

Helseutfordringer hos barn og unge i barnevernsinstitusjoner – et samfunnsøkonomisk perspektiv



Bufdir



BARNE-, UNGDOMS-
OG FAMILIEDIREKTORATET

Postadresse:
Postboks 2233
3103 Tønsberg

Besøksadresse:
Fredrik Selmers vei 3
0663 Oslo

Sentralbord:
466 15 000

Utgitt:
2024

ISBN: (digital utgave)
978-82-8286-409-1

Design:
XXXX

Illustrasjonsfoto:
XXXX

Trykk:
XXXX

bufdir.no

Bufdir

Innhold

1. Innledning	6
1.1. Sammendrag	6
1.2. Helseutfordringer hos barn i barnevernet er et kjent problem	8
1.3. Forholdet mellom samfunnsøkonomisk begrepsbruk og likestillingsperspektivet	8
2. Barnevernsområdet og fakta om helseutfordringer for barn og unge i institusjon	9
2.1. Definisjoner og avgrensninger	9
2.2. Barn og unges rett til helsehjelp	9
2.3. Aktører og organisering av barnevernet i Norge	10
2.4. Institusjonstilbudet	10
2.5. Kjennetegn ved barn i institusjon	12
2.6. Kjennetegn ved helseutfordringene til barn i institusjon	14
2.6.1. Innledning	14
2.6.2. Psykiske helseutfordringer	15
2.6.3. Somatiske helseutfordringer	17
3. Teoretisk fundament og forutsetninger for analysen	20
3.1. Innledning	20
3.2. Hvilken periode måler vi kostnader for?	21
3.3. Hva legger vi i sykdomsbyrde og hvorfor er dette en viktig del av rapporten?	23
3.4. Hvilke typer samfunnsøkonomiske kostnader inkluderer vi i rapporten?	24
3.5. Er det samfunnsøkonomiske kostnader vi ikke inkluderer i rapporten?	24
3.6. <i>Dokumentasjon på årsakssammenhenger i relevant litteratur</i>	25
3.6.1. Barnevern og helseutfordringer	25
3.6.2. Barnevern og konsekvenser for offentlig ressursbruk	25
3.6.3. Barnevern og produksjonstap/ redusert arbeidsdeltagelse	25
3.6.4. Barnevern og ulike former for nyttetap for brukere	26
4. Samfunnskostnadene av at barn og unge i institusjon har helseutfordringer	26
4.1. Innledning	26
4.2. Nyttetap for berørte grupper	29
4.2.1. Nyttetap for barn og unge (sykdomsbyrde)	29
4.2.2. Kostnader ved ikke-optimalt arbeidsmiljø for ansatte på barnevernsinstitusjoner	37
4.2.3. Nyttetap for pårørende	38
4.3. Kostnader for offentlige tjenester	40
4.3.1. Økte utgifter i helsesektoren	41
4.3.2. Økte utgifter i barnevernet	48
4.4. Produksjonstap	51

4.4.1.	Redusert arbeidsdeltagelse for barn i barnevernet.....	52
4.4.2.	Redusert arbeidsdeltagelse for pårørende	56
4.4.3.	Produksjonstap relatert til ikke-optimalt arbeidsmiljø for ansatte på institusjon	57
4.5.	Øvrige kostnader	57
4.5.1.	Samfunnsøkonomiske kostnader ved straffereaksjoner (kriminalitet).....	58
4.5.2.	Skattefinansieringskostnader.....	60
5.	Konklusjon: Helseutfordringer fører til store samfunnsøkonomiske kostnader for barn og unge i institusjon	60
5.1.	Samfunnsøkonomiske kostnader – tolkninger av resultatet.....	60
5.2.	Usikkerhetsanalyse	62
6.	Muligheter for å redusere de samfunnsøkonomiske kostnadene.....	63
6.1.	Hva er status på helsehjelpen i dag og hva kan gjøres for å redusere kostnadene?.....	63
6.2.	Tiltak som kan bidra til å redusere de samfunnsøkonomiske kostnadene	63
6.3.	Forebyggingstiltak	64
6.4.	Tiltak som kan settes inn i forkant av institusjonsoppholdet.....	65
6.5.	Tiltak som kan settes inn under institusjonsoppholdet	65
7.	Vedlegg	66
7.1.	Forventede gjenværende QALYs og livskvalitetsvekter i den generelle befolkning	66

Liste over figurer i rapporten

Figur 1	Kategorier av samfunnsøkonomiske kostnader i analysen.....	6
Figur 2	Kunnskapsgrunnlaget og beslutningsprosesser om behov for tiltak i offentlig sektor.....	7
Figur 3	Antall barn med opphold i barnevernsinstitusjoner i løpet av året i Bufetats regioner. 2015-2022. Kilde: NOU 2023:24 / Bufdir	11
Figur 4	Barn i barnevernsinstitusjon. Per uke. 2020-2022. Antall. Kilde: NOU 2023:24 / Bufdir	12
Figur 5	Seks spørsmål som alltid skal besvares i en utredning. Kilde: Utredningsinstruksen.....	20
Figur 6	Kostnadselementer og tidsperioder	22
Figur 7.	Samfunnsøkonomiske virkninger kan knyttes til tre ulike kategorier.....	24
Figur 8	Helseutfordringene til barn i institusjon er større enn hos andre grupper	25
Figur 9	Overordnet skisse over samfunnsøkonomiske virkninger som inngår i vår rapport	27
Figur 10	Nyttetap som en del av de samfunnsøkonomiske kostnadene	29
Figur 11	Eksempel på beregning av nyttetap ved ulike typer helseutfordringer (eksempel: «angstdiagnoser»)	30
Figur 12	Formel for beregning av helsetapsvekt	30
Figur 13	Illustrasjon av de samfunnsøkonomiske kostnadene forbundet med overvekt og fedme. Kilde: Menon 2023:24.	34
Figur 14	Prosentandel døde per 2019 etter fødselsår og barnevernsbakgrunn, etter fødselsår. Kilde: Drange og Hærnes (2022), figur 3	36

Figur 15 Økt offentlig ressursbruk som en del av de samfunnsøkonomiske kostnadene	41
Figur 16 Illustrasjon på forskjellen mellom kommunal og statlig institusjon (omsorg ungdom)	50
Figur 17 Produksjonstap som en del av de samfunnsøkonomiske kostnadene	52
Figur 18 Andre kostnader som bidrar til de samlede samfunnsøkonomiske kostnadene	58
Figur 19 Illustrasjon på sammenheng mellom problematisk bruk av rusmidler og samfunnsøkonomiske kostnader ved kriminalitet.....	59
Figur 20 Kostnader ved straffereaksjoner (kriminalitet) relatert til helseutfordringer hos barn på institusjon	59
Figur 21 Illustrasjon av fordelingen av samfunnsøkonomiske kostnader på ulike kategorier av kostnadsvirkninger	62
Figur 22 Avkastning av én krone investert i tiltak i ulike aldre. Kilde: Vista Analyse 12/2017.....	64

Liste over tabeller i rapporten

Tabell 1 Utvalgte kjennetegn ved 15-17 åringer i ulike barnevernstiltak og utenfor barnevernet. Kilde: Drange og Hærnes, 2020, tabell A6, periode 1994-2018	14
Tabell 2 «Prevalens av psykiatriske lidelser hos unge i barneverninstitusjoner» - utvalgte kategorier fra Kayed (2015).....	16
Tabell 3 «Andel som har mottatt hjelp for psykiske vansker» - utvalgte kategorier fra Kayed (2015) ..	16
Tabell 4 Identifiserte virkninger i analysen.....	28
Tabell 5 «Prevalens av psykiatriske lidelser hos unge i barneverninstitusjoner». Kilde: Kayed (2015). 31	31
Tabell 6 Nyttetap for utvalgte diagnoser. Mill. kroner per år.....	31
Tabell 7 Nyttetap for tannhelseutfordringer. Mill. kroner per år.	33
Tabell 8 Nyttetap ved overvekt og fedme. Mill. kroner per år.....	34
Tabell 9 Dødsfall etter viktige grupper av dødsårsaker – barneverngruppen og sammenligningsgrunnlaget. Andeler døde per 2009. Kilde: Drange og Hærnes (2022).....	35
Tabell 10 Nyttetap forbundet med tapte leveår/ tidlig død	37
Tabell 11 Nyttetap for pårørende. Mill. kroner per år.	40
Tabell 12 «Andel som har mottatt hjelp for psykiske vansker» - utvalgte kategorier fra Kayed (2015) 41	41
Tabell 13 Kontakt med ulike hjelpetjenester de siste to årene, barn i institusjon	42
Tabell 14 Estimer for antall innleggelser/ døgnpasienter i PHV-BU	43
Tabell 15 Kostnader ved døgnopphold i PHV-BU. Mill. kroner per år.....	44
Tabell 16 Estimat for antall barn med polikliniske besøk i PHV-BU	44
Tabell 17 Kostnader for polikliniske besøk i PHV-BU	44
Tabell 18 Estimat for antall fastlegebesøk.....	45
Tabell 19 Kostnader ved fastlegebesøk. Mill. kroner per år.....	45
Tabell 20 Kostnader ved legevaktbesøk. Mill. kroner per år.....	46
Tabell 21 Kostnader ved innleggelser på somatiske sykehus (relatert til psykiske lidelser). Mill. kroner per år.....	46
Tabell 22 Kostnader ved tannhelsebehandling. Mill. kroner per år.....	48
Tabell 23 Kostnader til økt bruk av enetiltak. Mill. kroner per år.	49
Tabell 24 Kostnader ved bruk av mer kostnadskrevende institusjonstype	50
Tabell 25 Kostnader forbundet med redusert arbeidsdeltagelse relatert til psykiske lidelser	54
Tabell 26 Kostnader forbundet med redusert arbeidsdeltagelse relatert til somatiske forhold.....	55
Tabell 27 Kostnader forbundet med redusert arbeidsdeltagelse relatert til tidlig død.....	56
Tabell 28 Kostnader forbundet med redusert arbeidsdeltagelse for pårørende	57
Tabell 29 Samlet oversikt over de samfunnsøkonomiske kostnadene relatert til helseutfordringene hos barn og unge på institusjon	60

Tabell 30 Samfunnskostnader fordelt på antall barn i institusjon i 2022	62
Tabell 31 Usikkerhetsanalyse over de samfunnsøkonomiske kostnadene. Lavt, middels og høyt anslag. Mill. kroner per år.	63
Tabell 32 Forventede gjenværende QALYs og livskvalitetsvekter i den generelle befolkning	66

1. Innledning

1.1. Sammendrag

Samfunnsøkonomi handler om å utnytte samfunnets knappe ressurser slik at man maksimerer samfunnets samlede velferd. Samfunnsøkonomisk lønnsomme tiltak, hvor nytten ved tiltaket overgår kostnadene, fører til en forbedret ressursutnyttelse i samfunnet.

Formålet med rapporten er å beskrive omfang og konsekvenser av helseutfordringer til barn og unge i barnevernsinstitusjoner utfra et samfunnsøkonomisk perspektiv. Hovedspørsmålet vi ønsker svar på er hvor store de samlede samfunnskostnadene er for barn og unge i barnevernsinstitusjon i dagens situasjon.

