hjelpetiltak i hjemmet (formål 693)

Tabell 6-4: Detaljerte regnskapstall for kommunale utgifter til hjelpetiltak (2015-tall)

	Beløp i NOK
Kommunale utgifter til hjelpetiltak, barn som ikke er plassert (funksjon 251)	1 200 390 000
Herunder lønnsutgifter	*522 296 000*
Herunder kjøp av varer og tjenester som inngår i kommunal tjenesteproduksjon	*223 753 000*
Herunder kjøp av tjenester fra private	*113 013 000*
*Herunder kommunale egenandeler for hjelpetiltak fra Bufetat**	*42 035 440*
*Herunder kommunale egenandeler for plasser i sentre for foreldre og barn**	*43 528 195*
Herunder overføringer	*189 296 000*
Estimerte kommunale utgifter til hjelpetiltak til barn som er plassert (funksjon 252)	273 640 246
Estimerte kommunale utgifter til råd og veiledning som utføres av saksbehandlere (funksjon 244)	66 535 148
Totale kommunale utgifter	**1 540 565 394**

Kilde: SSB, kommuneregnskap med detaljerte regnskapstall
***Kilde: Bufdir, Bufetats inntekter og utgifter 2015**

Størsteparten av utgiftene til kommunene er utgifter til hjelpetiltak til barn som ikke er plassert av barnevernet (funksjon 251) på 1,2 milliarder kroner. I denne summen inngår det 522 millioner kroner i lønnsutgifter til tiltaksstillinger og 223 millioner kroner i utgifter forbundet med å gjennomføre egne kommunale hjelpetiltak. Det inngår i tillegg kjøp av tiltak fra private aktører (113 millioner kroner) og kommunale egenandeler for hjelpetiltak som tilbys av Bufetat. De kommunale barneverntjenestenes utgifter til kjøp av tjenester fra private aktører på 113 millioner kroner tilsvarer en andel på 9,4 prosent av de 1,2 milliarder kronene i utgifter til hjelpetiltak til barn som ikke er plassert av barnevernet. I Tabell 6-4 har vi også illustrert størrelsen på kommunale egenandeler for sentre for foreldre og barn (43 millioner kroner) som er holdt utenom beregningen av de totale samfunnsøkonomiske kostnadene i Tabell 6-3.

For å estimere størrelsen på utgiftene til hjelpetiltak som gis til barn som er plassert av barnevernet, har vi tatt utgangspunkt i tall fra KOSTRA som viser at utgifter til hjelpetiltak til barn som ikke var plassert av barnevernet i gjennomsnitt var på 33 522 kroner per barn i 2015[38]. Det var totalt 43 972 barn som mottok hjelpetiltak i løpet av året 2015. Videre var det ifølge tall fra KOSTRA 35 809 barn ikke var plassert av barnevernet (funksjon 251), noe som gir et anslag på 8 163 barn som var plassert av barnevernet og mottok hjelpetiltak. Gitt en gjennomsnittlig kostnad på 33 522 kroner gir dette et anslag på utgifter til hjelpetiltak til barn som var plassert av barnevernet på tilnærmet 273,6 millioner kroner i hele landet.

Basert på innspill i intervjuene har vi også anslått størrelsen på utgiftene til råd og veiledning som gjennomføres av saksbehandlere. Vi har lagt til grunn at råd og veiledning som hjelpetiltak i gjennomsnitt innebærer 4 møter i måneden over en periode på 6-8 måneder (7 måneder i gjennomsnitt), der hvert møte varer 1,5 timer (se Tabell 14-1). Det legges til grunn en timesats på 338,7 kroner (se Tabell 6-2) og i 2015 var det totalt 23 383 tiltak i løpet av året. Dette gir et anslag på tidskostnader for de kommunale barneverntjenestene på totalt 332,6 millioner for råd og veiledning, hvorav det er anslått at 20 prosent av dette er utgifter til råd og veiledning som gjennomføres av saksbehandlere. Dette tilsvarer 66,5 millioner kroner.

I de analyse av virkningene avhjelpetiltak er vi opptatt av barn som mottar hjelpetiltak mens de ennå bor hjemme. Anslag på samlede behandlingskostnader, budsjettkostnader og samfunnsøkonomiske kostnader ved hjelpetiltak til denne gruppen presenteres i Tabell 6-5.

Fra Tabell 4-2 ser vi at anslagsvis 7 prosent av alle strukturerende tiltak og 11 prosent av nettverkstiltak gis til gis til barn som er plassert. Vi legger disse andelene til grunn når vi beregner tidskostnader for

[38] SSB tabell 04907. Dette tilsvarer 1,2 milliarder kroner (funksjon 251) dividert på 35 809 barn som mottok hjelpetiltak og ikke var plassert av barnevernet.

familien og for andre etater for undergruppen av barn som er plassert.

Tabell 6-5: Kostnader ved hjelpetiltak gitt til barn som ikke er plassert

Kostnad	Beløp
Kostnader til gjennomføring av hjelpetiltak[39]	1 343 926 383
Samlede budsjettkostnader[40]	1 404 805 269
-Herav overføringer[41]	189 296 000
Tidskostnader[42]	410 514 060
Samfunnsøkonomisk kostnad	1 906 984 383

Kilde: Oslo Economics

6.4 Estimerte kostnader ved hjelpetiltakene MST, FFT og PMTO

6.4.1 MST og FFT

De samfunnsøkonomiske kostnadene ved MST og FFT er samlet beregnet til 149 millioner kroner, hvorav MST utgjør hoveddelen av kostnadene med 130 millioner kroner. Per tiltak er MST beregnet å koste 289 000 kroner, mens et FFT-tiltak er noe billigere med en kostnad på 177 000 kroner. Tabell 6-6 viser hvordan de estimerte samfunnsøkonomiske kostnadene ved hjelpetiltakene MST og FFT fremkommer.

Tabell 6-6: Estimerte samfunnsøkonomiske kostnader ved MST og FFT (2015-tall)

	MST	FFT
Antall avsluttede tiltak 2015	451	102
Kommunale egenandeler	32 818 630	6 055 456
Statlige utgifter (fratrukket kommunale egenandeler)	67 684 251	4 646 185
Estimerte utgifter FFT Bærum kommune		3 000 000
Estimerte utgifter NUBU	4 865 000	950 000
Tidskostnader foreldre	3 980 068	450 074
Samfunnsøkonomiske kostnader (inkl. skattefinansieringskostnader)	**130 421 525**	**18 032 043**
Samfunnsøkonomiske kostnader (inkl. skattefinansieringskostnader) per tiltak	**289 183**	**176 785**

Kilde: Bufdir, Bufetats inntekter og utgifter 2015 og NUBU, årsrapport 2015 utviklingsavdeling ungdom

Ifølge NUBU (2016) var det i 2015 totalt 451 avsluttede tiltak av MST og 102 avsluttede tiltak av FFT.

For MST betalte kommunene 32,8 millioner kroner i kommunale egenandeler, mens Bufetat hadde utgifter på 67,6 millioner kroner når egenandelene er fratrukket. I tillegg er utgiftene til NUBU anslått til 4,8 millioner kroner. Utgiftene for FFT er lavere sammenlignet med MST, noe som skyldes færre antall tiltak per år og at innholdet i tiltakene er forskjellige ved at MST er et mer intensivt tiltak. For 2015 var de kommunale egenandelene på 6 millioner kroner.

I Bufdirs aktivitetsrapport for 2015 er det registrert 68 632 oppholdsdager for MST. Gitt 451 avsluttede tiltak i 2015 (Atferdssenteret, 2016) gir dette et anslag på gjennomsnittlig antall oppholdsdager per tiltak på 152 dager, som tilsvarer et gjennomsnittlig behandlingsforløp på 5 måneder (20 uker). Videre er det lagt til grunn at foreldrene i gjennomsnitt deltar aktivt i 2 timer per uke under behandlingsforløpet. Dette gir totalt 40 timer per tiltak. Gitt forutsetningene

[39] Beløpet på Kostrafunksjon 251, samt 93 prosent av kostnader ved råd og veiledning atatt ført på kostrafunksjon 244. I tillegg 93 prosent av Bufetats kostnader til MST, PMTO og FFT.

[40] I tillegg til posten over inkluderes 89 prosent av kostnadene ved andre etater, og 93 prosent av NUBUs kostnader

[41] Overføringer under KOSTRA-funksjon 251

[42] 93 prosent av samlede tidskostnader

om 1,25 foreldre per ungdom og timesatsen for fritid på 176,5 kroner, og at dette gjelder for 451 tiltak, er tidskostnadene til foreldrene ved MST estimert til 3,9 millioner kroner.

For FFT viser tall fra NUBU at gjennomsnittlig behandlingslengde var på 151 dager[43] i 2015, som tilsvarer 5 måneder. I beregningen av tidskostnader for familiene er det lagt til grunn 20 timer per tiltak (se vedlegg, Tabell 14-1). Gitt forutsetningene i Tabell 6-1 og 102 tiltak i 2015 er tidskostnader for foreldre estimert til omtrent 450 000 kroner.

6.4.2 PMTO

For PMTO har vi ikke hatt tilgang til data som viser nøyaktig antall gjennomførte tiltak i 2015. NUBU (2016) har estimert at det var 833 tiltak i 2015, men tallet er noe usikkert[44]. Vi har lagt til grunn 833 tiltak i 2015 som det beste estimatet vi har tilgjengelig. Tabell 6-7 viser de estimerte samfunnsøkonomiske kostnadene ved PMTO:

Tabell 6-7: Estimerte samfunnsøkonomiske kostnader ved PMTO

	PMTO
Antall tiltak i 2015	833
Estimerte utgifter alle instanser som gjennomfører PMTO	34 676 000
Utgifter NUBU	4 752 166
Tidskostnader familie	4 043 166
Samfunnsøkonomiske kostnader (inkl. skattefinansieringskostnad)	**51 356 966**
Samfunnsøkonomiske kostnader (inkl. skattefinansieringskostnad) per tiltak	**61 653**

Kilde: Bufdir, aktivitetsrapport 2015, Atferdssenteret (nå NUBU), årsrapport 2015

De totale samfunnsøkonomiske kostnadene ved PMTO er estimert til 51,3 millioner kroner, inkludert skattefinansieringskostnader. Dette gir en samfunns-økonomisk kostnad per tiltak på 61 653 kroner.

I 2015 registrerte Bufdir (2015) 69 352 oppholds-dager i PMTO. Gitt en dagspris på 500 kroner gir dette estimerte utgifter på totalt 34,6 millioner kroner for alle instanser som gjennomførte PMTO-tiltak i 2015. I tillegg har NUBU estimert utgifter på 4,7 millioner kroner til PMTO[45].

Et PMTO-tiltak har vanligvis et omfang på 15-30 ukentlige møter der hvert møte varer 1 time[46]. Data fra NUBU viser at i et utvalg på 178 gjennomførte behandlinger i 2016 var gjennomsnittlig behandlingstid på 22 timer per PMTO-tiltak. Dette har vi lagt til grunn som et mål på gjennomsnittlig behandlingstid per PMTO-tiltak for å beregne tidskostnader for familiene. Disse er estimert til 4 millioner kroner, med forutsetning om 1,25 foreldre per tiltak og en timesats på 176,5 kroner per time med fritid (se Tabell 6-1).

6.5 Behandlingskostnader ved ulike hjelpetiltak

Tabell 6-8 viser en oversikt over estimerte, gjennomsnittlige behandlingskostnader for ulike barneverntiltak. Disse vil ligge til grunn i analysen i forbindelse med estimering av besparelser i behandlingskostnader ved hjelpetiltak sammenlignet med alternative behandlinger. Behandlingskostnadene er kun kostnadene ved selve tiltaket, og ikke en samfunnsøkonomisk kostnad.

De estimerte kommunale behandlingskostnadene ved hjelpetiltak til barn som ikke er plassert er på 1,34 milliarder kroner (se Tabell 6-5). I desember 2015 var det anslagsvis 23 500 hjemmeboende barn med hjelpetiltak. Dette gir en estimert behandlingskostnad per barn per måned på 4 495 kroner som et mål på kostnader ved «ordinære» hjelpetiltak. Dette er en månedskostnad som tar høyde for at barn som mottar hjelpetiltak i løpet av et år, i snitt mottar hjelpetiltak i ni av tolv måneder.

For MST er estimert kostnad per måned basert på en dagpris på 1 500 kroner kostnad per dag hentet fra

[43] Gjennomsnittlig behandlingslengde for saker avsluttet av kliniske årsaker.
[44] For 2016 er antall individuelle behandlinger 1 324. Dette kan tyde på noe underrapportering i 2015, uten at vi vet omfanget av dette.
[45] Dette er kostnader knyttet til sentrale og regionale stillinger, stimuleringsmidler, samt sentrale og regionale driftsmidler
[46] Ifølge Atferdssenterets nettsider om PMTO

Bufdir (2016) på 1 500 kroner. Dette gir en gjennomsnittlig behandlingskostnad på 45 000 kroner per måned for MST. Dersom man fordeler de kommunale egenandelene, de statlige utgiftene og utgiftene ved FFT-teamet i Bærum per FFT-tiltak gir dette en estimert kostnad på 134 330 kroner per FFT-behandling. Per måned er kostnaden ved FFT estimert til 26 866 kroner. En kostnad per måned på 15 000 kroner for PMTO er basert på en dagpris på 500 kroner, som tidligere beskrevet.

Tabell 6-8: Estimerte gjennomsnittlige behandlingskostnader per måned

	Estimert behandlingskostnad per måned*
«Gjennomsnittskostnad» hjelpetiltak til barn som bor hjemme	4770
MST	45 000
FFT	26 866
PMTO	15 000
Forsterket fosterhjem	41 785
Familiehjem/beredskapshjem	84 290
Fosterhjem tilknyttet private tiltak	111 022
Ordinære fosterhjem	14 170
Fosterhjem (vektet gjennomsnitt av fosterhjemstypene)	**32 794**
Statlig institusjon (gjennomsnitt)	317 288
Privat institusjon (gjennomsnitt)	238 388
Institusjon (vektet gjennomsnitt av statlige og private)	**271 553**
Plassering (vektet gjennomsnitt institusjon og fosterhjem)	**56 670**

***Inkluderer kun barnevernets (statlig og/eller kommunalt) budsjettkostnader ved de enkelte tiltak**

Alle estimerte behandlingskostnader per måned for de ulike fosterhjemstypene er basert på tall på utgifter, antall barn og oppholdsdager hentet fra Bufdir (2015) sin årsrapport og aktivitetsrapport for 2015. Det var utgifter til forsterkede fosterhjem på 373,6 millioner fratrukket refusjoner, og totalt 1 022 175 oppholdsdager. Bufetats utgifter per måned var da på 11 185 kroner. I tillegg kommer kommunale egenandeler på 30 600 kroner per barn per måned (2015-sats). Dette gir en estimert gjennomsnittlig behandlingskostnad per barn per måned i forsterket fosterhjem på 41 785 kroner. For familiehjem, beredskapshjem og fosterhjem tilknyttet private tiltak er kostnaden per måned estimert med utgangspunkt i totale utgifter og antall oppholdsdager i 2015. For ordinære fosterhjem er det beregnet et gjennomsnitt av veiledende satser for fosterhjem hentet fra KS sine nettsider[47]. Det vektede gjennomsnittet for alle fosterhjemstyper er deretter beregnet med utgangspunkt i data på antall barn per 31.12.15 hentet fra KOSTRA og Bufdir sin årsrapport for 2015, der størsteparten av barna er plassert i ordinære fosterhjem[48]. Dette gir et estimert vektet gjennomsnitt for kostnader ved fosterhjemsplasseringer på 32 794 kroner per barn per måned.

Videre var det Ifølge Bufdir (2015) sin årsrapport utgifter på 1,49 milliarder kroner til statlige institusjoner, med totalt 140 959 oppholdsdager. Dette gir en gjennomsnittlig kostnad per oppholdsdag i statlige institusjoner på 10 576 kroner, som tilsvarer en kostnad på 317 288 kroner per måned. For private institusjoner var utgiftene på 1,54 milliarder kroner og det var 194 388 oppholdsdager, som gir en gjennomsnittlig kostnad per oppholdsdag på 7 946

[47] Som påpekt av Vista Analyse (Ekhaugen & Rasmussen, 2015) vil det være rom for at fosterforeldre til barn uten særskilte behov kan forhandle frem en høyere sats. Vi har ikke hatt noe grunnlag for å vurdere omfanget av dette. Gjennomsnittlig veiledende sats på 14 170 kroner per måned kan derfor i noen tilfeller være et konservativt estimat på de faktiske kostnadene ved en plassering i et ordinært fosterhjem.

[48] Ifølge tall fra KOSTRA var det totalt 10 713 barn i fosterhjem per 31.12.15. Videre viser tall fra Bufdirs årsrapport for 2015 at det per 31.12.15 var 375 barn i statlige beredskapshjem, 459 barn i statlige familiehjem og 572 barn i fosterhjem tilknyttet private tiltak. Gitt dette er det estimert at 6 773 barn var plassert i ordinære fosterhjem.

kroner. Dette resulterer i en kostnad på 238 388 kroner per måned.

Dersom man tar hensyn til fordelingen i antall oppholdsdager mellom statlige og private institusjoner, utgjorde opphold i statlige institusjoner en andel på 42 prosent. Dette gir en gjennomsnittlig, vektet pris per oppholdsdag i institusjoner samlet sett på 9 052 kroner, og dermed en gjennomsnittlig kostnad per måned i institusjon på 271 553 kroner.

Avslutningsvis har vi også beregnet en vektet gjennomsnittlig behandlingskostnad per måned for plasseringer utenfor hjemmet samlet sett. Denne er estimert til 56 670 kroner per måned. Estimatet er basert på fordelingen av barn mellom institusjoner og fosterhjem per 31. desember 2015. Ifølge tall fra KOSTRA utgjorde barn plassert i fosterhjem 90 prosent av barn plassert i fosterhjem og institusjon på dette tidspunktet.

6.6 Kostnader per barnevernforløp

Mange barn mottar hjelpetiltak fra barnevernet flere år på rad. Derfor er det interessant å studere hvor mye ressursers som benyttes på et barn. Beskrivelsen av karrierer i barnevernet, sett i sammenheng med gjennomsnittskostnader per individ per år kan benyttes til å beregne kostnadene per forløp i barnevernet.

Vi tar høyde for en gjennomsnittlig månedlig samfunnsøkonomisk kostnad ved hjelpetiltak lik 4 770 (se Tabell 6-8) og det at mottakere av hjelpetiltak mottar hjelpetiltak i snitt 7,7 av tolv måneder de årene de mottar hjelpetiltak, og at de kan forventes å motta hjelpetiltak i 3,9 år. Nåverdien på behandlingskostnaden i barnevernet per barn som ikke plasseres beregnes dermed til 135 268 kroner. Barn som plasseres innebærer en neddiskontert merkostnad lik 2 178 800 kroner: De forventes å være plassert i 4,3 år i snitt, til en månedlig kostnad lik 56 670[49]. Den gjennomsnittlige behandlingskostnaden per barn som plasseres anslås altså til å være omtrent 17 ganger høyere enn tilsvarende kostnad for barn som ikke plasseres.

Gitt kostnadsanslagene, og beregnede varigheter på forløp i barnevernet forventes barnevernet å kostnader til gjennomføring av hjelpetiltak på 1,42 milliarder kroner i løpet av barnevernsforløpene til de barna som i løpet av ett år begynner å motta hjelpetiltak. Dette beløpet kunne ha finansiert til sammen 652 plasseringer i barnevernet.

Den samfunnsøkonomiske kostnaden ved et hjelpetiltaksforløp (inkludert skattefinansieringskostnader og tidskostnader) beregnes til 192 000 kroner.

Tabell 6-9: Budsjettkostnader per barnevernforløp

	Nåverdi av samlede barnevernkostnader gjennom livet
Barn som ikke plasseres	135 300 kroner
Barn som plasseres	2 314 100 kroner

Kilde: Oslo Economics

[49] Se kapittel 5.4 for beregninger av gjennomsnittsvarigheter og behandlingsintensiteter.

7. Virkninger av hjelpetiltak

Så langt har vi beskrevet innholdet i hjelpetiltakene, problemene de settes inn for å avhjelpe og kostnadene knyttet til gjennomføringen av dem. Hvilke virkninger har så disse tiltakene? Vedvarer virkningene over tid, og kan de sies å tilføre samfunnsøkonomiske gevinster? Hva er forutsetningene for at disse gevinstene skal oppstå? Er noen typer av hjelpetiltak bedre enn andre? Dette er spørsmål vil vi, basert på foreliggende litteratur og gjennomførte dybdeintervjuer, diskutere i dette kapittelet.

7.1 Tilfører hjelpetiltakene verdi?

Den hjelpen barn, unge og familier får av barnevernet kan være nødvendig for å sikre gode oppvekstsvilkår og en god familiefungering.

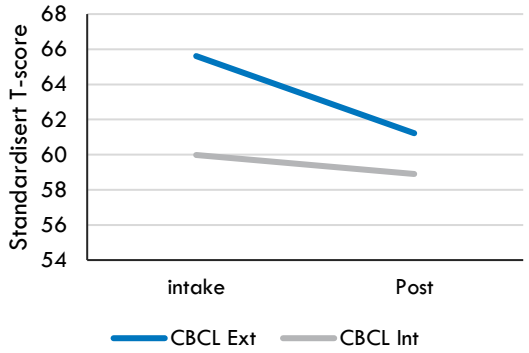
Et uttrykk for at hjelpetiltak tilfører verdi er at barns situasjon forbedres underveis i tiltaksperioden. Christiansen et. al. (2015) utførte målinger av den opplevde alvorlighetsgraden på to ulike tidspunkter rundt hjelpetiltaksgjennomføringen, vurdert av både foreldre og saksbehandlere. Fra det første til det andre tidspunktet for målingene viste resultatene at:

- Foreldre vurderer barnets situasjon som mindre alvorlig
- Saksbehandlere vurderer barnets situasjon som mindre alvorlig
- I gjennomsnitt vurderer foreldrene og saksbehandlerne at barnets situasjon har forbedret seg

Selv om foreldre og saksbehandle, og eventuelt også barnet, rapporterer at de opplever at hjelpetiltakene bidrar til å løse problemene deres, kan man ikke i streng forstand hevde at forbedringen er forårsaket av hjelpetiltaket. En forbedring av situasjonen kunne ha forekommet uavhengig av hjelpetiltaket: problemer kan gå over av seg selv, familien finner en løsning uten barnevernets hjelp eller får nødvendig støtte fra andre instanser. Det er imidlertid også nærliggende å se for seg at problemene ville blitt forverret dersom hjelpetiltak ikke hadde blitt gitt, slik at en reduksjon i vurderingen av alvorlighetsgrad gjenspeiler en sterk positiv effekt av tiltakene.

I randomiserte kontrollstudier er hensikten å sammenligne effekten av å tilby et hjelpetiltak til en gruppe opp mot en gruppe (kontrollgruppen) som ikke får tilbud om hjelpetiltaket og heller mottar «treatment as usual». Det eneste som skiller de to gruppene er at den ene får tilbud om hjelpetiltaket, som tildeles tilfeldig. Også gruppen som mottar «treatment as usual» (kontrollgruppen) vil oppleve en endring i situasjonen sin fra før til etter behandling startet. Endring i eksternaliserende og internaliserende atferd mellom to målepunkter, for kontrollgruppen i den Norske randomiserte studien av PMTO er illustrert i Figur 7-1.

Figur 7-1: Barn som mottok «treatment as usual", og deres problemscorer på internaliserende og eksternaliserende atferd



Kilde: Ogden & Amlund Hagen (2008). CBCL Ext viser til eksternaliserende problemer hos barnet, og CBCL Int til internaliserende problemer

På grunn av manglende informasjon om hvordan utfallene ville ha vært dersom barna ikke hadde fått «treatment as usual», kan vi ikke dra slutninger om årsakssammenhenger her, men på samme måte som funnene fra Christiansen et. al. sin nærstudie, antyder dette at noe verdifullt skjer når barn mottar hjelpetiltak fra barnevernet.

Christiansen et. al. (2015) viser til årsakene som ligger til grunn for at hjelpetiltakene avsluttes, målt ved det siste tidspunktet. I 41 prosent av tilfellene var årsaken at formålet var oppnådd, og i 3 prosent av tilfellene var årsaken at programmet var fullført. Dette tilsier at hjelpetiltak i mange tilfeller, på et eller annet vis, har en effekt og dermed tilfører en verdi for mottakerne og bidrar til å forbedre situasjonen for dem.

En utfordring er å forstå hva bidraget fra hjelpetiltak egentlig er, hva som er konsekvensene av dette på lenger sikt, og hvordan dette eventuelt kan kvantifiseres og verdsettes. Det er generelt sett usikkert om effekten av hjelpetiltak vedvarer over tid, og herunder hvilke vilkår eller forutsetninger som kreves for at dette skal være tilfelle. Effekter av hjelpetiltak kan tenkes å variere mellom type

hjelpetiltak, men også fra sak til sak, slik at det er potensielt mange forklaringsfaktorer som spiller inn.

7.2 Hjelpetiltak i samspill med omsorgstiltak og plasseringer

Det at barnevernet har mulighet til å iverksette hjelpetiltak vil ha innvirkning på hvordan, og hvor ofte, barnevernets øvrige tiltak blir brukt.

7.2.1 Hjelpetiltak er et substitutt for plassering

En undersøkelsesfase i barnevernet kan ende med tre typer vedtak:

- Henleggelse
  - fordi det ikke er behov for tiltak, eller fordi familien får hjelp fra en annen instans
  - som følge av at foreldrene ikke ønsker hjelpetiltak
- Iverksettelse av ulike hjelpetiltak eller akuttvedtak
- Barneverntjenesten forbereder sak for Fylkesnemnda

Disse vedtakene vil trolig påvirkes av en oppfattelse av alvorlighetsgraden i familien. Barnevernloven § 4-12 slår fast at «Vedtak om å overta omsorgen for et barn kan treffes

a) dersom det er alvorlige mangler ved den daglige omsorg som barnet får, eller alvorlige mangler i forhold til den personlige kontakt og trygghet som det trenger etter sin alder og utvikling,
b) dersom foreldrene ikke sørger for at et sykt, funksjonshemmet eller spesielt hjelpetrengende barn får dekket sitt særlige behov for behandling og opplæring,
c) dersom barnet blir mishandlet eller utsatt for andre alvorlige overgrep i hjemmet, eller
d) dersom det er overveiende sannsynlig at barnets helse eller utvikling kan bli alvorlig skadd fordi foreldrene er ute av stand til å ta tilstrekkelig ansvar for barnet.

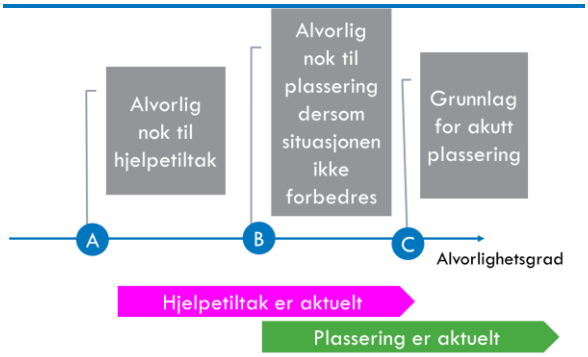
Ifølge § 4-6 om akuttvedtak kan barn umiddelbart, og uten foreldrenes samtykke plasseres utenfor hjemmet dersom det er «fare for at et barn blir vesentlig skadelidende ved å forbli i hjemmet».

Videre slår § 4-24 fast at et barn som har vist alvorlige atferdsvansker ved alvorlig eller gjentatt kriminalitet, ved vedvarende misbruk av rusmidler eller på annen måte, kan plasseres i institusjon i inntil ett år uten eget eller foreldrenes samtykke, dersom det er behov for det.

Det er altså enkelte forhold som er såpass alvorlige at en plassering bør skje umiddelbart. I slike tilfeller vil trolig ikke hjelpetiltak være aktuelle uansett. I andre tilfeller vil vurderingen være at situasjonen ikke er akutt, men skadelig for barnet over tid – dersom situasjonen ikke forbedres har barnet best av å bli plassert utenfor hjemmet.

Andre ganger er vurderingen at det ikke er grunnlag for omsorgsovertakelse eller plassering, hverken umiddelbart eller over tid, men det likevel er grunnlag for hjelpetiltak. Dette er illustrert i Figur 7-2.

Figur 7-2: Aktuelle tiltak, betinget på alvorlighetsgrad



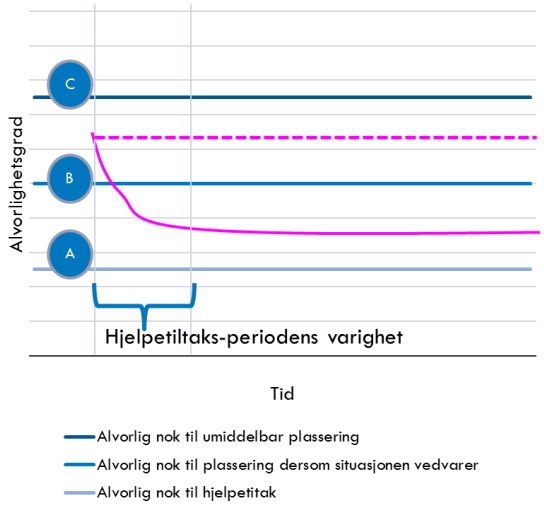
Kilde: Oslo Economics

I en situasjon hvor hjelpetiltak og tidlig innsats benyttes, vil situasjoner for alvorlighetsgrader mellom A og C være aktuelle for et hjelpetiltak. Hjelpetiltak kan benyttes i situasjoner med alvorlighetsgrad mellom B og C nettopp fordi hjelpetiltakene kan bidra til å senke alvorlighetsgraden, slik at barnet har bedre av å bli boende hjemme heller enn å bli plassert.

Hjelpetiltak er altså potensielt et substitutt for barn mellom alvorlighetsgrad mellom B og C. Følgelig kan man hevde at i en tilstand uten hjelpetiltak, ville alle barn mellom B og C blitt plassert etter undersøkelsesfasen, fordi situasjonen deres vurderes som skadelig over tid, og barnevernet ikke har noen verktøy tilgjengelig for å senke alvorlighetsgraden i oppvekstsvilkårene. Dermed forebygger hjelpetiltak plasseringer for alle barn som det etter undersøkelses-fasen avdekkes at vokser opp under forhold med alvorlighetsgrad mellom B og C.

Et eksempel på en situasjon hvor hjelpetiltak fjerner behovet foren plassering er illustrert i Figur 7-3. Den rosa stiplede linjen illustrerer alvorlighetsnivået i barnets situasjon dersom barnet skulle fortsette å bo hjemme og hjelpetiltak ikke eksisterte. Den rosa heltrukne linjen illustrerer utviklingen i barnets situasjon når hjelpetiltak iverksettes.

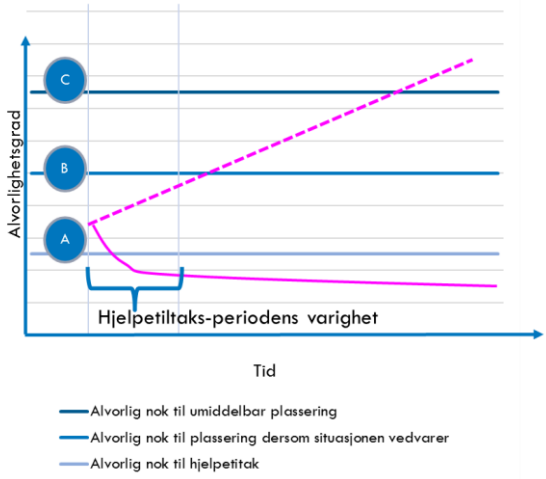
Figur 7-3: Hjelpetiltak kan fjerne behovet for et omsorgstiltak



Kilde: Oslo Economics

Det kan også tenkes at alvorlighetsgraden i situasjonen her og nå ikke rettferdiggjør et vedtak om plassering, men at det er bekymring for at problemene kan komme til å eskalere over tid. Et eksempel på dette kan være familier med barn som har atferdsvansker. Øyeblikksbildet kan være relativt godt, og ikke i seg selv gi grunnlag for plassering. Ettersom atferdsproblemer gjerne eskalerer, kan det imidlertid forekomme at foreldrenes omsorgsevne bryter sammen over tid, og vedtak etter § 4-12 blir aktuelt, eller at barnet utvikler kriminelle atferdsmønstre som gjør at en atferdsplassering etter § 4-24 blir aktuelt. I et slikt tilfelle vil hjelpetiltak bidra til å forebygge en plassering. Figuren under illustrerer dette.

Figur 7-4: Hjelpetiltak kan forebygge atferds-plasseringer og omsorgsvedtak



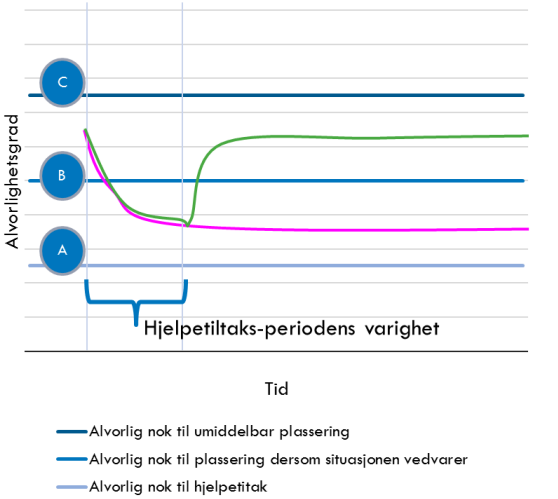
Kilde: Oslo Economics

Moderasjon 1: Det er ikke sikkert hjelpetiltak fører til forbedring

Hjelpetiltak vil imidlertid ikke alltid fungere som et substitutt for omsorgstiltak. Mange saker som starter med et vedtak om hjelpetiltak, ender med en plassering av barnet på et senere tidspunkt. 32 prosent av barna fra 1990-, 1991- og 1992-kohorten ble plassert i løpet av livet, og det er svært få saker som går rett til omsorgstiltak. Kun 2,3 prosent av barna som var nykommere i barnevernet etter SSBs definisjon i 2015, fikk omsorgstiltak. Dette tyder på at svært mange av de som blir plassert har mottatt hjelpetiltak tidligere, i lengre eller kortere perioder. Dette illustrerer at for en viss andel av barna med alvorlighetsgrad mellom B og C, så vil ikke hjelpetiltakene føre til tilstrekkelig og/eller varig endring i hjemmesituasjonen. For disse barna fjerner altså ikke hjelpetiltakene behovet for plassering.

Selv om hjelpetiltakstilbudet ikke *forhindrer* en plassering i løpet av barnets liv, kan det likevel tenkes at hjelpetiltakene *utsetter* en plassering. Dermed blir lengden på perioden barnet er plassert utenfor hjemmet forkortet som følge av hjelpetiltakene. I figuren under illustreres et slikt tilfelle. Den grønne linjen viser utviklingen i situasjonen til et barn som får hjelpetiltak. Situasjonen forbedres mens tiltaket pågår, men faller tilbake når tiltaksperioden er over.

Figur 7-5: Hjelpetiltak kan utsette behovet for en plassering



Kilde: Oslo Economics

Moderasjon 2: Økt behov møtes ikke automatisk av økt tilbud

Det er trolig heller ikke slik at alle barn som etter undersøkelsesfasen vurderes til å leve under oppvekstsvilkår med alvorlighetsgrad mellom A og B nødvendigvis hadde blitt plassert i fravær av et hjelpetiltakstilbud. Realiserte plasseringer vil i tillegg til barnets behov også avhenge av antallet

tilgjengelige fosterhjems- og institusjonsplasser, budsjetter til å finansiere disse plasseringene, og kapasitet til å drive en sak om omsorgsovertakelse gjennom Fylkesnemnda. Dermed kan det tenkes at fraværet av et hjelpetiltakstilbud ville hevet terskelen, ikke bare for intervensjon fra barnevernet, men også for en omsorgsovertakelse. Dermed vil ikke hjelpetiltak redusere antallet plasseringer i samme grad. I ytterste konsekvens kan det tenkes at hjelpetiltak ikke begrenser antallet plasseringer i det hele tatt, kun at terskelen for plasseringer øker. I et slikt tilfelle ville like mange barn som i dag bli plassert, dersom hjelpetiltakene ikke hadde eksistert. Sammensetningen av plasserte barn ville imidlertid ha blitt endret.

Dersom vi legger til grunn de offentlige budsjettkostnadene som i dag årlig brukes på gjennomføring av hjelpetiltak (kr 1 743 millioner), den estimerte samlede kostnaden per plassering (2,6 millioner per plasserte barn) og legger til grunn stabil innstrømning til plassering, kan de pengene som årlig brukes på hjelpetiltak finansiere til sammen 668 plasseringer. Dette er altså den økningen i antallet årlige plasseringer i barnevernet som kunne ha forekommet uten at budsjettkronene til barnevern hadde blitt økt.

7.2.2 Hjelpetiltak vil ha en effekt på muligheten til å avdekke alvorlig omsorgssvikt

Hjelpetiltak setter barnevernet i posisjon til å observere familier over tid. Dette gjør at de kan fatte beslutninger om omsorgsovertakelse på et mer informert grunnlag enn de ville ha gjort dersom hjelpetiltakene ikke hadde eksistert. Hjelpetiltakene reduserer altså usikkerheten rundt de beslutningene som tas av barnevernet.

I de tilfellene hvor barnevernet får mulighet til å observere og dokumentere forhold som legitimerer en omsorgsovertakelse nettopp på grunn av at hjelpetiltak er igangsatt, vil man si at tilgangen til hjelpetiltak faktisk øker bruken av plasseringer i barnevernet. Det må imidlertid også bemerkes at muligheten til å iverksette hjelpetiltak, og dermed utsette en omsorgsovertakelse til mer informasjon er innhentet, kan bidra til å redusere antallet «overilte» plasseringer som er foretatt på et begrenset og kanskje skjevt informasjonsgrunnlag. I disse tilfellene vil tilgangen til hjelpetiltak igjen redusere antall plasseringer. Vår vurdering er likevel at siden bevisbyrden i omsorgsovertakelsessaker ligger på barnevernet, er det relativt liten sannsynlighet for feilaktige plasseringer, og dermed at den isolerte effekten på muligheten til å avdekke alvorlig omsorgssvikt øker, som følge av tilgangen til hjelpetiltak.

7.2.3 Samlet effekt på plasseringer

Som beskrevet er det altså to motstridende effekter av tilgangen til hjelpetiltak fra barnevernet på bruken av plasseringer i barnevernet. Når barnevernet avdekker omsorgsforhold som er skadelige over tid, er hjelpetiltak et substitutt til plasseringer, og hjelpetiltak som faktisk virker bidrar dermed til å redusere behovet for, og dermed trolig også bruken av, plasseringer. På den annen side vil perioder med hjelpetiltak bidra til at flere tilfeller av alvorlig omsorgssvikt avdekkes, noe som isolert sett impliserer at muligheten til å iverksette hjelpetiltak i hjemmet vil øke bruken av plasseringer. Disse motstridende effektene er illustrert i figuren under.

Figur 7-6: To motstridende effekter av hjelpetiltak på plasseringer

Kilde: Oslo Economics

Vår vurdering er likevel at totalt sett vil tilgangen til hjelpetiltak redusere plasseringer. Dersom hjelpetiltak ikke hadde vært tilgjengelig ville flere barn enn i dag blitt plassert i fosterhjem eller barneverninstitusjoner.

Det er også viktig å påpeke at hjelpetiltak vil kunne ha gode effekter selv om de ikke reduserer plasseringer. Reduserte plasseringer er kun én av flere potensielle samfunnsøkonomiske effekter av hjelpetiltak. For barn med en situasjon som ikke er, og heller ikke kommer til å bli, alvorlig nok til en plassering, vil gode hjelpetiltak bidra til en bedre omsorgssituasjon og bedre utviklingsmulighetene til barnet.

Vi ser imidlertid også at det er en fare for at hjelpetiltak i noen tilfeller utsetter nødvendige plasseringer. Det kan skje dersom hjelpetiltaket ikke virker, eller at tiltaket kun har midlertidig effekt, uten at dette fanges opp av barnevernet. For at tilgangen på hjelpetiltak ikke skal forringe omsorgssituasjonen til enkelte barn sammenliknet med en situasjon hvor hjelpetiltak ikke ble brukt, er det avgjørende å følge opp jevnlig og tett. Det er også muligheter for at barn som ikke blir plassert, fordi hjelpetitalkene forbedrer omsorgssituasjonen hjemme tilstrekkelig til å forhindre en plassering, ville fått bedre omsorg i et fosterhjem, alle emosjonelle kostnader knyttet til selve plasseringen

tatt i betraktning. Det kan altså tenkes at det er tilfeller hvor hjelpetiltak på sett og vis forebygger plasseringer på bekostning av barnets omsorgssituasjon.

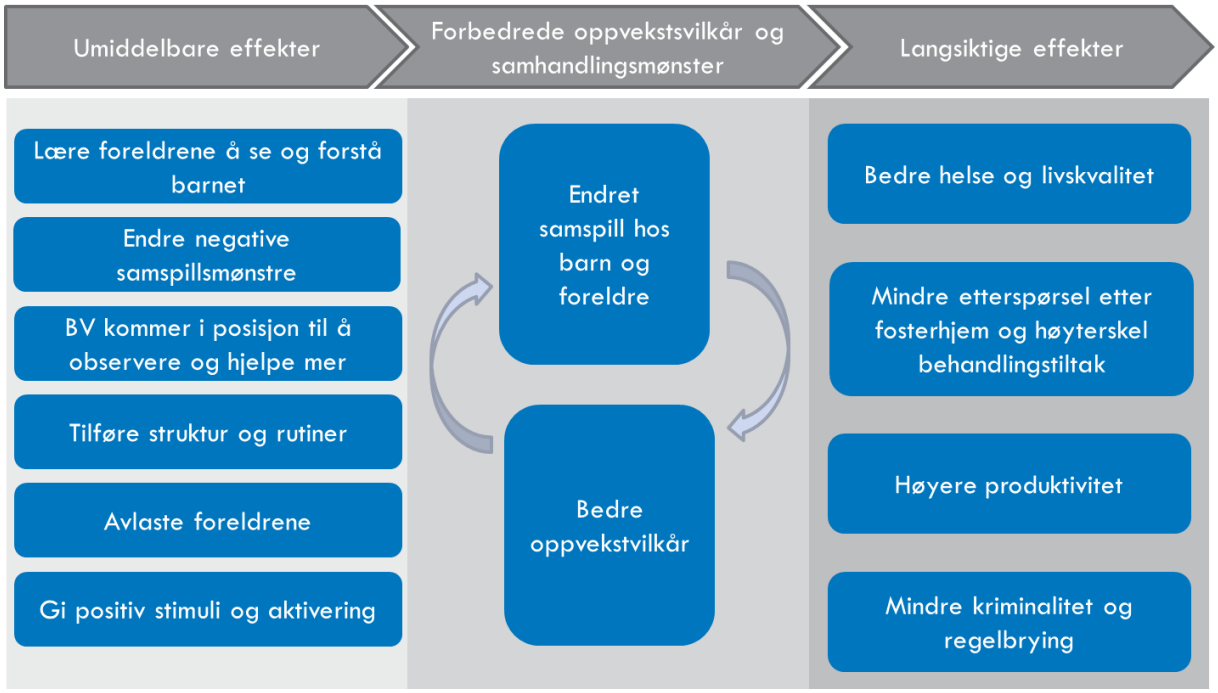
De ville fått bedre omsorg om de hadde blitt plassert (tidligere). Omfanget av dette avhenger av i hvilken grad disse barna *faktisk* ville blitt plassert dersom hjelpetiltak ikke hadde eksistert. Som diskutert over vil dette trolig gjelde noen, men budsjett- og kapasitetsbegrensninger vil begrense omfanget.

Konklusjonen er at dersom man legger til grunn en veldig sterk effekt av hjelpetiltak på den faktiske bruken av plasseringer, må man samtidig ta høyde for at hjelpetiltakene fører til at enkelte barn får dårligere oppvekstsvilkår enn de ville fått i en kontrafaktisk virkelighet hvor hjelpetiltak ikke var i bruk. Jo sterkere effekt vi legger til grunn om hjelpetiltakenes evne til å forebygge plasseringer, jo mindre effekt må vi legge til grunn for hjelpetiltakenes evne til å forbedre barns oppvekstsvilkår.

7.3 Tiltakseffekter og nyttevirkninger – et verdikjedeperspektiv

Hjelpetiltak har til formål å gi det enkelte barn gode levekår og utviklingsmuligheter (Barnevernsloven § 4--4). De ulike hjelpetiltak har ulike målgrupper, intervensjoner og formål. Dermed vil også effektene av tiltakene variere. Barnevernstjenestene har likevel oppfatninger om de direkte effektene av hjelpetiltaksarbeidet, og hvordan dette bidrar til å forhindre «utenforskap» senere i livet. En generell framstilling av forståelsen av virkninger av hjelpetiltaksregimet som sådan er illustrert i figuren under. Vi vil i den følgende teksten forklare hva som menes med de enkelte elementene i denne figuren.

Figur 7-7: En verdikjede av tiltaks- og nytteeffekter



Kilde: Oslo Economics, etter innspill fra dybdeintervjuer og litteraturstudie

Noen effekter vil komme relativt umiddelbart etter at tiltaket er iverksatt eller fullført, mens andre vil realiseres over tid. De mer langsiktige effektene vil være betinget på at det skjer endringer på kort sikt. På denne måten kan man benytte et verdikjede-perspektiv for å beskrive effektene av å sette inn hjelpetiltak: Hjelpetiltakene tilfører familiene ressurser, eller nøkler. Dette kan være i form av handlingsrom og avlastning, eller som mentale og praktiske verktøy i samhandling og familiedynamikk. Dette kan videre bidra til at barn og/eller voksne klarer å endre sine egne atferds- og tankemønster. Foreldrene kan oppnå en større forståelse for sitt eget barns behov og reaksjonsmønster, og innarbeide en ny og bedre foreldrerolle som i større grad støtter opp om barnets utvikling. Barnet som tilføres trygghet, stabilitet og stimuli kan få redusert mal-adaptive reaksjonsmønstre. Dette vil bidra til en bedre relasjon til omgivelsene, en endret selvforståelse som igjen kan påvirke veivalg som gjøres senere i livet. I tillegg vil redusert stress i

barndommen i seg selv ha positive helsegevinster på lang sikt. Det å hjelpe en familie til å fungere bedre vil også kunne forebygge plasseringer og omsorgsovertakelser senere i livet. En omsorgsovertakelse vil være traumatiserende for barnet i seg selv, og er også svært ressurskrevende.

7.4 Umiddelbare effekter av hjelpetiltak

Foreldre lærer å «se» og forstå barnet sitt

Strukturerende hjelpetiltak vil kunne hjelpe foreldrene til å bli oppmerksom på egen rolle, og bevisstgjøre dem på hvordan deres oppførsel og handlinger påvirker barnet. Dette kan for eksempel handle om hvordan de snakker til barnet, hvordan de setter grenser, eller hvordan krangling eller vold i familien på virker barnets reaksjonsmønstre og atferd. Mange hjelpetiltak settes inn for å styrkeforeldrene som omsorgspersoner og deres samspill med barnet. I intervjuene beskriver barneverntjenesten dette ofte som å hjelpe foreldrene til å «se barnet» og synliggjøre at måten familien samarbeider og kommuniserer på har betydning for barnet. Gjennom ulike øvelser og former for veiledning trenes de emosjonelle foreldreferdighetene og samspillet foreldrene har med barnet opp, slik at foreldrene bedre skal kunne forstå barnets reaksjon på deres atferd, og å tolke og respondere på barnets signaler.

Dette kan for eksempel handle om konflikthåndtering, grensesetting eller kommunikasjon.

Endre negative samspillsmønstre

Foreldrene har en viktig rolle i å lære barnet hva som er rett og galt og hvilke regler eller normer som gjelder i ulike sammenhenger. Måten foreldre setter grenser på har mye å si for om barnet forstår og aksepterer det de sier. God grensesetting vil gi barnet tydelige rammer og trygghet, men også etter hvert sette barnet i stand til å styre egne impulser, og strukturerende hjelpetiltak vil kunne bidra til slik endring.

Spesielt i forbindelse med atferdsvansker kan man observere negative samspillsmønstre mellom foreldre og barn. Partene trigger og forsterker hverandres negative reaksjoner, i såkalte negative handlingskjeder. Dette vil hemme barnets sosiale og emosjonelle utvikling, og kan føre til at atferdsproblematikk eskalerer heller enn reduseres. Utagerende atferd hos barn, som ikke reguleres godt, har som tidligere beskrevet vist seg å ha sammenheng med senere vanskeligheter som frafall i skolegangen, plassering utenfor hjemmet, rusmiddelbruk kriminalitet og psykiske lidelser (Hinshaw & Lee, 2003; Schaeffer et al., 2003; Webster-Stratton & Reid, 2003). Ved å lære foreldrene i hvordan de på en effektiv måte kan utøve disiplin og grensesetting, kan barnevernet bidra til å bryte slike negative prognoser.

Barnet lærer å forstå seg selv, og foreldrene sine

Spesielt større barn kan dra nytte av å forstå seg selv og sine reaksjonsmønster i lys av en traumatisk barndom, og hjelpetiltak fra barnevernet kan bidra til dette. Veiledning fra barnevernet kan bidra til at barnet erkjenner at det ikke er deres feil at de har blitt utsatt for traumatiske opplevelser som mishandling, vold eller seksuelle overgrep. Større barn kan også hjelpes til å forstå foreldrenes problem (rus, psykiske lidelse), og hvordan deres omsorgsevne påvirkes av dette. Denne forståelsen kan i seg selv bidra til at byrden blir lettere å bære.

Tilfører struktur og rutiner

Strukturerende hjelpetiltak kan også fokusere på å definere mål for praktiske foreldreferdigheter, og øve på å gjennomføre dem.

Dette kan handle om «enkle» oppgaver som tannpuss, lekser, sunn mat, regelmessig mat og nok søvn. En mestring av slike praktiske oppgaver er viktige for barnets fungering i hverdagen, og rutiner kan gi de nødvendige trygge omgivelser barn trenger. Det kan bidra til å fremme barnets helse og skoleprestasjoner og til å forhindre sosial eksklusjon på grunn av hygiene eller annen normbrytende framtoning.

Hjelpetiltak avlaster foreldrene

Kompenserende/støttende tiltak kan benyttes for å avhjelpe praktiske problemer og redusere stressfaktorer i familienes hverdagsliv. Økonomisk hjelp kan bidra til å fjerne stressfaktorer for familien, og tiltak som besøkshjem og støttekontakt tilfører en familie et par ekstra sett med hender. Noen foreldre kan dermed oppleve redusert stress og en følelse av å få støtte, men også en mulighet til å hente seg inn.

Barneverntjenesten opplever at det kan være spesielt nyttig å legge til rette for familieråd. Gjennom familieråd søker man å mobilisere familiens slekt og nære nettverk for å finne ressurser som familien kan støtte seg på i perioder. Ved å involvere slekt og nære nettverk kan man, i tillegg til å gi barnet gode rollemodeller og opplevelser, gi foreldrene avlastning i perioder. Barnevernet er ofte inne i en kortere periode. Ved å involvere ressurser i slekt eller nære nettverk kan de knytte varige relasjoner til barnet som virker avlastende for foreldrene i perioder også etter at barnevernet er ute.

Potensielt kan også strukturerende hjelpetiltak virke avlastende for foreldrene dersom de opplever at deres problemer blir sett, at de får hjelp, og at de ikke er alene om problemene. I mange tilfeller vil nok

likevel mange foreldre oppfatte kontakten fra barnevernet som et stressmoment, i alle fall i starten av perioden.

Hjelpetiltak tilfører positiv stimuli og aktivering

Kompenserende tiltak som støtte til barnehage, SFO eller fritidsaktiviteter kan ha positive effekter ved at arenaene i seg selv gir barnet mulighet til samvær med jevnaldrende, gode rollemodeller og deltakelse i positive aktiviteter som kan styrke deres sosiale nettverk og psykiske helse. Dette kan bidra til at barnet får riktigere stimuli tilpasset sin utvikling. Det er usikkert i hvilken grad disse formene for tiltak faktisk forårsaker at flere barn går i barnehage/SFO, eller om det kun er å betrakte som en økonomisk overføring mellom barnevernet og foreldrene, men det kan tenkes tilfeller hvor støtten fra barnevernet er avgjørende for at et barn deltar i slike aktiviteter på dagtid. Også hjelpetiltak som besøkshjem og støttekontakt kan ha lignende effekter for barn gjennom å tilføre barnet positive opplevelser og gode rollemodeller. Ved å mobilisere nettverket rundt barnet, for eksempel gjennom familieråd, vil disse ressursene bidra til å tilhøre positiv stimuli av barnet. Et sosialt, kompetent nettverk kan gi positive opplevelser med både voksenpersoner eller jevnaldrende.

Den umiddelbare effekten av hjelpetiltaket er dermed at barnet får flere timer med positiv, utviklingsfremmende stimuli som utenfor hjemmet. Andre hjelpetiltak, som gjennomføres i hjemmet, kan også tilføre positiv stimuli og aktivering gjennom at tiltaket involverer samtale og samvær mellom foreldrene og barnet.

Barnevernet kommer i posisjon til å observere og hjelpe mer

Spesielt kompenserende tiltak kan ha en umiddelbar effekt ved at barnevernet kommer i kontakt med familier som kanskje i utgangspunktet ikke er villige eller motiverte til å ta imot hjelp fra barnevernet. Barneverntjenesten beskriver ofte dette som å «komme i posisjon» for å utøve endringsarbeid. Dette er en grunn til at kompenserende tiltak som hovedregel benyttes i kombinasjon med strukturerende hjelpetiltak.

En slik avlastning kan også tenkes å fasilitere arbeid for varige endringer gjennom strukturerende tiltak, ved at foreldrene får pusterom til å bearbeide og internalisere ny kunnskap, og nye rutiner. Å ta til seg nye metoder og snu innlærte atferdsmønster er krevende, spesielt dersom foreldrene har andre bekymringer som opptar dem. En viss avlastning i denne perioden kan derfor bidra til at man får kanalisert nok energi til å skape endring og refleksjon hos foreldrene.

Hjelpetiltak som iverksettes med tanke på at barnevernet skal komme i posisjon for å kunne gjøre endringsbasert arbeid er i seg selv av instrumentell verdi, men kan likevel være viktige gjennom å gjøre familien mottakelige for andre, endringsbaserte hjelpetiltak.

7.5 Effekter på mellomlang sikt

Hjelpetiltak kan være til støtte og hjelp for barn og familier i utsatte livssituasjoner. Formålet er å legge til rette for varige positive endringer, som sikrer barnet gode oppvekstsvilkår.

Barnet får en bedre oppvekst

Gradvis avlæring av stressresponser

Dersom man får til en varig reduksjon i stressorer og små og store traumatiske opplevelser vil det være mindre sannsynlig at barnet utvikler uregulert atferd som følge av at det lever «i beredskap». Dette kan føre til at barnet ikke reagerer med sinne og aggresjon i ulike situasjoner, og dermed kan få sosiale problemer eller problemer med å forholde seg til regler og systemer.

En gradvis avlæring av negative stressresponser kan i så måte bidra til å fremme pro-sosial atferd, som igjen kan gi bedre sosialt samvær og gode relasjoner, og bedre fungering i skole og andre viktige arenaer.

Økt tilknytning

Fungerende samspill med foreldrene og trygge tilknytningspersoner er viktig for barnets trygghet og sosiale utvikling. Ved å lære foreldrene hvordan de bedre kan forstå barnet sitt og gi foreldrene nøkler til å forbedre foreldre-barn samspillet kan man bidra til å gi barnet trygg tilknytning og relasjoner som fremmer utvikling. Dersom tilknytningsproblematikk forårsaker en mistillit hos barnet rettet mot voksenpersoner, vil effekten av forbedret tilknytning bidra positivt til barnets muligheter og sannsynlighet for å delta i og fullføre skolegang, som i sin tur vil påvirke mulighetene for videre utdanning og jobbmuligheter i arbeidsmarkedet.

Innlæring av adaptiv atferd

Hjelpetiltak kan bidra til at foreldrene eller barnet lærer hensiktsmessige måter å reagere og handle på gitt krav og forventninger i omgivelsene deres.

For eksempel er et problem knyttet til selvkontroll at det man oppnår på kort sikt gjør at en atferd er hensiktsmessig i øyeblikket, selv om den kan være skadelig på lengre sikt. Barn som lever i hjem hvor vold og krangling benyttes i konfliktløsning kan selv ha fort for å ty til aggresjon når de ønsker å oppnå noe. Ved å lære barnet og foreldrene hvordan det er hensiktsmessig å respondere på hverandre og

omgivelsene sine vil man kunne endre slike atferdsmønstre.

Dersom foreldrene og barnet tilegner seg nye tankemønstre og endringer, og internaliserer disse, vil trolig endringene ha større sannsynlighet for å vedvare over tid.

Foreldre vil bekymre seg mindre og oppleve mestring

Hvorvidt foreldrene ser verdien i en eventuelt ny familiedynamikk kan selvfølgelig diskuteres. Det kan gjerne ha vært foreldrenes tendenser til å prioritere sine egne interesser over barnets oppvekstsvilkår som var utslagsgivende for at problemet dukket opp i utgangspunktet. Likevel, i mange tilfeller vil foreldrene også verdsette at situasjonen er blitt bedre.

Det er grunn til å tro at dette spesielt gjelder i de tilfeller hvor foreldrene selv meldte sin bekymring for barnets situasjon. Figur 4-1 viser at foreldrene sto bak meldingen i 10 prosent av de nye tiltakssakene i 2015.

Hvis man får fjernet/redusert vold i familien gjennom hjelpetiltak, vil også foreldrene (typisk mor) få bedret livskvalitet.

7.6 Effekter på lang sikt

Bedre helse og livskvalitet

De effektene som så langt er omtalt vil i seg selv innebære en økning i livskvaliteten for barnet: Det å vokse opp med tilstedeværende foreldre, i fravær av traumatiske hendelser og med gode samhandlings-mønster og tilknytningsforhold, bidrar til bedret livskvalitet gjennom barndommen, som er en verdi i seg selv.

Mange av de problemene hjelpetiltak skal avhjelpe har som beskrevet over betydelige negative helseeffekter. Dette tilsier at ved å unngå tapt livskvalitet og oppnå bedre helse for de som mottar hjelpetiltakene fra barnevernet, kan man oppnå samfunnsøkonomisk verdi.

Den amerikanske studien «Adverse childhood experience study» (Felitti, et al., 1998) påviser en sterk sammenheng mellom traumer i barndommen, og risikoatferd, sykdommer og skader senere i livet. Omtrent halvparten av respondentene svarte at de hadde vært utsatt for ett eller flere traumer i barndommen.

Det å ha vært utsatt for kun ett av de sju traumetypene forfatterne studerer[50], har en signifikant sammenheng med sannsynligheten for å være fysisk inaktiv, 50 prosent høyere sannsynlighet for å ha vært deprimert, og en dobling i sannsynlighet for å ha forsøkt selvmord, betrakte seg selv som en alkoholiker eller ha brukt narkotika. Det å ha opplevd flere traumer har også signifikant sammenheng med somatiske lidelser, som hjerteproblemer, kreft, astma og hjerneslag. Derfor er det grunn til å tro at hjelpetiltak også vil bidra til bedret livskvalitet og helse for barnet inn i voksenlivet.

Dersom barnets opplevde helse og livskvalitet på lang sikt påvirkes av en god barndom, er det også grunn til å forvente at samfunnets helseutgifter vil bli redusert som følge av dette. Det er store behandlingskostnader knyttet til flere av lidelsene som er assosiert med en ugunstig barndom, og derfor potensielt mye å spare i offentlige helsebudsjetter.

Høyere produktivitet

(Backe-Hansen, et al., 2014) viser at barn med tiltak fra barnevernet i større grad enn andre barn blir uføre i voksen alder. Av personer mellom 18 og 41 år i 2009 som tidligere hadde mottatt tiltak fra barnevernet var 6,5 mottakere av uføretrygd. Tilvarende andel for utvalget basert på normalbefolkningen var 0,7 prosent.

Barn med barnevernsbakgrunn har altså en nesten ti ganger høyere sannsynlighet for å være uføretrygdede enn sammenliknbare personer i normalbefolkningen. Dette skyldes delvis at det er en seleksjon av barn med dårlig helse inn i barnevernet. Andelen mottakere av grunn- og hjelpestønad er omtrent 3,5 ganger høyere blant barn med barnevernsbakgrunn sammenliknet med barn fra normalbefolkningen. Grunn- og hjelpestønad gis vanligvis til barn med kroniske og langvarige sykdomsforløp – lidelser det er vanskelig å se for seg at kan vær forårsaket av oppvekstsvilkår. Andelen uføretrygdede i barnevernsgruppen er likevel såpass mye høyere enn i normalbefolkningen at medfødte helseutfordringer ikke kan forklare forskjellen i uføregrad. Det er derfor rimelig å anta at en viss andel av disse barna er uføretrygdet nettopp på grunn av sine barndomsopplevelser med tilhørende helseproblematikk senere i livet og/eller ubehandlede atferdsforstyrrelser. I den grad hjelpetiltak kan forebygge helseproblemer i voksen alder, vil de også ha en effekt på produktiviteten.

En annen sammenheng mellom hjelpetiltak og produktivitet kan gå via hjelpetiltakenes eventuelle effekt på utdanning. Barn som har mottatt tiltak fra barnevernet har dårligere karakterer, og lavere

[50] Disse omfatter psykisk, fysisk eller seksuell mishandling, vold mellom foreldre, foreldre med rusproblemer eller psykisk sykdom og foreldre i fengsel.

utdanning enn andre barn. Det er som beskrevet trolig flere drivere bak denne sammenhengen. Flere arbeider, blant annet (Sagatun, et al., 2014), peker på den negative sammenhengen mellom eksternaliserende problemer og sannsynligheten for å fullføre videregående. Flere hjelpetiltak retter seg mot å redusere eksternaliserende atferd, og det er derfor grunn til å tro at disse kan påvirke fullføringen av utdanning noe.

På grunn av sammenhengen mellom stress og beredskapsresponser og evnen til læring, er det grunn til å tro at det å redusere traumatiske opplevelser i barndommen gjør barnet i stand til å lære bedre.

Videre viser flere arbeider, blant annet (Falch, et al., 2009), at det er store samfunnsøkonomiske kostnader knyttet til å ikke fullføre videregående skole. Det kan derfor være store produktivitetsgevinster knyttet til tiltak som bidrar til å redusere problematikk som gjør det vanskelig å fullføre skole og utdanning.

Mindre kriminalitet og regelbrying

Flere av hjelpetiltakene er direkte rettet inn mot å redusere atferdsproblematikk og regelbryting.

Som beskrevet tidligere har slik eksternaliserende atferd negative virkninger for personer også utenfor barnet selv og barnets egen familie. Mindre uro i et klasserom vil for eksempel øke læringsutbyttet til alle barn i klassen, eller redusere den fritiden medelever og deres foreldre må bruke på å ta igjen tapt læring.

Ved spesielt utagerende og uregulert atferd, kan det også tenkes at hjelpetiltak kan bidra til å redusere faren for at ungdommen er involvert i straffbare, kriminelle handlinger eller selv ruser seg, samt bidra til positive endringer i sosial kompetanse og atferd.

Siden atferdsproblematikk gjerne vedvarer, og eskalerer, vil det å få avbrutt en potensiell «kriminell løpebane» i ung alder også bidra til å redusere kriminell atferd inn i voksenlivet.

Våre informanter vektlegger viktigheten av å rette inn innsats tidlig i forbindelse med atferdsvansker. Problemene har en tendens til å eskalere, og det er ifølge våre informanter langt vanskeligere å behandle atferdsvansker hos ungdom enn hos mindre barn.

Hjelpetiltak kan også bidra til å redusere kriminalitet selv om det ikke er atferdsproblematikk involvert. Foreldre som utøver vold, mot barn eller mot hverandre, er begge former for kriminalitet som hjelpetiltak kan ha en direkte reduserende effekt på. Dette kan spare samfunnet for eventuelle håndhevingskostnader senere. Flere av våre informanter forteller for eksempel at de gjerne går inn og støtter den mishandlede forelderen i prosessen med å iverksette samlivsbrudd, i tilfeller med vedvarende vold som ikke lar seg behandle.

Mishandlede barn har større sjanse for å bli kriminelle enn andre barn (Clausen, 2004). Et vedvarende «beredskapsmodus» på grunn av traumatiserende hjemmeforhold vil kunne bidra til at «fight»-responsen til barnet, også inn i voksen alder dersom traumene ikke bearbeides, trigges for lett. Mange foreldre som mishandler sine egne barn har selv vært utsatt for mishandling da de var barn. Dette beskrives gjerne av barnevernsarbeidere som en generasjons-problematikk, og at de gjennom arbeidet har mulighet til å bryte slike mønstre. Disse foreldrene har vokst opp med dårlige sosiale forhold, gjerne med foreldre som har vært voldelige i konflikter og trolig ikke fått hjelp til å lære å regulere temperamentet sitt eller løse konflikter på en god måte.

Kriminalitet er ødeleggende og kostbart for samfunnet, og ved å forhindre potensielle lovbrudd kan man oppnå sparte utgifter til forebygging, skade, rettspleie og håndheving. En annen effekt av å redusere omfanget av kriminelle handlinger er at samfunnet blir tryggere for alle samfunnsdeltakere.

7.7 Tidlig innsats – en break-even-analyse

Det er svært utfordrende å kvantifisere og verdsette de effektene som er omtalt over. Forskningen identifiserer kun i begrenset grad årsakssammen-henger mellom tiltak og utfall. I den grad den gjør det, for eksempel gjennom bruk av randomiserte studier, studeres typisk effekten av enkelttiltak sammenliknet med den generelle tiltaksporteføljen («treatment as usual»). Tidshorisonten er også begrenset, slik at det ikke lar seg gjøre å anslå effekter på lenger sikt. Vi vil derfor gjennomføre en såkalt break-even-analyse. Det går ut på å analysere hvor store gevinstene må være for å kunne rettferdiggjøre kostnadene ved tiltakene.

Som beskrevet over, er det to hovedkategorier av effekter av hjelpetiltak: Forebygging av plasseringer og en bedret omsorgssituasjon. Bedret omsorgs-situasjon har videre tre langsiktige effekter: Bedret helse og livskvalitet, høyere produktivitet og mindre kriminalitet og regelbryting. Disse effektene skal vi nå eksemplifisere verdien av, ved å gjøre noen forutsetninger om styrke og varighet på disse effektene. Hensikten med dette er å illustrere at selv med relativt begrensede effekter av hjelpetiltak vil de fortsatt være samfunnsøkonomisk lønnsomme. Årsaken til det er at kostnadene for samfunnet ved langvarig utenforskap, for eksempel ved uhelse, kriminalitet eller manglende deltakelse i arbeidslivet, er svært høye.

Som beskrevet i kapittel 5, var det i 2015 anslagsvis 10 500 barn som kom inn i barnevernet og starter med hjelpetiltak. I gjennomsnitt kan vi forvente at de vil motta hjelpetiltak i underkant av fire år hver. 3 000 av disse kommer til å bli plassert i løpet av livet, og 7 500 av dem blir ikke plassert.

Vi kjenner ikke alvorlighetssituasjonen til disse barna på det tidspunktet de kommer inn i barnevernet, og vet ikke hvor mange som hadde blitt plassert i framtiden dersom det ikke hadde vært for hjelpetiltak, men som beskrevet i kapittel 6.6 kan ikke dette antallet overstige 652 uten at offentlige budsjetter til barnevern må øke.

La oss i det videre forutsette følgende, for å sikre at vi ikke dobbeltteller i analysene vi vil gjøre:

De 3 000 barna, av de 10 500 som starter med hjelpetiltak i 2015, og som blir plassert i løpet av livet, opplever i gjennomsnitt ingen varig forbedring i omsorgssituasjonen som følge av de hjelpetiltakene de får. Enkelte av disse ville trolig ha blitt plassert tidligere dersom hjelpetiltak ikke hadde eksistert. Andre ville ikke ha blitt plassert tidligere, og kan ha opplevd forbedringer i omsorgssituasjonen som følge av hjelpetiltak før de ble plassert, selv om disse ikke var tilstrekkelig sterke/varige til at en plassering ble avverget. Den samlede effekten av hjelpetiltak på omsorgssituasjonen til disse barna er ikke entydig, og vi holder derfor disse barna utenfor beregninger av den potensielle verdien av en bedret omsorgssituasjon.

Tidligere i dette kapittelet illustrerte vi også at effekten på omsorgssituasjonen for de barna hvor hjelpetiltak fjerner behovet for plassering, er ambivalent. Noen av disse barna vil oppnå en omsorgssituasjon som overgår det de ville fått i et fosterhjem, som følge av hjelpetiltak. Siden en plassering gjerne er traumatiserende i seg selv, er det realistisk at en del barn faktisk vil ha det bedre ved å bo hjemme enn ved å bli plassert, til tross for at de biologiske foreldrene har utfordringer og mangler i sin omsorgsevne. Noen vil imidlertid oppleve at situasjonen blir god nok til at en plassering er uaktuelt, men at de fortsatt ville hatt det bedre i et fosterhjem. Også for denne gruppen er altså effekten av hjelpetiltak på omsorgssituasjonen, sammenliknet med en situasjon hvor hjelpetiltak ikke eksisterte, være ambivalent. Vi forutsetter derfor ingen effekt på omsorgssituasjonen til disse barna, av at hjelpetiltakene brukes. Denne gruppen vil imidlertid realisere en gevinst nettopp ved besparelser til plasseringer.

Den siste gruppen barn er de som ikke ville blitt plassert uten hjelpetiltak, og som heller ikke blir det med hjelpetiltak. Denne gruppen realiserer ingen besparelser i plasseringsutgiftene. Derimot vet vi at effekten på omsorgssituasjonen til disse barna som følge av hjelpetiltak ikke er negativ. Den kan være fraværende for enkelte, i betydningen at hjelpetiltakene ikke klarer å endre situasjonen hjemme eller at situasjonen ville ha forbedret seg uavhengig av hjelpetiltakene, men ingen av dem ville fått bedre omsorg i en situasjon hvor hjelpetiltak ikke eksisterte.

Tabell 7-1: Forutsetninger om grupper av barn og realiserte effekter

Grupper av barn	Effekter som inkluderes i analysen
Barn som blir plassert til tross for hjelpetiltak (ca. 3 000)	Ingen effekter av hjelpetiltak
Barn som unngår plassering på grunn av hjelpetiltak	Besparelser gjennom reduserte plasseringer
Barn som uansett ikke blir plassert	Gevinster via forbedret omsorgssituasjon

Kilde: Oslo Economics

7.7.1 Kostnad per hjelpetiltaksbarn

Som vist i kapittel 6, ble et gjennomsnittlig hjelpetiltaksforløp beregnet til å vare i 3,9 år, med en behandlingsintensitet på 7,7 måneder per år. Nåverdien på behandlingskostnadene knyttet til et barn som kommer inn i hjelpetiltak er anslått til 141 000 kroner i gjennomsnitt. Gjennomsnittlig budsjettkostnad (som også inkluderer kostnader ved NUBU og andre offentlige instanser som er involvert i hjelpetiltak) ligger på 148 000 kroner, mens den samfunnsøkonomiske kostnaden per hjelpetiltaksforløp er beregnet 203 000 kroner.

Spørsmålet nå er hvilke forutsetninger om omfanget av effekter som må gjøres, for at dette beløpet skal kaste av seg i samfunnsøkonomisk verdi. Dette vil vi illustrere gjennom regneøvelser på mulige virkninger.

7.7.2 Reduserte utgifter til plasseringer

Som beskrevet over vil iverksettelse av hjelpetiltak kunne forbedre hjemmeforholdene i en slik grad at man unngår en plassering. Dette innebærer en besparelse. Vårt beste anslag på hvor mange av barna som mottar tiltak fra barnevernet som blir plassert i løpet av livet, er i overkant av 30 prosent. For å beregne denne besparelsen trenger vi å vite hvor mange flere barn som ville blitt plassert, dersom hjelpetiltakene ikke hadde eksistert.