En sammenstilling av samfunnskostnadene skiller seg fra en fullstendig samfunnsøkonomisk analyse, hvor man vurderer nytte- og kostnadsvirkninger av aktuelle tiltak og veier tiltakene opp mot hverandre (og nullalternativet). Sammenstilling av samfunnskostnadene er en deskriptiv analyse der man fokuserer på størrelsen på problemet og ikke hvilke tiltak som er best egnet for å løse problemet, utover å peke på mulige tiltak som bør utredes nærmere. Analyser av samfunnskostnadene kan derfor sees på som en grundig gjennomgang av det første spørsmålet i utredningsinstruksen («hva er problemet og hva skal vi oppnå?»).

Figuren under illustrerer hvilke samfunnsøkonomiske kostnader vi har identifisert. Det har vært mulig å tallfeste de fleste av kostnadene. Noen av kostnadene har vi kun omtalt, men ikke forsøkt å prissette.

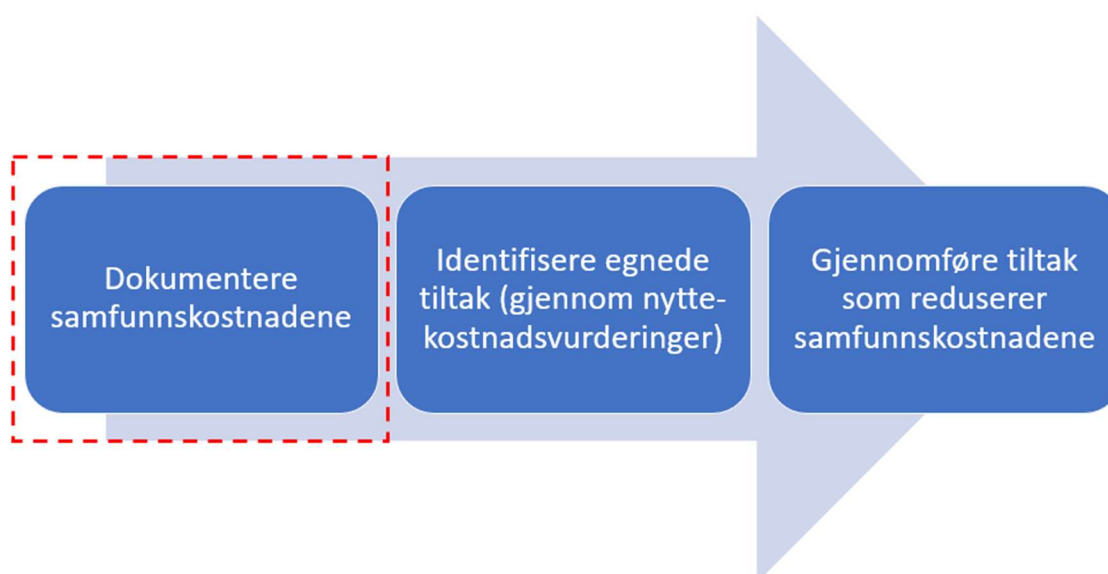
Figur 1 Kategorier av samfunnsøkonomiske kostnader i analysen



Vi finner at de samlede samfunnskostnadene ved at barn og unge i barnevernsinstitusjon har helseutfordringer utgjør **2,25 mrd. kroner**, hvorav 685 mill. kroner er knyttet til tap av gode leveår, 623 mill. kroner er tapt produksjon, 538 mill. kroner i kostnader for det offentlige (helsetjenesten og barnevernet) og 402 mill. kroner er andre kostnader (kriminalitet og skattefinansieringskostnader). Det tilsvarer en kostnad på drøyt 1,6 mill. kroner for hvert barn som bodde på institusjon i 2022. Dette er store kostnader for samfunnet og for de enkelte individene som bærer sykdomsbyrden.

Kartleggingen av samfunnskostnader gir ikke grunnlag for å avgjøre hvilke tiltak som bør få prioritet, men er en viktig del av kunnskapsgrunnlaget for at myndighetene bedre kan forebygge helseutfordringer blant barn og unge i barnevernsinstitusjoner, jf. figuren under. Gode tiltak vil kunne redusere kostnadene for både barna og samfunnet.

Figur 2 Kunnskapsgrunnlaget og beslutningsprosesser om behov for tiltak i offentlig sektor



Problemomfanget som er belyst i denne rapporten tilsier at det er et stort gevinstpotensial ved at relevante myndigheter forsterker eksisterende tiltak eller iverksetter nye tiltak som kan bidra til å redusere samfunnskostnadene.

Barna har gjerne hatt helseutfordringer lenge før de flytter til en institusjon. Tiltak for å bedre situasjonen kan derfor både handle om bedre forebyggende arbeid, forbedringer i helsetilbudet som gis til barn og unge i institusjon og tiltak etter institusjonsoppholdet.



Vår rapport fokuserer på størrelsen på samfunnskostnadene. Vi har ikke identifisert alle relevante tiltak eller gjort nytte-kostnadsvurderinger av tiltakene, men tiltakene som omtales i kap. 6 er relevante i denne forbindelse.

Rapporten er laget av analyseavdelingen i Bufdir våren 2024. Det er mange måter å beregne samfunnskostnader av et tiltak på. Denne analysen hviler på en rekke forutsetninger, som til dels er usikre. Det er også usikkerhetsmomenter i de konkrete beregningene av enkelte kostnadselementer. Vi mener likevel analysen vil være et nyttig bidrag for å forstå størrelsen på helseutfordringene som barn og unge i institusjon opplever. Takk til Oslo Economics for gjennomlesing og nyttige innspill i slutfasen.

1.2. Helseutfordringer hos barn i barnevernet er et kjent problem

Mange av barna som får hjelp fra barnevernet har blitt utsatt for alvorlige påkjenninger og har somatiske og/eller psykiske helseutfordringer. Over halvparten av barna som bor i fosterhjem har psykiske vansker og mange har behov som ikke blir avdekket. Det ble observert at så mange som 76 prosent av ungdom på institusjon i Norge kvalifiserte til minst en psykiatrisk diagnose.¹ Det faktum at bare litt over en tredjedel av disse mottok psykiatrisk hjelp fra spesialisthelsetjenesten de siste tre månedene viser at det også er utfordringer knyttet til helsetilbudet som barn med helseutfordringer mottar.

Det er også høy forekomst av somatiske helseutfordringer hos barn som plasseres utenfor hjemmet, som overvekt og dårlig tannhelse.²

Nye rapporter³ peker på at helseutfordringer hos barn i barnevernet fortsatt er et betydelig problem og at de oftere enn andre barn og unge er i kontakt med helsetjenesten, men også at de opplever hindringer for å motta rett helsehjelp og at de i mange tilfeller opplever å motta mangelfull hjelp.

1.3. Forholdet mellom samfunnsøkonomisk begrepsbruk og likestillingsperspektivet

Rapporter som beskriver samfunnskostnadene på ulike områder, følger en samfunnsøkonomisk metode med tilhørende begrepsbruk. Formålet med slike rapporter vil ofte være å synliggjøre behovet for finansiering og tiltak som kan bedre livssituasjonen til sårbare grupper, være seg personer utsatt for vold i nære relasjoner⁴, personer med overvekt eller andre spiseforstyrrelser⁵⁶ eller som i denne rapporten: Barn og unge på barnevernsinstitusjon som har helseutfordringer. Samtidig er det en risiko for at begrepsbruken i slike rapporter kan oppleves stigmatiserende, nettopp for de sårbare gruppene rapporten har til formål å bedre levekårene for.

Det er viktig for oss å understreke at kostnadene vi beskriver i denne rapporten ikke må forstås som en direkte følge av barnets egenskaper eller forutsetninger. Barna selv har ikke ansvaret for at kostnadene oppstår, verken for dem selv eller samfunnet. Kostnadene vi har identifisert oppstår i møtet mellom barns funksjonsvariasjoner og samfunnsskapte barrierer, negative holdninger og manglende tilgjengelighet.

¹ Kaye, N. S., Jozefiak, T., Rimehaug, T., Tjelflaat, T., Brubakk, A. & Wichstrøm, L. (2015)

² Kling, S., Vinnerljung, B., & Hjern, A. (2016). Kling, S., Vinnerljung, B., & Hjern, A. (2016)

³ Sintef/NTNU/USN – Helsehjelp til barn i barnevernet (2024)

⁴ [2023-15-Samfunnsøkonomiske-kostnader-av-vold-i-naere-relasjoner.pdf \(menon.no\)](#)

⁵ [2023-24-Samfunnskostnader-knyttet-til-overvekt-og-fedme.pdf \(menon.no\)](#)

⁶ [2022-3-Samfunnsverdien-av-a-forebygge-spiseforstyrrelser.pdf \(menon.no\)](#)

Enkelte av helseutfordringene vi ser på i denne rapporten kan forstås som en type funksjonsnedsettelse. Som fagdirektorat på likestillingsområdet har Bufdir et særlig ansvar for å jobbe for likestilling av barn og voksne med funksjonsnedsettelser. Norge har sluttet seg til FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD). Konvensjonen pålegger statene å treffe alle hensiktsmessige tiltak for å sikre at barn med nedsatt funksjonsevne kan nyte alle menneskerettigheter og grunnleggende friheter fullt ut og på lik linje med andre barn.

Formålet med denne rapporten er å synliggjøre at barn og unge på barnevernsinstitusjon som har helseutfordringer er en gruppe med særlig behov for hjelp gjennom oppveksten, og derigjennom bidra til at beslutningstakere sikrer økt ressursbruk til tiltak som hjelper denne gruppen. Økt satsing på gode tiltak vil redusere samfunnskostnadene til det beste for barna det gjelder og samfunnet.

2. Barnevernsområdet og fakta om helseutfordringer for barn og unge i institusjon

2.1. Definisjoner og avgrensninger

Helseutfordringer er i denne sammenheng definert som alt helsebehov barn og unge i institusjon måtte ha. Vi tar utgangspunkt i barn som bodde i institusjon i 2022, og de samfunnsøkonomiske kostnadene som er forbundet med helsebehovet til denne gruppen. Vi vil inkludere både psykiske og somatiske helseutfordringer. Samfunnsøkonomiske kostnader innebærer kostnader i form av økt offentlig ressursbruk, redusert nytte for berørte grupper eller redusert produksjon i samfunnet.⁷

Vi baserer oss på det absolutte helsebehovet for disse barna og ikke merbehovet sammenlignet med barn som ikke bor i barnevernsinstitusjon. Begge beregningsmetoder vil gi interessante svar og ny kunnskap om barn i barnevernsinstitusjoner. Det er krevende å identifisere helseutfordringene til «alle barn» i befolkningen og vi har valgt den førstnevnte metoden for å kunne løse oppdraget innenfor våre rammer. Vår metode vil gi noe større samfunnsøkonomiske kostnader enn om vi måler merbehovet sammenlignet med «alle barn» i befolkningen.⁸

Vår metode vil fange opp både helserelaterte kostnader som barn og unge i institusjon selv opplever og helserelaterte kostnader som påføres samfunnet. Metoden vil gi nyttig innsikt i de største samfunnskostnadene og hvilke kategorier de fordeler seg på. Vi omtaler metode og forutsetninger mer inngående i kap. 3.

Med institusjon mener vi i denne rapporten «barnevernsinstitusjoner». Andre typer institusjoner som «sentre for foreldre og barn» eller «sentre for enslige mindreårige flyktninger» inngår ikke i beregningene. Vi skiller ikke mellom frivillige plasseringer eller tvangsplasseringer i institusjon. Vi inkluderer barn og unge som er plassert i regi av Bufetat.⁹

2.2. Barn og unges rett til helsehjelp

Barn og unge i institusjon har de samme rettighetene når det gjelder å motta helsehjelp som alle andre barn. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) regulerer dette

⁷ Se Bufdir (2024) – sektorveileder i samfunnsøkonomiske analyser eller DFØs veileder i samfunnsøkonomiske analyser

⁸ Eksempelvis vil alle kostnader til besøk hos BUP inngå som en del av kostnadene ved å ha helseutfordringer selv om andre barn i befolkningen også bruker BUP.