Dersom vi tar utgangspunkt i at barnevernet, i fravær av hjelpetiltak, hadde plassert de barna de hadde hatt budsjett til å plassere gitt at utgiftene til hjelpetiltak ble borte, ville man per kohort som

kommer inn i barnevernet spart 652 plasseringer. Det kan naturligvis tenkes at det samlede barnevernsbudsjettet hadde økt i fravær av hjelpetiltakene, men la oss i denne omgang betrakte denne «provenynøytrale» forebyggingseffekten som et slags maksimum: I dag blir omtrent 3000 av de 10 500 barna som årlig debuterer i barnevernet plassert i løpet av barndommen. Dersom hjelpetiltakene ikke hadde eksistert ville dette tallet ikke oversteget 3 652.

Nåverdien av denne besparelsen er 1,42 milliarder kroner. Fordelt på de 10 500 barna som kommer inn i barnevernet årlig, tilsvarer dette en forventet besparelse på 135 300 kroner, noe som tilsvarer de nåværende hjelpetiltakskostnadene per barn.

Fordi forutsetningene om hvor mange av barna som starter med hjelpetiltak fra barnevernet som blir plassert er usikker, er det formålstjenlig å se hvor sensitiv nåverdien er for ulike forutsetninger. Dersom vi justerer ned forventningene til antallet plasseringer noe, til at 3 300 av de 10 500 barna som årlig starter et hjelpetiltaksforløp ville blitt plassert i løpet av livet dersom det ikke var for at de mottok hjelpetiltak, vil forventet besparelse bli 62 250 kroner per barn. Dette tilsvarer en økning i antall plasseringer på 10 prosent. Dersom vi forutsetter en 1 prosents økning, vil forventet besparelse ligge på 6 225 kroner per barn.

Tabell 7-2: Besparelser gjennom reduserte plasseringer

Antall ekstra plasseringer dersom hjelpetiltak ikke hadde blitt brukt	Nåverdi av forventet fremtidig besparelse per barn som får hjelpetiltak
652 flere plasseringer (provenynøytral effekt)	135 300 kroner
10 prosent flere plasseringer (300 stykk i året)	62 250 kroner
5 prosent flere plasseringer (150 stykk i året)	31 125 kroner

Kilde: Oslo Economics, med utgangspunkt i kostnadstall fra Bufdir, KS og KOSTRA.

Som beskrevet over: For de barna hvor hjelpetiltak ikke forebygger plasseringer, vil forbedringer i omsorgssituasjonen kunne oppstå. Dette vil ha en verdi i seg selv, og samtidig føre med seg gevinster videre i livet når det kommer til helse, produktivitet og kriminalitet.

Avhengig av hvor mange plasseringer vi forutsetter å forebygge med hjelpetiltak, er det altså mellom 6 848[51] og 7500 av de barna som i løpet av et år kommer inn i hjelpetiltak som potensielt kan oppleve en forbedret omsorg. En viss andel av disse barna vil oppleve en bedring i hjemmesituasjonen som følge av at de får hjelpetiltak, og en andel av disse igjen vil ha effekter av dette inn i voksenlivet.

Vi vil nå illustrere hvor sterke disse effektene må være for at hjelpetiltaksregimet slik det praktiseres i dag skal være samfunnsøkonomisk lønnsomt. De beregningene som gjøres kan ikke betraktes som anslag på effekter. Effektene er for usikre til at det er hensiktsmessig. Siden ulike former for utenforskap koster samfunnet mye, bidrar det å regne på disse størrelsene likevel til å belyse verdien av hjelpetiltaks-regimet, og til å sannsynliggjøre den samfunnsøkonomiske nytten av det.

7.7.3 Bedret helse og livskvalitet

Kontroll med traumatiserende hjemmeforhold mens hjelpetiltakene pågår

I den perioden hjelpetiltaket pågår, kan det at barnevernet er inne i familien i seg selv ha en positiv effekt. Det er nærliggende å tenke seg at barnet i mindre grad utsettes for traumatiserende forhold i den tid barnevernet er inne. Det å fjerne traumatiserende faktorer fra et barns liv har en effekt på barnets livskvalitet, noe som medfører samfunnsøkonomiske gevinster.

Det er utfordrende å anslå hvor ofte barnevernet faktisk får kontrollert potensielt traumatiserende atferd i den perioden de er inne i en familie. Det er heller ikke gitt hvordan dette skal prissettes. Et regneeksempel kan allikevel illustrere størrelses-forholdet, og den potensielle betydningen av dette.

Når vi ser på fordelingen av viktigste saksgrunnlag til hjelpetiltaksbarn, mottar 9 prosent av barna hjelpetiltak først og fremst på grunn av omsorgssvikt og mishandling, mens 10 prosent får hjelpetiltak på grunn av psykiske lidelser eller rusmisbruk hos foreldrene. Dette er alle forhold som kan betraktes som traumatiserende for barnet, og dermed føre med seg mye engstelse. Høyt konfliktnivå og vold i hjemmet vil være registrert som forhold i hjemmet, som er viktigste saksgrunnlag for hele 55 prosent av barn og ungdom som mottar hjelpetiltak. Denne kategorien inneholder imidlertid også mange andre forhold, som ikke kan betraktes som traumatiserende i seg selv

[51] 10 500 barn starter med hjelpetiltak i løpet av året. 3 000 av disse blir plassert til tross for at de får hjelpetiltak. Vi betrakter den «provenynøytrale forebyggingseffekten som en maksimumsgrense for hvor mange plasseringer man kan anta å unngår per barnevernskohortVi forutsetter ingen effekter på omsorgssituasjonen av hjelpetiltak for barn som uansett blir plassert, eller som ville ha blitt plassert i et regime uten hjelpetiltak.

(Christiansen, et al., 2015, p. 37). Når man ser på saksgrunnlag for barnevernstiltak generelt, er høy grad av konflikt hjemme viktigste saksgrunnlag i 10,9 prosent av sakene med forhold i familien, mens i 8,5 prosent av sakene er vold i nære relasjoner viktigste årsak til hjelpetiltak (se Figur 5-5). Det er ikke gitt at saksgrunnlag for barneverntiltak generelt er representative for hjelpetiltak. En rimelig antakelse kan være at barn som kun mottar hjelpetiltak i noen mindre grad enn barn i barnevernet generelt mottar hjelp på grunn av traumatiserende forhold. Samtidig vet vi at barnet kan være utsatt for traumer selv om traumene ikke er den viktigste grunnen til at de mottar hjelpetiltak. Andelen hjelpetiltaksbarn som opplever traumer kan altså være høyere enn den andelen som har dette registrert som viktigste årsak til at hjelp settes inn. Vi legger derfor, på bakgrunn av foreliggende statistikk om saksgrunnlag, til grunn at 40 prosent av de 10 500 barna som årlig starter å motta hjelpetiltak, altså 4 200 barn i året, mottar det på grunn av at forholdene hjemme er traumatiserende.

Det er all grunn til å tro at barn som i fremtiden blir plassert er overrepresentert blant de som kommer inn i barnevernet på grunn av potensielt traumatiserende, og dermed relativt alvorlige hjemmeforhold. Vi vet derfor ikke hvor mange av disse 4 200 barna som er blant de som senere kommer til å bli plassert – noe som kan bety at hjelpetiltakene ikke påvirket situasjonen i hjemmet i noen særlig grad. Ut fra resonnementet over er det mellom 3 030 og 3 652 barn som enten blir plassert i løpet av barndommen, eller hvor hjelpetiltakene faktisk forebygger en plassering. For denne gruppen er effekten av hjelpetiltaksregimet på omsorgssituasjonen ambivalent. Mange av disse blir plassert av helt andre grunner enn traumatiske hjemmeforhold, så la oss i første omgang anta at 10 prosent av de 7250 barna som årlig starter med hjelpetiltak, og ikke blir plassert, altså 725 barn, får forbedret sin situasjon i så stor grad mens hjelpetiltakene pågår, at barndommen ikke lenger kan defineres som traumatiserende.

Hva er så verdien av at barna skånes for traumer i disse årene? Vi kan muligens betrakte det å leve under traumatiserende forhold som det å leve med en sykdom. Traumeresponsene, som beskrevet av våre informanter, kan likne på angst. Folkehelseinstituttet (Folkehelseinstituttet, 2016) har beregnet sykdomsbyrden ved å leve med ulike lidelser. De ulike helsetapsvektene kan tolkes som den andelen av livskvalitet til en person som går tapt på grunn av en lidelse. Helsetapsvektene ved ulike grader av angstlidelse, og andre relevante lidelser presenteres i Tabell 7-3.

Tabell 7-3 Helsetapsvekter fra utvalgte lidelser

Lidelse	Helsetapsvekt
Mild angst	0,03
Moderat angst	0,13
Alvorlig angst	0,52
Mild depresjon	0,15
Moderat depresjon	0,40
Alvorlig depresjon	0,66
Conduct disorder	0,24
Alkoholmisbruk, veldig mild	0,12
Alvorlig alkoholmisbruk	0,57

Kilde: (Folkehelseinstituttet, 2016)

Dersom vi legger til grunn at det å leve under traumatiserende forhold er like belastende som å leve med en moderat angstlidelse innebærer dette at hjelpetiltaksregimet sparer disse barna for 377 kvalitetsjusterte leveår[52] fordi livskvaliteten til barn som i fravær av hjelpetiltaksregimet ville levd under traumatiserende forhold, bedres.

Videre er det i helseøkonomiske analyser vanlig å verdsette sykdomsbyrde ved hjelp av de kvalitetsjusterte leveårene. Et kvalitetsjustert leveår (QUALY) verdsettes til kr 588 000 2012-kroner (Helsedirektoratet, 2016), som tilsvarer en verdi i 2015-kroner på 626 000[53]

Den økonomiske verdien av 337 sparte kvalitetsjusterte leveår har en samlet neddiskontert verdi på 223 millioner kroner, som tilsvarer en forventet gevinst på 21 200 kroner per barn som starter å motta hjelpetiltak.

Verdien av varig forbedrede oppvekstsvilkår

Barn vil også oppleve varig forbedring i omsorgssituasjonen som følge av at de har mottatt hjelpetiltak tidligere. Vi kan anta at dette gjelder en mindre andel enn de barna som opplevde en forbedring mens tiltakene pågikk. Det er grunn til å tro at enkelte foreldre vil kunne falle tilbake til ugunstige mønstre etter hjelpetiltakets bortfall.[54] La

[52] Fire leveår per barn, multiplisert med en helsetapsvekt på 0,13

[53] Det er ikke gitt hvordan QUALY-prisen ska justeres etter pris- og lønnsvekst. Siden den måler en betalingsvilje vil korrekt justering avhenge av inntektselastisiteten i etterspørselen etter livskvalitet. Vår enkle justering etter KPI-indeksen er derfor en forenkling.

[54] En av våre respondenter, fra en av de større barnevernstjenestene ville anslå at omtrent halvparten av foreldene endre atferd i forbindelse med hjelpetiltak.

oss derfor som eksempel legge til grunn at 5 prosent av barna som ikke plasseres opplever en forbedring i omsorgssituasjonen som tilsvarer det å slippe å leve med moderat angst. Dette vil da gjelde 362 av de 10 500 barna som hvert år starter med hjelpetiltak.

Dette har, gitt barnas alderssammensetning, en samlet neddiskontert verdi på 137 millioner, som tilsvarer en forventet verdi tilsvarende 13 000 kroner for hvert barn som starter med hjelpetiltak.

Redusert sykelighet for barnet i voksenlivet

Det er som beskrevet mange alvorlige helseproblemer assosiert med traumatiske barndomsopplevelser og det å ha bakgrunn fra barnevernet. Vi bør derfor kunne anta at enkelte av barna som får bedre oppvekstsvilkår gjennom at de mottar hjelpetiltak, også oppnår en bedre helse i voksen alder som en konsekvens av dette. Verdien av dette vil naturligvis avhenge av hvor mange individer det er snakk om, og alvorligheten i de lidelsene de skånes for som følge av hjelpetiltak.

Flere av helsetapsvektene i Tabell 7-3 er interessante å studere i denne sammenheng. Disse lidelsene er ikke nødvendigvis kroniske. Så selv om barn med barnevernsbakgrunn hyppigere lider av slike sykdommer, er det ikke nødvendigvis slik at det vil gjelde hele livet. Det er ikke alle mottakere av barnevernstiltak som vil få langsiktige negative helsekonsekvenser av mangelfulle oppvekstsvilkår, og det er heller ikke alle barna som vil få forbedret helse på lang sikt som følge av hjelpetiltak.

Som et illustrerende regneeksempel antar vi at 10 prosent av de barna som potensielt får sin omsorgssituasjon forbedret som følge av hjelpetiltak[55], i gjennomsnitt oppnår en livskvalitet som er 1 prosent bedre gjennom hele livet, enn det den ville vært uten hjelpetiltakene. Disse barna har i gjennomsnitt 72,7 gjenstående leveår på det tidspunktet de kommer inn i barnevernet. Dersom vi ser bort fra barndomsårene, tilsvarer nåverdien av denne bedringen i helsesituasjonen samlet sett kroner 75 millioner kroner, som innebærer en forventet besparelse per hjelpetiltaksbarn på 7 150 kroner per barn.

Redusert dødelighet

Dødelighet henger også sammen med helse. forhøyet dødelighet blant personer med barnevernsbakgrunn kan være forårsaket både av økt tilbøyelighet til risikoatferd, og til langsiktige negative helsekonsekvenser forårsaket av traumer i seg selv. Det er derfor grunn til å tro at hjelpetiltak vil kunne redusere begge faktorene.

Fra Tabell 3-1 så vi at 2 prosent av personer med barnevernsbakgrunn dør tidlig (mellom 18 og 41 år). Tilsvarende er det kun 0,7 prosent av normalbefolkningen som dør tidlig. Hvis vi legger til grunn disse anslagene også for barn og ungdom som mottar hjelpetiltak, vil 145 av de barna som årlig begynner å motta hjelpetiltak, og som vi forutsetter at kan oppleve bedre omsorg på grunn av hjelpetiltak, være døde ved 30 års alder.

Dersom vi legger til grunn at antallet døde ville vært 5 prosent høyere i fravær av hjelpetiltak tilsvarer dette en tidlig-dødelighet blant personer med barnevernsbakgrunn på 2,1 prosent i stedet for 2,0 prosent, og innebærer at hjelpetiltak skåner omtrent 7 av de 10 500 barna som årlig begynner med hjelpetiltak for en tidlig død. Disse sparte dødsfallene ligger i gjennomsnitt 21 år fram i tid for barn og ungdom som mottar hjelpetiltak, og nåverdien av denne besparelsen tilsvarer forventningsvis 13 000 kroner per barn som begynner å motta hjelpetiltak.

7.7.4 Økt produktivitet

Høyere fullføringsgrad i videregående skole

Som beskrevet er det rimelig å anta at hjelpetiltak kan påvirke læringsutbyttet og bidra til å øke fullføringsgraden av utdanning. Fullføringsgraden for videregående skole er kun 33,5 prosent blant voksne som tidligere har mottatt tiltak fra barnevernet, mot rundt 80 prosent i den øvrige befolkningen.

(Falch, et al., 2009) beregner produktivitetsgevinsten av fullføring av videregående til 716 000 neddiskonterte 2015-kroner. Da er økte samfunnskostnader til utdanning ved høyere fullføring inkludert.

Vi kan anta at fullføringsgraden blant personer med barnevernsbakgrunn ville vært enda noe lavere dersom tilbudet om hjelpetiltak ikke hadde eksistert. Dersom vi legger til grunn at den ville vært 30 prosent, innebærer dette at 254 av de barna som kommer inn i hjelpetiltak årlig, og som vi kan anta at får forbedret sin omsorgssituasjon av dette, fullfører videregående skole nettopp på grunn av hjelpetiltak.

Den forventede nåverdien av dette, per barn som kommer inn i hjelpetiltak i løpet av et år, er 17 300 kroner.

Mindre uførhet

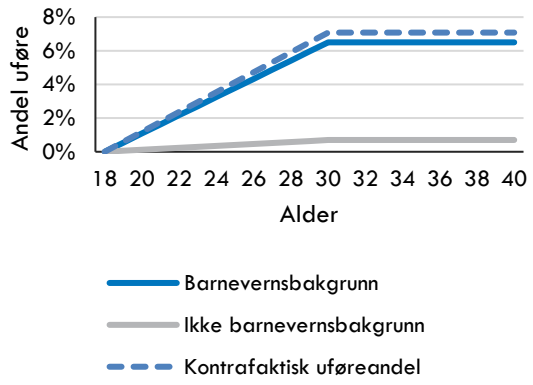
Personer med barnevernsbakgrunn er i større grad enn andre uføretrygdet i alderen mellom 18 og 41 år. Dette illustreres av de heltrukne linjene i figuren under[56].

Omtrent 30 prosent endre atferd noe, mens resten ikke var mulig å endre.

[55] Vi anslår at dette gjelder 7250 barn.

[56] Gjennomsnittlig uføreandel mellom 18 og 41 år er forutsatt å gjelde ved 30 års alder, og holde seg uendret til

Figur 7-8: Andel uføre etter alder blant tidligere mottakere av barnevernstiltak sammenliknet med øvrig befolkning



Kilde: (Backe-Hansen, et al., 2014), bearbeidet av Oslo Economics.

Dersom vi legger til grunn at gapet i uføreandel mellom barnevernsutvalget og sammenlikningsutvalget ville vært 10 prosent større om det ikke hadde vært for hjelpetiltakene, får vi et anslag på den kontrafaktiske uføreandelen blant tidligere mottakere av barnevernstiltak dersom de ikke hadde fått tilbud om hjelpetiltak. Videre legger vi til grunn at personer med barnevernsbakgrunn i gjennomsnitt tjener 80 prosent av medianlønn, og beregner den neddiskonterte verdien av produktivitetstapet som følge av uførhet blant tidligere mottakere av tiltak fra barnevernet i det faktiske og det kontrafaktiske tilfellet fram til barnet er 40 år. Differansen mellom disse vil utgjøre gevinsten av at hjelpetiltakene er i bruk. Vi forutsetter som i de øvrige analysene av gevinsten realiseres kun for de 7 250 barna som ikke blir plassert og ikke ville blitt det dersom hjelpetiltak ikke hadde eksistert. Når denne gevinsten fordeles på samtlige barn som kommer inn i barnevernet i løpet av et år, tilsvarer det en forventet produktivitetsgevinst på 36 200 kroner per barn.

7.7.5 Mindre kriminalitet

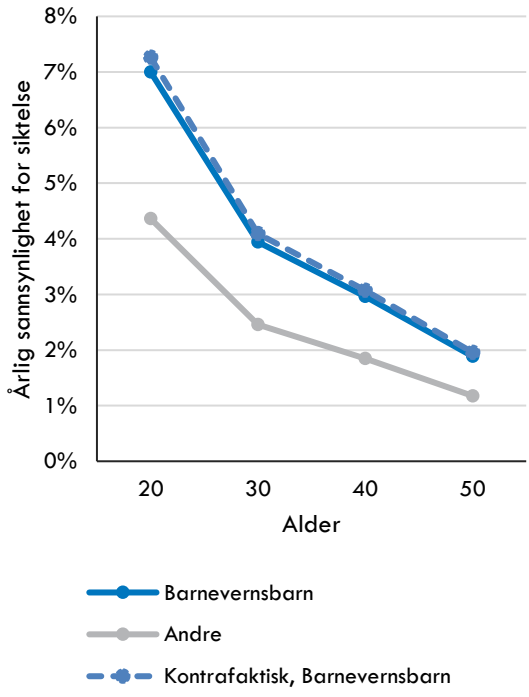
Det er også en forskjell mellom personer med barnevernserfaring og andre barn i kriminalitet, og risikoen for å bli siktet.

Bakke (2011) har beregnet de samlede årlige samfunnsøkonomiske kostnadene ved kriminalitet i Norge. Dersom vi ser bort fra verdien av det som er blitt stjålet og unndratt, som jo i streng forstand er en økonomisk omfordeling og ikke en samfunnsøkonomisk kostnad, er disse kostnadene på rundt 50 milliarder i året. Dette inkluderer skade på eiendom, utgifter til forebygging (alarmer, vakthold osv.), kriminalomsorg og rettspleie. Dette tilsvarer en årlig kostnad per siktede person på i gjennomsnitt 630 000 kroner, når vi ser hen til antallet personer som blir siktet årlig.

Clausen (2004) presenterer risiko for siktelser for ulike grupper av unge voksne med barnevernsbakgrunn, i løpet av en fireårsperiode. Risikoen varierer med saksgrunnlag. Barn som har opplevd mishandling har de høyeste sannsynlighetene for å bli siktet. Vi anslår, basert på angitt risiko for å bli siktet i løpet av fire år, hvordan den årlige risikoen er, og finner at også barn som har hatt «forhold i hjemmet» som saksgrunnlag har en høyere årlig risiko for siktelse sammenliknet med gjennomsnittsbefolkningen i samme aldersgruppe.

Nedre anslag for denne differansen er illustrert ved de heltrukne linjene i Figur 7-9 under. Vi antar her at det relative forholdet i risiko for siktelser, mellom personer med erfaring fra barnevernet og øvrig befolkning står seg gjennom livet. Kun nivåene i denne risikoen reduseres.

Figur 7-9: Anslag på årlig risiko for siktelse, tidligere mottakere av barnevernstiltak sammenliknet med gjennomsnittsbefolkningen



Kilde: (Clausen, 2004), bearbeidet av Oslo Economics

Dersom vi også her antar at dette gapet ville vært 10 prosent større om det ikke var for at gruppen med bakgrunn fra barnevernet hadde tilgang på hjelpetiltak, angir den stiplede linjen denne gruppens årlige risiko for siktelse dersom hjelpetiltak ikke hadde eksistert.

40 års alder. Uføreandelen ved 18 års alder er satt til null, og forutsettes å øke lineært fram til 30 års alder.

Fram til de barna som kommer inn i hjelpetiltak blir 40 år kan vi forvente å spare totalt 504 siktelser som følge av hjelpetiltakene. Den forventede neddiskonterte verdien av dette per hjelpetiltaksbarn er 15 100 kroner.

7.7.6 Oppsummering

Tabellen under oppsummerer verdsettingen av de eksemplifiserte gevinstene drøftet i de foregående avsnittene. Vi ser at selv med konservative eksempler på deleffekter vil den samlede verdien av dem bli relativt høy, og med stor grad av sannsynlighet oppveies de samfunnsøkonomiske kostnadene knyttet til gjennomføringen av dem.

Tabell 7-4: Eksempler på nytteeffekter av hjelpetiltak

Effekt	Verdi per barn
Reduserte plasseringer	31 125-135 300 kroner
Bedre oppvekst mens hjelpetiltak pågår	21 200 kroner
Bedre oppvekst også etter hjelpetiltaksperioden	13 000 kroner
Bedre helse i voksen alder	7 150 kroner
Redusert dødelighet	13 000 kroner
Høyere fullføring av videregående skole	17 300 kroner
Mindre uførhet	36 200 kroner
Mindre kriminalitet	15 100 kroner
Total verdi av gevinster i regneeksemplene	**141 075 - 227 190 kroner**

Kilde: Oslo Economics

Det er åpenbart mange usikkerhetsmomenter knyttet til analysen som her er gjort. Vi ser likevel at enkelte av effektene potensielt sett kan ha svært høy verdi, fordi de er av stor betydning for samfunnet.. Spesielt ser vi at effekten på plasseringer er av stor betydning for gevinstene. Antakelsene om effekt på livskvalitet og helse er også svært avgjørende. Dersom vi antar at vi påvirker livskvaliteten til noen flere hjelpetiltaksbarn, og eller på en noe sterkere måte, kan gevinsten bli langt høyere. Kun svært få sparte plasseringer innebærer betydelige besparelser.

Vår vurdering er at hjeltiltakene samlet sett er samfunnsøkonomisk lønnsomme. Dette resultatet understøtter verdien av tidlig innsats og forebygging.

Det er også et resultat vi vil ta med oss videre inn i de neste kapitlene, hvor vi vil diskutere om enkelte tiltak er mer lønnsomme enn andre, og under hvilke betingelser. Vi har, som vi skal komme tilbake til, forskningsmessig grunnlag til å si at enkelte tiltak tilfører mer verdi enn «treatment as usual». Dersom «treatment as usual» hadde vært samfunnsøkonomisk ulønnsomt ville vi ikke uten videre kunnet konkludert med at den samfunnsøkonomiske verdien av de andre tiltakene var positiv.

8. Nytte-kostnadsanalyse av statlige spesialiserte hjelpetiltak

Hjelpetiltak i hjemmet er i all hovedsak et kommunalt ansvar. Staten har ansvar for kun et begrenset antall hjelpetiltak som retter seg mot barn med atferdsvansker. I dette kapittelet skal vi gå nærmere inn på virkninger av tiltakene PMTO, FFT og MST. Vi skal deretter drøfte i hvilken grad det er hensiktsmessig at disse hjelpetiltakene forvaltes på statlig nivå fremfor kommunalt.

PMTO, FFT og MST er alle metoder som er utviklet i USA. I Norge har NUBU ansvar for opplæring og sertifisering av terapeuter som skal bruke disse metodene. MST og FFT gjennomføres av Bufetat etter forespørsel fra kommunene. Det er imidlertid Bufetat som avgjør om tiltakene er hensiktsmessige og skal anvendes i den enkelte sak, mens PMTO gjennomføres av terapeuter ansatt både i Bufetat, det kommunale barnevernet og BUP (nubu.no).

En årsak til at PMTO ble innført i Norge, var en manglende optimisme i behandlingsapparatet når det gjaldt barn og unge med atferdsvansker på 1990-tallet. Barna ble enten ikke tilbudt behandling, mottatt behandling innenfor psykisk helsevern, eller plassert i fosterhjem, barnevernsinstitusjoner eller spesialskoler (Askeland, et al., 2014). De første norske PMTO-terapeutene var utdannet i 2001. MST ble introdusert i Norge i 2000, og FFT i 2007.

8.1 Parent Management Training Oregon (PMTO)

8.1.1 Innholdet i programmet

Parent Management Training Oregon (PMTO) er en individuell behandlingsmodell beregnet for foreldre og foresatte til barn i alderen 3-12 år med alvorlige atferdsvansker, og som ofte kommer i konflikt med andre barn og voksne (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2016). PMTO benyttes også for barn som er plassert, og studier, blant annet Ogden & Amlund Hagen (2008), viser at behandlingen reduserer barnets atferdsvansker både hjemme og på skolen. PMTO ble utviklet på 1960-tallet, og de første norske terapeutene var ferdig utdannet i 2001 (Solholm, et al., 2005).

Programmet bygger på forståelsen av at manglende foreldreferdigheter, eller uhensiktsmessig oppdragelsespraksis, fører til et negativt preget samspill mellom foreldre og barn, som igjen bidrar til at barns atferdsproblemer oppstår eller forsterkes. Et viktig mål med PMTO-behandlingen er derfor å gjenopprette eller bygge et positivt og utviklingsstøttende forhold mellom barn og foreldre, samt å bryte negative samspillmønstre. Videre fokuseres det på å bygge opp selvtilliten til barnet, og at barnet skal lære å ta ansvar for egne valg og handlinger (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2016).

PMTO-terapeuten og foreldrene møtes gjennomsnittlig én gang i uken i en periode på 6-9 måneder (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2016). I familier med to foreldre tilstrebes det at begge foreldre deltar i veiledningen. Barnet kan være med i enkelttimer, men dette skjer relativt sjelden. I Ogden og Amlund Hagen (2008) sin studie var det gjennomsnittlige antall møter 26 for mødre, 14 for fedre og 2 for barna.

I PMTO-behandlingen blir foreldrene, gjennom praktiske øvelser, opplært i følgende ferdigheter (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2016):

- Å være oppmuntrende overfor barnet når det lærer nye ferdigheter og følger krav og fremsatte forventninger
- Gjenvinnelse av selvkontroll
- Å være konsekvente i forhold til normer og regler i familien
- Å svare med milde konsekvenser når barnet ikke følger regler og fremsatte forventninger
- Oppfølging og tilrettelegging av aktiviteter i og utenfor hjemmet

Veiledningsprogrammet følger fastlagte tema og har en planlagt progresjon. Kjernekomponentene tar utgangspunkt i forskningsbasert kunnskap om hva som motvirker antisosial atferd hos barn og unge: positiv involvering, oppmuntring av ferdigheter, problemløsning, tilsyn og grensesetting (Ogden, 2010). Foreldre og veileder formulerer og evaluerer spesifikke mål, og møtene veksler mellom diskusjon av erfaringer og øvelse på ferdigheter. Foreldrene følges opp med telefonsamtale mellom møtene.

8.1.2 Virkninger

Det er gjennomført én randomisert kontrollstudie i Norge, hvor PMTO sammenliknes med ordinære barnevernstjenester. 112 barn mellom 4 og 12 år ble 59 barn tilfeldig fordelt til behandling med PMTO (treatmentgruppen), og 53 til ordinære barneverntjenester (kontrollgruppen). Barna i kontrollgruppen mottok et aktivt og ansvarlig behandlingsopplegg: 10 barn mottok familieterapi, 6 mottok Marte Meo, 2 fikk atferdsterapi, og en stor gruppe (27) mottok «annen behandling». For seks

familier i kontrollgruppen manglet opplysninger om behandlingsform.

De 112 familiene hadde allerede kommet i kontakt med barnevernet på grunn av barnas atferdsvansker. Kriteriene for eksklusjon fra samplet var autisme eller utviklingsforstyrrelser hos barnet, dokumentert seksuelt misbruk, og foreldre i forvaring, med kognitive svekkelser eller psykopatologi, men ingen barn ble ekskludert på grunn av disse kriteriene. Barna i studien hadde alvorlige atferdsproblemer ved inntak, ifølge flere tester, og mellom 60 og 80 prosent hadde fått en eller flere diagnoser tidligere.

Studien ble gjennomført mellom 2001 og 2006.

(Ogden & Amlund Hagen, 2008) studerer utfall etter endt behandling, og (Ogden, et al., 2011) rapporterer resultater fra en oppfølgingsstudie ett år senere.

Behandlingskostnader

Foreldrene i PMTO-gruppen fikk flere timer med veiledning enn foreldrene i kontrollgruppen. For barna var det motsatt: Barna i PMTO-gruppen fikk færre veiledningstimer enn barna i kontrollgruppen. Samlet sett fikk PMTO-familiene likevel flere timer med veiledning enn det familiene i kontrollgruppen. Dette er illustrert i Tabell 8-1.

Tabell 8-1: Antall behandlingstimer per familie, betinget på behandling

Behandling	Gjennomsnittlig antall behandlingstimer
PMTO-gruppen	27,7 timer
Kontrollgruppen	20,4 timer

Kilde: (Ogden & Amlund Hagen, 2008)

Disse anslagene kan bidra med innsikt i behandlingskostnadene. Vi ser fra kapittel 6 at de samfunnsøkonomiske kostnadene per PMTO-tiltak beregnes til 61 600 kroner, hensyntatt både familiens tidsbruk og ressurser, inkludert skattefinansieringskostnader og foreldrenes tidsbruk. Fra Tabell 8-1 ser vi at samlet tidsbruk til behandling per familie i målgruppen for PMTO, behandlet med ordinære barnevernstiltak, er 74 prosent av tidsbruken til en familie som mottar PMTO. Alternativ behandling vil ha lavere samfunnsøkonomiske kostnader enn PMTO på grunn av dette, men også på grunn av at ordinære tiltak ikke har kostnader knyttet til en sentral enhet som NUBU, som bidrar til å øke gjennomsnittskostnaden per tiltak.

Kostnadene til NUBU utgjør 9,25 prosent av den gjennomsnittlige samfunnsøkonomiske kostnaden per tiltak. Dersom vi tar høyde for forskjellen i timebruk per behandling, og kostnadene knyttet til NUBU beregnes kostnaden for behandlingen til barna som fikk ordinære tiltak til 34 400 kroner. PMTO-behandling er altså 27 200 kroner dyrere enn behandling med ordinære tiltak.

Nytteeffekter

I studien fra 2008 måles andres vurderinger av barnet langs en rekke akser.

Child Behavior Checklist (CBCL): Denne skalaen måler foreldres vurdering av barnets fungeringsnivå, hvor 50 angir populasjonsgjennomsnittet. I dette prosjektet er følgende tre hovedakser inkludert:

- Eksternaliserende problem
- Internaliserende problem
- Totale problem

Teacher Report Form (TRF): Måler lærerens vurdering av barnets atferd. Har samme normering som CBCL.

SSRS Parent: Foreldres vurdering av samarbeid, ansvarlighet og selvkontroll

SSRS Teacher: Lærerens vurdering av samarbeid, og selvkontroll

Child compliance: Hvorvidt barnet føyer seg etter beskjeder gitt fra foreldrene

Child initiated negative chains: Hvorvidt barnet gjør noe ugreit, som setter i gang en kjede av negativ interaksjon med de voksne.

Flere aspekter ved foreldreferdigheter observeres, og gis score på: Disiplin, problemløsning, oppsyn (monitoring), positivt engasjement og oppmuntring.

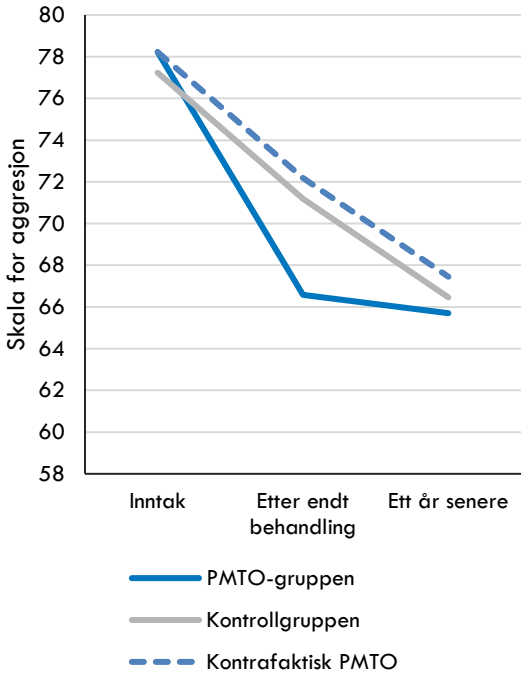
Umiddelbart etter behandling viser barna i PMTO-gruppen større nedgang i eksternaliserende atferd, og en større økning i lydighet, sammenlignet med kontrollgruppen. Foreldreferdighetene forbedres mer i PMTO-gruppen enn i kontrollgruppen, og lærerens vurdering av akademiske og sosiale prestasjoner øker mer i PMTO-gruppen enn i kontrollgruppen. De fleste av effektene er kun tilstede blant barn under åtte år.

Ett år etter endt behandling finner man noen positive effekter i familier med to foreldre, når det gjelder barnets problematferd og bedre sosial kompetanse, men effektene er avhengig av forskningsdesign og økonometrisk metode. Forfatterne selv konkluderer med at effektene av PMTO sammenliknet med ordinære tjenester på lang sikt er, om noe, beskjedne (Ogden, et al., 2011).

La oss se nærmere på effektene på barnets atferd, i første omgang effektene på aggresjon etter endt behandling og ett år senere, som rapportert i artikkelen fra 2011.

Barnas score på den normaliserte skalaen er gjengitt i Figur 8-1. Den grå linjen illustrerer utviklingen blant barn som mottok ordinære tiltak, mens den blå heltrukne illustrerer tilsvarende for barna i PMTO-gruppen. Den blå stiplede illustrerer hvordan utviklingen til barna i PMTO-gruppen ville vært dersom de hadde mottatt ordinære tiltak i stedet for PMTO. Differansen mellom de to blå linjene fanger opp den kausale effekten på aggresjon av å få PMTO fremfor ordinære tiltak. Effekten er signifikant etter endt behandling, men ikke ett år senere. Både PMTO og ordinære tiltak fører på sikt til en like sterk reduksjon i aggresjon, men PMTO løser problemet raskere enn ordinære tiltak.

Figur 8-1: Score på CBCL Ext ved inntak og etter endt behandling, etter behandlingsform



Kilde: (Ogden & Amlund Hagen, 2008)

Hva er så den økonomiske verdien av at disse problemene løses raskere med PMTO enn ordinære tiltak? Siden effekten er målt på en standardisert skala er det ikke mulig å anslå hva det vil bety for et barns atferd, å score 66,6 på denne skalaen i stedet for 72.