⁹ Oslo kommune ved Barne- og familieetaten (BFE) har et tilsvarende ansvar som Bufetat i Oslo, se 3.1 for omtale av ansvarsforholdene i barnevernet. Kostnadene vil øke noe dersom institusjonsbruken i Oslo inkluderes.

og har som formål å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter ovenfor helse- og omsorgstjenesten.¹⁰

2.3. Aktører og organisering av barnevernet i Norge

Barnevernets hovedoppgave er å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp, omsorg og beskyttelse til rett tid, jf. barnevernsloven § 1.1.¹¹ Hensynet til det enkelte barnets beste er et grunnleggende hensyn ved alle handlinger og avgjørelser i barnevernet, jf. bvl. § 1-3.¹² Ansvar på barnevernsområdet er delt mellom stat og kommune.

Barne- og familiedepartementet har ansvaret for politikkutformingen på områdene barnevern, oppvekst og levekår, barn og unge, familie og samliv, tro og livssyn og forbrukerpolitikk.

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) er underlagt Barne-, og familiedepartementet (BFD). Direktoratet er fagorgan for hele barnevernet, både det kommunale og det statlige. Bufdir styrer Bufetat, som har ansvar for det statlige barne- og familievernet. Bufdir har også oppgaver innenfor en rekke andre fagområder.¹³

Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat) godkjenner og driver barnevernsinstitusjoner, sentre for foreldre og barn og spesialiserte fosterhjem, samt har sentrale oppgaver knyttet til bl.a. rekruttering og formidling av fosterhjem. Bufdir gjennomfører i tillegg anskaffelser av barneverntiltak fra private aktører og har ansvaret for at den samlede kapasiteten for barnevernstiltak er tilfredsstillende på landsbasis, slik at Bufetat kan overholde sin bistandsplikt¹⁴ overfor kommunene. Bistandsplikten innebærer at etaten etter anmodning fra kommunen skal bistå barneverntjenesten med plasseringer utenfor hjemmet.

Kommunalt barnevern har ansvar for å utføre de oppgavene i barnevernsloven som ikke er lagt til et statlig organ. Dette innebærer å gi råd og veiledning, gjennomgå og undersøke bekymringsmeldinger, fatte vedtak om frivillige tiltak eller akutttiltak eller tilby hjelpetiltak i hjemmet.

Oslo kommune har et helhetlig ansvar for drift av barnevernet i Oslo. Internt i kommunen er ansvaret fordelt slik at bydelene i hovedsak har tilsvarende ansvar som kommunene har i resten av landet, mens Barne- og familieetaten (BFE) har ansvar for de oppgavene som etter loven er lagt til statlig barnevern. I tillegg har BFE ansvar for barnevernsvakt for hele Oslo og gir juridisk bistand til bydelene i form av prosedering av saker i barneverns- og helsenemnda. Bufdir er fagdirektorat for alle kommuner, herunder Oslo kommune.

Andre aktører på feltet inkluderer private tilbydere av barnevernstjenester, både ideelle og kommersielle aktører, som tilbyr institusjonsplasser, spesialiserte fosterhjem og ulike former for hjelpetiltak til både kommuner og Bufetat. I tillegg er universitets- og høyskolesektoren og ulike nasjonale og regionale kompetansesentre relevante aktører på området.

2.4. Institusjonstilbudet

Bufetat har ansvaret for barnevernets institusjonstilbud, med unntak av Oslo kommune hvor ansvaret ligger til Barne- og familieetaten (BFE). Begge etatene drifter egne institusjoner, og kjøper i tillegg

¹⁰ <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/>

¹¹ Barnevernsloven (2021) § 1-1.

¹² Barnevernsloven (2021) § 1-3.

¹³ Hovedoppgavene ligger innenfor områdene oppvekst, familievern, adopsjon, likestilling og ikke-diskriminering og vold og overgrep i nære relasjoner.

¹⁴ Barnevernsloven (2021) §16-3.

plasser fra ideelle og kommersielle aktører. Det finnes også to kommunale barnevernsinstitusjoner utenfor Oslo, en i Larvik og en i Alta.

Tilbudet består av akuttinstitusjoner, omsorgsinstitusjoner og behandlingsinstitusjoner, også kalt atferdsinstitusjoner. Bufetats behandlingsinstitusjoner er videre differensiert for tre målgrupper: Ungdom med lav risiko for videre problemutvikling (atferd lav), ungdom med høy risiko for videre problemutvikling (atferd høy) og ungdom med vedvarende rusmisbruk (rus).

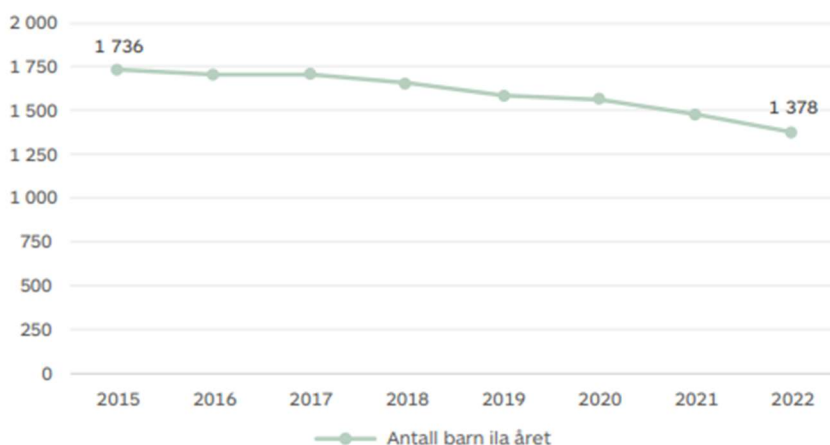
Barnevernsinstitusjonene skal gi omsorg, utviklingsstøtte og behandling til barn og unge som ofte har sammensatte og omfattende utfordringer i livene sine. Dette er barn som ikke får dekket behovene gjennom hjelpetiltak i hjemmet eller fosterhjem. Barn som trenger tiltak utenfor hjemmet skal få et stabilt tilbud tilpasset det enkelte barns behov.

Utvalgte fakta om institusjonstilbudet:

Antall barn

Figuren under viser at det var 1378 barn med opphold i barnevernsinstitusjoner i løpet av 2022. I 2015 var antallet 1736 barn.

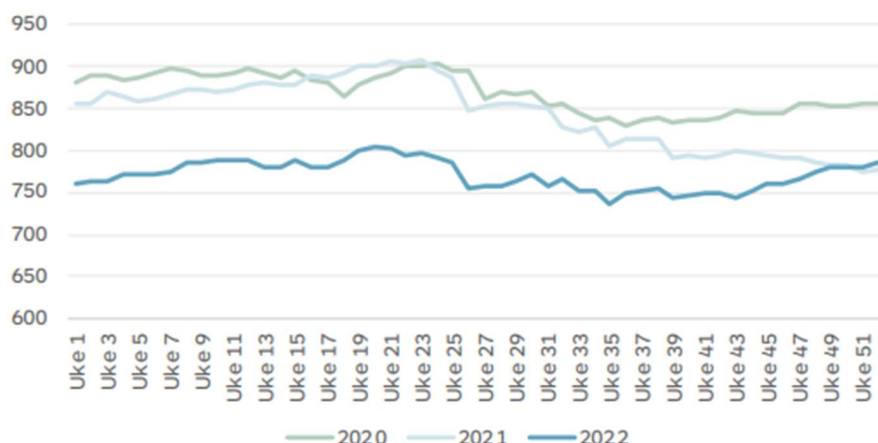
Figur 3 Antall barn med opphold i barnevernsinstitusjoner i løpet av året i Bufetats regioner. 2015-2022. Kilde: NOU 2023:24 / Bufdir



Figuren under viser at antallet barn på institusjon varierer gjennom året og at det var 777 barn med opphold i barneverninstitusjoner ved utgangen av 2022. I 2022 var median oppholdstid 272 dager i statlige institusjoner og 284 dager i private institusjoner.¹⁵ Akuttopphold er ikke inkludert i beregningen.

¹⁵ Kilde: Bufetats fagsystem BiRK. Tallene inkluderer ikke Oslo.

Figur 4 Barn i barnevernsinstitusjon. Per uke. 2020-2022. Antall. Kilde: NOU 2023:24 / Bufdir



Kostnader

Drift og kjøp av institusjonsplasser er, på tross av det relativt lave antallet barn i institusjon, svært kostnadskrevende. Bufetats samlede utgifter (inkl. kjøp av plasser fra private aktører) til institusjonsområdet var 4,5 mrd. kroner i 2022. Kommunene dekker en del av Bufetats utgifter gjennom en kommunal egenandel. Driftsutgift per oppholdsdag varierer mellom institusjonstype og eieform, men var i 2022 i gjennomsnitt på 15 920 kroner.

Barns helseutfordringer kan påvirke det offentlige ressursbruk knyttet til institusjonsbruk gjennom oppholdstid, nødvendig innhold i tilbudet, antall ansatte osv.

Flyttinger

Det finnes ingen offisiell statistikk som viser komplett flyttehistorikk for barn som bor i institusjoner. Statistikk fra Bufetat sitt fagsystem viser hvor mange flyttinger barn har hatt etter de mottok sitt første plasseringstiltak gjennom Bufetat, enten i statlige eller private fosterhjem eller institusjoner. Av barna som bodde i institusjon i 2023 har 22 prosent flere enn fire flyttinger i Bufetat sine tiltak bak seg. Dette utgjør totalt 312 barn. Andelen med flere enn fire flyttinger er lavest i akuttinstitusjoner og omsorgsinstitusjoner, med henholdsvis 14 og 22 prosent. Blant barn i behandlingsinstitusjoner har 33 prosent mer enn fire flyttinger i Bufetat sine tiltak.

Ansatte

Barnevernsinstitusjonene benyttet 4 647 årsverk i 2021.¹⁶ Antall ansatte er vesentlig høyere grunnet bruk av deltidsstillinger og behov for døgnbemanning. Ny barnevernslov § 10-16 stiller krav om at faglig personell som ansettes i en institusjon skal ha relevant bachelorutdanning. Kravet omfatter ikke personell som var ansatt før kravet trådte i kraft 1. januar 2022.

2.5. Kjennetegn ved barn i institusjon

Det finnes en rekke kartlegginger av kjennetegnene ved barn i institusjon, se for eksempel Backe-Hansen et al, 2014.

¹⁶ NOU 2023:24 / Bufdir

Frischsenteret har, på oppdrag fra Bufdir, gjennomført en registerstudie for perioden 1994-2018 for å undersøke hvordan det går med barn i barnevernet sammenlignet med andre barn og om det er ulikheter utfra om de har mottatt hjelpetiltak, fosterhjemstiltak eller institusjonstiltak.¹⁷

Den første rapporten fra Frischsenteret skriver bl.a. at

Det er slående hvor mange fellestrekk en finner på tvers av de internasjonale studiene når det gjelder barn som har vært under omsorg av barnevernet som unge voksne. Sammenlignet med befolkningen for øvrig, viser de fleste undersøkelsene en negativ utvikling når det gjelder indikatorer som utdanning (karakterer og fullføring av videregående skole), tilknytning til arbeidslivet, tenåringsforeldreskap, psykisk og somatisk helse, rusmisbruk, kriminalitet, selvmord, dødelighet, inntekt og avhengighet av offentlige ytelser som sosialhjelp og uføretrygd. Funnene synes i stor grad å være de samme til tross for ulike ideologiske barnevernfaglige tilnærminger og ulike velferdsregimer.