Som beskrevet over, har eksternaliserende atferd det kjennetegnet at det har store eksterne virkninger: Det påvirker mange flere enn barnet selv og den nærmeste familie. Derfor kan vi forsøke å eksemplifisere hvilke effekter som skal til for at det skal lønne seg å bruke 27 200 kroner mer på et barn ved å tilby PMTO fremfor ordinære barnevernstjenester.

Det at PMTO løser problemet raskere har en verdi. I løpet av den perioden barna som finn PMTO har lavere grad av problematferd enn andre barn, realiseres samfunnsøkonomiske gevinster av PMTO. La oss eksemplifisere hva verdien av disse gevinstene kan være.

Barn i målgruppen for PMTO er i barneskolealder, og som beskrevet over kan eksternaliserende atferd og aggresjon gjerne gå utover omgivelsene, for eksempel læringsmiljøet i klassen sin. Hva er så den samfunnsøkonomiske kostnaden ved redusert læringsutbytte i en klasse? La oss eksemplifisere dette ved å legge til grunn at ett barn gjennom sin atferd forringer læringsmiljøet i så stor grad i enkelte skoletimer, at ingen barn oppnår læringsutbytte av disse timene. Videre antar vi at klassetimer uten læringsutbytte blir kompensert for, ved at barnet setter seg ned med foreldrene tilsvarende lenge på fritiden, for å ta igjen den tapte læringen..

Vi antar at det går 25 barn i hver skoleklasse, i gjennomsnitt. En tapt skoletime fører altså til at 50 fritidstimer må brukes, for å ta igjen den tapte læringen. Dersom vi legger til grunn en kostnad per time fritid på 176 kroner, kan altså kostnaden per tapte skoletime verdsettes til 8 800 kroner. Tre tapte skoletimer verdsettes til 26 400 kroner.

Dersom et PMTO-barn i løpet av de 18 månedene hvor de er mindre aggressive enn de ville vært dersom de skulle ha mottatt ordinære tiltak ødelegger tre færre skoletimer enn de ville ha gjort med ordinære hjelpetiltak, er altså ekstrakostnaden ved PMTO rettferdiggjort gjennom at kostnadsbesparelsene gjennom bedret læringsutbytte i klasserommet oppveier det at PMTO er dyrere enn andre tiltak.

En alternativ måte å verdsette denne fremskyndede bedringen som følge av PMTO-behandling kan være å betrakte aggresjon og eksternaliserende atferd som en lidelse som forringer livskvaliteten til barnet som har denne lidelsen.

En effekt på fem poeng på en slik standardisert T-skala som her er anvendt, tilsvarer også en effekt på et halvt standardavvik. Ett standardavvik opp fra gjennomsnittet på en slik skala regnes ifølge NUBU som klinisk nivå. Den lidelsen som i størst grad ligner på aggresjon av klinisk grad vil etter innspill fra NUBU kunne være «conduct disorder,», med en beregnet helsetapsvekt på 0,24. En effekt på et halvt standardavvik like etter endt behandling kan dermed betraktes som en helsegevinst med vekt på 0,12. Videre legger vi til grunn at helsegevinsten øker linecært fra 0 til 0,12 i løpet av de seks månedene behandlingen pågår, og at den tilsvarende faller mot 0 18 måneder etter påbegynt behandling (da er ikke

PMTO-barna lenger mindre preget av eksternaliserende atferd enn kontrollgruppen. Verdien av denne midlertidige helsegevinsten ved bruk av PMTO vil dermed kunne settes til 56 340 kroner per tiltak.

Disse anslagene er usikre, men bidrar til å belyse at selv en liten og kortvarig gevinst i form av redusert problematferd kan innebære store besparelser for samfunnet. Vi behandler denne effekten som en ikke-prissatt effekt[57], og vurderer betydningen for samfunnet av denne effekten til å være stor, og omfanget av effekten til til å være liten positiv.

Vi ser av resultatene at gevinstene ved PMTO først og fremst gjør seg gjeldende blant barn under 8 år. Vårt inntrykk fra intervjuene er at PMTO er et tiltak som først og fremst brukes på barn under åtte år allerede i dag, selv om målgruppen til tiltaket er avgrenset oppad til barn under 12 år. Denne praksisen kan gjenspeile at barnevernstjenestene har fanget opp at tiltaket synes å være mindre effektivt blant eldre barn.

Formålsrigiditet

En av våre informanter, som i intervjuet ga uttrykk for en viss skepsis til PMTO, forklarte dette med at PMTO kan være uhensiktsmessig rigid. Dette handler ikke først om fremt om de aktivitetene som skal gjennomføres i tiltaket. Tiltaket legger kun opp til ett møte i uken. Vår informant oppfattet en rigiditet i formål heller enn i intervensjon. Vedkommende vurderte det slik at PMTO legger uheldige føringer på hvilken mestringsstrategi familien skal tilordne seg, og at de verktøyene familien lærer seg gjennom PMTO ikke nødvendigvis er de beste i alle sammenhenger.

> *«Valg av mestringsstrategi bør tilpasses den enkelte familie, basert på det som allerede er familiens styrker og svakheter. Gode familieterapeuter vil være i stand til å identifisere styrker og svakheter i dynamikken i den enkelte familie.»*

Denne informanten opplever altså at føringene i PMTO kan stå i veien for den gode familieterapeutens utøvelse av skjønn. Dette er et interessant poeng, som trolig vil gjelde hvordan flere av de strukturerte tiltakene oppfattes. Det vil helt sikkert være slik at enkelte terapeuter gjør en bedre jobb uten «manual». Et manualbasert program vil likevel kunne bidra til å sikre et nivå på tjenestene som i gjennomsnitt, alle terapeuter tatt i betraktning, bidra til å løfte kvaliteten på barnevernets arbeid.

Dette illustrerer at effekVurderingen av denne effekten, og av om den overhodet er relevant vil i stor grad avhenge av faglig perspektiv i barnevernsarbeidet. Vi velger derfor å ikke ta hensyn til den i oppsummeringen under.

8.1.3 Vurdering av samfunnsøkonomisk lønnsomhet

Vi har i dette delkapittelet vist at PMTO koster mer enn alternative tiltak. Samtidig har PMTO gevinster knyttet til seg gjennom at problemer reduseres raskere enn ved annen behandling. Vår vurdering er at PMTO etter all sannsynlighet er samfunnsøkonomisk lønnsomt sammenliknet med andre tiltak, når det gis til barn i målgruppen for tiltaket. Tiltaket er anslagsvis 27 200 kroner dyrere enn alternativ behandling. Denne ekstrakostnaden oppveies trolig av de midlertidige gevinstene. For eksempel tilsvarer de kostnadene knyttet til tre spolerte klassetimer i løpet av de 18 første månedene etter påbegynt behandling. Helsegevinsten for selve barnet i løpet av denne perioden tilsvarer det dobbelte av de ekstra behandlingskostnadene. Basert på disse resultatene vil derfor være samfunnsøkonomis ulønnsomt å fjerne PMTO som tilbud. De barna som i dag er i målgruppen for PMTO bør fortsette å ha dette tilbudet.

De identifiserte effektene er sammenfattet i tabellen under[58].

Tabell 8-2: Effekter av PMTO sammenliknet med «treatment as usual»

	PMTO
Tiltakskostnad - besparelser	-27 200 kr
Raskere reduksjon av eksternaliserende atferd	+/++

Merknad: «Treatment as usual» er definer som null-alternativet. Verdiene beskriver derfor PMTO sammenliknet med «treatment as usual».

8.2 Multisystemisk terapi (MST)

8.2.1 Innholdet i programmet

Multisystemisk terapi (MST) er et strukturert familie- og nærmiljøbasert behandlingsopplegg for ungdom i alderen 12-18 år, som i Norge tilbys av Bufetat. Barneverntjenesten i kommunen, eller bydelen familien bor i, som kan søke om MST-behandling for barnet

[57] Se kapittel 2 for en beskrivelse av denne metoden.
[58] Se kapittel 2.1 for forklaring av konsekvensmatrise for ikke-prissatte virkninger

eller ungdommen.[59] Tiltaket kan i flere tilfeller være et alternativ til plassering utenfor hjemmet. Programmet ble utviklet på 1970-tallet i USA med kriminelle ungdommer som målgruppe. Senere er MST blitt benyttet overfor en videre målgruppe, som ungdom med atferdsvansker, rusproblemer, problemer på skolen, psykiske vansker eller som har venner med dårlig innflytelse (Löfholm, et al., 2009).

MST bygger på en sosialøkologisk og familiesystemisk forståelse, og på forskning om årsaker og mekanismer til alvorlige atferdsvansker hos barn og unge. Familien og foreldrene står i fokus for behandlingen, men hjelpetiltaket retter seg også mot andre viktige systemer som ungdommen er en del av, slik som skolen og vennskapsrelasjoner til jevnaldrende.

For å redusere ungdommens atferdsvansker og styrke deres prososiale fungering er innsatsen, ifølge NUBU (2016), rettet mot å:

- Styrke familiens samhold og omsorg for hverandre
- Styrke foreldrenes oppdragelsespraksis
- Gjenopprette kontakt med positive venner og øke ungdommens deltakelse i positive fritidsaktiviteter
- Hindre kontakt med negative miljøer, ut fra kunnskap om at atferdsproblemer "smitter"
- Bedre ungdommens prestasjoner i skolen eller arbeidslivet
- Styrke kontakten mellom familien og omgivelsene, dvs. det sosiale nettverket, skolen, fritidsaktiviteter og det offentlige tjenestetilbudet
- Sette familien i stand til å løse framtidige problemer

MST-behandlingen er organisert i team på tre til fire terapeuter. Hvert team følger opp tre til seks familier samtidig. Ifølge (Atferdssenteret, 2016) var det 21 MST-team i Norge i 2015.

Behandlingen skjer først og fremst i familiens hjem, men også på skolen eller i nabolaget. MST-terapeuter skal hjelpe foreldrene, men er ikke ment å overta deres ansvar og oppgaver. Behandlingen er vanligvis tidsavgrenset til 3-6 måneder, men kan også avsluttes tidligere hvis målene for behandlingen er nådd (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2016). I behandlingsperioden er MST-teamet tilgjengelig 24 timer i døgnet, sju dager i uka. Familien har derfor mulighet til å kontakte MST-terapeuten når de måtte ønske dersom det er behov for dette. Behandlingen skreddersys for den enkelte familie, det settes opp konkrete mål for arbeidet og det avtales hvordan målene skal nås.

8.2.2 Virkninger

Det er gjennomført én randomisert studie av MST i Norge. Ogden og Halliday-Boykins (2004) studerer effekter omtrent seks måneder etter påbegynt behandling, mens Ogden & Amlund-Hagen (2006) undersøker effekter to år etter behandling.

100 barn med alvorlig grad av antisosial atferd ble tilfeldig tildelt enten MST eller det som kalles ordinære barnevernstjenester.

Seks måneder etter påbegynt behandling, scoret MST-barna signifikant lavere på internaliserende atferd[60], marginalt lavere på eksternaliserende atferd[61], høyere på sosial kompetanse, og signifikant flere av MST-barna bodde hjemme, og var altså ikke plassert i fosterhjem. Studien fant ikke signifikante effekter på graden av familiens fungering, som fanger opp to hovedaspekter ved dynamikken i en familie: varme og struktur. Varme må kunne sies å fange opp emosjonelle familieferdigheter, mens struktur fanger opp praktiske familieferdigheter.

To år etter studiens oppstart finner forfatterne at det fremdeles er færre plasseringer blant MST-barna enn blant barna i kontrollgruppen, men forskjellen er signifikant kun for guttene i utvalget. De unge i MST-gruppen rapporterer en større nedgang i mindre lovbrudd enn de unge i kontrollgruppen. Foreldre vurderer problem knyttet til internaliserende atferd å være mindre, og lærerne vurderer både internaliserende og eksternaliserende atferd å være mindre i MST-gruppen, sammenliknet med i kontrollgruppen.

Sannsynligheten for å bo hjemme, målt på ulike tidspunkt, gir relevant informasjon både om hva som benyttes som alternativt behandlingsopplegg for barn som ikke har tilgang til MST, og om *effektene* av behandlingen. På gruppenivå var sannsynligheten for å bo hjemme seks måneder etter påbegynt behandling, som illustrert i Tabell 8-3.

[59] I Oslo kommune har den kommunale etaten (Barne- og familieetaten) hatt ansvar for de spesialiserte hjelpetiltakene. På grunn av lav etterspørsel fra bydelsbarnevernet, har etaten nedlagt tilbudet om MST.

[60] Angst, depresjon og tilbaketrekking (Nøvik, 2000)
[61] Aggressiv og regelbrytende atferd (Nøvik, 2000)

Tabell 8-3: Andel av barna som bor hjemme, gitt at de bodde hjemme ved studiens start

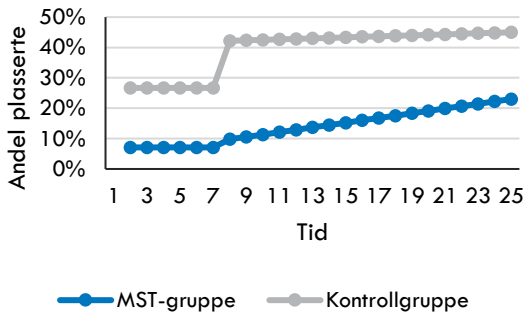
	Mottakere av ordinære barnevernstjenester	Mottaker e av MST
Størsteparten av de seks månedene etter oppstart/inngang til studien	73,3 %	92,9 %
Seks måneder etter påbegynt behandling	58,1 %	90,6 %
To år etter påbegynt behandling	55 %	77 %

Kilde: Ogden & Halliday-Boykins (2004) og Ogden & Amlund-Hagen (2006)

Det er klare forskjeller i andelen som bor hjemme, ut fra hvilken behandling de har mottatt. Blant barn som mottok ordinære barneverntjenester, bor i underkant av 60 prosent hjemme seks måneder inn i studien, og 73 prosent har bodd hjemme mesteparten av seksmånedersperioden de ble fulgt opp. Til sammenlikning bodde 90 prosent av MST-ungdommen hjemme seks måneder etter studiens oppstart, og omtrent 93 prosent hadde bodd hjemme størsteparten av seksmånedersperioden. To år etter behandlingsoppstart bodde 77 prosent av MST-barna hjemme, mens tilsvarende andel for kontrollgruppen var 55 prosent.

Vi antar at barn som ikke bodde hjemme var plassert, enten i fosterhjem eller institusjon, og at det er en linecær utvikling av plasseringssannsynligheten mellom målepunktene seks måneder etter, og 24 måneder etter studiens oppstart. Figur 8-2 illustrerer da andelen som var plassert, blant kontrollgruppen og MST-gruppen de to første årene etter behandlings-oppstart, for den gruppen som ikke var plassert ved studiens begynnelse.

Figur 8-2: Andel barn som er plassert, betinget på om de har mottatt MST-behandling eller ordinære barnevernstiltak



Kilde: Oslo Economics, basert på Ogden & Halliday-Boykins (2004) og Ogden & Amlund-Hagen (2006)
Legger til grunn linecær utvikling mellom målepunktene ved hhv. måned 6 og måned 24, og konstant andel de første seks månedene

Vi vil nå benytte disse forskjellene i plasserings-sannsynligheter over tid, til å anslå følgende verdier:

- Den forventede forskjellen i pris mellom MST og alternative behandlingsløp
- Verdien av at MST forebygger plasseringer

Forskjeller i plasseringsandeler de første seks månedene etter behandlingsoppstart vil trolig reflektere ulike behandlingsopplegg

Det at MST-barn i større grad enn barn som mottok ordinære tjenester bodde hjemme i løpet av de seks månedene etter studiens oppstart, kan reflektere at institusjonsopphold er en alternativ behandlingsform til MST. Behandling ved en atferdsinstitusjon vil innebære at barnet ikke bor hjemme mens behandlingen pågår. Forskjellen mellom gruppene vil derfor trolig fange opp ulikheter i behandlingsopplegg som sådan, heller enn *effekter* av ulike behandlingsopplegg. Det er ikke overraskende at kontrollgruppen i studien i større grad enn MST-gruppen er plassert, siden et opphold ved en atferdsinstitusjon i mange tilfeller er et substituerende behandlingsopplegg til MST.

Alle barn i målgruppen for MST skal falle inn under atferdsparagrafen i barnevernsloven. Dette skal altså være ungdom som per definisjon er blitt vurdert til å behøve en institusjonsplass. Man kunne derfor forvente at en relativt stor andel av de barna som ikke mottok MST, fikk behandling ved en institusjon. Den relativt høye andelen av kontrollgruppen, 73,3 prosent, som i hovedsak har bodd hjemme de seks først månedene etter studiens oppstart, vitner imidlertid om at dette ikke er tilfelle. Det var maksimalt 26,7 prosent av barna i kontrollgruppen som hadde institusjonsplassering som alternativ behandling til MST. Vi ser at også en viss andel av barna som mottok MST også bodde størsteparten av tiden de seks månedene etter oppstart av MST utenfor hjemmet. Dette kan

omfatte barn som avsluttet MST og gikk over til behandling i institusjon, for eksempel fordi MST ikke førte fram. Det kan også gjenspeile at enkelte barn ble flyttet i fosterhjem underveis i behandlingsforløpet. La oss, på samme måte som for kontrollgruppen, slå fast at maksimal andel av MST-barna som mottok behandling ved institusjon var på 8,2 prosent.

Bufdir (2016) anslår at MST-behandlingen koster omtrent 1 500 kroner per dag, som tilsvarer en månedlig pris på 45 000 kroner. Gjennomsnittlig pris per døgn i statlige institusjoner er, basert på tall fra Bufdir (2015) sin aktivitetsrapport og årsrapport, estimert til 10 576 kroner[62]. Dette tilsvarer en månedlig pris for et institusjonsopphold på 317 288 kroner. Vi antar videre at barna i kontrollgruppen som er plasserte mottar behandling ved atferdsinstitusjon, mens de i kontrollgruppen som ikke er plasserte mottar ordinære hjelpetiltak i hjemmet. De månedlige gjennomsnittlige behandlingskostnadene ved hjelpetiltak gitt til barn som bor hjemme er beregnet til 5 020 kroner. Denne størrelsen er trolig ikke representativ for barn i målgruppen for MST. Det er grunn til å tro at barn som tilfredsstiller inntakskriteriene for MST får en mer intensiv oppfølging med hjelpetiltak enn gjennomsnittet, og anslaget gir derfor et konservativt anslag på prisdifferansen mellom MST-behandling og alternative behandlingsforløp. Vi legger derfor til grunn en månedlig pris på hjelpetiltak i hjemmet som ligger på det dobbelte av hva gjennomsnittsmottakeren får.

Dersom denne antakelsen legges til grunn, vil forventet månedlig behandlingskostnad for barn som får tilbud om MST være 64 332 kroner, mens tilsvarende dersom ordinære tiltak benyttes er 92 075 kroner.

En innvending mot de forutsetninger som er gjort er at dette eksperimentet ble gjennomført tidlig på 2000-tallet. Mønstrene for substitusjon mellom institusjons-behandling og MST kan ha endret seg siden den gang. Vi har vært i kontakt med forskere ved NUBU, som anslår at så mange som 70 prosent av barna som i dag mottar MST-behandling ville ha hatt et opphold ved institusjon dersom MST ikke hadde vært tilgjengelig. Dersom dette tallet legges til grunn stiger den månedlige behandlingskostnaden for kontrollgruppen til 211 290 kroner.

Akkumulert over en seks måneders behandlings-periode er altså merkostnadene med et ordinært behandlingsopplegg sammenliknet med MST beregnet til 166 000 kroner dersom vi legger til grunn det lave anslaget på substitusjon mellom MST og behandling ved atferdsinstitusjon, og 964 686 kroner dersom NUBUs anslag på substitusjon benyttes. Det kan i tillegg framholdes at et behandlingsløp ved en atferdsinstitusjon vanligvis vil vare noe lengre enn 6 måneder. Ifølge Bufdir (2015) sin aktivitetsrapport for 2015 var gjennomsnittlig oppholdstid ved institusjoner ved avsluttet opphold 335 dager, som tilsvarer 11 måneder.

Uavhengig av hvilke forutsetninger som legges til grunn fremstår det som rimelig å konkludere med at MST er et rimeligere behandlingsopplegg enn ordinær behandling. Gitt at nytteeffektene av MST ikke er betydelig lavere enn ordinære tiltak, kan man altså på bakgrunn av dette hevde at MST er et kostnads-effektivt tiltak, i betydningen at et hadde vært samfunnsøkonomisk ulønnsomt å fjerne MST som tilbud til de som i dag faller inn under målgruppen for hjelpetiltaket.

MST forebygger plasseringer på sikt

Figur 8-2 viser at også i perioden mellom 6 og 24 måneder etter behandlingsoppstart, er andelen plasserte barn lavere i MST-gruppen sammenliknet med i kontrollgruppen. Siden mange behandlings-former vil være avsluttet etter 6 måneder, kan denne forskjellen illustrere at MST bidrar til å forebygge plasseringer i større grad enn det ordinære hjelpetiltak gjør.

Dersom forskjellen i plasseringer skal tolkes som et resultat av behandlingen, bør vi ta høyde for at plasseringsformen kan variere. Den inkluderer ifølge studien både fosterhjem, institusjonsplasseringer og sykehus. Vi kunne antatt at fordelingen av plasseringer i både MST-gruppen og kontrollgruppen tilsvarer fordelingen mellom institusjonstiltak og fosterhjems-tiltak per 31. desember 2015, det vil si 90 prosent av mer-plasseringene antas å være til fosterhjem, og 10 prosent til barneverninstitusjon. På grunn av disse ungdommenes alder og problematikk er det imidlertid sannsynlig at hyppigheten av institusjonsplasseringer er høyere enn for barn med barnevernsbakgrunn i gjennomsnitt. Vi legger derfor til grunn en fordeling mellom institusjon og forsterkede fosterhjem på henholdsvis 30 prosent og 70 prosent. Videre legger vi til grunn at et forsterket fosterhjem har en månedspris tilsvarende 41 785 kroner[63], og institusjonsplasseringer har en månedspris lik 317 288 kroner. Den forventede månedlige prisen for en plassering blir dermed beregnet til 124 000 kroner.

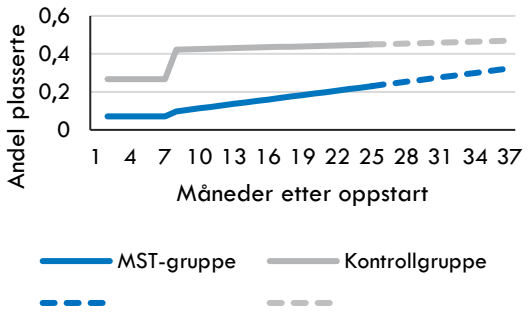
Et spørsmål er selvfølgelig; hvor mange måneder fram i tid etter påbegynt MST-behandling kan man regne

[62] I 2015 var driftsutgifter til statlige institusjoner på 1,49 milliarder kroner og det var 140 959 oppholdsdager

[63] Anslaget er basert på at kommunene betalte en egenandel ved refusjon for utgifter til forsterkning av fosterhjem på 30 600 kroner per måned i 2015. Ifølge Bufdirs årsrapport hadde Bufetat utgifter til forsterkede fosterhjem på 373,6 millioner kroner fratrukket refusjoner. Gitt 1 022 175 oppholdsdager gir dette et estimat på 11 185 kroner i utgifter per måned til forsterkede fosterhjem, som kommer i tillegg til kommunenes egenandel.

med gevinster gjennom reduserte plasseringer? Dette vil avhenge av alderen til MST-barna i det de kommer inn i studien. I den randomiserte studien som ble gjennomført i Norge var barna i underkant av 15 år gamle i gjennomsnitt da de kom inn i studien. Dette taler for at plassering av barna kan forekomme i inntil 36 måneder etter behandlingsoppstart. Vi ser i Figur 8-2 at andelen plasserte i kontrollgruppen og MST-gruppen nærmer seg hverandre over tid. Dersom vi ekstrapolerer kurvene i 12 måneder til, blir mønsteret som illustrert i figuren under.

Figur 8-3 Andelen plasserte i MST-gruppen og kontrollgruppen



Kilde: (Ogden & Halliday-Boykins, 2004), (Ogden & Amlund-Hagen, 2006)

Den akkumulerte summen av plasseringskostnader fra og med måned 7 til og med måned 36 i MST-gruppen beregnes til 367 000 kroner, mens den i kontroll-gruppen anslås til 976 000 kroner. For hvert barn som mottar MST i stedet for ordinære tiltak, spares altså anslagsvis rundt 776 000 kroner i fremtidige plasseringskostnader, siden MST forebygger plasseringer i større grad enn det ordinære tiltak gjør.

MST fører til bedre psykisk helse og sosial kompetanse

Ogden og Halliday-Boykins (2004) finner også at MST-gruppen fører til en signifikant større reduksjon i internaliserende atferd, og til signifikant høyere sosial kompetanse, sammenliknet med ungdommene som mottar ordinære tiltak. Dette gjelder også to år etter påbegynt behandling. De finner imidlertid ikke en signifikant effekt på eksternaliserende atferd, eller grad av fungering i familien. Utfallene er målt etter endt behandling. Effektmålene er utfordrende å verdsette, siden målene er standardiserte. Resultatene tyder imidlertid på at MST har positive effekter på psykisk helse for barnet, og på barnets evne til å knytte relasjoner og opptre sammen med andre mennesker. Dette vil være av stor betydning for barnet selv, og kan også innebære høyere grad av tilpasning og produktivitet senere i livet. Vi vurderer betydningen av dette for samfunnet til å være middels, og effekten til å være liten positiv.

MST fører til mindre kriminalitet

I oppfølgingsstudien rapporterer også ungdommene graden av småkriminalitet. MST-ungdommene har en signifikant sterkere nedgang i småkriminell atferd sammenliknet med kontrollgruppen. Det er usikkert hva som legges i småkriminalitet, og det er også utfordrende å tolke slike skalaer. Vi vet imidlertid at atferdsproblematikk gjerne vedvarer, og at det å få bukt med småkriminalitet i ung alder potensielt kan innebærer at man forhindrer en kriminell løpebane på lenger sikt. Vi vurderer derfor betydningen av denne reduksjonen for samfunnet til å være middels, og omfanget av effekten til å være liten positiv.

Flertallet av informanter i barnevernet opplever MST som et godt tiltak, men enkelte uttrykker en skepsis

Flertallet av informantene våre i det kommunale barnevernet som har erfaring med og tilgang til MST, uttrykker at de er fornøyde med MST, og oppfatter det som et godt og effektivt tilbud.

En informant uttrykker likevel at noen familier kan oppfatte MST som ubehagelig på grunn av det terapeutiske tilsnittet fordi det kan opplevess som en sykeliggjøring som oppfattes ubehagelig.

En annen informant forteller at de ofte har opplevd å bli avvist av Bufetat dersom de henvender seg dit med en familie de oppfatter som aktuelle. Dette har ført til at de over tid har redusert sin etterspørsel etter MST.

Disse innvendingene til tross: Hovedbildet er at MST vurderes som et godt tilbud av flertallet av våre informanter.

Tvil om langsiktige effekter av atferdsfokus

I diskusjonen med informantene om MST, berørte vi også til tider problemstillinger som ser ut til å være relativt fundamentale innenfor psykologien og barnevernsfaget.

De som er skeptiske til MST begrunner dette med at de opplever at metoden har et for stort fokus på selve atferden til barnet. De forstår atferden som et symptom på at barnet er utrygt og kanskje traumatisert. Atferden munner ut av mentale skjema, og uheldige tankemønstre, som har fått utviklet seg gjennom mange år med utrygge og dels traumatiske opplevelser, som siste ledd i en virkningskjede. De oppfatter da at det viktigste er å sørge for at barnet er trygt, og deretter jobbe med de mentale kartene som i neste om gang er med og genererer problematiske atferdsmønster. En av informantene uttalte følgende i Case- diskusjonen om MST kunne være et egnet tiltak for Arne på 15 år (Se kapittel 10):

«MST kan bli aktuelt dersom moren kan lære å bli mer sensitiv, men først og fremst trenger Arne å bli møtt på traumene sine. Disse barna trenger ikke konsekvenser. Vi må begynne med å finne ut hva som er vondt.»

Før man kan begynne å sanksjonere Arnes atferd, bør man altså, ifølge denne informanten, sørge for at han er trygg, at han forstår hva han har vært gjennom og hva det har gjort med han, og at han kan se sine egne reaksjonsmønstre. Deretter vil atferden kunne bli regulert.

Et annet perspektiv det gis uttrykk for gjennom intervjuene er at en regulering av symptomene, altså atferden i seg selv, kan være effektivt og hensiktsmessig. En bedre regulert atferd vil føre til at omgivelsene responderer annerledes på barnet. Omgivelsenes forventninger til barnet, og feedbacken barnet opplever fra omgivelsene vil gradvis endres. Dette kan bidra til å snu spiraler av negative responser, og etter hvert bidra til at barnets selvforståelse endres. Endret atferd kan altså endre barnets tanker om seg selv og omgivelsene.

Det er på sett og vis en konflikt mellom to ulike modeller for endring: Skal man starte med følelsene og tankene, eller med atferden. Disse modellene er selvfølgelig en forenkling, og ingen av metodene som brukes i dag er materialiseringer av enten den ene eller den andre forståelsen. MST fokuserer også på følelser og tankemønstre i tillegg til atferd. Likevel, deler av skepsisen mot MST hos enkelte av informantene ser ut til å bunne i en forståelse av at metoden fokuserer for mye på konsekvenser og regulering av atferd, og for lite på å endre de mentale skjemaene som er med og genererer den uheldige atferden. Dersom man ikke jobber tilstrekkelig med de mentale skjemaene vil man, ifølge et slikt perspektiv, gjerne se tilbakefall over tid: Man får ikke løst opp i det som er kjernen i problemet. En av våre informanter gir uttrykk for dette:

«Det er vanskelig å få til langsiktig endring med MST»

Denne debatten er ikke begrenset til hjelpetiltak i barnevernet. Den gjenspeiler etter hva vi forstår ulike faglige perspektiver i psykologifaget. Vi velger å ikke vurdere denne eventuelle effekten i denne sammenhengen. Det kan imidlertid påpekes at hvilke metoder som er best på lang sikt fremstår som omdiskutert, og at en ny oppfølgingsstudie av ungdommene som deltok i den randomiserte MST-studien hadde vært interessant for å belyse problemstillingen om hvilken modell for endring som gir best effekt over tid.

Det er selvfølgelig utfordrende og ressurskrevende å følge opp disse eksperimentene såpass mange år etter gjennomføring. En strategi kunne likevel være å utnytte det at vi i Norge har mulighet til å koble sammen og studere en stor mengde av administrative registerdata til forskningsformål. Dersom man kjenner identiteten til de personene som i sin tid deltok i studien, kunne man ved hjelp av data fra ulike registre for eksempel studert om kontrollgruppen og forsøksgruppen har ulik sykelighet, dødelighet, deltakelse i yrkeslivet, og kriminelle rulleblad.

Gitt utvalgets lille størrelse vil nok personvernlovgivningen kreve samtykke fra forsøkspersonene, men det vil likevel vært mindre ressurskrevende enn å gjennomføre en testing av samtlige individer, tilsvarende det som ble gjennomført i oppfølgingsstudien. En registerdatabasert oppfølgingsstudie vil selvfølgelig innebære at man går glipp av sentrale aspekter ved fungering og helse. De utfallene det er mulig å måle ved hjelp av administrative registre vil likevel kunne bidra til å belyse viktige aspekter ved de ulike metodenes langsiktige effekter.

8.2.3 Vurdering av samfunnsøkonomisk lønnsomhet

Resultatene i denne analysen tyder på at det å gi MST til de barna som i dag er i målgruppen for dette tiltaket, er samfunnsøkonomisk lønnsomt. Tiltaket har lavere behandlingskostnader enn behandling med ordinære tiltak. Dette er først og fremst drevet av at mange barn som ikke mottar MST mottar behandling ved institusjon i stedet.

MST ser også ut til å gi høyere forebygging av fremtidige plasseringer enn ordinære barnevernstiltak. Verdien av disse besparelsene er på anslagsvis 775 000 kroner per barn som mottar MST.

I tillegg ser vi sterkere positive effekter på lovbrudd og internaliserende atferd, både på kort sikt (umiddelbar etter avsluttet behandling) og på lenger sikt (to år).

Effektene er sammenfattet i tabellen under[64].

[64] Se kapittel 2.1 for forklaring av konsekvensmatrise for ikke-prissatte virkninger

Tabell 8-4: Effekter av PMTO sammenliknet med «treatment as usual»

	MST
Tiltakskostnad – besparelser	166 000 kroner
Plasseringskostnad senere - besparelser	776 000 kroner
Bedre psykisk helse og sosiale ferdigheter	0/+
Mindre småkriminalitet	0/+

Merknad: «Treatment as usual» er definert som null-alternativet. Verdiene beskriver derfor MST sammenliknet med «treatment as usual».

Vår vurdering er derfor at det ville vært samfunnsøkonomisk ulønnsomt å fjerne tilbudet om MST fra de som i dag er i målgruppen for det. Resultatene tyder på at MST har en lavere kostnad, og flere positive gevinster sammenliknet med alternativ oppfølging fra barnevernet.

En innvending mot å basere konklusjonen på denne studien er at den er ganske gammel. Det kan tenkes at kvaliteten på det øvrige tiltakstilbudet i dag er langt bedre enn de var på det tidspunktet denne studien ble gjennomført, slik at gevinstene ved MST sammenliknet med øvrige tiltak er mindre i dag. Det samme vil imidlertid kunne sies om MST-tilbudet. Da denne studien ble gjennomført var MST nytt, og metodeintegriteten, altså den grad terapeutene er tro mot metoden, lavere enn i dag. Metodeintegritet har vist seg å være viktig for effektene av tiltaket.

For øvrig er det en stor verdi at denne studien er gjennomført i Norge. For å dra riktige konklusjoner er det avgjørende av MST har et relevant sammenlikningsgrunnlag i de studiene som legges til grunn. Effekten av MST vil estimeres til høyere jo dårligere det øvrige tiltakstilbudet, som MST sammenliknes med, er. Det at kvaliteten på det øvrige tiltakstilbudet i Norge er høyt, sammenliknet med andre land, bidrar til å moderere vurderingen av MST.

8.3 Funksjonell familieterapi (FFT)

8.3.1 Innholdet i programmet

Funksjonell familieterapi (FFT) er en behandlingsmetode som ble introdusert i Norge i 2007, i kjølvannet av metoder som MST og PMTO (Mørkrid & Christensen, 2007). Per høsten 2016 finnes det fem FFT-team i Bufetat (Atferdssenteret, 2016). FFT-behandling foregår gjennom at det kommunale barnevernet henviser til nærmeste regionale fagteam, som deretter vurderer FFT som ett av flere mulige tilbud for familien.

Målgruppen for FFT er barn og unge i alderen 11-18 år som viser, eller som er i risikosonen for å utvikle alvorlige atferdsvansker knyttet til blant annet høy grad av konfliktnivå hjemme, skoleproblemer, uheldig innflytelse fra venner og rusmisbruk. Målgruppen er således i stor grad overlappende med målgruppen for MST. Mørkrid og Christensen (2007) peker på at de to programmene supplerer hverandre, og at FFT representerer et alternativ når atferdsvanskene ikke er alvorlige nok i henhold til inntakskriteriene i MST. Tiltakene skiller seg imidlertid fra hverandre med tanke på arbeidsmetode. Der MST-behandling foregår ved at MST-terapeuten møter familien i hjemmet og er tilgjengelig 24 timer i døgnet, vil det for FFT variere om samtalene foregår i hjemmet eller på et kontor. Dette er ikke en del av tilbudet ved FFT-behandlingen (Mørkrid & Christensen, 2007).