Undersøkelsene til Frischsenteret viser at overgangen til voksenlivet går bedre for unge voksne som har vært i fosterhjem sammenlignet med de som har vært på institusjon. I Norge har det i en rekke år vært føringer fra myndighetene om at man skal forsøke å finne tiltak til barn i fosterhjem fremfor institusjon og at institusjon skal være «siste utvei» etter at alle andre tiltakstyper er vurdert.¹⁸ Det er derfor naturlig å forvente at barn i institusjon er de barna i barnevernet som har de største utfordringene, herunder de største helseutfordringene.

Tabell 1 gir en beskrivelse av individkjennetegnene ved barn (15-17 år) som har vært plassert i institusjon, målt opp mot fosterhjemsplassering, hjelpetiltak i hjemmet eller barn utenfor barnevernet.

Tabellen viser andelen av ulike grupper (barn i institusjon, barn i fosterhjem, barn med noen form for tiltak i hjemmet, alle barn i barnevernet og alle barn utenfor barnevernet) som har ulike kjennetegn (innvandrerbakgrunn, har minst 1 besøk hos fastlege, har straffereaksjon noen gang osv.). I tillegg vises gjennomsnittlig grunnskolekarakter og antall fag de har mottatt karakterer for i grunnskolen for de samme gruppene.

¹⁷ Drange & Hernæs – Kvantitativ beskrivelse av institusjonspopulasjonen (2020) og Drange et al – Barn, unge og familier i barnevernet, en longitudinell registerstudie. Delprosjekt 2: Hvordan går det med barna? (2022).

¹⁸ Backe-Hansen, Bakketeigen, Gautun, & Grønningsæter, 2011

Tabell 1 Utvalgte kjennetegn ved 15-17 åringer i ulike barnevernstiltak og utenfor barnevernet. Kilde: Drange og Hærnes, 2020, tabell A6, periode 1994-2018

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	Institusjon	Foster- hjem	Tiltak i hjemmet	Alle i barnev.	Alle utenom barnev.
kvinne	0,49	0,51	0,48	0,47	0,49
alder	16,2	16,0	15,9	16,0	16,0
Innvandringsbakgrunn	0,43	0,32	0,35	0,38	0,25
Utenlandsfødt	0,27	0,17	0,18	0,22	0,12
fastlege, minst 1 besøk	0,89	0,71	0,76	0,76	0,62
fastlege, minst 5 besøk	0,56	0,27	0,35	0,35	0,18
fastlege, minst 10 besøk	0,28	0,09	0,13	0,13	0,04
BUP, minst 1 besøk	0,65	0,36	0,36	0,38	0,06
BUP, minst 5 besøk	0,50	0,27	0,27	0,29	0,04
BUP, minst 10 besøk	0,39	0,20	0,21	0,22	0,03
AAP/Ufør, 18	0,08	0,04	0,04	0,05	0,01
AAP/Ufør, 19	0,19	0,11	0,10	0,11	0,02
AAP/Ufør, 20	0,27	0,17	0,16	0,17	0,03
Grunnskolekarakter	3,08	3,52	3,28	3,33	4,19
Antall karakterer, grunnsk.	7,66	10,64	10,31	9,97	12,08
Fullført vgs. ved 21 år	0,11	0,40	0,31	0,31	0,77
Straffereaksjon noen gang	0,23	0,04	0,07	0,07	0,01
Siktet noen gang	0,43	0,13	0,20	0,20	0,04
N	6579	15588	34203	60803	1136034

Forfatterens tolkning av tabellen er at

Alle kjennetegnene som har med innvandrerbakgrunn, fastlege, BUP og straffereaksjon å gjøre, følger stort sett det mønsteret at gjennomsnittet for institusjonspopulasjonen er det klart høyeste, nivået for ungdommer i fosterhjem og ikke-plasserte er ganske likt, mens nivået for ungdomsbefolkningen for øvrig er det klart laveste.

Eksempelvis viser tabellen at 65 prosent av barna som bodde på institusjon hadde hatt minst ett besøk hos BUP, mens kun seks prosent av barna som ikke hadde mottatt tiltak fra barnevernet hadde hatt minst ett besøk hos BUP. For kjennetegnene som har med utdanning å gjøre er mønsteret det samme, men med motsatt fortegn.

2.6. Kjennetegn ved helseutfordringene til barn i institusjon

2.6.1. Innledning

Faktaboksen under illustrerer at barn i barnevernet har større helseutfordringer enn andre barn. Barn i institusjon scorer som vi så på tabellen over høyere på helseutfordringer enn både andre barn i barnevernet og barn utenfor barnevernet på de aktuelle indikatorene (BUP og fastlege).

Barn i barnevernet har generelt sett større helseutfordringer enn andre barn

Forskning viser at barn som mottar hjelp fra barnevernet har høyere forekomst av psykiske vansker (ntnu.no, PDF), somatiske og seksuelle helseproblemer, samt tannhelseproblemer, enn barn og unge ellers i befolkningen (Kling et al., 2016; Rueness et al., 2020; Carr et al. 2020; Hafstad, 2021; Rod et al., 2020; Bradbury-Jones et al., 2021). Barn og unge med de største belastningene har økt sykkelighet og dødelighet (Rod et al., 2020).

Barn som får hjelp av barnevernstjenesten kan ha større risiko for å ha udiagnostiserte sykdommer eller udekkede fysiske og psykiske behov (Bradbury-Jones et al., 2021). De kan også ha uteblitt fra tilbudt oppfølging av helse- og tannhelsetjenesten, og mange av barna kan ha økt behov for oppfølging for somatiske helseplager, psykiske vansker og lidelser, samt tannhelseplager.

Barn som får hjelp fra barneverntjenesten har høyere risiko for å utvikle, atferdsproblemer og rusmiddelproblemer. For mange av ungdommene fører ikke bruk av rusmidler til videre problemutvikling, mens andre ungdommer utvikler rusmiddelproblemer. Barn og unge som debutterer tidlig med rus og har samtidige psykiske vansker, utgjør en spesielt sårbar og utsatt gruppe.

Barn som får hjelp fra barnevernstjenesten har også høyere forekomst av seksuell risikoadferd, for eksempel tidlig seksuell debut, høyt antall partnere, manglende prevensjonsbruk, kombinasjon av rus og sex og bytte og salg av sex. I tillegg har de høyere risiko for tidlige og uplanlagte svangerskap, abort og seksuelt overførbare infeksjoner (Carr et al., 2020; Hafstad, 2021).

<https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/barnevern/barnevernstjenestens-vurdering-og-start/grunnlag-for-vurdering>

2.6.2. Psykiske helseutfordringer

Vi vil benytte Kayed som den sentrale kilden til kunnskap om psykiske helseutfordringer for barn i institusjon.¹⁹ Rapporten til Kayed gir en grundig innsikt i institusjonspopulasjonens psykiske helseutfordringer. Det er en svakhet at rapporten er fra 2015. Vi forventer at omfanget psykiske helseutfordringer i 2015 vil være et konservativt anslag på omfanget av psykiske helseutfordringer i dagen situasjon, siden problematikken knyttet til psykiske lidelser og plager blant barn og unge virker å være økende.²⁰ Vi benytter SINTEFs rapport om helsehjelp til barn i barnevernet fra 2024 til å kvalitetssikre anslagene fra rapporten til Kayed.²¹

¹⁹ [Barnevernrapport+RKBU web.pdf \(ntnu.no\)](#)

²⁰ [Økt bruk av psykiske diagnoser for unge | Tidsskrift for Norsk psykologforening \(psykologtidsskriftet.no\)](#).

Færre institusjonsplasser og færre barn i institusjon i 2022 enn i 2015 kan også påvirke nivået på behov og utfordringer hos barn i institusjonspopulasjonen.

²¹ Ådnanes et al – Helsehjelp til barn i barnevernet (2024) – SINTEF, NTNU og USN

I følge Kayed er forekomsten av psykiske lidelser hos barn og unge i barneverninstitusjoner internasjonalt 44-96 prosent. Rapporten konkluderer med at 76 prosent av ungdom på institusjon i Norge kvalifiserte til minst en psykiatrisk diagnose.

Tabellen under gir en detaljert oppsummering av hvilke typer psykiske lidelser barn i institusjon har.

Tabell 2 «Prevalens av psykiatriske lidelser hos unge i barneverninstitusjoner» - utvalgte kategorier fra Kayed (2015)

Psykiatriske lidelser	N (Antall i utvalget)	Faktisk prevalens (%)
ADHD (total)	399	32,3
Reaktiv tilknytningsforstyrrelse (RAD)	323	21,1
Stoffmisbruk (abuse)	335	11,9
Stoffavhengighet (dependence)	335	2,7
Minst én depressiv lidelse (MDD, depressiv lidelse uspes. NOS, eller dystymi)	335	37,0
Minst én angstlidelse	335	34,0

Tabellen viser for eksempel at 33,1 prosent av barna har ADHD, 37 prosent har minst én depressiv lidelse og at 34 prosent har minst én angstlidelse.

Denne tabellen står sentralt når vi ser nærmere på de samfunnsøkonomiske kostnadene av nyttetapet (i form av sykdomsbyrde: både redusert livskvalitet og tidlig død) som helseutfordringene gir for det enkelte barn.

Tabellen under viser bredden i helseutfordringene til barn i institusjon gjennom hvilken type hjelp de har mottatt noen gang eller siste tre måneder. Eksempelvis ser vi at 27,7 prosent har vært innlagt på psykiatrisk sykehus i løpet av livet, men kun en tiendedel av disse (2,7 prosent) har vært innlagt der i løpet av de siste tre måneder.

Tabell 3 «Andel som har mottatt hjelp for psykiske vansker» - utvalgte kategorier fra Kayed (2015)

Type tjeneste	Noen gang	Siste tre måneder
Psykiatrisk sykehus – innleggelse	27,7	2,7
Psykiatrisk poliklinikk for barn og ungdom eller voksne	78,3	25,1
Somatikk – Fastlege/ annen lege	20,4	6,2
Somatikk – akuttmottak på sykehus	10,4	3,8
Somatikk – innlagt somatisk sykehus	15,8	1,6
Rus – Avrusningsenhet for stoff eller alkohol	10,6	4,5
Rus – Poliklinisk behandling for narkotika eller alkohol	4,5	1,9

Innsats fra pårørende – hjelp fra venner	37,7	22,5
Innsats fra pårørende – hjelp fra slektninger	27,4	13,3
Noen formell hjelp	97,6	60,6
Noen hjelp (inkludert hjelp fra nærstående)	98,1	72,8

Tabellen over er nyttig når vi skal se nærmere på de samfunnsøkonomiske kostnadene ved offentlig ressursbruk i ulike sektorer knyttet til (den psykiske delen av) helseutfordringene.

Tall fra prosjektet Tverrfaglig helsekartlegging kan i noen grad bidra til å belyse funnene fra Kayed.²² Merk at Tverrfaglig helsekartlegging har en større målgruppe, som inkluderer alle barn som skal flyttes ut av hjemmet (ikke kun barn som skal flytte på institusjon).²³

I en datainnsamling basert på 70 kartlagte barn i prosjektet finner man at «94 prosent av barna har psykososiale belastninger i sin historikk» og at «83 prosent av alle barna som har vært på kartlegging har ikke noen kjente diagnoser fra primær- eller spesialisthelsetjenesten». De fleste av disse barna har beredskapshjem som sitt midlertidige bosted og venter (i de fleste tilfeller) på fosterhjem eller institusjonsplassering. Rapporten viser også at andelene som er blitt utredet og har et tidligere behandlingsløp er vesentlig høyere for barna med institusjon som nåværende bosted, men at dette er basert på svært få observasjoner.

Problemomfanget i disse tallene virker å være rimelig i tråd med funnene fra Kayed (2015) og indikerer først og fremst at det eksisterer et til dels udekket behov for helsehjelp hos barna i utvalget, all den tid tallene for belastninger og symptomer på plager er såpass mye høyere enn andelen med diagnoser eller tidligere utredninger.

2.6.3. Somatiske helseutfordringer

Barnevernsinstitusjonsutvalget gir et godt bilde på de somatiske helseutfordringene hos barn i institusjon og i andre tiltak utenfor hjemmet. De skriver at

«[d]e psykiske helsebehovene hos barn på institusjon har fått mest oppmerksomhet, men barna er også i høyrisiko for somatiske helseutfordringer. Omsorgssvikt, seksuelt misbruk og ulike former for mishandling i barndommen setter kroppslige spor som kan gi utslag i fysiske lidelser senere (Kirkengen & Brandtzæg, 2015).»²⁴

De skriver videre at

«[s]tudier fra Sverige finner at det er vanligere med dårlig tannhelse, manglende vaksiner og overvekt blant barn som bor utenfor hjemmet (Bufdir & Helsedirektoratet, 2022a; Kling, Vinnerljung & Hjern, 2015). CARE-studien, som

²²[sluttrapport for prosjektet etablering og utproving av tverrfaglig helsekartlegging av barn i barnevernet.pdf \(bufdir.no\)](#)

²³ Den totale målgruppen for tiltaket (både fosterhjem og institusjon) er vurdert til å være omtrent 1500 barn årlig. Målgruppen kan defineres som barn og unge som vil ha nytte av å gjennomføre en tverrfaglig helsekartlegging og er ikke det samme som alle barn med helseutfordringer. Barn som bor på institusjon står for kun 9 prosent av tallgrunnlaget.

²⁴ NOU 2023:24

kartla 200 barn i alderen 0-17 år som kommunen hadde flyttet ut av hjemmet, fant også hyppig forekomst av dårlig tannhelse og for høy eller lav vekt (Myrvold, Christiansen, Haune, Sarfi & Heriervang, 2020). En stor andel barn på institusjon trenger somatisk helsehjelp (Grünfeld et al., 2020). God kartlegging av barnas psykiske og somatiske helse er en forutsetning for å kunne gi et forsvarlig omsorgstilbud.»

Tannhelse

I en rapport om tannhelsestatus i Norge fra 2009 fremkommer det at om lag 90 prosent av rekruttene i Norge hadde *akseptabel tannhelse*, mens 10 prosent hadde *dårlig tannhelse*.²⁵ I 2021 hadde 63 prosent av norske 12-åringer aldri har hatt hull eller mistet tann på grunn av karies.²⁶

80 prosent av befolkningen oppgir at de har god munnhelse.²⁷ Svekket helse gir økt risiko for å ha et udekket behov for tannhelsetjenester og kun 24 prosent av de med svekket helse har god munnhelse.²⁸ Det er videre en sammenheng mellom omsorgssvikt og tann- og munnhelse.²⁹ Barn med besøk hos Statens barnehus har både mer karies i både melketenner og permanente tenner enn matchede grupper og møter mer sjelden til kontroller.³⁰ Halvparten av alle 7-17-åringer, fra et utvalg på 120 barn fra fosterhjem og institusjon, hadde ubehandlet tannråte.³¹

Evalueringen av CARE-modellen viste at ca. 20 prosent i både gruppen 0-6 år og 7-17 år som var under barnevernets omsorg (9 av 10 barn som ble undersøkt bodde i fosterhjem/ beredskapshjem og ikke i institusjon) hadde tannhelsebehov som var så omfattende at det krevde umiddelbar henvisning/ oppfølging.^{32,33}

I en vitenskapelig artikkel om sykdomsbyrde og tannhelse heter det at

«[f]remstilling av ei gjennomsnittlig helsetapsvekt for tann- og munnsjukdommer er innviklet siden noen av disse ofte opptrer samtidig. Dermed kan man ikke simpelthen summere utbredelsene av dem. Anslag har gitt ei gjennomsnittlig helsetapsvekt for tann- og munnsjukdommer på 0,01.»³⁴

Dette er nyttig informasjon når vi skal vurdere de samfunnsøkonomiske kostnadene ved tannhelseutfordringer senere i dokumentet.

²⁵ FHI (2009) – Tannhelsestatus i Norge

²⁶ www.norgeshelsa.no

²⁷ Tannlegeforeningens innspill på innspillsmøte til det pågående Tannhelseutvalget, 7. des. 2022

²⁸ Tannlegeforeningens innspill på innspillsmøte til det pågående Tannhelseutvalget, 7. des. 2022

²⁹ [NKVTS_Notat-Omsorgssvikt-og-tannhelse.pdf](#)

³⁰ «Oral health history in children referred to a child advocacy center in Norway», skrevet av Julie Toft, Arne Kristian Myhre, Yi-Qian Sun, Tiril Willumsen og Anne Rønneberg og publisert i «Child Abuse and Neglect» i 2022.

³¹ Kling, Vinnerljung & Hjern, 2015

³² CARE-modellen er en modell for én-dags tverrfaglig kartlegging av helse og omsorgsbehov for utsatte barn og unge, primært barn som barnevernet har flyttet ut av hjemmet. Målet er at et slikt tjenestetilbud vil bidra til at barnet sikres nødvendige tjenester, at barnets tilknytning til sine omsorgspersoner styrkes, og at risiko for nye relasjonsbrudd reduseres.

³³ [evaluerer_caremodellen_2020_godkjent.pdf \(uio.no\)](#)

³⁴ [Tannlegetidende 9-2019](#)

Overvekt eller undervekt

Andelen gutter og jenter i befolkningen med overvekt ved sesjon 1 i forsvaret var 23 prosent i 2022.³⁵ Overvekt og fedme blant elever i barne- og ungdomsskolealder ligger mellom 15 og 21 prosent.³⁶

Forskning har vist at 40 prosent av jentene og 33 prosent av guttene, i et utvalg på 120 barn som bodde i fosterhjem eller på institusjon, var overvektige.³⁷ Overvekt er en sentral årsak til en rekke sykdommer som kan føre til død eller helsetap, slik som hjerte- og karsykdommer, diabetes og nyresykdommer. Overvektighet kan innebære en fysisk inaktiv livsstil som medfører samfunnsøkonomiske kostnader.³⁸

Andelen i befolkningen med undervekt (16-79 år) var to prosent i 2019.³⁹ Utfordringer med undervekt eller spiseforstyrrelser blant barn i barnevernet omtales i Helsetilsynets gjennomgang av dødsfall på barnevernsinstitusjoner.⁴⁰ Alle jentene som døde hadde alvorlige helseproblemer og fikk psykisk helsehjelp, mens noen av jentene slet med alvorlige spiseforstyrrelser og fikk behandling mot dette (tilbud om døgnopphold i psykisk helsevern eller barneavdeling på sykehus over tid). Vi merker oss samtidig at det i rapporten til Kayed ikke var noen med anoreksi (frykt for å gå opp i vekt) og kun 0,9 prosent med bulimi (overspising etterfulgt av fremprovosert oppkast).⁴¹

Seksuelle helseutfordringer

Vi vet at barn som får hjelp fra barnevernstjenesten har høyere forekomst av seksuell risikoatferd, for eksempel tidlig seksuell debut, høyt antall partnere, manglende prevensjonsbruk, kombinasjon av rus og sex og bytte og salg av sex, samt høyere risiko for tidlige og uplanlagte svangerskap, abort og seksuelt overførbare infeksjoner.⁴²

Sintef (2024) omtaler Hafstad (2021) sin kunnskapsoppsummering om helsekonsekvenser og helseeffekter som refererer til åtte metaanalyser og fem systematiske oversikter som konkluderer at seksuelle overgrep i barndommen var relatert til seksuell risikoatferd i ungdomsalder eller voksen alder.⁴³

Vi har lite kunnskap om institusjonspopulasjonen på dette området. Bufetats regioner opplyser at aktiviteter på digitale flater er en stor og økende utfordring for alle barn og hvor barn på institusjon er særlig utsatt. Salg av bilder med seksuelt innhold, avtaler om salg av sex osv. er også del av denne utfordringen. Det er vanskelig å anslå omfanget av seksuelle helseutfordringer.⁴⁴

³⁵ www.norgeshelsa.no

³⁶ Menon 2023:24

³⁷ Kling, Vinnerljung & Hjern, 2015

³⁸ [Om sykdomsbyrdeprosjektet - overvekt | PPT \(slideshare.net\)](#)

³⁹ www.norgeshelsa.no

⁴⁰ <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/rapport-fra-helsetilsynet/2023/gjennomgang-av-saker-der-barn-med-tilknytning-til-barnevernsinstitusjon-har-mistet-livet/#>

⁴¹ Kayed (2015)

⁴² Carr et al., 2020; Hafstad, 2021, tekst hentet fra Helsedirektoratet – nasjonalt forløp for barnevern

⁴³ Sintef (2024) – Hjelp til barn i barnevernet og Hafstad (2021) - Kunnskapsoppsummering om helsekonsekvenser og helseeffekt.

⁴⁴ Interne kartlegginger viser at det var 150 barn i 2022 som hadde ett eller flere tvangsvedtak- og protokoll for bruksnekt og inndragning av elektroniske kommunikasjonsmidler (kun i behandlingsinstitusjoner), men det sier i beste fall noe om hvor mange som viser tidlige risikofaktorer for å utvikle seksuelle helseproblemer senere i livet.

3. Teoretisk fundament og forutsetninger for analysen

3.1. Innledning

Formålet med å sammenstille de samfunnsøkonomiske kostnadene forbundet med at barn og unge i institusjon har betydelige helseutfordringer er å gi et mer konkret bilde på størrelsen av problemet. Et hvert forsøk på å tallfeste størrelsen på et slikt problem er forbundet med usikkerhet. Vi mener likevel det er fornuftig å gi et estimat på problemets størrelse og være åpen om forutsetningene for beregningene. Tross usikkerhetene i anslagene, vil en slik sammenstilling bidra til økt forståelse for hvor de største utfordringene er og forholdet mellom ulike kostnadselementer. Økt forståelse for problemomfanget kan bidra til økt kunnskap i pågående diskusjoner om hva slags helsetilbud barn og unge som kommer i kontakt med barnevernet har behov for gjennom oppveksten eller hvordan institusjonstilbudet bør utvikles i fremtiden. Anslagene gir videre et grunnlag for fremtidige kost-nyttevurderinger av tiltak på feltet.