FFT vektlegger ungdommens kontekst som vesentlig for hvilken atferd ungdommen viser, det vil si at atferden påvirkes av ungdommene selv, deres familier, venner, skole og nærmiljø (Sexton & Alexander, 2005). FFT er et familieterapeutisk tiltak hvor relasjoner og samhandling i familien står sentralt. Fokus er på å bedre familiens samspill, kommunikasjon, problemløsningsferdigheter, samt å endre eventuelle uhensiktsmessige oppdragelsesstrategier. Rasjonalet er at endringer i familiesamhandlingen vil kunne ha ringvirkninger til ungdommens fungering i skole, med venner og i nærmiljøet.

FFT består av tre faser (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2016):

1. motivasjons- og involveringsfasen
2. atferdsendringsfasen
3. generaliseringsfasen

I motivasjons- og involveringsfasen prioriteres etablering av en god relasjon til familien for å skape et klima for godt samarbeid. Positive reformuleringer og reduksjon av negativitet og gjensidige beskyldninger står sentralt. Det arbeides med å skape realistiske forventninger og kartlegging av risiko- og beskyttende faktorer.

I atferdsendringsfasen fokuseres det på å få til en endring av de mønstrene for samhandling som medfører problemer for familien gjennom en individuell endringsplan som benytter teknikker og øvelser som styrker familiens ferdigheter innen kommunikasjon, forhandlinger, problemløsning og konflikthåndtering, samt foreldreferdigheter.

I generaliseringsfasen er målet å opprettholde positive endringer og overføre dem fra familien til andre situasjoner der problemene tidligere har utartet seg. Målet er at familien i fremtiden skal kunne løse fremtidige problemer på egenhånd, gjerne gjennom å benytte seg av hjelp fra eget nettverk og nærmiljø.

Mens det innenfor MST er *mulig* å involvere ungdommen direkte, er ungdommens deltakelse en forutsetning i FFT. FFT-behandlingen strekker seg over en periode på tre til seks måneder og omfatter 10–30 terapitimer (Atferdssenteret, 2017).

8.3.2 Virkninger

I motsetning til MST og PMTO, er det ikke utført en randomisert studie av FFT-behandling i Norge. En FFT-studie pågår imidlertid i regi av NUBU. Resultatene fra denne vil kunne gi viktig innsikt i effekten av behandlingsmetoden.

Vi har mottatt data fra NUBU som viser resultater av FFT-behandling i Norge i 2015 og 2016. I tillegg har vi mottatt data som beskriver resultatene for avsluttede saker i perioden 1. juli 2014 – 30. juni 2015 der man har opptil 18 måneders oppfølging. Dette gjelder kun 79 saker, slik at resultatene er ikke direkte sammenlignbare med resultatene ved avslutning i 2015. Dataene gjelder kun gruppen av ungdommer som har mottatt FFT-behandling, uten at det sammenlignes med andre ungdommer. Mangel på kontrollgruppe gjør det vanskelig å vurdere størrelsen på kausaleffekten av FFT-behandling. Tabell 8-5 oppsummerer resultater ved FFT-behandling i Norge i 2015 og 2016, for de sakene som ble avsluttet av kliniske årsaker[65] og resultater i saker med 18 måneders oppfølging:

Tabell 8-5: Resultater ved FFT-behandling i Norge i 2015

	2015		2016		18 måneders oppfølging[66]
	Inntak	Avslutning	Inntak	Avslutning	
Ungdommen bor hjemme	95 %	95 %[67]	94 %	97 %	91 %
Ungdommen går på skole/er i arbeid	75 %	88 %	76 %	92 %	87 %
Ungdommen er ikke i konflikt med loven	90 %	96 %	87 %	98 %	94 %
Ungdommen misbruker ikke rusmidler	90 %	97 %	93 %	99 %	90 %
Ungdommen bruker ikke vold	65 %	96 %	62 %	94 %	90 %

Kilde: NUBU

Det har blitt gjennomført randomiserte kontrollstudier av effektene av FFT i andre land. Vi beskriver resultater fra forskningen og hvordan vi anvender disse til å verdsette effekter av FFT-behandling som vi mener er faglig forsvarlige, fortløpende i de påfølgende avsnittene. I tillegg benyttes resultatene fra Tabell 8-5 i vurderingen av de samfunns-økonomiske effektene av FFT-behandling.

FFT-behandling koster mindre enn plasseringer utenfor hjemmet

En målsetning ved FFT-behandling er, i likhet med MST, å forhindre plasseringer av ungdom utenfor hjemmet. Et eksempel på beregning av kostnadsbesparelser ved å forhindre plasseringer utenfor hjemmet er Stout og Holleran (2013), referert i Robbins et. al. (2016), som fant at bruken av MST og FFT i New Jersey førte til en signifikant reduksjon i plasseringer utenfor hjemmet, med en årlig besparelse på 1,33 millioner dollar. De fant at FFT bidro til 17,33 millioner dollar spart for delstaten siden 2005. Et annet eksempel er en studie av iverksetting av FFT i en region i Skottland, der det ble estimert besparelser på 1,5 millioner pund i 2014 (Macleod, 2015), referert i Robbins et. al. (2016).

Det er imidlertid usikkert om disse resultatene er sammenlignbare med forhold i Norge, og i hvor stort omfang FFT-behandling i Norge bidrar til å forhindre plasseringer utenfor hjemmet. Resultatene i Tabell 8-5 skulle i teorien tilsi at FFT-behandling har en begrenset effekt på hvorvidt ungdommen bor hjemme ved avslutning av tiltaket: kun 5 prosent bodde ikke hjemme ved inntak og avslutning. På en annen side vet vi ikke hva resultatene i en kontrollgruppe hadde vist, og heller ikke hvilken utvikling ungdommene som mottok FFT hadde vist i fravær av tilbudet. Det kan

[65] I 2015 ble 7 saker avsluttet av ikke-kliniske årsaker, enten på grunn av overføring til et annet team (1) eller at ungdommen ikke var i målgruppen (6)

[66] Resultater for saker avsluttet 01.07.2014 – 30.06.2015 med oppfølging etter 18 måneder, totalt 79 saker.

[67] For fullførte saker var denne andelen 99 %

tenkes at flere enn 5 prosent av ungdommene hadde vært plassert utenfor hjemmet dersom de ikke hadde mottatt FFT-tilbudet. Sett i sammenheng med resultatene i Tabell 8-5, kan dette gi en indikasjon på at FFT-behandling er effektivt for å sikre at ungdommer *fortsetter* å bo hjemme. Dette har en samfunnsøkonomisk verdi, da plasseringer utenfor hjemmet er kostbart. Resultatene etter 18 måneders oppfølging viser også positive resultater med hensyn til dette.

For MST så vi at det var 26,7 prosent av barna i kontrollgruppen som hadde institusjonsplassering som alternativ behandling til MST. Videre viser tall fra NUBU for 2015 at 43 prosent av ungdommene i FFT-behandling ble vurdert for MST. For disse ungdommene kunne altså MST vært et relevant hjelpetiltak. Basert på denne informasjonen estimerer vi at maksimalt 11,5 prosent av ungdommene i FFT-behandling ville hatt et institusjonsopphold i fravær av et FFT-tilbud.

For å sammenligne behandlingskostnader ved FFT-behandling med alternative tiltak, har vi utarbeidet beregnet et scenario der vi legger til grunn at 10 prosent av en sammenligningsgruppe for ungdom i FFT-behandling har et opphold i institusjon og de resterende 90 prosent antas å motta ordinære hjelpetiltak for en tilsvarende periode som en FFT-behandling på 5 måneder. Den gjennomsnittlige kostnaden per måned er estimert til 271 553 kroner for et institusjonsopphold og 4 495 kroner for andre, ordinære tiltak (se Tabell 6-8). Dette sammenlignes med en gjennomsnittlig behandlingskostnad for en FFT-behandling på 134 330 kroner. Resultatene av beregningene er vist i Tabell 8-6:

Tabell 8-6: Behandlingskostnader ved FFT-behandling sammenlignet med alternative behandlinger på kort sikt (5 måneders behandlingsforløp)

	FFT	Sammenligningsgruppe (10 % i institusjon)
Forventet behandlingskostnad per ungdom	134 330	156 004
Estimert besparelse i behandlingskostnad per ungdom i FFT-behandling		**21 674**

Den forventede behandlingskostnaden per ungdom i FFT-gruppen er 134 330 kroner. I sammenligningsgruppen er behandlingskostnaden per ungdom estimert til 156 004 kroner. Dette gir en estimert besparelse i behandlingskostnader ved FFT-behandling på omtrent 21 600 kroner per ungdom, sammenlignet med en situasjon der 10 prosent av ungdommene i FFT-behandling hadde hatt et institusjonsopphold og 90 prosent mottatt ordinære hjelpetiltak i en tilsvarende behandlingsperiode.

Beregningen viser at det potensielt er knyttet betydelige besparelser i behandlingskostnader for samfunnet ved å unngå at ungdom i målgruppen for FFT behandles ved institusjon.

FFT kan bidra til å redusere gjentatt kriminell atferd og reduserte kriminalitetskostnader

Flere studier har vist at FFT-behandling kan bidra til å redusere kriminell atferd blant ungdom. Robbins et. al. (2016) viser til en kostnadsanalyse av Taxy, Liberman, Roman og Downey i 2012, av implementeringen av FFT i Washington D.C. Resultatene indikerte at FFT-behandlingen reduserte arrestasjoner med 22,6 prosent for ungdommer innen det første året etter behandlingen, samt at det forebygget mot minst én arrestasjon for 76, 7 prosent av ungdommene.

Det er imidlertid usikkert hvorvidt disse størrelsene er representative for Norges del fordi målgruppen trolig er ulik; en mindre kriminalitetsbelastet gruppe er å forvente blant ungdom i målgruppen i Norge sammenlignet med USA. I tillegg kan det alternative behandlingstilbudet til å få FFT-behandling være vesentlig annerledes enn det tilbudet ungdom ville mottatt i Norge. En kostnadsanalyse av FFT-behandling gitt til ungdommer på prøveløslatelse i delstaten Washington, estimerte at nytten av FFT var på 8,94 dollar per dollar i kostnader ved behandlingen (Aos et. al. 2004, Lee et. al. 2012, referert i Robbins et. al. (2016)).

Vi har valgt å fokusere på to studier gjennomført i Sverige, da vi vurderer forholdene i Sverige som mer sammenlignbare med Norges.

Hansson et. al. (2000) presenterer en randomisert studie av FFT-behandling i Sverige for ungdom med kriminell atferd, der tilbakefall til kriminell atferd måles ved bruk av registerdata. Totalt hadde de et utvalg på 89 ungdommer, hvorav 49 i FFT-gruppen og 40 i sammenligningsgruppen. Sammenlignings-gruppen mottok «konvensjonell» behandling i form av individuelle eller familiebaserte samtaler, med unntak av 4 tilfeller med henvisning til barnepsykiatri. Det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene med hensyn til alder og kjønn. Det var også gjennom-gående få forskjeller mellom gruppene med hensyn til asosial atferd, herunder blant annet kriminelle handlinger, skulking fra skole og bruk av rusmidler.

Resultatene viste at ungdommene i FFT-gruppen hadde signifikant lavere sannsynlighet for tilbakefall til kriminell atferd sammenlignet med ungdommene i sammenligningsgruppen. Etter 1 år var denne andelen 33 prosent for ungdommene i FFT-gruppen og 65 prosent i sammenligningsgruppen. Etter 2 år var resultatene henholdsvis 41 prosent i FFT-gruppen og 82 prosent i sammenligningsgruppen. Resultatene indikerer til en effekt av FFT-behandling, samt at det innen en tidshorisont på 2 år kan være opptil dobbelt så høy sannsynlighet for tilbakefall til kriminell atferd for ungdommene som ikke mottok FFT-behandling.

Et annet eksempel er en randomisert kontrollstudie av Hansson et. al. (2004), som sammenlignet en FFT-gruppe (behandlingsgruppen), som bestod av 45 ungdommer som ble tilbudt FFT-behandling i etterkant av en politianmeldelse med mistanke om et lovbrudd, opp mot em sammenligningsgruppe bestående av 17 ungdommer som mottok andre tiltak; 9 deltok på ulike former for samtaler med sosial- eller ungdoms-arbeidere, 7 fikk utpekt en kontaktperson, og 1 ungdom ble plassert. Forfatterne fant at det ikke var noen statistisk signifikant forskjell mellom FFT-gruppen og sammenligningsgruppen med hensyn til hvilke lovbrudd som var mest dominerende blant ungdommene. Tyveri var det dominerende lovbruddet ungdommene flest var mistenkt for, etterfulgt av mishandling. Hansson et. al. sammenlignet deretter gruppene med hensyn på tilbakefall til kriminalitet omtrent 18 måneder etter første kontakt, basert på registerdata og informasjon fra sosialarbeidere. Resultatene viste at det var en signifikant forskjell mellom gruppene, der FFT-gruppen (45 ungdommer) og sammenligningsgruppen (17 ungdommer) hadde henholdsvis 35 prosent og 65 prosent målt tilbakefall.

Bakke (2011) har estimert at kriminalitet i 2011 kostet samfunnet 88 milliarder kroner årlig. Vi har anslått at de samfunnsøkonomiske kostnadene er nærmere 54,5 milliarder kroner etter at det er tatt høyde for at enkelte av kostnadene kun er verdier som overføres mellom private aktører, for eksempel verdier av tyverier, og tapte inntekter for det offentlige som følge av skatte- og avgiftsunndragelser. Kostnadene inkluderer forebygging av kriminalitet, kostnader ved selve kriminaliteten og reaksjonskostnader i etterkant. Samme år var det ifølge tall fra SSB 380 092 anmeldte lovbrudd. Dette gir en estimert samfunns-økonomisk kostnad per anmeldte lovbrudd på 143 584 kroner i 2011. Denne er inflasjonsjustert til 158 489 kroner i 2015. Vi påpeker at estimatet er en grov tilnærming for å verdsette kostnadene ved et lovbrudd ettersom den ikke tar hensyn til at de lovbruddene som antakelig er mest utbredt blant ungdom i målgruppen for FFT avviker fra gjennomsnittet.

I Tabell 8-7 har vi estimert reduserte kriminalitets-kostnader per ungdom som mottar FFT-behandling, sammenlignet med alternative behandlinger. Da det er usikkerhet knyttet til hvilken effekt FFT-behandling har på kriminell atferd for ungdom i Norge, er beregningene gjort for to ulike scenarier.

I det første scenariet har vi lagt til grunn resultatene til Hansson et. al. (2004) som effektmål av FFT-behandlingen på kriminell atferd, der 35 prosent av ungdommene i FFT-gruppen og 65 prosent av ungdommene i sammenligningsgruppen begikk et lovbrudd innen 18 måneder etter behandlingen. For å ta høyde for at ungdommene som deltok i studien trolig var ungdom med relativt høy problembelastning (alle ungdommene hadde vist tegn til kriminell atferd) har vi inkludert et alternativt scenario. I det alternative scenariet bevares det relative forholdet mellom de to gruppene med hensyn til andelene av ungdommene som begår et lovbrudd innen 18 måneder etter behandling, men andelene er nedjustert til henholdsvis 11,5 prosent for FFT-gruppen og 21,4 prosent for sammenligningsgruppen. For FFT-gruppen er 11,5 prosent ment å representere et gjennomsnitt for 2015 og 2016, der det ved inntak var henholdsvis 10 prosent og 13 prosent av ungdommene som var i konflikt med loven (se Tabell 8-5).

Vi har også inkludert et scenario basert på resultatene til Hansson et. al. (2000), der de målte andelene gjelder 2 år etter behandlingen:

Tabell 8-7: Reduserte kriminalitetskostnader per ungdom i FFT-behandling på kort sikt

	Scenario: Hansson et. al. 2004		Alternativt scenario		Scenario: Hansson et. al. 2000	
	FFT	**Sammen-lign.**	**FFT**	**Sammen-lign.**	**FFT**	**Sammen-lign.**
Andel som begår nytt lovbrudd	35 %	65 %	11,5 %	21,4 %	41 %	82 %
Samfunnsøkonomisk kostnad per lovbrudd	158 489	158 489	158 489	158 489	158 489	158 489
Forventet kriminalitetskostnad per ungdom	55 471	103 018	18 226	33 849	64 980	129 961
Redusert kriminalitetskostnad per ungdom ved FFT-behandling	**47 547**		**15 622**		**64 980**	

Hvordan skal vi så verdsette utfallet å begå nytt lovbrudd? Utfallet er definert som at ungdommen har begått ett eller flere lovbrudd etter behandlingen. Mange kan ha begått flere lovbrudd. Et minimumsanslag får vi dersom vi legger til grunn at personene har begått ett og bare ett lovbrudd. Videre legger vi til grunn at kostnaden per lovbrudd tilsvarer gjennomsnittskostnaden for alle lovbrudd sett under ett.

Dersom resultatene til Hansson et. al. (2004) legges til grunn, er forventet kriminalitetskostnad per ungdom omtrent 55 000 kroner i FFT-gruppen og 103 000 kroner i sammenligningsgruppen. Dette resulterer i en estimert redusert kriminalitetskostnad for samfunnet ved FFT-behandlingen på tilnærmet 47 500 kroner per ungdom. I scenariet der resultatene til Hansson et. al. (2000) legges til grunn, er det en forventet besparelse i kriminalitetskostnader per ungdom på omtrent 65 000 kroner over en tidshorisont på 2 år.

I det alternative scenarioet basert på andelen ungdommer i konflikt med loven ved inntak i FFT-behandling i Norge i 2015, er den estimerte besparelsen i kriminalitetskostnader per ungdom lavere som følge av at legges til grunn strengere antakelser. Beregningene viser likevel at FFT-behandling under disse forutsetningene, gir en besparelse på omtrent 15 622 kroner per ungdom i reduserte kriminalitetskostnader. Dette utgjør en betydelig relativ endring i kriminalitetskostnader per ungdom sammenlignet med sammenligningsgruppen. Besparelsen kan se ut til å være liten i absolutt forstand, men 15 622 kroner i besparelse tilsvarer at samfunnet får igjen 11,6 prosent av behandlingskostnadene per ungdom i FFT-behandling i form av reduserte kriminalitetskostnader sammenlignet med alternativ behandling.

De estimerte besparelsene per ungdom representerer besparelser på kort sikt, nærmere bestemt for en periode på 18-24 måneder etter behandlingen er avsluttet. Dersom forskjellen i tilbakefall mellom gruppene vedvarer også etter to års tid kan besparelsene være større. Estimatene er også konservative i den forstand at det legges til grunn at ungdommene kun begår ett lovbrudd dersom de faller tilbake til kriminell atferd. Ved flere lovbrudd ville forventet kriminalitetskostnad per ungdom kunne vært høyere, og dette ville resultert i større besparelser i kriminalitetskostnader per ungdom i FFT-gruppen.

I enkelte studier omtales også at FFT-behandling kan bidra til å forhindre lovovertredelser blant yngre søsken (Klein, Alexander & Parsons, 1977, referert i Robbins et. al. (2016)). Vi har ikke verdsatt denne effekten, da den ikke er omtalt i de svenske studiene.

Samlet sett tyder forskning på at FFT kan bidra til redusert kriminell atferd blant ungdom sammenlignet med et scenario der ungdommene mottar alternativ behandling. Dette kan potensielt gi store besparelser for samfunnet i form av reduserte kriminalitets-kostnader. Størrelsen på dette på lang sikt er imidlertid usikker.

Bedre psykisk helse for barnet

Ved bruk av instrumentet KASAM[68] fant Hansson et. al. (2000) at ungdommene i FFT-gruppen målte bedre livsholdning sammenlignet med ungdommene i kontrollgruppen. I FFT-gruppen gikk 44 prosent av ungdommene fra lave til normale verdier. I kontrollgruppen var tilsvarende resultat 23 prosent.

[68] KASAM er utviklet av Aaron Antonovsky og er et formular som fylles ut av familiemedlemmer. Hensikten er å måle livsholdning med utgangspunkt i 29 forhold, hver med 7 svaralternativer.

Resultatene er imidlertid basert på relativt få personer, og må ifølge forfatterne tolkes med forsiktighet. Hansson et. al. (2000) avslutter med å konstatere at det ser ut til at FFT-behandling bedrer ungdommenes psykiske helse blant ungdommene i FFT-gruppen.

Vi vurderer denne effekten som av middels stor betydning for samfunnet, og effekten til å ha et lite positivt omfang, siden effektene vurderes som usikre

Bedre psykisk helse for mor

Hansson et. al. (2000) fant også at mødrene til ungdommene opplevde en lavere symptomtyngde målt 2 år etter behandlingen. De målte poeng på Symptom Check List (SCL-90), som måler psykologiske og emosjonelle symptomer[69]. De finner at for FFT-gruppen oppnådde 49 prosent av mødrene en utvikling fra høye til normale verdier etter 2 år. I kontrollgruppen var den tilsvarende andelen 20 prosent. Resultatene indikerer at FFT-behandling kan gi en bedre mental helse for mødrene sammenlignet med alternativ behandling.

Vi vurderer denne effekten som av middels stor betydning for samfunnet, og effekten til å ha et middels stort positivt omfang.

FFT kan bidra til å redusere bruk av rusmidler blant ungdom i målgruppen

Robbins et. al. (2016) viser til at enkelte studier har vist resultater som tilsier at FFT-behandling kan være et effektivt tiltak for å redusere bruk av rusmidler blant ungdom, sammenlignet med alternative behandlinger. Dette er imidlertid ikke studert i studiene fra Sverige, og vi har derfor ikke grunnlag for å uttale oss om en slik effekt gjør seg gjeldende også i en setting som likner den norske.

8.3.3 Oppsummering og vurdering av samfunnsøkonomisk lønnsomhet

Forskning på behandlingseffekter av FFT sammenlignet med alternative behandlinger har vist at hjelpetiltaket kan bidra til å redusere kriminell atferd blant ungdom, samt redusere psykologiske og emosjonelle symptomer blant ungdommene og mødrene. Internasjonal forskning har også i ulike tilfeller kunnet påvise at FFT-behandling er effektivt for å redusere misbruk av rusmidler blant ungdommer i målgruppen, sammenliknet med alternativ oppfølging.

Effektene av FFT sammenliknet med alternative behandlingstiltak er som følgende:

Tabell 8-8: Effekter av FFT sammenliknet med «treatment as usual»

	FFT
Tiltakskostnad - besparelser	21 700
Mindre kriminalitet	15 700 – 65 000
Bedre psykisk helse for barnet	0/+
Bedre psykisk helse for mor	+

Merknad: «Treatment as usual» er definer som null-alternativet. Verdiene beskriver derfor MST sammenliknet med «treatment as usual».

Samlet sett er vår vurdering av hjelpetiltaket FFT fra et samfunnsøkonomisk perspektiv at FFT ser ut til å være et billigere tiltak enn alternativ oppfølging, der den samme målgruppen mottar en kombinasjon av andre, mindre omfattende hjelpetiltak og plassering i institusjon som tiltak.

FFT bidrar trolig til å begrense kriminell atferd blant flere ungdommer i målgruppen sammenlignet med alternative tiltak. Barn som mottar FFT, samt mødrene deres, har også bedre psykisk helse etter endt behandling sammenliknet med om de hadde fått ordinære hjelpetiltak.

Forskningsresultatene og kostnadsanalysen tyder altså på at FFT samlet sett både er billigere og bedre enn alternative tiltak, når vi tar målgruppen for FFT i betraktning.

8.4 Diskusjon – organisering av de statlige spesialiserte hjelpetiltakene

Når vi legger forskning gjennomført i Norge og Sverige til grunn, framstår disse tre tiltakene totalt sett som samfunnsøkonomisk lønnsomme sammenliknet med den oppfølgingen målgruppene for disse tiltakene hadde fått dersom tiltaket ikke hadde eksistert. Det tilsier i seg selv at det er fordelaktig at disse tiltakene finnes, og at de tilbys de målgruppene som i dag mottar dem. Dette har noen implikasjoner for hvordan disse tiltakene bør organiseres. Spørsmålet om organisering har flere aspekter, herunder:

- Utvikling og vedlikehold av metodene
- Terapeutenes ansettelsesforhold
- Finansiering
- Tildeling til det enkelte barn

[69] SCL-90 inkluderer symptomkategorier som blant annet tvang, depresjon, angst, aggressivitet og paranoid holdning. Lave verdier indikerer god psykisk helse.

8.4.1 Utvikling og vedlikehold av metodene

Som beskrevet over ble disse tiltakene initiert og innført i en situasjon hvor det var mangel på tiltak rettet mot barn med atferdsvansker. Det utviklingsarbeidet som er blitt gjort de senere årene, herunder opplæring og utdanning av nye terapeuter, har derfor karakter av et innovasjonsarbeid, som det er stordriftsfordeler med å sentralisere. Det at dette arbeidet har vært organisert statlig fram til nå er derfor fordelaktig.

Et naturlig spørsmål, nå som disse verktøyene er utviklet, og potensialet i dem på mange måter er realisert og dokumentert, er selvfølgelig om disse metodene nå kan «leve sitt eget liv». Er det nødvendig at staten sørger for standardisering og metodeintegritet? Hadde det vært mer fordelaktig om kommunene kunne tatt i bruk de elementene i disse metodene som de vurderer som hensiktsmessig fra sak til sak, på en mer eklektisk måte?

Det som gjør det mulig å forske på effektene av disse tiltakene, og sammenlikne utfall blant barn og unge som får disse tiltakene med utfall blant barn og unge som får «ordinære tiltak», er nettopp det at de er standardiserte. Når disse tiltakene iverksettes finnes det instrukser på mange nivå. I tillegg til føringer på hvordan familiene skal møtes og behandler, er det også føringer på kompetansen til terapeutene, og på inntaket. Det er nettopp på grunn av denne standardiseringen at vi er i stand til å definere hva vi måler effekten av. Det er derfor på sett og vis de statlige føringene som gjør at tiltakene er evidensbaserte. Dersom verktøyene skulle overlates til kommunene, og kommunene selv skulle vedlikeholde og tilpasse tiltakene, ville det trolig raskt oppstått et stort mangfold av varianter av disse tiltakene. Antall barn som fikk hver variant ville dermed blitt langt lavere, og det ville blitt svært utfordrende å måle effekt, og forske på utfall. Det er derfor vanskelig å se for seg at disse evidensbaserte tiltakene ville vært like evidensbaserte om staten ikke hadde vært ansvarlig for opplæring og lisensiering av terapeuter, og hadde kontroll med metodeintegriteten.

8.4.2 Terapeutenes ansettelsesforhold

Et annet spørsmål er knyttet til hvor terapeutene bør være ansatt. I dag er MST- og FFT-terapeutene ansatt i Bufetat, mens det finnes PMTO-terapeuter som er ansatt både i Bufetat, kommunene og BUP.

Det er etter vår vurdering ikke realistisk at MST og FFT ville bestått som et tilbud om kommunene skulle hatt ansvar for tiltakene. Etablering og drift av team er ressurs- og kompetansekrevende, og krever et stort geografisk nedslagsfelt for å være lønnsomt. Selv svært omfattende interkommunale samarbeid ville ikke vært tilstrekkelig for å oppnå dette. Bærum kommune har riktignok opprettet et eget team for MST-Can, mens Alta la ned sitt MST-team da de i prøveordningen overtok fullt ansvar for alle barnevernstjenester. PMTO-terapeuter er som nevnt over i dag ansatt både i Bufetat og i kommunene, mens staten via NUBU har ansvar for opplæring og oppfølging av terapeuter uavhengig av ansettelsesforhold. Dette er en ordning som i dag ser ut til å fungere fint. I motsetning til MST-terapeuter driver PMTO-terapeutene som er ansatt i kommunene også andre behandlingsformer og metoder, og behandlingsopplegget er langt mindre intensivt. Kommuner kan derfor ha PMTO-terapeuter ansatt til tross for at volumet av saker ikke nødvendigvis er veldig høyt.

8.4.3 Finansiering og tildeling

Per i dag er det kommunene som initierer bruken av disse tiltakene. Mange kommuner har selv sertifiserte PMTO-terapeuter ansatt, og styrer da selv bruken av dette tiltaket. Når det gjelder MST, FFT, og i tilfeller hvor kommunen ikke har egne PMTO-terapeuter, er det staten via Bufetat som har siste ord med hensyn på hvilke barn som skal tildeles tiltaket.

Kommunene har gitt uttrykk for at tilbudet om spesialiserte tiltak fra Bufetat er uforutsigbart (Ekhaugen & Rasmussen, 2015). Flere av våre informanter i intervjuene har erfart at Bufetat har så strenge kriterier for tildeling at barnevernstjenestene ofte opplever å bli avvist når de kommer med en forespørsel om å ta i bruk MST, noe som kan tolkes i samme retning: Dersom kommunene planlegger å kunne iverksette MST, men dette viser seg å ikke være aktuelt, oppstår uforutsigbarhet og ineffektiv tidsbruk.

Det at finansieringsansvaret følger tildelingsansvaret er et godt prinsipp: Den som beslutter iverksetting av et tiltak bør også betale for det. Vi mener at den løsningen som er i dag, hvor kommunen melder inn ønske om FFT eller MST, mens Bufetat bærer hovedkostnaden og har siste ord i inntak, er en god løsning, Utfordringer knyttet til at tilbudet blir uforutsigbart for kommunene vil kunne avhjelpes ved at kommunene får mer informasjon om målgruppene for tiltaket, slik at de slipper å ha «falske forhåpninger» om at Bufetat skal sette iverksette behandling. Kanskje kan også kortere behandlingstid hos Bufetat, når det kommer forespørsler fra kommunene, avhjelpe.
På grunn av at MST og FFT er et substitutt for institusjonsplasseringer er det avgjørende at den månedsprisen kommunene betaler for å iverksette tiltaket er lavere enn det kommunen betaler i egenandel for institusjonsplasseringer. I motsatt fall ville kommunene hatt insentiver til å etterspørre institusjonsplasseringer fremfor å iverksette MST. Det er derfor en fordel at kommunene ikke fullfinansierer disse tiltakene. Det bedrar til å motvirke en uheldig

vridning mot bruk av institusjon. Den statlige subsidieringen av disse tiltakene kan skape en vridning vekk fra billigere kommunale hjelpetiltak, men siden det er Bufetat som til syvende og siste bestemmer over inntaket er det begrenset hvor store vridningseffekter som kan oppstå som en konsekvens av dette.

9. Samfunnsøkonomisk analyse av kategorier av hjelpetiltak

Hjelpetiltaksregimet slik som det praktiseres i dag ser ut til å være samfunnsøkonomisk lønnsomt, og de statlige, spesialiserte hjelpetiltakene ser ut til å være mer lønnsomme for samfunnet enn tiltaksporteføljen forøvrig, når de anvendes på de barna og ungdommene som er i målgruppen for dem. Det som fortsatt står ubesvart er en vurdering av de øvrige tiltakene opp mot hverandre. Er noen tiltak bedre enn andre, og i så fall, under hvilke betingelser? Hva er det som kjennetegner godt hjelpetiltaksarbeid, og hva trenger barneverntjenestene for å realisere dette?

Disse spørsmålene vil vi drøfte i dette kapittelet.

9.1 Hvilke avveininger står barneverntjenestene ovenfor?

En viktig innsikt fra intervjuene er at frivillige hjelpetiltak formes sammen med barn og familier. Dette samarbeidet er et sentralt utgangspunkt for hjelpetiltaksarbeidet, og en viktig forutsetning for å få til positiv effekt av hjelpetiltaket. Det å iverksette intervensjoner og arbeidsformer som familiene ikke er komfortable med, vurderes som relativt fånyttes. Barneverntjenesten er altså på sett og vis prisgitt familiens ønske om deltakelse. Dette legger føringer på hvilke tiltak barnevernet kan velge; det er ikke slik at den barnevernsansatte setter en diagnose, og velger den «pillen» som best kurerer det aktuelle problemer. Det er likevel noen mer generelle vurderinger som gjør seg gjeldende.

Dersom familien ikke har sterke preferanser i valg av intervensjon og metodikk vil barnevernet kunne velge mellom ulike kategorier av hjelpetiltak. De vil også kunne velge å kombinere tiltak fra ulike kategorier, eller å kun anvende én kategori. Videre vil de kunne velge å produsere tiltaket selv, eller kjøpe et liknende tiltak fra staten eller private aktører. Vi vil her ta for oss noen av de avveiningene barnevernstjenesten står ovenfor, formulere tiltaksalternativ, og vurdere virkninger av disse ulike alternativene opp mot hverandre.

9.1.1 I valget mellom støttende og strukturerende tiltak

To sentrale tiltakskategorier er, som tidligere beskrevet, støttende/kompenserende og endrende/strukturerende tiltak.

Det er klar enighet i barnevernet, på tvers av kommunestørrelse og landsdel, om at kjernen i barnevernarbeidet bør være strukturerende tiltak. Vi vil her løfte fram de sentrale begrunnelsene for dette fokuset. Vi betrakter nullalternativet som den oppfølgingen barnet ville fått dersom hjelpetiltak ikke var i bruk. Mange ville ikke ha mottatt noe tiltak fra barnevernet, mens andre igjen ville blitt plassert i fosterhjem eller på barneverninstitusjon.

Potensialet for vedvarende effekt

En formulering som ble brukt av en av våre informanter for å illustrere forskjellen på støttende og strukturerende hjelpetiltak, er at støttende tiltak er som å gi en familie en fisk, mens strukturerende tiltak er som å gi dem en fiskestang. Mens støttende tiltak gir umiddelbar lindring av situasjonen, gir strukturerende tiltak verktøy som gjør at de kan mestre sine egne utfordringer bedre, og bli selvhjulpen. Potensialet for varig endring når strukturerende tiltak iverksettes, er derfor større enn om støttende tiltak iverksettes. Dermed vil barnevernet, dersom et strukturerende hjelpetiltak er vellykket, kunne trekke seg ut etter en stund. Dersom støttende tiltak er det eneste som iverksettes, vil effekten av hjelpetiltaket i mange tilfeller opphøre når tiltaksperioden er over.

Dette er ikke gitt at støttende tiltak utelukkende har midlertidig effekt. Barnehage regnes som et støttende tiltak. I mange tilfeller er det også nettopp det, dersom tiltaket innebærer at barnevernet betaler barnehagekontingenten for barn som allerede går i barnehage. I praksis er det derfor i mange tilfeller en ren økonomisk overføring til foreldrene. Dersom barnevernet kan bidra til at barn som ellers ikke ville gått i barnehage får en barnehageplass, vil det imidlertid kunne medføre varige gevinster for barnet. En artikkel av (Havnes & Mogstad, 2015) viser at det å ha gått i barnehage fører til høyere inntekt senere i livet. Dette er en kausal effekt, som er sterkere for barn som i utgangspunktet kommer fra svakere kår, for eksempel ved at foreldrene har ingen eller lav utdannelse. Resultatet er derfor spesielt relevant når man studerer effekten for barn som mottar tiltak fra barnevernet. Tolkningen av resultatet kan være at den stimuli og læringen man eksponeres for i tidlige barneår kan erstatte mangelfull stimuli på hjemmebane. Siden de første årene er formende for personligheten, vil dette kunne ha vedvarende

effekter også senere i livet. Det volumet av stimuli som barnet utsettes for i barnehage, sammenliknet med andre støttende tiltak som besøkshjem og støttekontakt kan innebære at barnehagetiltaket har større mulighet til å sette varige spor i barnet sammenliknet med andre støttende tiltak.

På generelt grunnlag er det likevel rimelig å forutsette at varigheten på virkningen på barnets omsorgssituasjon er størst for strukturerende tiltak, der man oppnår endring. Et strukturerende tiltak på noen måneder kan potensielt påvirke omsorgssituasjonen helt til barnet flytter ut, mens støttende tiltak kun vil ha virkning på omsorgssituasjonen mens det pågår, og gjerne kun de dagene og timene barnet mottar disse tjenestene. Under en forutsetning om at akkumuleringen av positive og negative opplevelser gjennom barndommen er avgjørende for utfall senere i livet, vil derfor strukturerende tiltak være langt mer potente enn støttende tiltak.