En analyse av samfunnsøkonomiske kostnader skiller seg fra en fullstendig samfunnsøkonomisk analyse, hvor man vurderer nytte- og kostnadsvirkninger av aktuelle tiltak og veier tiltakene opp mot hverandre (og nullalternativet). Sammenstilling av samfunnskostnadene er en deskriptiv analyse der man fokuserer på størrelsen på problemet og ikke hvilke tiltak som er best egnet for å løse problemet, utover å peke på mulige tiltak som bør utredes nærmere. Analyser av samfunnskostnadene kan derfor sees på som en grundig gjennomgang, og tallfesting, av det første spørsmålet i utredningsinstruksens seks spørsmål, jf. figuren under. Sammenstilling av samfunnsøkonomiske kostnader er brukt som analyseform på en rekke samfunnsområder de siste årene.⁴⁵

Figur 5 Seks spørsmål som alltid skal besvares i en utredning. Kilde: Utredningsinstruksen

1. Hva er problemet, og hva vil vi oppnå?
2. Hvilke tiltak er relevante?
3. Hvilke prinsipielle spørsmål reiser tiltakene?
4. Hva er de positive og negative virkningene av tiltakene, hvor varige er de, og hvem blir berørt?
5. Hvilket tiltak anbefales, og hvorfor?
6. Hva er forutsetningene for en vellykket gjennomføring?

Rapporten forsøker å tallfeste samfunnsøkonomiske kostnader ved alle former for helseutfordringer hos barn i institusjon. Vi måler de absolutte helseutfordringene for denne gruppen og ikke de relative helseutfordringene opp mot en sammenlignbar gruppe. De samfunnsøkonomiske kostnadene vises i form av økt offentlig ressursbruk, nyttetap for berørte grupper (målt som tapte leveår og tapt helserelatert livskvalitet) eller produksjonstap i tråd med prinsipper for beregning av samfunnsøkonomiske kostnader.⁴⁶

⁴⁵ Se for eksempel Menons rapporter om Alzheimers, spiseforstyrrelser, underernæring eller vold i nære relasjoner eller Oslo Economics rapport om Duchennes muskeldystrofi. Vår rapport er inspirert av deres metode og struktur.

⁴⁶ Se for eksempel Bufdir (2024) – Sektorveileder i samfunnsøkonomiske analyser

3.2. Hvilken periode måler vi kostnader for?

I analysen må vi gjøre noen valg for hvilke kostnader som skal tas med, for hvilket år eller hvilke perioder. Vi tar utgangspunkt i kostnader som ble generert som følge av de barna som bodde i barnevernsinstitusjoner i 2022. Vi vil på denne måten identifisere de samfunnsøkonomiske kostnadene knyttet til helseutfordringer hos barna som bodde i institusjon i 2022.

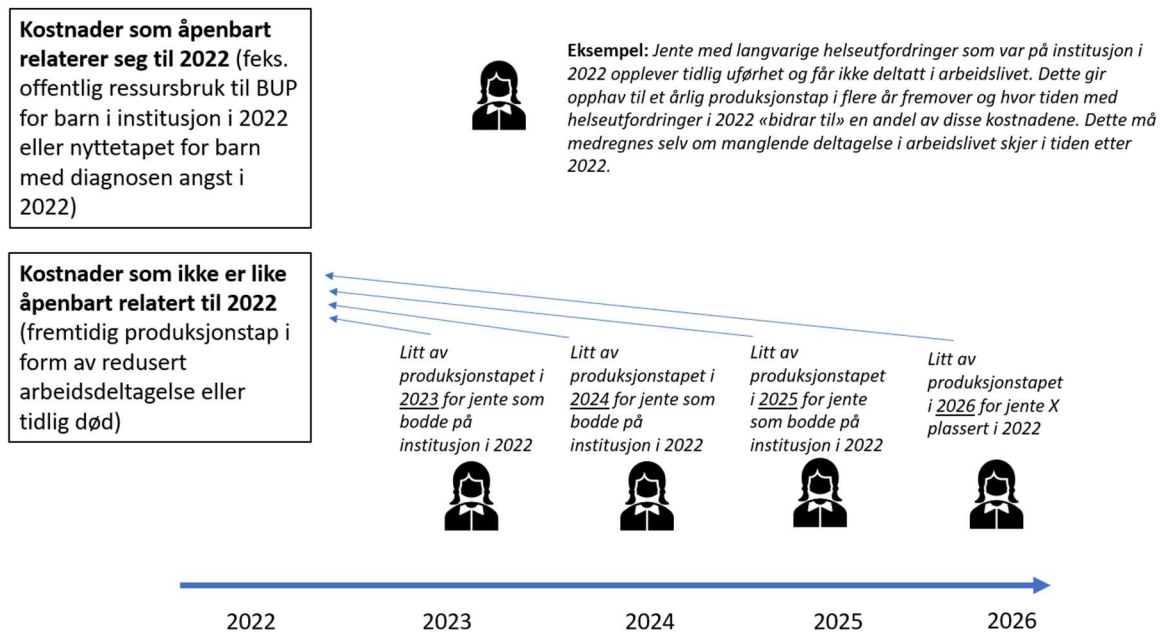
Utfordringen er at helseutfordringene til de som bodde i institusjon i 2022 ikke bare innebærer kostnader for samfunnet i 2022. Eksempelvis vil det påløpe kostnader forbundet med helseutfordringene til gruppen i barnevernet og helsesektoren også i årene etter 2022. Helseutfordringer i 2022 kan for eksempel føre til redusert arbeidsdeltagelse ved at man er ufør i perioden 2025 til 2050. I tillegg vil det være kostnader for samfunnet forbundet med at personer dør før de ellers ville, både fordi den enkelte taper leveår og at produksjonen i samfunnet reduseres. Kostnadene ved eventuell økt risiko for å dø tidligere pga. helseutfordringene vil ikke inkluderes om man avgrenser analysene til dødsfall som skjedde i 2022. Om helseutfordringene innebærer økt risiko for tidlig død bør en andel av samfunnskostnadene forbundet med slik dødsfall tilskrives helseutfordringene i 2022.

Vi mener fremstillingen blir feil dersom de samfunnsøkonomiske kostnadene av at et barn faller utenfor arbeidslivet for resten av sitt voksne liv, kun skal «kostnadsføres» for tapet kun i ett bestemt år (2022). Vi velger derfor en pragmatisk tilnærming og antar at kun en andel av kostnadene tilskrives året 2022 ettersom helseutfordringene også har oppstått over en lengre periode. Vi legger i denne analysen til grunn at helseutfordringene barna i institusjonspopulasjonen har og som kan føre til uførhet eller tidlig død har oppstått over en periode på 10 år. Det innebærer i praksis at kun 10 prosent av de samfunnsøkonomiske kostnadene relatert til fremtidig produksjonstap (redusert arbeidsdeltagelse og tidlig død/ tapte leveår) tilskrives året 2022.

Når det gjelder nyttetap har vi lagt til grunn nyttetapet eller sykdomsbyrden for det enkelte barn i kun 2022. Det samme gjelder offentlig ressursbruk i helse- og omsorgstjenesten og på barnevernområdet hvor det kun er ressursbruken i 2022 som inkluderes.

Dette illustreres i figuren under.

Figur 6 Kostnadselementer og tidsperioder



Vi benytter derfor følgende kostnadselementer i vår beregningsmetode:

- Kostnader ved ressursbruk i offentlig sektor i 2022, avgrenset til helse- og omsorgstjenesten og barnevernet
- Nyttetap for berørte aktører, herunder barn som er plassert i 2022, som inntreffer i 2022 (eksempelvis nytteapet/ sykdomsbyrden ved å ha angst eller depresjon i 2022)
- Relevant andel av fremtidig produksjonstap (redusert arbeidsdeltagelse og tidlig død) som skyldes helseutfordringer, for barn som var i institusjon i 2022
- I tillegg inkluderer vi skattefinansieringskostnader (kostnadene forbundet ved at økt offentlig ressursbruk krever høyere skatteinnkreving) og kostnader det var vanskelig å kategorisere i de ovennevnte kategoriene (kriminalitet)

Problemstillingene som er drøftet over er ikke «unike» og vårt inntrykk er at de oppstår alle rapporter og forskningsarbeid hvor man beregner samfunnsøkonomiske kostnader med utgangspunkt i et bestemt år.⁴⁷ Eksempelvis skriver Menon følgende i sin rapport om samfunnsøkonomiske kostnader av vold i nære relasjoner:

«Kostnadsanslagene i denne rapporten er knyttet til konsekvensene i 2021 av vold i nære relasjoner. I samsvar med det metodiske rammeverket, kan dette være kostnader knyttet til privat eller offentlig ressursbruk, tap av helsemessig livskvalitet og redusert verdiskaping i den norske økonomien innenfor kalenderåret. Det er verdt å bemerke at konsekvensene kan være knyttet til voldshendelser som ligger flere år tilbake i tid.

Med to unntak er alle kostnadsanslagene gjennomført med metoder som kartlegger kostnader som faller innenfor året 2021. Unntakene er knyttet til konsekvenser av død, og konsekvenser av vold mot barn. Ved disse to tilfellene

⁴⁷ Se for eksempel nylig publisert doktorgrad fra Universitetet i Oslo: <https://www.duo.uio.no/handle/10852/94146>

benyttes det en nåverdiberegning knyttet til det fremtidige tapet av hendelsene (antall dødsfall og antall barn som rammes av vold i nære relasjoner for første gang i 2021).»

3.3. Hva legger vi i sykdomsbyrde og hvorfor er dette en viktig del av rapporten?

Innenfor helseøkonomifaget er det et stort behov for en metode som kan vurdere alvorligheten ved ulike sykdommer og lidelser. Prosjektet GBD (Global Burden of Disease) ble opprettet for å bidra på dette området og det er her utarbeidet en oversikt over alvorligheten eller helsetapet forbundet med ulike sykdommer. Helsetapsvekten er et tall mellom 0 («helt frisk») og 1 («død») som uttrykker størrelsen på helsetapet forbundet med sykdommen eller skaden. Målet tilsvarer det inverse av et kvalitetsjustert leveår (quality adjusted life year = QALY) som måles mellom 0 («død») og 1 («perfekt helse»). Sistnevnte omtales også ofte som gode leveår.

FHI gir gode forklaringer av definisjoner, bruksområder, samt metodens styrker og svakheter på sine nettsider.⁴⁸ De skriver blant annet at de fleste sykdommer har alvorlighetsvekter mellom 0,1 og 0,5. Lavest vekt ble gitt til milde former for anemi (jernmangel), hørselstap og infeksjon (alle 0,005). Høyeste vekt ble gitt til akutt episode av schizofreni (0,756). Omregnet til sykdomsbyrde betyr dette at 1,3 år levd med schizofreni tilsvarer ett tapt leveår.

GBD benytter i hovedsak fire mål på sykdomsbyrde:

- Antall dødsfall
- Tapte leveår (Years of Life Lost, YLL)
- Helsetap (Years Lived with Disability, YLD)
- Helsetapsjusterte leveår (Disability Adjusted Life Years, DALY) – summen av YLL og YLD

Noe forenklet kan man si at DALY viser til tapte leveår grunnet død eller helsetap (dvs. tapt helserelatert livskvalitet). For eksempel utgjør ti tapte leveår grunnet død en byrde på 10 DALY. Byrden ved tid levd med sykdom anslås også i DALY. Det å leve med sykdom i ett år teller som en brøkdel av det å miste et leveår. Brøken øker med sykdommens alvorlighet, og kalles en alvorlighetsvekt (eller helsetapsvekt). Det finnes oversikter over ulike sykdommers alvorlighetsvekt i GDB-prosjektet.

Vi vil benytte alvorlighetsvektene til relevante helselidelser i beregningene av det samfunnsøkonomiske nyttetapet for det enkelte barn senere i rapporten. Denne metoden gjør det mulig å måle nyttetapet i kroner, ved å bruke verdien på et godt leveår.

Vi har i tillegg behov for en størrelse på verdien av et statistisk leveår som er avledet fra verdien av et statistisk liv. Dette blir da et estimat på 1 DALY.

Helsedirektoratet skriver følgende om DALY-beregninger i sin analyse av skolemåltid:⁴⁹

«En verdi på et statistisk leveår som er avledet fra verdien av et statistisk liv på 41,49 mill. 2022-kr kan beregnes til mellom 1,04 og 1,82 mill. 2022-kr (Direktoratet for økonomistyring, 2022). Dette intervallet er avhengig av hvordan man diskonterer og justerer for fremtidig inntektsøkning i omregningen fra statistiske liv til statistiske leveår. Uten å gjøre nærmere vurderinger av hvor i dette

⁴⁸ <https://www.fhi.no/he/senter-sykdomsbyrde/fire-hovedmal-for-sykdomsbyrde/>

⁴⁹ <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/skolemaltid-i-norge-kunnskapsgrunnlag-nytte-kostnadsvirkninger-og-implementering/generelle-forutsetninger-for-analysen>

intervallet det er riktig å legge seg når man skal vurdere et skolemåltid som folkehelseiltak, velger vi å anvende en gjennomsnittsverdi på 1,43 mill. 2022-kr for et statistisk leveår i våre analyser.»

Vi velger derfor å bruke 1,43 mill. kroner (2022-kroner) som et estimat på verdien av et statistisk leveår i vår rapport. Tilsvarende verdi er også benyttet av Helsedirektoratet når de har anslått samfunnskostnadene forbundet med sykdommer og ulykker i Norge.⁵⁰

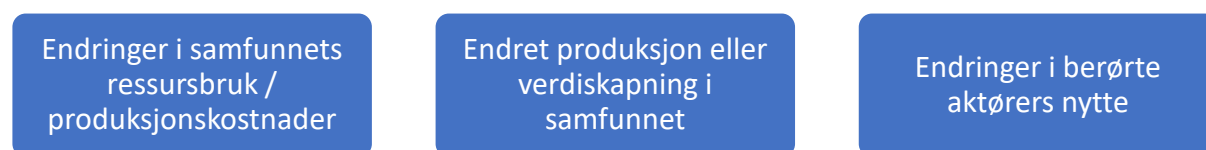
Nyttetapet ved ulike helseutfordringer for barn og unge i institusjon er en sentral del av de samfunnsøkonomiske kostnadene i rapporten og beregnes i kap. 3.3.

3.4. Hvilke typer samfunnsøkonomiske kostnader inkluderer vi i rapporten?

Vi vil beskrive de sentrale samfunnsøkonomiske kostnadsvirkningene som oppstår som en konsekvens av helseutfordringene til barn og unge i institusjon.

Samfunnsøkonomiske virkninger kjennetegnes ved at det påvirker produksjonen av varer og tjenester i samfunnet eller den samlede opplevde nytten eller velferden for aktørene som er berørt av et tiltak. Påvirkning av produksjonen kan enten skje ved at volum endres eller ved at det er endringer i måten produksjonen gjøres på. Dette innebærer at alle samfunnsøkonomiske virkninger i praksis kan knyttes til kategoriene «endringer i samfunnets ressursbruk», «endret produksjon i samfunnet» eller «endringer i aktørenes nytte». Virkninger som er av en annen type enn virkningene i figurene under er ikke samfunnsøkonomiske virkninger.

Figur 7. Samfunnsøkonomiske virkninger kan knyttes til tre ulike kategorier



Vi redegjør nærmere for hvilke kostnadsvirkninger som inkluderes i rapporten i kap. 4.1.

3.5. Er det samfunnsøkonomiske kostnader vi ikke inkluderer i rapporten?

I rapporten forsøker vi å prissette en rekke virkninger knyttet til både nyttetap, økt offentlig ressursbruk og produksjonstap. Det er enkelte virkninger vi ikke har hatt grunnlag for å vurdere nærmere. Det gjelder nyttetap for barn knyttet til seksuelle helseutfordringer og nyttetap og produksjonstap (reduert arbeidsdeltagelse) for ansatte på institusjon.

Vi har heller ikke valgt å se nærmere på den ekstra ressursbruken som oppstår hos aktører utenfor statlig barnevern eller helsetjenestene som er knyttet til helseutfordringene. Det vil sikkert være ekstrakostnader både for sosial- og helsenemnder, statsforvaltere og kommuner, for eksempel i form av at sakene blir mer komplekse og derfor krever noe økt ressursbruk.

Videre har vi kun sett på kostnader ved straffereaksjoner, men ikke gjort en full gjennomgang av hvorvidt helseutfordringer fører til andre kostnader forbundet med kriminalitet. Det vil helt sikkert være både kostnader som oppstår hos politi og rettsvesen ved at barn på institusjon i noen tilfeller gjennomfører kriminelle handlinger, men også kostnader for det enkelte barn eller for de som rammes av handlingene (andre barn, ansatte på institusjon, pårørende, bedrifter osv.). Det er

⁵⁰ [Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker 2015.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

vanskelig å finne gode tall på hvor stor del av disse kostnadene som skyldes barnas helseutfordringer og ikke andre forhold (årsak-virkning).

3.6. Dokumentasjon på årsakssammenhenger i relevant litteratur

3.6.1. Barnevern og helseutfordringer

Som vist i kapittel 2 er det godt dokumentert at barn i barnevernet har høyere forekomst av psykiske og somatiske helseutfordringer sammenlignet med andre barn. Barn som bor utenfor hjemmet har større utfordringer enn de barna som bor hjemme. Barna på barnevernsinstitusjon har de mest omfattende helseutfordringene. Dette illustreres i figuren under.

Figur 8 Helseutfordringene til barn i institusjon er større enn hos andre grupper



Det er også behov for å dokumentere at det finnes en sammenheng mellom det å være i barnevernsinstitusjon (og ha helseutfordringer) og at samfunnsøkonomiske kostnader oppstår. Vi viser derfor kort at det finnes litteratur som støtter at dette faktisk vil kunne påvirke alle de tre kategoriene av samfunnsøkonomiske kostnadsvirkninger.

3.6.2. Barnevern og konsekvenser for offentlig ressursbruk

Drange og Hærnes (2020) viser at barn i barnevernet og særlig barn og unge i barnevernsinstitusjon bruker offentlige tilbud som fastlege og BUP i større grad enn andre barn. Kayed (2015) viser at forekomsten av psykiske helseutfordringer er stor for barn og unge i barnevernsinstitusjon og at det brukes betydelig offentlig ressursbruk på å hjelpe barna selv om andelen som fikk tilpasset hjelp burde vært enda høyere. Sintef (2024) viser at barna har store helseutfordringer, at de oftere enn andre barn og unge er i kontakt med helsetjenesten, men også at de opplever hindringer for å motta rett helsehjelp og at de i mange tilfeller opplever å motta mangelfull hjelp. Kort fortalt er forskningen tydelig på at helseutfordringene til barn i institusjon fører til økt offentlig ressursbruk og at noen rapporter peker på at barnas behov skulle tilsi at ressursbruken var enda høyere.

3.6.3. Barnevern og produksjonstap/ redusert arbeidsdeltagelse

Det er godt dokumentert at en stor andel barn som har mottatt barnevernstiltak avbryter skolegang, har lavere utdanning, lavere inntekt og er oftere trygdet enn andre sammenlignbare grupper (Clausen & Kristofersen, 2008). Barn med institusjonserfaring har dårligere grunnskolekarakterer, lavere andel som fullfører videregående skole og er i større grad mottagere av uførepensjon eller AAP enn andre barn (Drange og Hærnes, 2022). Det er åpenbart utfordrende å skille ulike faktorer eller årsaksforklaringer fra hverandre når det gjelder hvor stor del av disse negative utfallene som skyldes helseutfordringene til barna eller andre forhold og vi har derfor lite forskning å støtte oss på her. Produksjonstap handler i mange tilfeller om sannsynlighet for å delta fullt ut i arbeidslivet som voksen. Uføretrygd eller arbeidsavklaringspenger (AAP) gis kun til personer som av helsemessige årsaker ikke kan delta i arbeidslivet. Det er derfor ikke behov for ytterligere dokumentasjon på at det er en sammenheng mellom størrelse på helseutfordringene og sannsynlighet for arbeidsdeltagelse.

Det er imidlertid mer krevende å anslå hvilken andel av disse kostnadene som skyldes helseutfordringene for barn i institusjon i et enkelt år.

3.6.4. Barnevern og ulike former for nyttetap for brukere

Som vist i kapittel 2 har barn i institusjon ulike former for helseutfordringer. Kaye (2015) identifiserer for eksempel at en stor andel av barn i institusjon har kjennetegn som indikerer utvalgte psykiske lidelser. Redusert helserelatert livskvalitet eller sykdomsbyrde er en sentral kostnadsvirkning i mange samfunnsøkonomiske analyser.⁵¹

Redusert helserelatert livskvalitet eller sykdomsbyrde for det enkelte barn er en samfunnsøkonomisk kostnad som kategoriseres under «nyttetap» i samfunnsøkonomiske analyser.⁵²

4. Samfunnskostnadene av at barn og unge i institusjon har helseutfordringer

4.1. Innledning

Formålet med rapporten er å identifisere og prissette sentrale samfunnsøkonomiske kostnader som oppstår ved at barn og unge i institusjon har helseutfordringer.

For å kunne å prissette virkningene, må vi først identifisere hvilke kostnadsvirkninger det er snakk om. Vi har brukt såkalte *virkningskjeder*, se DFØs veileder i samfunnsøkonomiske analyser kap. 3.3.2, for å identifisere relevante virkninger.

Første steg i en slik prosess er å identifisere hvilke grupper som berøres av at barn og unge har helseutfordringer. Barn og unge, pårørende, ansatte på institusjonen, helsesektoren, barnevernet og øvrige deler av samfunnet er sentrale, berørte grupper i denne analysen.

De resterende stegene handler om å identifisere hvilke forhold (her: eksistensen av barnas helseutfordringer) det er som fører til at det oppstår endringer for disse berørte gruppene og hvordan årsaksforholdene til slutt fører til det vi omtaler som «samfunnsøkonomiske virkninger» eller «sluttvirkninger».

Eksempelvis vil barn som har helseutfordringer oppleve negative helserelatert livskvalitet (nyttetap - samfunnsøkonomisk virkning) eller oppleve at helseutfordringer fører til at det er enda vanskeligere å fullføre skolegang og komme seg ut i arbeidslivet (produksjonstap - samfunnsøkonomisk virkning). Helsesektoren berøres for eksempel ved at barnas helseutfordringer innebærer at de har behov for behandling og oppfølging for sine utfordringer (økt offentlig ressursbruk - samfunnsøkonomisk virkning).