Vi vurderer dette til å være en effekt av stor betydning. Over 10 000 barn kommer inn i barnevernet årlig, og de aller fleste starter med hjelpetiltak. Omfanget av effekten vurderes til å være stor positivt for strukturerende tiltak, og lite positivt for støttende tiltak, sammenliknet med nullalternativet.[70]

Usikre virkninger

Evnen til å omsette lærdom fra et strukturerende hjelpetiltak til varig endring, krever ressurser hos foreldrene. Våre informanter opplever at i enkelte familier er det svært utfordrende å få til endring. Det kan være dersom foreldrene har utfordringer med egen psykisk sykdom, rusmisbruk, eller har svekkede kognitive evner. I slike tilfeller får man i verste fall ikke skapt noen forbedring i omsorgssituasjonen til barnet ved hjelp av strukturerende tiltak. Med støttende tiltak, som besøkshjem, støttekontakt eller liknende kan man gi bedre grunnlag for endringstiltakene. En av informantene våre forteller at dette er spesielt relevant i familier hvor situasjonen ikke er god, men det ikke vil være aktuelt med plassering uansett. Da kan man vurdere langvarig bruk av støttende tiltak. Hvor hyppig dette forekommer kan man likevel stille spørsmål ved. I tilfeller hvor omsorgen fra foreldrene har vesentlige mangler, og det samtidig ikke lar seg gjøre å skape endring, vil trolig omsorgsovertakelse være et sannsynlig utfall. Et eksempel på en risiko ved støttende tiltak som en av våre informanter trakk fram, var at foreldrene benytter det avbrekket de får mens barnet er i besøkshjem eller fritidsaktivitet, til å ruse seg. Støttende tiltak vil i et slikt tilfelle innebære en risiko for at foreldre får større problemer med å bli kvitt rusproblematikk.

Det er riktignok enkelte strukturerende tiltak som trekkes fram som effektive for å nå fram til alle typer foreldre. COS er et eksempel på et slikt. Som en av våre informanter sa:

> *«Alle får ett eller annet ut av COS»*

Virkningen for barnet av støttende tiltak avhenger ikke av foreldrenes evne eller vilje til å endre seg, og er således mindre usikker. Dersom man er i tvil om foreldrenes evne og/eller vilje til å endre seg, vil et støttende tiltak dermed være mindre risikabelt.

Vi vurderer at dette er en effekt av middels betydning. Den forventede kvaliteten på omsorgen etter tiltaket er mer betydningsfullt enn usikkerheten knyttet til dette.

Vi kan videre anta at uavhengig av type tiltak, vil barnets situasjon være mer usikker dersom ingen tiltak iverksettes. Både strukturerende og støttende tiltak har dermed en sterkere positiv effekt enn nullalternativet.

Kostnad

Det å ikke iverksette noe hjelpetiltak vil naturlig nok ikke medføre kostnader til gjennomføring av hjelpetiltaket, men som vist tidligere vil det kunne føre til at flere barn blir plassert av barnevernet, enten umiddelbart eller over tid.

Enkelte av de støttende tiltakene, for eksempel barnehage, er ganske dyre tiltak, spesielt hvis man legger til grunn at barnet ikke ville gått i barnehage uten tiltaket. Da må alle kommunens kostnader knyttet til produksjon av en barnehageplass tas med i betraktningen. Det er imidlertid små samfunnsøkonomiske kostnader knyttet til støttende tiltak i de tilfellene hvor de egentlig er rene økonomiske overføringer fra barnevernet til foreldrene. I slike tilfeller vil kun skattefinansieringskostnadene ved prisen som betales være en samfunnsøkonomisk kostnad ved tiltaket. Ellers er det ikke entydig hvorvidt støttende tiltak er billigere eller dyrere enn strukturerende tiltak. Enkelte strukturerende tiltak er svært billige, for eksempel ved at det gjennomføres en rådgivningstime annenhver uke. Andre, som MST, er svært dyre. Vi vurderer derfor støttende og strukturerende tiltak til å være relativt like i kostnad. Vi vurderer både støttende og strukturerende tiltak som marginalt dyrere enn nullalternativet. Dette er i tråd med analysen i tidligere kapitler; at barnevernet ikke ville ha plassert svært mange flere barn enn de

[70] Se beskrivelse av pluss-minus-metoden for ikke-prissatte effekter i kapittel 2.

gjør i dag, dersom hjelpetiltak ikke hadde vært i bruk. Kostnadseffekten vurderes også til middels betydning.

Samlet vurdering av hjelpetiltakene sammenliknet med nullalternativet

Vår samlede vurdering av effektene av hjelpetiltakene er sammenfattet i Tabell 9-1. Vår totalvurdering er at det er bedre å iverksette hjelpetiltak enn å ikke gjøre det. Vi vurderer det også dithen at dersom man skal velge mellom kun strukturerende eller kun støttende tiltak, bør strukturerende tiltak benyttes. Det er imidlertid viktig å bemerke at det vil finnes saker der hvor støttende tiltak er eneste hensiktsmessige virkemiddel.

Tabell 9-1: Oppsummering – strukturerende vs. støttende tiltak

Effekt	Støttende tiltak	Strukturerende tiltak
Potensiale for vedvarende effekt	+/++	+++/++++
Usikkerhet i virkning	++	0/+
Kostnad	0/-	0/-

Kilde: Oslo Economics

9.1.2 Kombinere strukturerende tiltak med støttende tiltak, med nettverkstiltak eller med begge deler?

Selv om strukturerende tiltak er kjernen i barnevernets hjelpetiltaksarbeid, blir disse tiltakene i mange sammenhenger kombinert med støttende tiltak og/eller nettverkstiltak. Det kan skyldes at strukturerende tiltak i seg selv ikke er tilstrekkelig, at familien i utgangspunktet er lite motivert for endring, at foreldrene trenger avlastning for å kunne håndtere en endringsprosess, eller at barnet har behov for stimuli fra andre hold i påvente av at foreldrene får til endring. Vi vil drøfte virkninger av å kombinere strukturerende tiltak med støttende tiltak, og med tiltak som mobiliserer barnets primære nettverk (det kan være familieråd, eller mer uformelle nettverksmobiliserende tiltak). Vi betrakter kun strukturerende tiltak som nullalternativet.

Motivere til endring

Familier som kommer i kontakt med barnevernet kan enkelte ganger ikke ønske den hjelpen som tilbys, eller vurdere at de ikke trenger hjelp. Det kan oppfattes som stigmatiserende å være innenfor barnevernets radius, som kan vekke motvilje. Foreldre kan ofte også ha egne problemer å stri med, for eksempel psykiske problem, dårlig økonomi eller manglende ressurser på andre måter. Da kan andre behov enn behovet for en endret omsorgssituasjon oppfattes som mer prekære, og strukturerende tiltak som et lite egnet virkemiddel til å lette familiens utfordringer.

Våre informanter oppfatter motivasjon for endring som helt avgjørende for faktisk å få til endring. Det å pålegge strukturerende tiltak fremstår som lite formålstjenlig. De understreker også en god relasjon mellom foreldrene og barnevernet som viktig for å ha god effekt av tiltak.

Støttende tiltak, som økonomiske overføringer eller avlastning, vil kunne bidra til å gjøre foreldrene mer positivt innstilte til barnevernet, og til å etablere en god relasjon. De kan bidra til at barnevernet kommer i posisjon til å iverksette strukturerende tiltak og dermed skape varig endring.

Nettverkstiltak, som for eksempel familieråd, vil trolig også kunne bidra til å motivere til endring. Det å oppleve støtte og engasjement fra nettverket sitt kan bidra til økt tro på egen evne til å mestre foreldrerollen. Våre informanter understreker imidlertid at det kan være viktig å involvere flere enn nærmeste slekt, for eksempel besteforeldre, tanter og onkler i familieråd, siden foreldrenes egne familie kan være belastet. Naboer, venner, og foreldre av barnets venner trekkes fram som alternative voksne det kan være hensiktsmessig å ta med inn i et familieråd, eller mobilisere på mer uformelt vis.

Våre informanters vurdering ser likevel ut til å være at støttende tiltak har en kraftigere, og kanskje mer direkte, effekt på motivasjonen til endring.

Vi vurderer denne effekten som middels betydningsfull. Vi legger til grunn at støttende tiltak har en middels positiv effekt på viljen til å ta imot strukturerende tiltak, mens nettverkstiltak har en liten positiv effekt.

Sikre stimuli for barnet

Som diskutert over: Med støttende tiltak som besøkshjem, støttekontakt og annet, vet man at barnet får en viss grad av stimuli og positive erfaringer. Uavhengig av om det strukturerende tiltaket virker eller ikke, og tiden det tar før en bedring i situasjonen oppstår, når man i alle fall til med et visst nivå av stimuli og positiv voksenkontakt. Det vil man i de fleste tilfeller også gjøre gjennom å mobilisere familie og nettverk. Våre informanter har jevnt over svært positive erfaringer med muligheten til å mobilisere nettverk. Det er ikke bare foreldrene som drar nytte av den støtten. Også barnet får flere ressurspersoner å spille på. Mens kontakt med støttekontakt gjerne brukes en kveld i uka eller annenhver uke, og besøkshjem en helg hver tredje eller fjerde uke, vil en vellykket mobilisering av nettverk kunne bidra til langt hyppigere kontakt med andre voksne. Samtidig er det selvfølgelig en risiko for at man ikke får mobilisert et

godt og støttende nettverk rundt barnet. Vi vurderer derfor effekten av støttende tiltak og nettverkstiltak på stimulien av barnet til å være forventningsmessig likt: en middels stor positiv effekt. Vi vurderer betydningen av dette som middels stor.

Forenklet og mindre traumatiserende plassering ved behov

Enkelte ganger fører ikke arbeid for endring fram. Barnets situasjon forbedres ikke, og det blir nødvendig med en plassering etter hvert. Et mobilisert nettverk vil da fungere som et sikkerhetsnett rundt barnet, og det vil gjerne være mulig å få til en plassering i familien.

Det kan være tilfeller der man får rekruttert en besøkshjemsfamilie til å være fosterhjem dersom behovet skulle oppstå også, men vi anser dette som en marginal effekt. For de fleste støttende tiltak, økonomiske overføringer og barnehage for eksempel, vil en slik effekt være utelukket.

Det vil selvfølgelig være mulig å mobilisere familien også på et senere tidspunkt, når man registrerer at behovet for plassering er til stede. Vi skal altså ikke overdrive effekten av et nettverk som er mobilisert på et tidlig tidspunkt, men det er likevel grunn til å tro at jobben med å finne en fosterfamilie kan bli noe lettere.

Spesielt i saker hvor man i utgangspunktet ser at det er risiko for at endringsarbeidet ikke fører fram, for eksempel ved rusproblematikk, psykisk sykdom eller kognitive vansker hos foreldrene, kan det være svært nyttig å ha et godt mobilisert nettverk som en buffer, dersom behovet for plassering skulle dukke opp.

Dersom man får til en plassering i eget nettverk vil trolig selve plasseringen også være mindre traumatiserende for barnet, sammenliknet med om det skulle bli plassert i en institusjon eller i et «ukjent» fosterhjem.

Vi vurderer betydningen av denne effekten som medium, og effekten av nettverkstiltak som medium positiv.

Budsjettbesparelser

Å kombinere strukturerende tiltak med støttende tiltak eller nettverkstiltak innebærer naturligvis økte tiltakskostnader sammenliknet med å kun iverksette strukturerende tiltak. Kostnaden ved støttende tiltak vil variere veldig, men et familieråd koster det anslagsvis 15 000 – 20 000 å planlegge og administrere, i tillegg til tidskostnadene for de involverte nettverksmedlemmene. Et familieråd vil derfor være billigere sammenliknet med langvarig bruk av støttetiltak, men samtidig mer ressurskrevende enn kortvarige tiltak eller små beløp gitt som økonomisk hjelp.

Familieråd kan imidlertid innebære besparelser ved at de fjerner behovet for langvarige støttetiltak som støttekontakt og besøkshjem, ved at tilsvarende stimuli og støtte til barnet heller kommer fra barnets eget nettverk. Nettverket bruker også ressurser på å følge opp barnet, men kostnadene knyttet til bruk av fritid vil uansett være lavere enn lønnskostnadene et besøkshjem eller en støttekontakt mottar.

I tillegg kan mobilisering av nettverk bidra til store besparelser dersom det bidrar til at et barn som trenger plassering kan komme til et fosterhjem heller enn en institusjonsplass.

Vi mener derfor at det å kombinere strukturerende tiltak med støttende tiltak har en medium negativ effekt på budsjettbesparelsene, sammenliknet med å kun iverksette strukturerende tiltak. Familienettverkstiltak innebærer besparelser sammenliknet med støttende tiltak, og ut fra argumentasjonen over kan det også tenkes at de bidrar til besparelser sammenliknet med nullalternativet, som er kun strukturerende tiltak. Dette er imidlertid usikkert, og vil kun gjelde i et fåtall av tilfeller: hvor plasseringer blir nødvendig, OG nettverksmobiliseringen bidrar til at barnet kan plasseres i et fosterhjem i stedet for i en omsorgsinstitusjon. Siden dette vil skje såpass sjelden vurderer vi likevel denne effekten som liten positiv, slik at tiltak som mobiliserer familie og nettverk totalt sett innebærer en liten negativ effekt på budsjettbesparelser sammenliknet med å iverksette kun strukturerende tiltak.

Samlet vurdering av å kombinere strukturerende tiltak med enten støttende tiltak eller tiltak som mobiliserer barnets primære nettverk

Vår vurdering av effektene av å kombinere strukturerende tiltak med henholdsvis støttende tiltak og nettverksarbeid er gjengitt i tabellen under.

Tabell 9-2: Oppsummering – Strukturerende tiltak i kombinasjon med enten nettverkstiltak eller støttende tiltak

Effekt	Strukturerende tiltak kombinert med støttende tiltak	Struktur-erende tiltak kombinert med nettverks-tiltak
Motivere til endring	+	0/+
Sikre stimuli for barnet	++	++
Forenklet og mindre traumatiserende plassering ved behov	0	++
Budsjett-besparelser	--	0/-

Kilde: Oslo Economics

Vi ser at det i mange tilfeller kan være hensiktsmessig å kombinere strukturerende tiltak med andre tiltak, for å gi foreldre motivasjon og handlingsrom til å skape endring, og for å sikre barnet et visst nivå av stimuli og voksenkontakt mens endringsarbeidet i familien pågår. Det bør imidlertid ikke være en standardløsning å kombinere tiltak. Ressurser bør brukes på dette kun i de tilfellene hvor det er nødvendig.

Vi ser også at familieråd og andre tiltak som mobiliserer det primære nettverket rundt barnet i kombinasjon med strukturerende tiltak i mange tilfeller vil ha samme type effekter som støttende tiltak kombinert med strukturerende tiltak. Potensielt kan også gevinstene av nettverkstiltak være større. Gevinstene kan imidlertid være noe mer usikre, siden de avhenger at nettverket er velfungerende, og i tillegg faktisk lar seg mobilisere. Vår vurdering er likevel at familieråd og liknende tiltak nok kan anvendes som supplement til strukturerende tiltak kanskje noe oftere enn i dag.

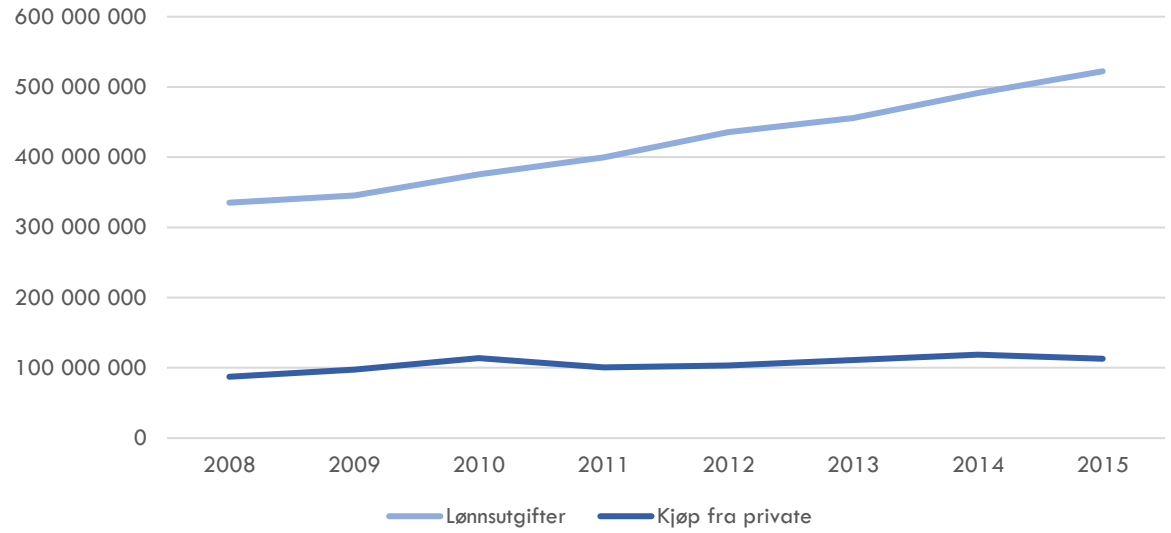
9.1.3 Egenproduksjon av tiltak sammenliknet med kjøp fra private aktører

En annen avveining er om barnevernstjenestene skal stå for produksjon av hjelpetiltak selv, eller om de skal kjøpe inn fra stat eller private. I våre intervjuer uttrykte et stort flertall av representantene fra de kommunale barneverntjenestene at de har en klar og tydelig strategi om å begrense, eventuelt redusere, kjøp av tjenester og tiltak fra private aktører. Flertallet av representantene, uavhengig kommunestørrelse, oppgir at de kjøper relativt lite fra private aktører. Enkelte representanter gir uttrykk for at de ikke kjøper hjelpetiltak fra private aktører. For eksempel trekker en representant fra et mindre befolkningstett område frem at det er relativt få private aktører tilstede der. Andre gir uttrykk for at kjøp fra private forekommer helt unntaksvis.

Kommunenes strategi innebærer å satse på å bygge opp egne team av ansatte i tiltaksstillinger, såkalte tiltaksteam, med den riktige kompetansen til å levere tiltak til et så stort utvalg av barn, unge og familier som mulig. Denne strategien ser man tegn på i statistikken. Figur 9-1 viser utviklingen i kommunenes lønnsutgifter og utgifter til kjøp av tjenester fra private aktører, for de barna som ikke er plassert utenfor hjemmet av barnevernet[71], i perioden mellom 2008 og 2015. Kjøp fra private har vært relativt stabilt, mens lønnsutgiftene har økt med omtrent 55 prosent.

[71] KOSTRA-funksjon 251

Figur 9-1: Utvikling i lønnsutgifter og kjøp fra private aktører, for barn som ikke er plassert av barnevernet



Kilde: SSB, kommuneregnskap med detaljerte regnskapstall

For store og mellomstore kommuner som er mer ressurssterke, er inntrykket at de over tid har fått et større tiltaksapparat med egne tiltaksteam. De har også et større volum av saker som følge av et større befolkningsgrunnlag. Nedgangen i, eller fraværet av, kjøp av tjenester fra private aktører ser samlet sett ut til å gjelde i noe større grad for de store og mellomstore kommunene.

Kommunale barnevernstjenester kjøper hjelpetiltak og andre tjenester fra private aktører

Vista Analyse (Rasmussen & Ekhaugen, 2016) har tidligere utredet bruken av private aktører i barnevernet. De fant at nærmere halvparten av alle barnevernstjenestene kjøpe hjelpetiltak eller sakkyndige vurderinger, og at mange kjøpte undersøkelser fra private aktører. Bistand til Fylkesnemndsaker var også et eksempel på noe kommunene kjøpte inn. De som kjøpte undersøkelser og bistand til Fylkesnemndsaker var små barnevernstjenester, og de som kjøpte hjelpetiltak og bistand fra sakkyndige var oftere større barnevernstjenester.

Dette mønsteret gjenspeiler seg i innspillene vi mottok under intervjuene. For de kommunene som oppga at de benyttet private aktører på hjelpetiltaksområdet, ble følgende hjelpetiltak nevnt som eksempler på tiltak som ble kjøpt fra private aktører:

- Miljøarbeider eller miljøterapeut
- Råd og veiledning, foreldreveiledning, veiledningstiltak i hjemmet
- Oppfølging av barn og unge som bor hjemme
- Oppfølging på hybel
- Avlasting med aktiviteter eller overnatting
- Ulike former for tilsyn i hjemmet

I tillegg til hjelpetiltakene beskrevet ovenfor, fremkommer det i intervjuene at private aktører også blir benyttet til følgende tjenester:

- Kartlegging
- Undersøkelse
- Utredning
- Saksbehandling
- Juridisk hjelp og bistand
- Oppdragsavtaler med privatpersoner
- Annen konsultasjonsvirksomhet for terapeuter

Det forekommer også en del kjøp av «pakker» av tjenester, for eksempel utredninger og kartlegginger kombinert med veiledningstiltak rettet inn mot det som ble avdekket.

Til tross for at de kommunale barnevernstjenestene trekker frem flere fordeler ved å satse på å bygge opp egne tiltaksteam som dekker et bredt kompetansespekter, fremkommer at tilgang til et privat marked for hjelpetiltak har enkelte positive effekter.

Private aktører kan tilby manglende spesialistkompetanse

Ekhaugen og Rasmussen (2015) fant at flere kommunale barneverntjenester uttrykker at de har mangel på kompetanse, og at de derfor kjøper hjelpetiltak fra private aktører. Manglende kompetanse er en årsak som også fremkommer i våre intervjuer. I en del av tilfellene ved kjøp av tiltak fra private aktører gjøres dette for å innhente en manglende spesialistkompetanse. En kommune trekker for eksempel frem at de mangler psykolog – og kulturtolkkompetanse. Spesialistkompetanse til enkeltsaker kan være kostbart for kommunene å

opprettholde på fast basis, da volumet av saker der kompetansen som er etterspurt ofte vil være lav. Fordelen ved private aktører er da at de besitter den manglende kompetansen, og at kommunene kan nyttiggjøre seg av den på kort sikt.

Det kan også dreie seg om å innhente erfaring med særegne saker, noe som kan være viktig for en kommunal barnevernstjeneste som står overfor en problemstilling de har begrenset erfaring med fra tidligere. I andre tilfeller kan det dreie seg om at Bufetat ikke har et tilgjengelig tilbud til kommunen, eller at kommunen etterspør en annen type tiltak eller kompetanse enn det Bufetat tilbyr.

I slike tilfeller vil kommunenes tilgang til et privat marked kunne bidra til å sikre bedre effekter og hjelp til barn og unge enn det som ellers ville vært tilfelle.

Private aktører kan tilby ekstra kapasitet

Mange informanter trekker fram kapasitetsbegrensning i den kommunale tjenesten som en annen årsak til kjøp fra private aktører I perioder kan volumet av saker bli så stort at kommunens faste stab ikke kan dekke behovet. Private aktører kan bistå kommunene med kapasitet i perioder med ekstra høyt behov. Tilgangen til et privat marked kan dermed fungere som en «buffer», der kommunale barnevernstjenester kan kjøpe tiltak dersom de selv ikke har kapasitet til å levere hjelpetiltaket.

Barnevernstjenesten, og kanskje spesielt de mindre, gir også uttrykk for at enkeltsaker blir så tidkrevende at de ikke har kapasitet til å bistå tilstrekkelig, samtidig som løpende oppgaver skal utføres. Da vil private aktører kunne mobiliseres for å gi en forsvarlig og god utredning, oppfølging og/eller tilsyn til den familien det gjelder.

Kapasitetsbegrensninger tilsier at enkelte kommunale barnevernstjenester er avhengig av å kunne kjøpe tiltak fra private aktører med jevne mellomrom. Sett vekk i fra bydelene i Oslo, gir mindre kommuner noe oftere uttrykk for at de kjøper tiltak fra private aktører. Ulempen ved dette er, som enkelte trekker frem, at de i noen tilfeller kan bli avhengig av å kjøpe tiltak fra private aktører for å imøtekomme behovet i befolkningen. Til tider kan kjøp av tiltak fra private aktører utgjøre en betydelig del av utgiftene deres.

Private aktører er fleksible og kan bidra til rask innsats

I forlengelsen av at private aktører kan tilføre kommunale barnevernstjenester ekstra kapasitet, trekker også enkelte representanter frem at private aktører ofte er fleksible. Ved kjøp av tiltak fra private aktører kan man iverksette tiltak raskt, av og til raskere enn det barnevernstjenesten selv klarer å levere tiltak.

Informantene gir også uttrykk for at private aktører er lettere å mobilisere på ettermiddags- og kveldstid, enn det kommunens egne ansatte er. Dette skyldes arbeidstidsbestemmelsene i kommunene. Denne mobiliteten innebærer at familier kan få oppfølging og veiledning etter arbeidstid, og gjerne hjemme med hele familien samlet, noe våre informanter er svært positive til. De gir uttrykk for at dette gir verdifull innsikt i familiedynamikken, noe som bidrar til å heve kvaliteten både på utrednings- og oppfølgingsarbeidet.

Et annet poeng som trekkes frem er at foreldre kan oppleve kontakten med barnevernet som stigmatiserende, og/eller ha lav tillit til barnevernet. Det kan forekomme tilfeller der foreldre ikke ønsker kontakt med barnevernet, men heller ønsker kontakt med en privat aktør direkte. I disse tilfellene kan private aktører ha en sentral rolle for at det blir iverksatt tiltak i det hele tatt. En utfordring at bruken av private aktører kan være at barneverntjenesten utdefineres av samarbeidet med familien.

Hjelpetiltak fra private aktører er ofte dyre og har ikke nødvendigvis høyere kvalitet

Til tross for at private aktører kan bidra med å erstatte manglende kapasitet og kompetanse, og at de er fleksible, trekker flere representanter frem at de ofte er dyre. Timepriser opp mot 550 kroner per time for tiltak innen familieveiledning fremstår som vanlig. En annen representant påpeker at man fort sprekker budsjettet dersom man skal belage seg på å bruke private aktører i stor grad. For kommunale barnevernstjenesten vil én fordel ved å tilby egne hjelpetiltak være at de slipper å betale høye timepriser for tiltak som leveres av private aktører.

På en annen side kan det være vanskelig å vurdere kostnadene ved å levere tiltak selv, fordi kostnaden ikke blir synliggjort på samme måte som et tilbud fra en privat aktør. Ved kjøp fra private aktører påløper kostnadene «mens tiltaket pågår», i den forstand at det ikke er utgifter knyttet til å ha fast ansatte i egen kommunal tjeneste. Høye kostnader ved private aktører vil kunne reflektere at kommunale barnevernstjenester må kjøpe inn spesialistkompetanse de ikke besitter selv, som kan være dyr å opprettholde.

I tilfeller der det kun er snakk om kapasitetsbegrensninger vil en høy pris derimot kunne medføre at kostnadene blir høyere enn det de ellers kunne blitt dersom den kommunale barnevernstjenesten hadde hatt kapasitet til å levere tiltaket selv. Fra intervjuene fikk vi også et inntrykk at tiltakene fra private aktørene ikke nødvendigvis har høyere kvalitet sammenlignet med tiltak barnevernstjenestene leverer selv. En representant trekker frem at de kan oppleve problemer med

mandatforskyvning når de kjøper hjelpetiltak fra private, ved at privat leverandør jobber mot andre delmål enn det barnevernstjenesten har satt opp i tiltaksplanen for familien. Dette bør betraktes som et styringsproblem som får konsekvenser for kvaliteten på private tiltak sammenliknet med kommunens egne tiltak. Problemet med mandatforskyvning vil trolig være mindre dersom oppgavene som skal gjennomføres av den private leverandøren er lettere å beskrive og dokumentere. Dermed kan det tenkes at det isolert sett er mindre problematisk å kjøpe inn tjenester fra en miljøterapeut (større andel av rutinemessige og konkrete oppgaver) enn fra en familieterapeut.

Hjelpetiltak i kommunal regi bidrar til kompetanseoverføring og godt samarbeid med andre instanser i kommunen

En fordel ved å bygge opp egne tiltaksteam er at disse vil over tid bidra til å bygge opp kompetanse i barnevernstjenesten. Egen kompetanse i barnevernstjenestene har en verdi i seg selv. I tilfeller der barnevernstjenesten kjøper inn tiltak fra private aktører, vil de ikke opparbeide seg egen kompetanse på området over tid. Ved flere anledninger trekkes det frem at for å lykkes med arbeidet på hjelpetiltaksområdet, er den kommunale barnevernstjenesten ofte avhengig av et godt samarbeid med andre instanser i kommunen. For barnevernstjenester som er organisert interkommunalt, men der andre instanser er organisert kommunalt kan dette av og til by på utfordringer knyttet til samhandling og kommunikasjon. Å bygge opp et mer omfattende tiltaksapparat med egne tiltaksteam og bedre kompetanse i kommunale barnevernstjenester bidrar til at man oppretter og samler kompetansen lokalt, og dette vil kunne bidra til kompetansen spres til andre instanser i kommunen, som igjen kan ha positive effekter for samhandling mellom instansene, også i forbindelse med samarbeid ved akutte behov.

Hjelpetiltak i kommunal regi gir kommunen større mulighet til å påvirke egne satsningsområder fremover og bedre kontroll over innholdet i tiltakene

Et godt etablert tiltaksapparat med egne tiltaksteam som besitter høy og bred kompetanse og som behersker flere råd- og veiledningsmetoder gir kommunene større fleksibilitet i møtet med barn, unge og familier. De vil, alt annet likt, med høyere sannsynlighet kunne tilby et passende og skreddersydd tiltak, eventuelt en kombinasjon av tiltak, til det enkelte barn, ungdom og familie. Et bredt utvalg av tilgjengelige tiltak åpner for at kommunen får flere erfaringer med hvilke tiltak som fungerer godt og mindre godt i ulike situasjoner. De vil da i større grad kunne innhente erfaringer med og evalueringer av ulike tiltak, kunnskap de kan anvende til å satse på de riktige tiltakene fremover.

En bred portefølje av tilgjengelig tiltak kommunalt vil gi kommunen større mulighet til å følge med på utviklingen av tiltak sammenlignet med en situasjon der tiltakene i større grad gjennomføres av private aktører. Som en representant trekker frem kan private aktører tilby «pakker» med tiltak, for eksempel veiledning til foreldre 1 gang i uken kombinert med en miljøarbeider som følger opp barnet 2 ganger i uken. Utfordringen med tiltakspakker fra private aktører er at innholdet ikke alltid er det kommunene egentlig er ute etter, eventuelt at de bare er ute deler av tiltakspakken. Resultatet kan i enkelte tilfeller være at tiltakspakken ikke er spisset godt nok mot problematikken ifølge en representant. Ved å benytte tiltak fra private aktører fremhever en representant at det er en risiko for at den kommunale barnevernstjenestenes kontroll over innholdet i tiltaket blir svekket.

Hjelpetiltak i kommunal regi gir mer nærhet til saker og mindre krevende administrativt arbeid

En annen fordel som trekkes frem av et utvalg representanter er at et bredt tiltaksapparat lokalt gir dem mer nærhet til sakene. Den kommunale barnevernstjenesten er den aktøren som imøtekommer barna, ungdommene og familiene. Til forskjell vil kjøp av tiltak fra private aktører kunne skape en distanse mellom barnevernstjenestene og familiene, og man oppnår ikke samme nærheten som i andre tilfeller. Sett i sammenheng med at flere representanter trekker frem viktigheten av tillit og relasjon i arbeidet deres, kan nærhet til egne saker være en viktig faktor som kan springe ut av en satsing på egne tiltaksteam og en bred tiltaksportefølje i de kommunale barnevernstjenestene. Dette kan bidra til å skape tillit og relasjon i saker som pågår over lengre tid. En representant påpeker videre at det kan være utfordrende for kommuner å ha oversikt over kompetansen til ansatte i de private leverandørene, og at dette kan gjøre det vanskeligere å koble riktig privat aktør eller kompetanse med det enkelte barn eller ungdom.

Private aktører blir et ekstra ledd mellom barna, ungdommene og familien på den ene siden og barnevernstjenesten på den andre. Dette kan påvirke progresjonen i enkelte saker, samt prosessen med rapportering og evaluering. Ved å levere tiltak selv kan barnevernstjenestene ha god kontroll over innholdet i tiltakene og til dels egen ressursbruk, samt i noen tilfeller unngå ekstra administrativt arbeid som følge av at de private aktørene blir et ekstra ledd i saken.

Samlet vurdering av å kjøpe tiltak fra private aktører sammenliknet med egenproduksjon av tiltak

Tabell 9-3 oppsummerer positive og negative effekter av å kjøpe tiltak fra private aktører fremfor at barnevernstjenesten produserer dem selv.

Tabell 9-3: Oppsummering av kjøp fra private aktører sammenlignet med hjelpetiltak i kommunal regi

	Kjøp fra private aktører
Spesialistkompetanse	+ / + +
Kapasitet	+ + / + + +
Tidlig innsats	+
Fleksibilitet	+ / + +
Behandlingskostnader	- -/- - -
Kompetanseoppbygging/ samarbeid med andre kommunale instanser	- -
Kontroll over innhold i tiltaket	-/- -
Nærhet til saker og administrativt arbeid	- -

Kilde: Oslo Economics

I enkelte tilfeller vil private aktører tilby spesialistkompetanse, kapasitet og fleksibilitet som ikke er tilgjengelig i kommunale barnevernstjenesten. Da vil kjøp fra private aktører bidra til et bedre tilbud at tiltak. Verdien av private aktørers spesialistkompetanse vil trolig være viktigere for mindre kommuner, som ikke har midler til å dekke et bredt utvalg av metoder og kompetanse med egne tiltaksstillinger.

Ulempene med private tiltak er at de er dyrere, og at de innebærer økte administrative kostnader. I tillegg gjelder dette tjenester det er utfordrende å måle kvaliteten på. Dermed er det også utfordrende å sikre kvalitet ved hjelp av kontraktsstyring.

Styrken på de ulike effektene vil avhenge av forhold i den enkelte kommune, og det er derfor utfordrende å gi en entydig anbefaling om bruken av private tiltaksleverandører.

10. God bruk av hjelpetiltak – kommunenes egne vurderinger

Det problembildet barnevernet jobber med til daglig er komplekst og mangfoldig, og mange parametere i dette problembildet er med og avgjør hvilke intervensjoner det er hensiktsmessig å gjennomføre.

En case-tilnærming tillater at man dykker dypere inn i problemmaterien. Gjennom å diskutere enkelt-case med informantene i barneverntjenesten kommer ulike avveininger og hensyn fram. Dermed er det lettere å diskutere spørsmålet om hvilke hensyn som er hensiktsmessige og hvilke som ikke er det.

I tillegg vil vi komme inn på kommunenes egne vurderinger av hvilke grupper i samfunnet de har et for lite tilbud til i dag, og som det kan være utfordrende å nå inn til med hjelp.

10.1 Seks hypotetiske barn – hvordan hjelpe dem?

Tiltaksplaner skreddersys den enkelte familie. Betinget på problematikk og familiens ressurser, nettverk og situasjons for øvrig tilpasses en plan for best mulig bistand. Som nevnt tidligere var det derfor utfordrende og av begrenset verdi å diskutere med kommunene hvilke tiltak som var gode på generelt grunnlag. På grunn av dette utviklet Bufdir seks case for oss. Dette er mer detaljerte beskrivelser av barns problematikk og historikk, og av situasjonen rundt dem. Vi diskuterte disse casene med ti store barnevernstjenester, for å kartlegge hvilke tiltak de ville valgt å iverksette, og hvorfor.

Barn A: Har milde problemer knyttet til foreldrenes ivaretakelse av barnet

Per 3 år, går i barnehage. Mor følger ikke opp adekvat med klær, utstyr og mat. Per er urolig og ukonsentrert, er lite i samspill med andre barn, og unnviker voksenkontakt. Mor veiledes av barnehagepersonalet, men situasjonen forbedres ikke.

Konsekvens for barnet: Foreldre mangler struktur for omsorgen som gis, og involverer seg ikke emosjonelt med barnet – barnets utvikling hemmes.

Antatt kjerneproblematikk: Foreldrene har i egen oppvekst hatt kontakt med barnevernet, med foreldre som ikke har fulgt opp emosjonelt eller praktisk. Foreldrene har i dag vansker med å opprettholde og fullføre arbeid og utdanning.

Innspill

Problemoppfatning
De fleste informantene er av den oppfattelse at dette er en sak for barnevernet. Dels fordi barnet er lite. Alderen gjør barnet sårbart, samtidig som det er gode muligheter for å få til endring. Det at foreldrene selv har vært i barnevernet taler også for at saken bør håndteres av barnevernet. Dels er heller ikke informantene enige i at problemene som beskrives er milde.

Flere av våre informanter peker på risikoen for at Per skal utvikle tilknytningsproblematikk. Per viser gjennom sin atferd at han allerede nå oppfatter at voksne ikke er der for å passe på ham. Tilknytningsproblematikken kan også føre til uheldige relasjoner til jevnaldrende, noe som muligens manifesterer seg gjennom at han er lite i samspill med andre barn. Det er stor sannsynlighet for at mangelen på samspill skyldes at Per avvises i lek fordi han ikke er «lekbar». Det at han ikke henvender seg til voksne i denne situasjonen vitner om manglende tillit til andre mennesker.

Dersom tilknytningsproblematikken tillates å utvikle seg, vil Per kunne få problemer med relasjoner til jevnaldrende og til personer som skal hjelpe ham. Mistillit til lærer vil kunne føre til at han får problemer med å ta til seg læring. Dersom ytterligere hjelpeapparat, som BUP og PPT kobles på, vil det være vanskelig å nå inn med hjelp, på grunn av en grunnleggende, manglende tillit til andre mennesker og til relasjoner.

Strategi for intervensjon
Flere informanter nevner at det er viktig å gi mor praktisk og emosjonell veiledning. De tar utgangspunkt i at den veiledningen som er gitt fra barnehagen trolig er noe tilfeldig, og ad hoc, og at det derfor kan være mye å hente på å gå noe mer strukturert til verks, med en tiltaksplan, som definerer mål og delmål, og som evalueres jevnlig. (De fleste av våre informanter nevner at tiltaksplaner evalueres hver tredje måned).

Det praktiske aspektet går på å få på plass daglige rutiner for stell, måltider, klær og annet utstyr. Dette er, ifølge flere av de vi har snakket med, relativt enkelt, og kan gjøres gjennom råd og veiledning. Noen peker også på at mer struktur i familiens eget liv også vil kunne føre til mer struktur i deres ivaretakelse av Per, slik at det å hjelpe dem med å komme i kontakt med riktige instanser for kompetanse/utvikling (NAV, utdanning) kan være nyttig. Siden mor ikke

responderer på veiledning fra barnehagen er det også en informant som stiller spørsmålet om det er noe mor trenger i form av egenbehandling. Barnevernet kan da eventuelt bistå med å komme i kontakt med lege og/eller DPS.

Videre peker informantene på at tilknytningen mellom mor og barn bør kartlegges grundigere, helst ved hjelp av observasjon og gjerne i samarbeid med barnehagen som vil kunne se det naturlige samspillet på nært hold, for eksempel hennes respons dersom barnet gråter når hun går: Går hun bare, eller bidrar hun til å trygge? Man bør videre samtale med mor om morsrollen, og hvordan hun oppfatter den i lys av hennes egne opplevelser i barndommen.

> *«Går hun bare, eller bidrar hun til å trygge?»*

Målet bør være å få til endring i mors ivaretakelse av foreldrerollen, og styrke mors evne til å opprette en trygg tilknytning mellom henne og barnet. Det er derfor avgjørende å jobbe med tiltak som er rettet mot mor.

De fleste informantene nevner COS som et tiltak som kan være egnet i denne sammenhengen. Det er et hjelpetiltak «alle foreldre klarer å forstå, og ta til seg ett eller annet fra». Marte Meo nevnes også flere ganger, gjerne i kombinasjon med, eller i etterkant av, COS. Kognitiv atferdsterapi rettet mot foreldrene blir også nevnt. Det å anvende en familieterapeut nevnes også som et alternativ, dersom COS ikke skulle føre fram. En forutsetning for at familieterapi skal fungere er at foreldrene har tilstrekkelige kognitive evner til å reflektere over egen hverdag. Dersom det ikke er tilfellet, kan hyppig bruk av miljøarbeider være et bedre alternativ. Miljøarbeideren vil da kunne hjelpe til med å få rutiner på plass, slik at den praktiske omsorgen for barnet bedres. Det er viktig at mor forstår hva Per trenger av henne, og at hun lærer seg å lese signalene hans. En informant trekker fram at det kan være nyttig at en familieterapeut drar hjem til dem, filmer hendelser, reaksjoner og samspill, og deretter diskuterer det de ser med foreldrene.

Videre understreker flere viktigheten av å spille på nettverk, for eksempel gjennom familieråd. Enkelte av informantene understreker at dette er et tiltak både benytter i for liten grad i dag, men at de ønsker å utvide bruken av det. Det å mobilisere familiens eget nettverk bidrar til relasjon mellom Per og et annet voksent menneske som kan bidra til å styrke hans tillit til verden. Fordelen med å opprette en slik relasjon innad i det eksisterende nettverket, fremfor gjennom for eksempel et besøkshjem organisert av barnevern-tjenesten, er at relasjonen blir mer langvarig. Besøkshjemstiltak er per definisjon ment å skulle være midlertidige, og Per vil kunne tjene mye på at relasjonen blir mer varig.

Omtrent alle informantene understreker at de ikke ville satt inn kun kompenserende tiltak i denne situasjonen. Det er avgjørende at man jobber med familien for å styrke Pers tilknytning til mor. Eventuelle kompenserende tiltak må kun skje i sammenheng med endringstiltak.

En informant nevner imidlertid at barnevernet i situasjoner som denne, hvor det etter hvert viser seg å være svært utfordrende å få til endring hos foreldrene, kan barnevernet anvende kompenserende tiltak over lengre tid. Informanten er helt klart av den oppfatningen at Per ikke har optimale omsorgsforhold, men mener at plassering uansett ikke er aktuelt i denne situasjonen. Langvarig bruk av kompenserende tiltak, som for eksempel besøkshjem, kan anvendes over tid, for å sikre et visst minimum av stimuli og positive erfaringer for barnet. Informanten understreker imidlertid at det er betinget på at problemene er milde. Informanten selv oppfatter ikke Pers situasjon som mild.

Barn B: Har alvorlige problemer knyttet til foreldrenes ivaretakelse av barnet

Lars 8 år, går i 3. klasse. Han er mye borte fra skolen, og er ofte trøtt når han er der. Han henger etter faglig, og strever med å finne seg til rette sosialt. Han kan bli veldig sint, og har en oppførsel som skremmer de andre barna (slår, sparker og spytter). Han er intenst søkende til voksne. Han har dårlig tannhygiene. Barnevernet har jobbet med tiltak i familien over tid i form av råd og veiledning. Familien har takket nei til støttekontakt eller besøkshjem og strukturerte foreldreveiledningsprogrammer i gruppe.

Konsekvens for barnet: Barnets utvikling faglig og sosialt hemmes alvorlig, og gutten lever i en utrygg situasjon og utsettes for omsorgssvikt.

Antatt kjerneproblematikk: Foreldrene har en manglende evne til å se og handle i tråd med sønnens behov. Foreldrene har hatt rusproblemer tidligere, og har fått oppfølging fra rustjenesten, og ruser seg fortsatt i perioder. De er ikke i arbeid eller utdanning. De har et belastende nettverk, og lite familie som støtter dem.

Innspill

Problemoppfatning

De fleste informantene oppfatter Lars sin situasjon som svært alvorlig. Det er også enighet om at med mindre foreldrene slutter å ruse seg, og innser at deres atferd skader barnet, bør Lars plasseres i et fosterhjem.

En av informantene forstår Lars helt klart som traumatisert. Det å bli eksponert for rus, og i dette

tilfellet trolig også vold, setter seg i kroppen på barn. De «går i beredskap», og innarbeider handlingsmønster og responser som virker hensiktsmessige i den situasjonen de lever i, men ikke i samfunnet for øvrig, her manifestert i Lars sin aggressive uttrykk.

Det er en klar forståelse av at situasjonen til Lars er skadelig. Om han ikke får hjelp får det alvorlige konsekvenser når han blir eldre. Sannsynlige problemer er belastede miljøer, vanskeligheter med vennskap/partner og at hjernen hans vil være skadet av stress, og dermed mindre mottakelig for læring. Dermed vil han også kunne bli feildiagnostisert, med for eksempel ADHD. Psykisk sykdom i voksen alder er også et sannsynlig utfall.

Strategi for intervensjon
Informantene nevner at det er viktig å kartlegge hva som har blitt gjort i den tidligere kontakten mellom barnevernet og familien, spesielt om den tidligere veiledningen har vært systematisk, eller mer tilfeldig. Et sitat illustrerer dette poenget:

> *«Saksbehandler kan ha gitt ustrukturert råd og veiledning som har rullet og gått over tid»*

Dersom tidligere veiledning har vært lavintensiv og ustrukturert, mener flere av informantene at det kan være mulig å skape endring, dersom man jobber mer intensivt, og hjemmebasert. Dersom foreldrene har mottatt strukturerte endringstiltak uten å ha vist endring i evalueringene, er det grunn til å tenke i retning av plassering.

Ulike strukturerte endringstiltak som framheves av informantene i denne situasjonen er individuell COS og PMTO. En informant uttaler imidlertid at PMTO er et for mildt tiltak i denne sammenhengen, at det vil være mer hensiktsmessig å koble på en familieterapeut som kan mange ulike metoder, og at det er avgjørende at tiltaket kommer hjem til familien. Enkelte nevner også at de ville ha koblet på rustjenesten, fordi foreldrene trenger å lære seg hvordan de skal håndtere sine egne problemer før de kan skape endring i sin foreldrerolle. Forutsetningene for at det skal være mulig å få til endring, er at foreldrene slutter å ruse seg, og at de faktisk selv ønsker å skape endring. Flere av informantene er tvilende til at det er tilfelle, siden det er rus involvert. Det er også en klar oppfatning om at det er relativt fånyttes å tvinge gjennom hjelpetiltak mot foreldrenes ønske.

Videre peker flere av informantene på familieråd som et nyttig tiltak. Lars sine foreldre har et lite og belastende nettverk rundt seg, men informantene legger vekt på at et familieråd ikke nødvendigvis trenger å bestå kun av nærmeste familie, i betydningen besteforeldre, onkler og tanter. Det er viktig å tenke at familieråd kan legge til rette for en bredere mobilisering av nettverk, som for eksempel venner, naboer og noen ganger også lærere. Informantene oppfatter gjerne at det er mulig å finne ressurser rundt nesten enhver familie dersom man «leter» godt nok. Mobilisering av nettverk fremheves som viktig dersom Lars skal fortsette å bo hjemme. I dette tilfellet vil familieråd også kunne bidra til at man finner en plassering i eget nettverk, dersom det etterhvert viser seg at Lars ikke kan fortsette bo hjemme.

Barn C: Har milde problemer knyttet til foreldrene

Pål 13 år, går i 8. klasse. Han er en aktiv og blid gutt, som de siste månedene har virket veldig nedstemt og trist. Han har to yngre søstre. Barnevernet kommer i kontakt med familien fordi fritidsklubben sammen med gutten tar kontakt. Pål plages av at mor og far krangler mye – høylytt og til alle døgnets tider. Han prøver å ta ansvar for sine mindre søsken, praktisk og emosjonelt, da foreldrene i liten grad evner å følge opp nå. Han mener foreldrene trenger hjelp.

Konsekvens for barnet: Det er en utrygg situasjon hjemme, der barnas behov ikke ivaretas.

Antatt kjerneproblematikk: Foreldrenes samlivsproblemer gjør at hele familien rammes og hverdagen blir utrygg. Konfliktnivået er høyt, og foreldrene ser ut til å være i en krise.

Innspill

Problemforståelse
Flere av informantene nevner at Pål selv henvender seg til barnevernet, og tolker det som et tegn på at han er et ressurssterkt barn. Han har henvendt seg til en voksen han stoler på for å få hjelp, noe som tyder på at han har en generell tillit til omgivelsene, og dermed er det sannsynligvis ikke tilknytningsproblematikk inne i bildet her.

Videre forteller enkelte av informantene uoppfordret, at dette er et problem de ser ganske ofte. Det er vanlig for familier å gå gjennom kriser som dette, og de anslår at de fleste barn kommer seg gjennom en slik fase uten varige men, også uten hjelp fra barnevernet.

> *«Alle familier har kriser»*

Det at Per har mindre søsken bidrar imidlertid til at de nok vil gå inn i saken. Små barn kan ta mer skade av høyt konfliktnivå enn større barn.

Strategi for intervensjon
Pers alder gjør at de fleste informantene ville gått i

dialog med gutten selv, og latt han komme til orde i kartleggingsfasen. Barnesamtalen, en metode utviklet for samtaler med barn, nevnes som et nyttig verktøy i denne sammenheng.

De fleste sier at de vil videre jobbe med kompenserende tiltak rettet mot Pål, samtidig som de jobber med endring hos foreldrene. Kompenserende tiltak kan gi Pål positive opplevelser på fritiden, og sørge for at han opplever at voksne er til å stole på, også i denne fasen. For eksempel kan han delta på en aktivitetshelt en gang i måneden, eller en støttekontakt eller miljøterapeut kan være sammen med ham i noen timer i uken, for å gjøre lekser, gå på fotballtrening, eller andre aktiviteter.

En informant forteller at det ofte kan være nok å sette i gang en undersøkelse, for å få foreldrene til å endre atferd, fordi de blir bevisst på at egen konflikt faktisk oppfattes som svært vanskelig for barna. Gjennom en form for psykoedukativ utdanning opplyses foreldrene om at deres oppførsel faktisk rammer barna.

> *«Vi vil belyse for foreldrene at de per nå jobber mot alt de ønsker for barnet: trygg oppvekst, utdanning, venner ...»*

De fleste informantene forteller at de ville koblet på familievernkontoret, men enkelte er av den oppfatning at denne saken nok er for kompleks til at familievern-kontoret kan håndtere den alene. Det er derfor riktig at barnevernet er involvert. I enkelte slike situasjoner klarer familievernkontoret å håndtere slike kriser, men dersom saken utvikler seg til en fastlåst situasjon. må barnevernet inn i den igjen.

Enkelte informanter forteller også at de vil vurdere å anbefale foreldrene å flytte hver til sitt, dersom de ikke klarer å få ned konfliktnivået i familien. Det å sette inn en familieterapeut som jobber hjemmebasert vurderes også som et hensiktsmessig alternativ.

Barn D: Har alvorlige problemer knyttet til foreldrene

Lisa 16 år, går i 1. klasse på videregående. Hun bor sammen med en mor som lenge har slitt med depresjon og angst. Mor har gått på medisiner og behandling, men situasjonen forverres. Lisa har et høyt skolefravær og sliter med konsentrasjonen. Lisa har få venner, og unndrar seg sosiale sammenkomster. Hun sier hun må være hjemme hos mor. Barneverntjenesten har kjent familien over lengre tid, og hatt tiltak i form av besøkshjem, som nylig er avsluttet.

Konsekvens for barnet: Lisa setter sine egne behov, helse og utvikling til side for å hjelpe mor. Dette rammer skolegang, forhold til venner og nettverk. Hun har selv forsøkt å bruke mors medisiner, hvor hun måtte inn til legevakt for pumping.

Antatt kjerneproblematikk: Mor har utviklet en alvorlig psykisk lidelse over flere år, uten at hun har mottatt adekvat hjelp. Mor har involvert jenta i sine vansker fra hun var liten, og jenta er tett knyttet til mor. Funksjonaliteten i familien har svingt i forhold til mors problemer. Familien har lite nettverk.

Innspill

Problemforståelse

I motsetning til case C, oppfattes ikke Lisas situasjon som en krise. Denne situasjonen har hun trolig levd i i store deler av sitt liv, og kommer til å fortsette å gjøre det dersom man ikke får til endring.

Flere av informantene vurderer det som svært sannsynlig at Lisa adopterer mors psykiske problemer, dersom hun ikke allerede har gjort det. Om Lisa ikke får hjelp nå kan konsekvensene på lenger sikt altså bli svært alvorlige. En informant reagerer på at tyngre tiltak ikke har blitt iverksett tidligere:

> *«Her har man kommet for sent på banen!»*

Strategi for intervensjon

Flere informanter peker på at Lisas ansvarsfølelse ovenfor moren gjør at man ikke kan hjelpe Lisa uten samtidig å hjelpe moren. For at Lisa skal være villig til å leve et mer normalt liv, og «være ungdom», må hun vite at mor er trygg. Flere understreker derfor at det er viktig å komme i kontakt med apparatet rundt moren, som fastlege og psykolog. Mor må få innsikt i egen sykdom, og hva dette gjør med Lisa. Videre vil Lisa trenge informasjon om morens sykdom og hvordan den blir behandlet.

Lisa på sin side trenger å bli trygg i sine relasjoner til jevnaldrende, etter å ha levd mange år relativt isolert sammen med mor. Aktivitetsgruppe for ungdom kunne bidratt til det. Enkelte nevner også at Lisa nok kunne hatt godt av å flytte ut. Det er imidlertid utfordrende å finne fosterhjem til så store ungdommer, men et lokalt hybeltiltak med oppfølging kunne vært en verdifull støtte for henne inn i voksenlivet. Det at hun er bare 16 år gjør at informantene vurderer det slik at hun vil trenge noe støtte for å få gode rutiner i sin nye hverdag. Et intensivt opplegg med en miljøarbeider kunne også vært nyttig å sette inn, både for å motvirke isolasjon, og for å få henne på skolen hver dag.

Videre vurderer de fleste det som overhengende sannsynlig at Lisa selv har utviklet psykiske lidelser, og at de derfor ville henvist henne til BUP.

Også i denne saken nevnes familieråd som et verdifullt tiltak av flere av informantene, dersom det er noe nettverk å spille på her. Det kan gjøre det langt lettere å finne et fosterhjem til henne, dersom hun ikke kan fortsette å bo hjemme.

Barn E: Har milde problemer knyttet til egen atferd (forhold ved barnet)

Erika, 12 år, går i 6. klasse. Hun strever med å finne seg til rette i skolesituasjonen og faller mer og mer utenfor faglig og sosialt. Hun har ingen faste venner, og oppleves som klengete og umoden av jevnaldrende. Mor er aktivt støttende til jenta, og oppmuntrer og følger opp jenta på mange ulike fritidsaktiviteter, men jenta mestrer dårlig, og oppleves som intenst søkende på oppmerksomhet fra voksne. Jenta har dårlig konsentrasjonsevne, og er urolig i de fleste sammenhenger. Mor har selv tatt kontakt med barnevernet - det skolen og mor gjør ser ut til å forverre situasjonen.

Konsekvens for barnet: Barnets utvikling står i fare. Mor og skolen forstår ikke jentas utvikling og hvordan de kan møte hennes behov.

Antatt kjerneproblematikk: Jentas utvikling er uforståelig for omgivelsene, og de ønsker bistand fra barnevernet. Jenta mestrer dårlig, og strever med å finne seg til rette – det kan se ut som barnet har utviklingsforstyrrelser som ikke er fanget opp.

Innspill

Problemoppfattelse

Informantene er også av den oppfatning av at dette dreier seg om en utviklingsforstyrrelse. En informant føyer til at symptomer på mishandling i enkelte tilfeller kan tolkes som utviklingsforstyrrelser, og at man generelt ville undersøkt om det var tilfelle. Det at mor er engasjert og aktivt støttende til barnet svekker imidlertid denne mistanken i denne saken.

Strategi for intervensjon

Det er henvisning til BUP, med sikte på å få utredet barnet for eventuelle utviklingsforstyrrelser, som nevnes først av informantene våre. Ved spørsmål om hva de ville tilbudt dersom jenta har en utviklings-forstyrrelse, er informantene litt delte i sin oppfatning. En informant foreslår kognitiv atferdsterapi for at mor skal kunne forstå seg selv og jenta. Familieveiledning kommer også opp som et forslag. En annen nevner å støtte jentas sosiale utvikling, ved å ta henne inn på mestringsarenaer, for eksempel gjennom fritidstilbud og annet. Ansvarsgruppe, bestående for eksempel av kontaktlærer, helsesøster, BUP og PPT trekkes også fram. Dette kan bidra til å sikre den tilretteleggingen jenta trenger på skolen. Flere gir imidlertid uttrykk for at dette ikke er en jobb for barnevernet, dersom det viser seg at jenta har en diagnose.

Dersom det gjennom utredning viser seg at jenta ikke har en utviklingsforstyrrelse, sier informantene at de vil jobbe med å forstå årsakene til mangelen på normal-aktivitet. Kan det for eksempel handle om måten mor har møtt barnet på? En informant ville kartlagt mors evne til å «se barnet», noe som må tolkes som emosjonelle foreldreferdigheter. En annen nevner at det kan være hensiktsmessig med en henvisning til BUP for en psykologisk utredning av jenta, med sikte på å avdekke angst, vegring og utrygghet, og at dersom dette mønsteret vedvarer er det fare for skjevutvikling: problemene vil forsterkes, skolen vil bli mer krevende, jenta vil bli mer isolert sosialt sett. Per i dag er hennes uttrykk tilbaketrekning. Dette kan endre seg til utagering og selvskading i ungdommen.

Barn F: Har alvorlige problemer knyttet til egen atferd (forhold ved barnet)

Arne, 15 år, går i 9. klasse. Har over mange år hatt en utagerende atferd på skole, på fotballen og fritid, og hjemme. Barnevernet har vært inne i mange år og har ytt tiltak som støttekontakt og råd og veiledning. Mor og stefar har lite nettverk. De har vist i praksis liten kapasitet/evne til å følge opp gutten på skole og fritid. Gutten er mye sammen med en eldre guttegjeng som selger og bruker dop og mye alkohol. Skolen og foreldrene mener gutten må få hjelp ved å flyttes på en institusjon.

Konsekvens for barnet: Gutten mister viktig utvikling ved at han står i en vedvarende konfliktfylt situasjon med omgivelsene. Han har over mange år vært utsatt for mishandling, med de alvorlige konsekvenser dette gir for hans emosjonelle og helsemessige tilstand og utvikling.

Antatt kjerneproblematikk: Gutten er utsatt for vold fra stefar over flere år, og mor er også mishandlet. Dette er ikke fanget opp, eller tatt hensyn til av barnevernet tidligere.

Innspill

Problemforståelse

Informantene er her samstemte i at det viktigste i dette caset er volden, som ikke tidligere har blitt fanget opp av barnevernet.

Denne gutten er dypt traumatisert, både gjennom volden han selv er utsatt for, og det han har sett sin mor utsettes for gjennom mange år. Han har mest sannsynlig dårlig tilknytning til sin mor, og mangler en støtteperson. Atferden er hans språk: den er hensiktsmessig for ham å være brå og utagerende hjemme, og benytter dette som mestringsstrategi også på andre arenaer.

Det er en relativ klar oppfatning av at det er store negative konsekvenser av å ikke gi Arne hjelp nå, illustrert gjennom følgende sitat:

«Gutten blir kriminell rusmisbruker, minst til han blir 25.»

Strategi for intervensjon

Ifølge informantene er det aller viktigste å få volden til å opphøre. Det kan skje enten ved at gutten tas ut av hjemmet, eller at mor flytter fra mannen. Forholdet bør også anmeldes til politiet. Barnevernet kan støtte mor i å bryte med stefar ved å ta henne inn til samtale, og koble på krisesenteret. Hun bør også gjøres oppmerksom på at konsekvensene dersom hun ikke gjør det, trolig blir omsorgsovertakelse.

En informant trekker fram henvisning til familiekontoret som strategi for å få slutt på volden, men sier samtidig at det er ikke sikkert at dette er vold det er mulig å jobbe med. Denne informanten mener også at familieterapi er for sent, og har liten tro på Alternativ til vold (ATV). En annen informant nevner ATV som et tiltak som kan være hensiktsmessig.

I intervjuene trekkes det også fram at det er avgjørende å jobbe med kjerneproblematikken, altså volden, framfor symptomene (rus og omgangskrets), men informantene erkjenner at man må gjøre det i motsatt i enkelte tilfeller.

Flere av informantene tenker at gutten vil trenge hjelp til å bearbeide traumer, og at de derfor ville henvist ham til BUP.

Dersom gutten trenger en plassering, trekkes familieråd fram som et egnet tiltak også i dette tilfellet. Det kan uansett være et verdifullt virkemiddel for barnevernet, for å få oversikt over hvilke mennesker som bryr seg om denne gutten.

Flere informanter trekker fram at dersom mor flytter fra stefar, kan det fortsatt være utfordrende for henne å ivareta gutten på en god nok måte. Det kan være aktuelt å anvende familieterapi. En miljø-terapeut i en overgangsfase trekkes også fram som et tiltak som kan hjelpe mor med å få hensiktsmessige rutiner i sin nye hverdag. En informant mener at et intensivt og koordinert familieteam, bestående for eksempel av en familieterapeut til mor, og en psykolog og en miljøarbeider til gutten kan være hensiktsmessig i en periode.

Flere av informantene trekker også fram MST som et egnet tiltak, men en forutsetning for det er at volden opphører, enten ved at stefar slutter å slå, eller ved at stefar flytter ut. Foreldrene må være i stand til å ivareta gutten, dersom dette tiltaket skal virke.

Ingen av informantene trekker fram FFT.

Det å gi Arne mulighet til å bo i en periode i et behandlingsfosterhjem, før han gradvis flytter hjem igjen, trekkes fram som et hensiktsmessig tiltak, men det er bred enighet om at institusjon bør være aller siste utvei.

Kommunenes vurderinger av hvilke tiltak som er hensiktsmessige for de ulike barna er sammenfattet i figuren under.

Figur 10-1: Kommunenes foretrukne tilnærming og metodevalg

A	Milde problemer knyttet til foreldrenes ivaretakelse av barnet	• Kartlegge tilknytningen mellom mor og barn og gi mor strukturert praktisk og emosjonell veiledning • COS, gjerne i kombinasjon med Marte Meo • Alternativ: familieterapeut eller kognitiv atferdsterapi (evt. miljøarbeider • Familieråd for å involvere nettverk.
B	Alvorlige problemer knyttet til foreldrenes ivaretakelse av barnet	• Vurdere plassering dersom foreldrene ikke slutter med rus og ikke er mottakelige for endringstiltak • Individuell COS, PMTO og familieterapeut nevner som mulige hjelpetiltak, men forutsetter kontroll med rusproblemet • Familieråd for å involvere nettverk
C	Milde problemer knyttet til foreldrene	• Barneverntjenesten vil gå i dialog med ungdommen (Barnesamtalen) og sette inn kompenserende tiltak slik at han får gode opplevelser og avlastning (besøkshjem, aktivitetshelg el.l.) • Endringsbasert arbeid opp mot foreldrene og evt. familieterapeut • Familievernkontoret?
D	Alvorlige problemer knyttet til foreldrene	• Barneverntjenesten vil søke å komme i kontakt med apparatet rundt mor (fastlege, psykolog) • Aktivitetsgruppe for ungdom for at hun skal bli trygg i sine relasjoner til jevnaldrende • Vurdere hybeltiltak i kombinasjon med miljøarbeider • Familieråd for avlaste ungdommen
E	Milde problemet knyttet til barnets atferd	• Henvise til BUP for å få utredet barnet for eventuelle utviklingsforstyrrelser • Kognitiv atferdsterapi for at mor skal kunne forstå seg selv og ungdommen (emosjonelle foreldreferdigheter) • Støtte jentas sosiale utvikling ved å ta henne inn på mestringsarenaer (fritidstilbud el.a.) • Arrangere ansvarsgruppe (BU, PPT, kontaktlærer, helsesøster)
F	Alvorlige problemer knyttet til barnets atferd	• Førsteprioritet er å få slutt på volden ved at a) mor flytter fra stefar (koble på krisesenteret, familieterapi, miljøterapeut) eller b) gutten tas ut av hjemmet – omsorgsovertakelse (familieråd for å involvere nettverk) • Familiekontoret og ATV nevnes som tiltak, men informantene er nølende til kun å anbefale dette • Dersom volden stoppes, kan MST være hensiktsmessig å vurdere

Kilde: Dybdeintervjuer med ansatte i barnevernstjenesten, bearbeidet av Oslo Economics

10.2 Grupper med mangelfullt tilbud i dagens barnevern

I alle de 24 dybdeintervjuene med kommunene diskuterte vi om det er enkelte grupper som i dag har et mangelfullt tilbud fra barnevernet. Barnevernstjenesten forteller i intervjuene at enkelte grupper av barn kan være utfordrende å hjelpe med de virkemidlene de har tilgjengelig i dag. Dette er, vist i Tabell 10-1.

Problemene knytter seg overordnet til to dimensjoner. Den ene omhandler forhold som oppleves som utfordrende, men som er mulige å løse gjennom eksisterende tiltaksportefølje, mens den andre knytter seg til konkrete mangler ved dagens samlende tilbud av tiltak.

Tabell 10-1: Utfordringer og grupper med mangelfullt tilbud i dag – nøkkelpunkter fra intervjuene

Hvem gjelder utfordringene for?	Hvilke forhold gir barnevernstjenesten uttrykk for er problematisk?
Små kommuner	• Mangel på kompetanse i barnevernstjenesten • Må ofte henvise til andre instanser da de ikke innehar kompetansen selv. Samarbeid og koordinering med andre instanser derfor viktig. • Opplevelse av sårbarhet for å miste personer med nøkkelkompetanse. • I større grad avhengig av å ansette personer med bredere kompetanse, da en ikke har mange nok tilfeller av saker som krever spesialisert kompetanse. • Avhengige av en viss gjennomstrømming av saker på grunn av lite kapasitet internt i barnevernstjenesten. • Interkommunale samarbeid utfordrende på grunn av store geografiske avstander. • Manglende tiltak ovenfor unge med begynnende rusproblemer.
Mellomstore kommuner	• Desto mer komplekse problemer som eksisterer, jo større er behovet for å samarbeide med andre instanser i kommunen. • For dårlig utbygde tjenester ovenfor barn under 18 år som sliter med rusproblemer og ulike psykiske plager. Det gis uttrykk for at dette utgjør en risiko for at problemene vedvarer i voksen alder. • Krevende med interkommunalt samarbeid innenfor barnevernet dersom kommunen ikke er organisert interkommunalt på andre områder. • Enkelte opplever en markant økning i saker med seksuelle overgrep. I disse sakene er det vanskelig å finne egnede tiltak. • Mangel på aggresjonskurs. • En kommune ønsker større og bredere tiltaksapparat, samt bedre mottaksfunksjon. • Utfordrende å hjelpe i saker der det eksisterer omfattende foreldrekonflikter.

Store kommuner	• Utfordrende å hjelpe i saker med voldsproblematikk:
	  ○ Gjelder saker der foreldrene kan nekte å motta tiltak, men der alvorlighetsgraden ikke høy nok til å bruke tvang.
	  ○ Slik saker fordrer at barnevernstjenesten i større grad må jobbe med ungdommen direkte. Dette oppleves som vanskeligere enn å snakke med foreldrene.
	• Bedre tilbud til barn som sliter med rusproblematikk på mellomtrinnet i skolen.
	• Saker der en må samarbeide med andre instanser, men ikke klarer å enes om noe felles mål. Det oppleves at ulike instanser ofte jobber «mot hverandre».
	• Utfordrende når foreldrene ikke greier å samarbeide om omsorgen, der de er bagatelliserende ovenfor problemet og der de er lite motivert.

	• Vanskelig skillelinje mellom BUP og barnevernstjenesten. Det nevnes at en kunne vært tjent med en samlokalisering og felles ledelse. • For dårlig tilbud til barn med dårlig psykisk helse som ikke faller inn i målgruppen for MST.

Problemer opplevd av flere kommuner (uavhengig av kommunestørrelse	• Økende andel flyktninger og minoriteter:
	  ○ Forskjeller i kultur og språk fører til lite effektiv kommunikasjon. Flere barnevernstjenester benytter tolk, men dette oppleves ofte ikke å være godt nok. Flere opplever også at bruken av tolk ikke hjelper nok.
	  ○ Ulikhet i kulturell forståelse fanges ikke opp av tiltakene som tilbys
	• Utfordrende skillelinje ovenfor NAV angående hvilke saker som barnevernstjenesten skal gripe inn i.
	• Psykisk syke barn og unge:
	  ○ Barn og unge som er «i grenseland» mellom barnevernet og psykiatrien. Barnevernet føler ofte i disse tilfellene at må gripe inn, men mangler den nødvendige kompetansen.
	  ○ Oppleves som utfordrende å komme inn tidlig nok i slike saker
	• Barnevernstjenesten opplever i flere tilfeller at de ikke har kompetanse og kapasitet til å hjelpe barn med spesielle behov, eksempelvis ADHD.
	• Saker som involverer foreldre med svakere kognitive evner, psykisk sykdom og rusproblematikk fører ofte til lavere omsetningsverdi av tiltakene som gis, eksempelvis råd og veiledning.
	• Saker som omhandler barn som er i grenseland til omsorgsovertakelse.

Kilde: Intervjuer med ulike barnevernstjenester

For de små kommunene er det spesielt mangel på kompetanse i form av en bred nok tiltaksportefølje som oppleves som problematisk. I dag løses dette kompetanseproblemet blant annet ved å henvise til andre instanser i kommunen, slik som rus- og psykiatritjenesten. Videre oppleves det som utfordrende å holde på ansatte med nøkkelkompetanse. Barnevernstjenesten kan således bli vesentlig svekket kompetansemessig om nøkkelpersonell forsvinner. Oppsummert kan hovedutfordringen for de små barnevernstjenestene derfor sies å knytte seg til mer grunnleggende mangler ved deres egen tilgang på kompetanse, kan løses om flere tiltak, eller flere personer med kompetanse på ulike metoder, hadde vært tilgjengelig for dem.

De mellomstore og store kommunene vektlegger, sammenliknet med de små kommunene, i større grad utfordringer og mangler ovenfor enkeltgrupper. De mellomstore kommunene gir blant annet uttrykk for at det er for dårlig utbygde tjenester ovenfor barn og unge under 18 år som sliter med rusproblemer og psykiske plager, samt for barn som er utsatt for seksuelle overgrep. De store kommunene på den andre siden forteller om utfordringer i saker omhandlende volds- og rusproblematikk, og i saker der foreldrene er bagatelliserende og lite motiverte. Videre gis det uttrykk for mangelfullt tilbud til barn som sliter med rusproblematikk og for barn med dårlig psykisk helse som ikke faller inn i målgruppen for MST.

Enkelte problemer trekkes frem av flere kommuner, uavhengig av kommunestørrelse. Eksempelvis trekker flere kommuner frem at det er utfordrende å hjelpe barn og unge som sliter med psykiske problemer. Spesielt er grensegangen opp mot BUP utfordrende. BUP kan ifølge flere informanter være lite villige til å utrede og hjelpe psykisk syke barn dersom familieforholdene rundt er kaotiske. BUP ønsker at barnevernet skal «rydde opp» først. Grensegangen opp mot NAV er også utfordrende. Barnevernet mener gjerne generelt at de ikke bør tildele økonomiske overføringer; det er NAVs arbeid. Likevel ser ikke NAV alltid de samme behovene som barnevernet, og tar i følg enkelte informanter for lite hensyn til barn som ikke har det de trenger fordi foreldrene prioriterer på barnas bekostning. Samtidig er barnevernet kanskje, i større grad enn NAV i stand til å se at midlene faktisk kommer barna til del. Barnevernet krever fra tid til annen å se kvittering, for

å sikre seg at pengene har blitt brukt som avtalt (for eksempel til fotballsko til barnet).

Det er også vanskelig å få til positiv endring dersom foreldrene har psykiske problemer, sliter med rusproblemer eller har svakere kognitive evner. Dette fremstår som en ganske vanlig utfordring. Hjelpetiltakene hjelper ikke på foreldre som ikke ønsker eler evner å endre seg. Et spørsmål da er om dette problemet egentlig har en løsning. Er det for eksempel mulig å utvikle nye metoder for å trenge gjennom til foreldre som det er vanskelig å jobbe med, ala det man gjorde for barn med atferdsvansker på 90-tallet? Atferdsvansker var en stor utfordring på det tidspunktet. Etter hvert fikk man utviklet og implementert tiltak som faktisk virker. Kanskje er løsningen imidlertid bare å enten sørge for barnet gjennom støttende tiltak eller mobilisering av nettverk, eller være på vakt ovenfor behovet for plassering. Uansett vil det være helt essensielt å sørge for at barn og familier følges opp jevnlig og systematisk gjennom tiltaksfasen, for å avdekke om endringsarbeidet ikke fører fram.

En annen sentral utfordring som ofte mange forteller om knytter seg til problemer med å hjelpe den økende andelen flyktninger og minoriteter som debuterer i barnevernet. Spesielt oppleves forskjeller i kultur og språk problematisk. Flere gir uttrykk for at ulikhet i kulturell forståelse ikke fanges opp av tiltakene som tilbys, samtidig som bruken av tolk ikke hjelper på å gjøre kommunikasjonen effektiv og god nok. Flere kommuner forteller at tiltak rettet mot barn med innvandrerbakgrunn er et satsingsområde fremover, og andre forteller at de har stor glede av sine miljøterapeuter med minoritetsbakgrunn i møte med barn og unge med samme bakgrunn. Således forventer de at utfordringene vil vedvare i fremtiden.

11. Konklusjoner og anbefalinger

Hjelpetiltak i hjemmet er en mangfoldig tiltaksgruppe, som berører svært mange familier hvert år. Vår vurdering er at det på lang sikt lønner seg at barnevernet bistår familier i hjemmet gjennom hjelpetiltak. Hjelpetiltaksregimet, sånn som det praktiseres i dag, med den fordelingen av tiltak og metoder som i dag benyttes bidrar til samfunnsøkonomisk verdi sammenliknet med et alternativt scenario der disse tiltakene ikke eksisterte. Dette til tross for at det er mange barn man ikke klarer å hjelpe gjennom hjelpetiltak, og at mange av de som mottar hjelpetiltak i dag ville klart seg fint uten intervensjon fra barnevernet. Gevinstene knyttet til det å forhindre et liv i «utenforskap», er så store, at det ikke trengs mange slike tilfeller før ressursbruken knyttet til tidlig innsats er oppveid.

Det er enkelte tiltak og metoder i barnevernsarbeidet i dag som i spesiell grad utpeker seg som verdifulle. Disse bør man opprettholde, og om mulig styrke. I det følgende oppsummerer vi vurderingene av ulike tiltakstypene.

MST, PMTO og FFT er samfunnsøkonomisk lønnsomme

De statlige spesialiserte tiltakene MST, FFT og PMTO er også samfunnsøkonomisk lønnsomme når de anvendes på den målgruppen de er utviklet for. Dette er sammenliknet med alternative hjelpe- og behandlingstiltak som ville blitt anvendt dersom disse tiltakene ikke eksisterte. Tiltakene er relativt kostbare, men også realistiske alternative behandlinger er dyre. For MST og FFT er det grunn til å tro at alternativ behandling er dyrere, på grunn av innslaget av institusjonsbehandling. I tillegg har tiltakene behandlingsresultater som er bedre enn alternativene. PMTO er dyrere enn alternativ behandling, men gir raskere effekter som veier opp større behandlingskostnader.

Både MST, FFT og PMTO framstår derfor som samfunnsøkonomisk lønnsomme. Det ville altså vært samfunnsøkonomisk ulønnsomt å slutte å anvende disse tiltakene.

MST, PMTO og FFT bør fortsatt være organisert som i dag

Organiseringen av disse tiltakene har flere dimensjoner:

- Standardisering og kvalitetskontroll
- Opplæring og sertifisering av terapeuter
- Ansettelsesforholdet til terapeutene
- Finansiering
- Kontroll med inntak

Vår vurdering er at staten bør fortsette å ha den rollen de har i dag, i arbeidet med disse tiltakene. Disse metodene vil praktiseres på et mangfold av måter dersom kommunene skal kunne tilpasse og skreddersy metodikken. Dermed vil også «evidensbarheten» reduseres og bli borte, og metodeintegriteten, som viser seg å være en viktig faktor for å få gode resultater av tiltakene, vil begrenses. Disse tiltakene vil altså ikke være evidensbaserte på samme måte, dersom staten ikke hadde ansvar for standardisering, opplæring og sertifisering.

Inntaket er også en sentral del av metodeintegriteten. Brukt på feil målgruppe vil ikke tiltakene ha samme effekt. I lys av dette bør inntaket ligge på det styringsnivå som ivaretar metodeintegritet og standardisering.

Inntak bør henge sammen med finansieringsansvar. I dagens løsning melder kommunene inn ønske om FFT eller MST til Bufetat, mens Bufetat har siste ord i inntak og også bærer den største kostnaden. Vi mener at dette er en god løsning. En nevnt utfordring ved denne løsningen er imidlertid at tilbudet blir uforutsigbart for kommunene. Vi mener dette vil kunne avhjelpes ved at kommunene får økt kompetanse om målgruppene for tiltaket, slik at de slipper å ha «falske forhåpninger» om at Bufetat skal sette iverksette behandling. Kanskje kan også kortere behandlingstid hos Bufetat avhjelpe kommunens arbeid.

Til sist er det etter vår vurdering ikke realistisk at MST og FFT ville bestått som et tilbud om kommunene skulle hatt ansvar for tiltakene. Etablering og drift av team er ressurs- og kompetansekrevende, og krever et stort geografisk nedslagsfelt for å være lønnsomt. Selv svært omfattende interkommunale samarbeid ville ikke vært tilstrekkelig for å oppnå dette. Bærum kommune har riktignok opprettet et eget team for MST-Can, mens Alta har valgt å ikke benytte seg av Bufetats MST-tilbud eller bygge opp et eget MST-tilbud etter at de fikk et utvidet oppgave- og finansieringsansvar innenfor barnevernsområdet i kommuneforsøket.

Forske på langtidseffekter av atferdsrettede tiltak

En bør søke mer kunnskap om langtidsvirkninger av de kunnskapsbaserte tiltakene som staten i dag drifter. Vi foreslår at det initieres registerdatabasert forskning som undersøker hvordan barna i tiltaks- og kontrollgruppene i de randomiserte studiene av MST og PMTO har klart seg på lang sikt. Kunnskap om langtidseffekter av ulike tiltak er begrenset i dag. Bedre kunnskap om langtidseffektene er viktig i den

faglige diskusjonen om hvilke typer tiltak som er best egnet.

Tiltak som mobiliserer barnets primære nettverk kan være gode

Det fremstår i dag som en slags standardløsning å kombinere støttende og strukturerende tiltak. Nettverkstiltak, som familieråd og andre tiltak som mobiliserer barnets primære nettverk, ser ut til å ha mange av de samme positive effektene i kombinasjon med strukturerende tiltak. Vi foreslår at man i større grad tar i bruk nettverkstiltak enn i dag. Nettverkstiltak kan brukes i kombinasjon med strukturerende tiltak, eller i kombinasjon med både strukturerende tiltak og støttetiltak.

Private versus kommunale hjelpetiltak

Den kommunale barnevernstjenesten opplever at private tiltak er dyrere, kan ha lavere kvalitet på grunn av mandatforskyvning, ikke bidrar til kompetanseoppbygging i egen organisasjon og innebærer transaksjonskostnader. Samtidig er private tiltak helt avgjørende for å sikre kapasitet. For mindre kommuner er de også avgjørende for å tilby riktig kompetanse. Det vil være færre problemer knyttet til mandatforskyvning dess mer konkrete og dokumenterbare oppgavene er.

Fokus på jevnlig og systematisk evaluering

For at man tidsnok skal få plassert barn som ikke lenger bør bo hjemme, for eksempel fordi situasjonen er alvorlig og hjelpetiltak ikke fører fram, bør barnevernstjenestene fortsette og opprettholde arbeidet som pågår med systematisering av evalueringsarbeidet. Barnevernstjenestene fremstår som bevisste på at evalueringer bør skje jevnlig og systematisk, men vi ser samtidig tegn på at det fortsatt er forbedringspotensialet i praksisen.

Flere grupper har i dag et dårlig hjelpetiltakstilbud

Det er enkelte grupper kommunen opplever at det er vanskelig å hjelpe med tiltaksporteføljen slik den er i dag. Hyppig nevnte utfordringer er:

- Saker som havner mellom flere instanser: BUP, NAV og barnevernet for eksempel
- Flyktning- og minoritetsbarn
- Barn av foreldre som ikke vil eller får til endring på grunn av kognitive svekkelser, rus eller psykiske lidelser
- Psykisk syke barn

Det kan være grunn til å gjennomføre en satsning på å utvikle og teste ut nye metoder for å nå fram til disse barna, og de foreldrene det gjelder.

12. Referanser

Amlund-Hagen, K., Andersen, O. & Ogden, T., 2007. Sustainability of the effectivenes of a program of multisystemic treatment (MST) across participants groups in the second yar of operation. *Journal of Children's Services*, Issue 7.

Askeland, E., Apeland, A. & Solholm, R., 2014. *PMTO - Foreldretrening for familier med barn som har atferdsvansker*. s.l.:Gyldendal akademisk.

Atferdssenteret, 2016. *FFT-teamene i Norge*. [Internett]
Available at: http://www.atferdssenteret.no/fft-teamene-i-norge/category2292.html
[Funnet 30 Januar 2017].

Atferdssenteret, 2016. *Multisystemisk terapi (MST)*. [Internett]
Available at: http://www.atferdssenteret.no/multisystemisk-terapi-mst/category150.html
[Funnet 12 Januar 2017].

Atferdssenteret, 2016. *Årsrapport 2015,* s.l.: Atferdssenteret.

Atferdssenteret, 2017. *Funksjonell familieterapi (FFT)*. [Internett]
Available at: http://www.atferdssenteret.no/funksjonell-familieterapi-fft/category148.html
[Funnet 30 Januar 2017].

Backe-Hansen, E., Madsen, C. K. L. B. & Hvinden, B., 2014. *Barnevern i Norge 1990-2010 - En longitudinell studie,* s.l.: NOVA.

Bakke, J., 2011. *Kriminalitetens kostnader - En undersøkelse om tyverikriminalitetens kostnader og et anslag over kriminalitetens kostnader,* s.l.: Politihøgskolen, rapport 2011:2.

Barne- og likestillingsdepartementet, 2014. *Saksgang i barnevernet*. [Internett]
Available at: https://www.regjeringen.no/no/tema/familie-og-barn/barnevern/ansvarsfordelinga-i-barnevernet1/saksgang-i-barnevernet/id2353985/
[Funnet 27 Januar 2017].

Barne- og likestillingsdepartementet, 2017. *Retningslinjer om hjelpetiltak, jf. barnevernloven § 4-4*. [Internett]
Available at: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/retningslinjer-om-hjelpetiltak-jf.-barnevernloven--4-4/id2482116/sec5
[Funnet 27 Januar 2017].

Barne, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2007. *Rundskriv Q-06/2007: Oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommuner og statlige barnevernmyndigheter - herunder betalingsordninger i barnevernet,* Oslo: s.n.

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2014-2015. *Endringer i barnevernloven (utvidet adgang til å pålegge hjelpetiltak),* Oslo: s.n.

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2014. *Forslag om å utvide adgangen til å pålegge hjelpetiltak med hjemmel i lov om barneverntjenester*. Oslo: Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2015. Satser for kommunal egenbetaling i barneverntiltak 2015.

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2016. *Høringsnotat forslag til endringer i barnevernloven - Kvalitets- og strukturreform,* s.l.: Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2015. *Aktivitetsrapport 2015*. [Internett].

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2015. *Gangen i en barnevernsak*. [Internett]
Available at: https://www.bufdir.no/Barnevern/Om_barnevernet/Gangen_i_en_barnevernssak/
[Funnet 30 Januar 2017].

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2015. Årsrapport 2015.

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2016. *Atferdsvansker - ulike metoder*. [Internett]
Available at: https://www.bufdir.no/Barnevern/Tiltak_i_barnevernet/Metoder/
[Funnet 30 Januar 2017].

Barne-, ungdoms og familiedirektoratet, 2016. *Barn og unge med hjelpetiltak i hjemmet*. [Internett]
Available at:
https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnevern/Barn_og_unge_med_tiltak_fra_barnevernet/Barn_og_unge_med_hjelpetiltak_i_hjemmet/
[Funnet 06 Februar 2017].

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2016. *Hjelpetiltak i hjemmet*. [Internett]
Available at: https://www.bufdir.no/Barnevern/Tiltak_i_barnevernet/Hjelpetiltak_i_hjemmet/
[Funnet 30 Januar 2017].

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2016. Vedlegg til Bufdirs høringssvar: Forslag til endringer i barnevernloven - Kvalitets- og strukturreform.

Barne-, ungdoms- og familieetaten, 2016. *Organisering og oppgaver*. [Internett]
Available at: https://www.bufdir.no/Barnevern/Om_barnevernet/Organisering_og_oppgaver/
[Funnet 08 Februar 2017].

Barnett, 1985. The Perry Preschool Program and Its Long-Term Effects: A Benefit-Cost Analysis. *igh/Scope Early Childhood Policy Papers*.

Bråten, B. & Sønsterudbråten, S., 2016. *Foreldreveiledning - virker det? En kunnskapsstatus,* s.l.: Fafo.

Christiansen, Ø., 2015. *Hjelpetiltak i barnevernet, en kunnskapsstatus,* s.l.: Uni Research Helse, Regionalt kunnskapssenter for barn og unge.

Christiansen, Ø. et al., 2015. *Forskningskunnskap om barnevernets hjelpetiltak,* s.l.: Uni Research Helse, Regionalt kunnskapssenter for barn og unge.

Christiansen, Ø., Thomsen, E. A. & Hellem, V., 2012. *Nå vet vi bedre hva vi gjør - Evaluering av hjelpetiltak i barnevernet - med tiltaksplaner som praktisk forankring,* Oslo: Kommunesektorens organisasjon.

Clausen, S.-E., 2004. Har barn som mishandles større risiko for å bli kriminelle?. *Tidsskrift for norsk psykologforening*.

Clausen, S.-E. & Kristofersen, L. B., 2008. *Barnevernsklienter i Norge 1990-2005 - En longitudinell studie,* s.l.: NOVA - Norsk institutt for forskning om oppvekst, vlferd og aldring.

Ekhaugen, T. & Rasmussen, I., 2015. *Barnevernet - et utfordrende samliv mellom stat og kommue,* s.l.: Vista analyse AS.

Falch, T., Johannessen, A. B. & Strøm, B., 2009. *Kostnader ved frafall i videregående opplæring,* Trondheim: Senter for Økonomisk forskning AS.

Felitti, V. J. et al., 1998. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *American journal of preventive medicine*, Issue 4, pp. 245-258.

Finansdepartementet, 2014. *Rundskriv R-109/14 Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser mv. ,* s.l.: Finansdepartmentet.

Folkehelseinstituttet, 2016. *Sykdomsbyrde i Norge 1990-2013 - Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2013 (GBD 2013),* s.l.: s.n.

Gjerustad, C. et al., 2006. *Bare fantasien setter grenser? Om kommunenes bruk av hjelpetiltak i barnevernet,* s.l.: Fafo.

Hansson, K., Cederblad, M. & Höök, B., 2000. Funktionell familjeterapi - en behandlingsmetod vid ungdomskriminalitet. *Socialvetenskaplig tidskrift*, pp. 231-244.

Hansson, K., Johansson, P., Drott-Englén, G. & Benderix, Y., 2004. Funktionell familjeterapi i barnpsykiatrisk praxis. *Nordisk Psykologi*, Volum 56, pp. 304-320.

Hartnett, D., Carr, A., Hamilton, E. & O'Reilly, G., 2016. The Effectiveness of Functional Family Therapy for Adolescent Behavior and Substance Misuse Problems: A Meta-Analysis. *Family Process*, pp. 1-13.

Haskett, M. & Willoughby, M., 2006. Paths to child social adjustment: parenting quality and children's processing of social information. *Child: vare, health and development*.

Havnes, T. & Mogstad, M., 2015. Is universal child care leveling the playing field?. *Journal of Public Economics*, pp. 100-114.

Helsedirektoratet, 2016. *Helserelaterte problemstillinger i samfunnsøkonomiske analyser,* s.l.: s.n.

Hermansen, A., 2005. *Hovedoppgave til cand. ed. eksamen i pedagogikk: Lærings- og undervisningshemmenede atferd - Hvordan kan den enkelte klasseleder forebygge utviklingen av lærings- og undervisningshemmende atferd på ungdomsskolen?,* s.l.: Det utdanningsvitenskapelige fakultet, universitetet i Oslo.

Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014. Regnskapsrapporteringen i KOSTRA - Veiledning regnskapsåret 2015.

Löfholm, C. A., Olsson, T., Sundell, K. & Hansson, K., 2009. *Multisystemisk terapi för ungdomar med allvarliga beteendeproblem,* Västerås: Socialstyrelsen.

McCrory, E., De Brito, S. A. & Viding, E., 2011. The Impact of Childhood Maltreatment: A Review of Neurobiological and Genetic Factors. *Front Psychiatry*, Issue 48.

Mørkrid, D. & Christensen, B., 2007. Funksjonell familieterapi: En evidensbasert familieterapeutisk behandling for ungdom og familier med alvorlige atferdsvansker. *Norges Barnevern*, pp. 15-23.

Nøvik, T. S., 2000. Måling av psykiske vansker hos barn. *Den norske legeforening*.

Ogden, T., 2010. *Familiebasert behandling av alvorlige atferdsproblemer blant barn og ungdom: evaluering og implementering av evidensbaserte behandlingsprogrammer i Norge,* Bergen: Universitetet i Bergen.

Ogden, T. & Amlund Hagen, K., 2008. Treatment Effectiveness of Parent Management Training in Norway:. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Issue 4, pp. 607-621.

Ogden, T. & Amlund Hagen, K., 2008. Treatment Effectiveness of Parent Management Training in Norway: A Randomized Controlled Trial of Children With Conduct Problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* , September, pp. 607-621.

Ogden, T., Amlund Hagen, K. & Bjørnebekk, G., 2011. Treatment Outcomes and Mediators of Parent Management Training: A One-Year Follow-Up of Children with Conduct Problems. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, Issue 2, pp. 165-178.

Ogden, T. & Amlund-Hagen, K., 2006. Multisystemic treatment of serious behavior problems in youth: sustainability of effectiveness two years after intake. *Child and Adolescent Mental Health*, Issue 3, pp. 142-149.

Ogden, T. & Halliday-Boykins, C. A., 2004. Multisystemic treatment og antisocial adolescents in Norway: replication of clinical outcomes outside of the US. *Child and adolescent mental health*, Issue 2.

Rambøll , 2012. *Analyse af de økonomiske konsekvenser på området for udsatte børn og unge,* s.l.: Rambøll Management Consulting.

Rasmussen, I., Dyb, V., Heldal, N. & Strøm, S., 2010. *Samfunnsøkonomiske konsekvenser av marginalisering blant ungdom,* Oslo: Vista Analyse AS.

Rasmussen, I. & Ekhaugen, T., 2016. *Bruken av private aktører i barnevernet - et ansvar på avveie?,* s.l.: Vista Analyse, rapport 2016/19.

Rasmussen, I., Strøm, S., Sverdrup, S. & Vennemo, H., 2012. *Samfunnsøkonomiske kostnader av vold i nære relasjoner,* Oslo: Vista Analyse AS.

Raundalen, M. et al., 2012. *NOU 2012:5 - Bedre beskyttelse av barns utvikling,* Oslo: Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.

Regionalt kompetansesenter for barn og unge Nord, Universitetet i Tromsø; Regionalt kompetansesenter for barn og unge Midt-Norge, NTNU; Regionalt kompetansesenter for barn og unge Vest, Uni Research, u.d. *De Utrolige Årene*. [Internett]
Available at: dua.uit.no
[Funnet 30 Januar 2017].

Robbins, M. S., Alexander, J. F., Turner, C. W. & Hollimon, A., 2016. Evolution of Functional Family Therapy as an Evidence-Based Practice for Adolescents with Disruptive Behavior Problems. *Family Process*, Volum 55, pp. 543-557.

Sagatun, Å., Heyrdal, S., Wentzel-Larsen, T. & Lien, L., 2014. Mental health problems in the 10th grade and non-compltion of upper secondary school: the mediating role of grades in a population-based longitudinal study. *BMC Public Health*, Issue 16.

Senter for statlig økonomistyring, 2010. *Håndbok for samfunnsøkonomiske analyser,* s.l.: s.n.

Sexton, T. & Alexander, J., 2005. Functional Family Therapy for Externalizing Disorders in Adolescents. I: J. L. Lebow, red. *Handbook of Clinical family therapy*. s.l.:s.n., pp. 164-191.

Slettebø, T. et al., 2016. *Familieråd i familievern - Evaluering av pilotprosjektet 2013-2015,* s.l.: VID Vitenskapelig høgskole, rapport 3/2016.

Solholm, R., Askeland, E., Christiansen , T. & Duckert, M., 2005. Parent Management Training - Oregon-modellen. Teori, behandlingsprogram og implementering i Norge.. *Tidsskrift for nNOrsk Psykologforening*, pp. 587-597.

von Tetzchner, S., 2012. *Utviklingspsykologi*. 2 red. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Webster-Stratton, C. & Taylor, T., 2001. Nipping early risk factors in the bud: preventing substance abuse, delinquency, and violence in adolescence through interventions targeted at young children (0-8 years). *Prevention Science*, Issue 3.

13. Vedlegg 1: Oversikt over forskning om hjelpetiltak

Tabell 13-1

Tiltak	Gjennomgått litteratur	*Generelle* funn
Besøkshjem og støttekontakt	Larsen (2008, 2009, 2011) Vinnerljung et al. (2011) Brännström & Vinnerljung (2015)	Foreldre opplevde økt mestring – samtidig følte mange at hjelpen de mottok var for liten og for fragmentert. Flertallet av barna satte pris på kontaktpersonene og aktivitetene I registerdata finner forskere at tiltaksgruppen klarte seg dårligere enn kontrollgruppe når det gjaldt utdanning, kriminalitet, sosialhjelp og helserelaterte forhold, og en betydelig større andel senere ble plassert utenfor hjemmet. Altså, negativ effekt. Kontrollgruppen var barn med lignende bakgrunn som ikke fikk disse tiltakene. Ingen positive målbare virkninger på lang sikt.
SFO	Kvello & Wendelborg (2002, 2003)	SFO gir barn mulighet til å delta i aktiviteter med andre barn, men for barn med særlig behov for oppfølgning synes mulighetene å være begrenset.
Økonomisk hjelp	Gjerustad et al. (2006)	Økonomisk hjelp blir normalt benyttet for å avhjelpe praktiske problemer og redusere stressfaktorer i familienes hverdagsliv utover det familier får sosialhjelp til. Det er fortsatt liten empirisk kunnskap om hvilke konkrete formål barneverntjenesten yter økonomisk hjelp til. Vi vet ikke hvordan tiltaket samvirker med andre hjelpetiltak eller hvor hensiktsmessig foreldre, barn / unge og barneverntjenesten mener tiltaket er. Det er også behov for mer kunnskap om hvilke vurderinger som gjøres når en befinner seg i grensesnittet mellom barneverntjenestens og NAVs ansvar for økonomiske ytelser til barnefamilier og ungdom.
ART	Gundersen & Svartdal (2006, 2010) Barnoski og Aos (2004)	ART ser ut til å redusere faren for straffbare forhold, og bidra til positive endringer vedrørende sosial kompetanse og atferdsproblemer. Fortsatt lite forskning om langtidsvirkninger.
ICDP	Sherr et al. (2011, 2013)	Foreldrene rapporterte positive endringer når det gjaldt foreldrestil og holdning til barneoppdragelse, mindre negativ opplevelse knyttet til barnas vanskeligheter, mindre uro i hjemmet og mindre opplevelse av ensomhet.
Marte Meo	Vik (2010) Vik & Hafting (2009) Vik & Rohde (2014) Høivik et al. (2015)	Marte Meo bidro til å gi mødre økt selvtillit og trygghet i morsrollen, samt å redusere mødrenes depresjonssymptomer. Bidro også til positive endringer når det gjaldt samhandling og kommunikasjon mellom barn og foreldre, og barns sosiale følelsesmessige utvikling.

DUÅ	Larsson et al. (2009) Drugli, Larsson, Fossum, & Mørch (2010) Drugli & Larsson (2006) Fossum, Handegård, Drugli, & Mørch (2010)	DUÅ bidro til økt bruk av positiv oppdragelsespraksis og redusert bruk av inkonsekvent og streng oppdragelsespraksis. Foreldre opplevde også mindre stress. DUÅ bidro også til å redusere diagnosen ODD (oppositional defiant disorder/trass-lidelse) blant barn.
PMTO	Amlund Hagen, Ogden, & Bjørnebekk (2011) Ogden & Amlund Hagen (2008)	PMTO bidro til å redusere problematferd og bedre sosialkompetanse. Effektene var størst for barn under 8 år.
MST	Ogden & Amlund Hagen, (2006) Ogden & Halliday-Boykins (2004) Löfholm et al. (2009) Greve & Thamstun (2008) Bengtsson & Nemli (2006) Drake, Aos, & Miller (2009) Curtis, Ronan, & Bourdin (2004) Littell, Popa, & Forsythe (2005)	Noen studier finner at MST bidro til en signifikant nedgang i problematferd (kriminalitet, misbruk, skole/arbeidssituasjon) og antisosial atferd. MST bidro også til å bedre samspillet mellom foreldre og barna. Foreldre opplevde å mestre oppdragerrollen. Andre studier finner ingen signifikante effekter av MST.
FFT	Hansson, Johansson, Drott-Englén, & Benderix (2004) Carr (2009)	FFT bidro til å redusere kriminalitet, bedre familieklima og familiefungering, bedre psykisk helse hos ungdommene, redusere psykiatriske symptom hos foreldre, samt økt optimisme og fremtidstro hos familiemedlemmene.
Familieråd	Falck (2006) Falck & Clausen (2006)	Saksbehandlerne vurderte at alvorligheten i sakene var signifikant lavere 12 måneder etter familierådet.

Kilde: (Christiansen, 2015)

14. Vedlegg 2: Beregning av tidskostnader for familiene og fagpersoner i andre instanser i kommunene

Tabell 14-1 under viser en oversikt over hvilke forutsetninger og antakelser som er lagt til grunn i utregningen av tidskostnader for familiene ved de ulike hjelpetiltakene. Felles for alle hjelpetiltakene er verdsettingen av fritid til 176,5 kroner per time og at det er lagt til grunn 1,25 foreldre per tiltak som involverer foreldre. For tiltak som kun involverer barna eller ungdommene er det lagt til grunn 1 barn eller ungdom per tiltak. Tabellen beskriver hvilke kilder som er benyttet. I tillegg har innspill fra intervjuene av representanter fra kommunale barnevernstjenester inngått for å foreta *gjennomsnittsbetraktningene*. Tabell 14-2 og Tabell 14-3 på de følgende sidene viser de estimerte tidskostnadene for henholdsvis familiene og andre instanser.

Tabell 14-1: Forutsetninger og antakelser om tidsbruk i hjelpetiltakene

Tiltak	Forutsetninger og antakelser om tidsbruk
MST	I Bufdirs aktivitetsrapport 2015 er det registrert 68 632 oppholdsdager for MST. Gitt 451 avsluttede tiltak i 2015 (Atferdssenteret, 2016) gir dette gjennomsnittlig antall oppholdsdager per tiltak på 152 dager, som tilsvarer 5 måneders behandlingsforløp. Antatt gjennomsnittlig aktive tiltakstimer per uke: 2 timer. Dette gir et anslag på 40 aktive tiltakstimer per behandlingsforløp for foreldre.
FFT	Ifølge NUBUs nettsider har FFT et omfang på 10-30 terapitimer over en periode på 3-6 måneder. Ifølge Sexton & Alexander (2003), referert i Mørkrid & Christensen (2007), har FFT vanligvis et omfang på 8-12 møter over 3 måneder, men at løpet kan strekke seg til 6 måneder. Vi har lagt til grunn 10 møter à 2 timer som et gjennomsnitt, totalt 20 timer.
PMTO	Ifølge NUBUs nettsider har PMTO vanligvis et omfang på 15-30 ukentlige møter à 1 timer. Basert på rapportering om PMTO i 2016 viste et utvalg på 178 behandlinger gjennomsnittlig behandlingstid på 22 timer, som vi har lagt til grunn.
De Utrolige Årene (DUÅ)	Vi har tatt utgangspunkt i informasjon om De Utrolige Årene – Foreldretreningsprogram fra ungsinn.no til å anslå tidsbruken ved DUÅ. Ifølge informasjonsbrosjyre om DUÅ-programserien fra dua.uit.no (Regionalt kompetansesenter for barn og unge Nord, Universitetet i Tromsø; Regionalt kompetansesenter for barn og unge Midt-Norge, NTNU; Regionalt kompetansesenter for barn og unge Vest, Uni Research) varer foreldreprogram for barn med moderat grad av vansker i barnehagealder 3-6 år i 16 uker, mens foreldreprogram for skolealder 6-12 år består av 14-22 ukentlige møter. Ifølge Christiansen (2015) drives det i Norge foreldregrupper innen DUÅ. Foreldregruppene varer vanligvis over 12-22 uker avhengig av hvor stor problembelastningen er. Basert på kildene over og innspill fra intervjuer har vi lagt til grunn 18 møter à 2 timer som et gjennomsnitt, totalt 36 timer.
ICDP	Ifølge ungsinn.no sin beskrivelse av hjelpetiltaket ICDP gjennomføres tiltaket i 8-12 møter à 1,5-2 timer. Vi har lagt til grunn 10 møter à 2 timer som et gjennomsnitt, totalt 20 timer. Dette stemmer overens med informasjon om ICDP fra Oslo kommunes nettsider om foreldreveiledning, der det står at ICDP tilbys i 8-10 gruppemøter à 2 timer.
Marte Meo	Ifølge Bråten & Sønsterudbråten (2016) varer Marte Meo vanligvis 6-10 uker. Basert på innspill fra kommunale barnevernstjenester om at det varierer hvor lenge man er inne med Marte Meo som hjelpetiltak, har vi lagt til grunn 10 møter à 1 time som et gjennomsnitt, totalt 10 timer.
Andre hjemme-baserte tiltak	Basert på innspill fra intervjuene, har vi lagt til grunn at «andre hjemmebaserte tiltak» er, i likhet med en hjemmekonsulent eller miljøterapeut, et relativt intensivt tiltak. Vi har lagt til grunn 1 møte i uken à 2,5 timer over en periode på 3-6 måneder (gjennomsnitt 4,5 måneder). Dette gir totalt 45 timer per tiltak.
Råd og veiledning	Basert på innspill fra intervjuene, har vi lagt til grunn at råd og veiledning i gjennomsnitt innebærer 1 møte i uken over en periode på 6-8 måneder (gjennomsnitt på 7 måneder). Samlet sett har vi lagt til grunn 28 møter à 1,5 time som et gjennomsnitt

Hjemme-konsulent/ miljø-arbeider	Basert på innspill fra intervjuene har vi lagt til grunn at denne typen tiltak er relativt intensive. Vi har lagt til grunn 2 møter i uken over en periode på 3-6 måneder (gjennomsnitt på 4,5 måneder), der hvert møte varer 3 timer. Samlet sett gir dette et gjennomsnittlig omfang på 108 timer per tiltak.
Andre tiltak for å styrke foreldre-ferdigheter	I intervjuene forekom det ofte at tiltaket Circle of Security (COS) ble trukket frem som et tiltak rettet mot foreldre, og vi har anvendt dette tiltaket som et representativt tiltak innen «andre tiltak for å styrke foreldreferdigheter». Basert på innspill i intervjuene har vi lagt til grunn at COS har en varighet på 8-10 møter à 1,5-3 timer. Som et gjennomsnitt er det lagt til grunn 10 møter à 2 timer, totalt 20 timer per tiltak. Dette stemmer for øvrig godt overens med beskrivelsen av COS på ungsinn.no og i Bråten og Sønsterudbråten (2016)
Samtalegrup per/barnegr upper	Basert på innspill i intervjuene har vi lagt til grunn at gruppetilbud vanligvis har et omfang på 8-10 møter à 2 timer. Vi har lagt til grunn 10 møter à 2 timer, totalt 20 timer for 1 barn.
ART	Ifølge ungsinn.no har ART en anbefalt lengde på 30 timer. Vi har lagt til grunn 30 timer per tiltak for 1 barn.
Familieråd/ nettverks-møter	Ifølge Slettebø et al. (2016) sin evaluering av familieråd i familievernet kunne et familieråd vare fra 3 timer til en hel dag. Basert på innspill fra intervjuene og informasjon fra Bufdirs nettsider har vi lagt til grunn at barnet/ungdommen og 12 personer fra nettverket (inkludert foreldre) deltar, totalt 13 personer. Det er lagt til grunn et gjennomsnitt på 1,7 møter per tiltak, med tre deler på 2 timer per del (totalt 6 timer per møte). Totalt 10,2 timer per tiltak for 13 personer. For å beregne tidskostnader for andre instanser i kommunen ved gjennomføring av familieråd og nettverksmøter er det lagt til grunn at 2 fagpersoner fra andre instanser deltar på første del av møtet (som varer 2 timer). Gitt 1,7 møter i snitt per tiltak deltar hver av de to fagpersonene 3,4 timer per tiltak.
Ansvars-grupper	Basert på innspill i intervjuene har vi lagt til grunn at tiltaket innebærer 1-2 møter à 2 timer, der barnet/ungdommen og foreldrene deltar. Vi har lagt til grunn 1,5 møter à 2 timer som et gjennomsnitt, totalt 3 timer per tiltak. Det er lagt til grunn at det i gjennomsnitt deltar 4 fagpersoner fra andre instanser i kommunen, hver med totalt 3 timer.
Andre tiltak nettverks-arbeid/sam-arbeid med andre tjenester	Basert på innspill i intervjuene og informasjon om familieråd og ansvarsgrupper, har vi lagt til grunn et gjennomsnittlig omfang på 1,5 møter à 2 timer der barnet/ungdommen og foreldrene deltar. Totalt 3 timer per tiltak. Vi har lagt til grunn at 2 fagpersoner fra andre instanser deltar på møtene, hver av dem med 3 timer per tiltak.
Botrenings-kurs	Tiltaket har et veldig lite omfang, med 22 tiltak i løpet av året 2015. Vi har lagt til grunn 10 timer som et omfang på botreningskurset for en ungdom.

Tabell 14-2: Estimerte tidskostnader for familier

Tiltak	Antall tiltak	Antall personer per tiltak	Antall timer per tiltak	Timesats	Samfunnsøkonomisk kostnad
MST	451	1,25	40	176,5	3 980 068
FFT	102	1,25	20	176,5	450 074
PMTO	833	1,25	20	176,5	4 043 166
Webster-Stratton - De utrolige årene	86	1,25	36	176,5	683 054
ICDP (International Child Development Program)	125	1,25	20	176,5	551 562
Marte Meo	329	1,25	10	176,5	725 855
Andre hjemmebaserte tiltak	3 876	1,25	45	176,5	38 481 343
Vedtak om råd og veiledning	23 383	1,25	42	176,5	216 672 332
Hjemmekonsulent/miljøarbeider	4 106	1,25	108	176,5	97 835 538
Andre tiltak for å styrke foreldreferdigheter	5 511	1,25	20	176,5	24 317 244
Samtalegrupper/barnegrupper	311	1	20	176,5	1 097 828
ART	24	1	30	176,5	127 080
Familieråd/nettverksmøter	1 526	13	10,2	176,5	35 714 287
Deltaking i ansvarsgruppe/samarbeidsteam	12 480	2,25	3	176,5	14 868 333
Andre tiltak nettverksarbeid/samarbeid andre tjenester	1 533	2,25	3	176,5	1 826 375
Botreningskurs	22	1	10	176,5	38 830
Totale tidskostnader for familiene					**441 412 968**

Tabell 14-3: Estimerte tidskostnader for andre instanser i kommunen

Tiltak	Antall tiltak	Antall fag-personer per tiltak	Antall timer per tiltak	Timesats	Totale kostnader	Samfunnsøkonomisk kostnad (inkl. skattefinansieringskostnad)
Familieråd og nettverksmøter	1 526	2	3,4	338,74	3 515 079	4 218 094
Deltaking i ansvarsgruppe/ samarbeidsteam	12 480	4	3	338,74	50 730 301	60 876 362
Andre tiltak nettverksarbeid/ samarbeid andre tjenester	1 533	2	3	338,74	3 115 767	3 738 921
Totale tidskostnader andre instanser					**57 361 147**	**68 833 377**

oslo**economics**

www.osloeconomics.no

post@osloeconomics.no
Tel: +47 21 99 28 00
Fax: +47 96 63 00 90

Besøksadresse:
Dronning Mauds Gate 10
0250 Oslo

Postadresse:
Postboks 1540 Vika
0117 Oslo