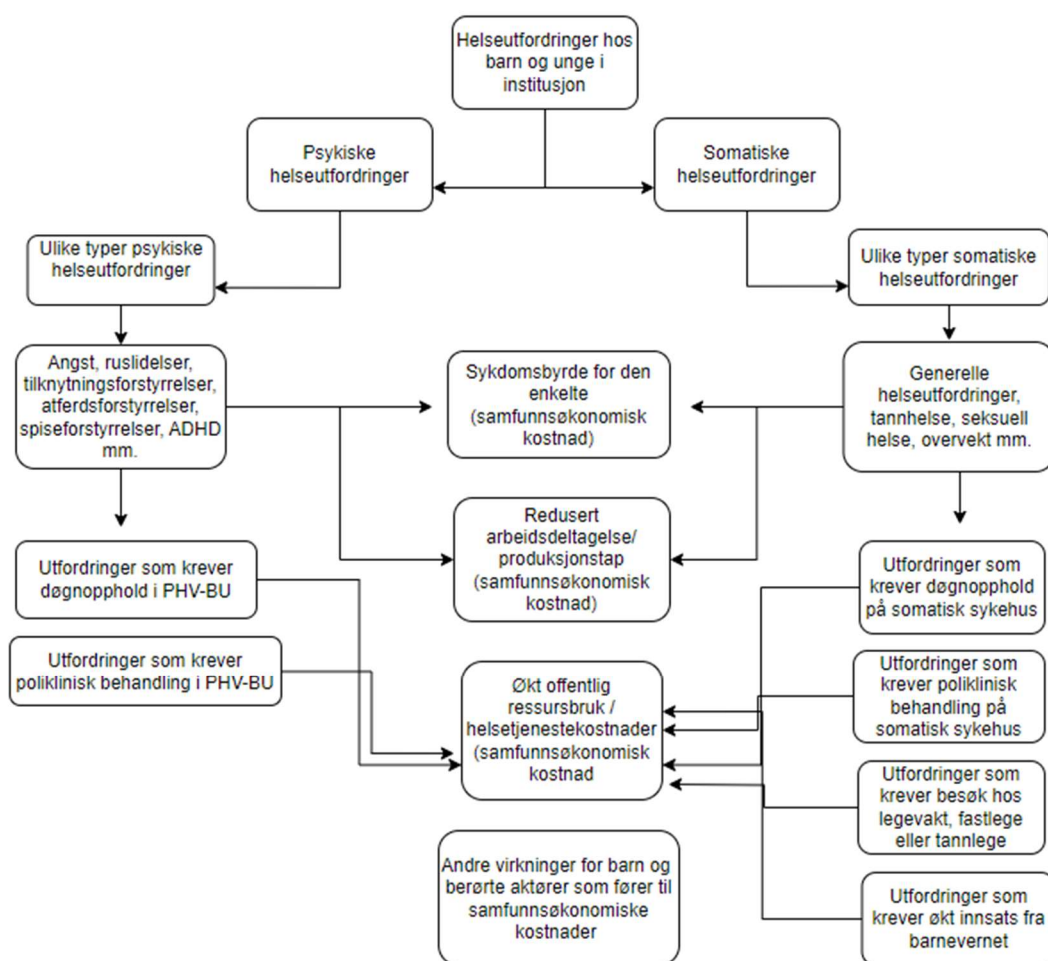
Ved identifisering av virkninger vil det alltid være usikkerhet knyttet til de ulike leddene i virkningskjeden og i hvilket omfang de ulike virkningene vil inntreffe. Vi forsøker å basere våre vurderinger på fakta og forskningsfunn som det refereres til i rapporten.

Figuren nedenfor viser hvordan vi ser for oss at samfunnsøkonomiske virkninger oppstår ved at barn og unge i institusjon har helseutfordringer.

⁵¹ Se for eksempel Menon 2023:24

⁵² Se for eksempel Bufdir (2024) – Sektorveileder i samfunnsøkonomiske analyser

Figur 9 Overordnet skisse over samfunnsøkonomiske virkninger som inngår i vår rapport



I figuren forsøker vi å vise hvordan helseutfordringene hos barn og unge i institusjon kan «dekomponeres» i ulike elementer når det gjelder psykiske og somatiske helseutfordringer. Skissen viser også de ulike formene for samfunnsøkonomiske kostnader (sykdomsbyrde/nyttetap, produksjonstap og økt offentlig ressursbruk) og hvordan disse kostnadene oppstår.

Neste steg blir å forsøke å prissette de identifiserte virkningene i tråd med DFØs veileder i samfunnsøkonomiske analyser.⁵³ Tabellen under oppsummerer hvilke konkrete samfunnsøkonomiske virkninger vi vurderer i vår rapport og om vi har prissatt virkningen eller om vi kun har omtalt virkningen uten å vurdere størrelsen nærmere.⁵⁴

⁵³ DFØ – veileder i samfunnsøkonomiske analyser

⁵⁴ Vi har tre virkninger hvor kunnskapsgrunnlaget er for tynt til å vurdere virkningene, verken som prissatt eller ikke-prissatt virkning, og hvor vi kun har gitt en omtale av virkningen.

Tabell 4 Identifiserte virkninger i analysen

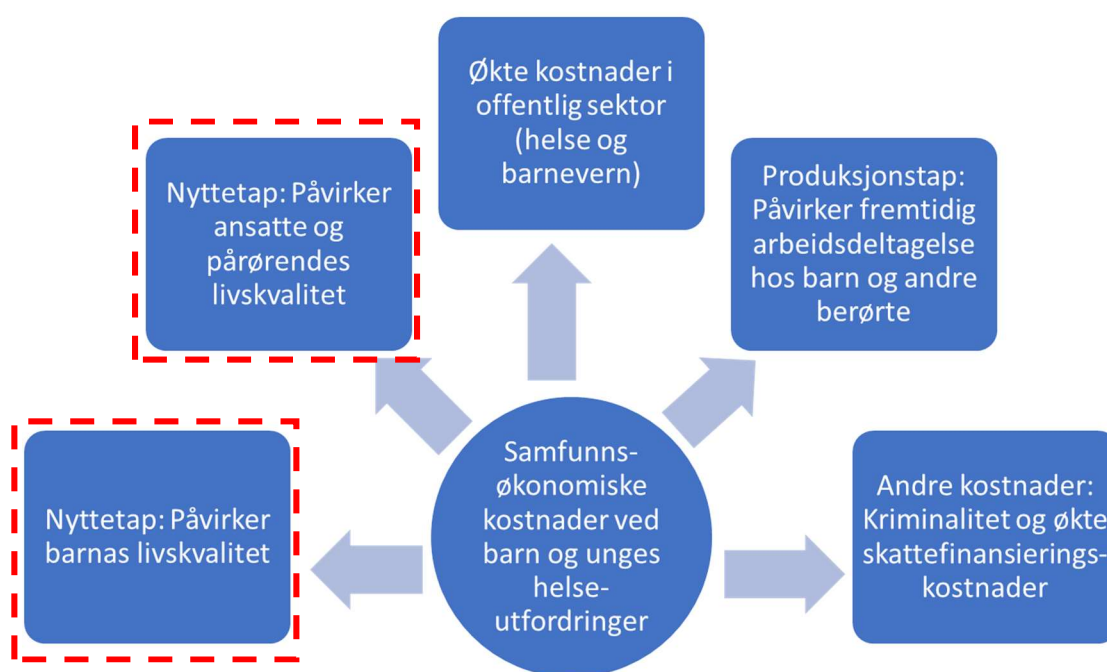
Navn på virkning	Kategori	Prissatt eller ikke-prissatt?
Økte utgifter til døgnbehandling i psykisk helsevern	Økt offentlig ressursbruk	Prissatt
Økte utgifter til poliklinisk behandling i psykisk helsevern	Økt offentlig ressursbruk	Prissatt
Økte utgifter til fastlegebesøk	Økt offentlig ressursbruk	Prissatt
Økte utgifter til legevaktbesøk	Økt offentlig ressursbruk	Prissatt
Økte utgifter til innleggelse på somatiske sykehus	Økt offentlig ressursbruk	Prissatt
Økte utgifter til poliklinisk behandling på somatiske sykehus	Økt offentlig ressursbruk	Prissatt
Ressursbruk knyttet til tannlege	Økt offentlig ressursbruk	Prissatt
Økte oppholdskostnader	Økt offentlig ressursbruk	Prissatt
Sykdomsbyrde - minst en angstlidelse	Nyttetap	Prissatt
Sykdomsbyrde - depresjonsdiagnoser	Nyttetap	Prissatt
Sykdomsbyrde - ADHD	Nyttetap	Prissatt
Sykdomsbyrde - tannhelseproblemer	Nyttetap	Prissatt
Sykdomsbyrde – rusproblemer	Nyttetap	Prissatt
Sykdomsbyrde - atferdsforstyrrelser	Nyttetap	Prissatt
Sykdomsbyrde – tilknytningsforstyrrelser	Nyttetap	Prissatt
Sykdomsbyrde – spiseforstyrrelser (undervekt)	Nyttetap	Prissatt
Sykdomsbyrde – overvekt og fedme	Nyttetap	Prissatt
Seksuelle helseutfordringer	Nyttetap	Kun omtale, ingen vurdering
Nyttetap for ansatte på institusjon	Nyttetap	Kun omtale, ingen vurdering
Nyttetap for pårørende av barnas helseutfordringer	Nyttetap	Prissatt
Redusert arbeidsdeltagelse for ansatte	Produksjonstap	Kun omtale, ingen vurdering
Redusert arbeidsdeltagelse for pårørende	Produksjonstap	Prissatt
Redusert fremtidig arbeidsdeltagelse for barna	Produksjonstap	Prissatt
Redusert arbeidsdeltagelse relatert til økt risiko for tidlige død	Produksjonstap	Prissatt

Samfunnsøkonomiske kostnader ved straffereaksjoner (kriminalitet)	Økt offentlig ressursbruk/ nyttetap/produksjonstap	Prissatt
Skattefinansieringskostnader	Effektivitetstap	Prissatt

Vi vil i de følgende avsnittene beskrive våre vurderinger rundt størrelsen på de samfunnsøkonomiske kostnader i form av nyttetap/sykdomsbyrde (kap. 4.2), økt offentlig ressursbruk (kap. 4.3) og produksjonstap (kap. 4.4). De samlede kostnadene og andre konklusjoner fremkommer i kapittel 5.

4.2. Nyttetap for berørte grupper

Figur 10 Nyttetap som en del av de samfunnsøkonomiske kostnadene



4.2.1. Nyttetap for barn og unge (sykdomsbyrde)

Barn og unges opplevde nyttetap ved at de har ulike former for helserelatert problematikk er en viktig samfunnsøkonomisk kostnad. Helseutfordringene påvirker den enkeltes livskvalitet og størrelsen på dette tapet kan vi forsøke å beregne. I tillegg vil helseutfordringer kunne innebære økt risiko for tidlig død, noe som betyr tap av fremtidige gode leveår.

4.2.1.1. Fremgangsmåte for beregning av nyttetap for barn og unge

Nyttetapet for barna av helseutfordringene kan kort forklart beregnes gjennom å ta utgangspunkt i antagelser rundt hvilken problematikk/ diagnose de har og hvor mange av barna dette gjelder. Deretter kan dette kobles til hvor alvorlig denne diagnosen er for det enkelte barn og enhetsverdien for et kvalitetsjustert leveår. Figuren nedenfor illustrerer fremgangsmåten vi benytter.

Figur 11 Eksempel på beregning av nyttetap ved ulike typer helseutfordringer (eksempel: «angstdiagnoser»)



Merk at vi tar utgangspunkt i er faktiske psykiske/ psykiatriske lidelser og ikke bare psykiske vansker eller symptomer (som kan anslås ved hjelp av selvrapportering eller basert på innspill fra andre nær barnet) hos barn i institusjon.⁵⁵ Kayed (2015) gjennomførte en omfattende kartlegging i form av fullstendige barne- og ungdomspsykiatriske intervju (CAPA) på 323 av de 400 ungdommene som deltok i studien, slik at man kan se om barnet faktisk oppfylte kriteriene for de aktuelle diagnosene. Vi har ikke oppdaterte tall for forekomsten av disse diagnosene og forutsetter derfor i vår analyse at forekomsten i 2022 er identisk med forekomsten som Kayed fant i 2015.

Beregning av samfunnsøkonomiske kostnader ved sykdomsbyrde/ nyttetap

For beregning av «helsetapsvekten» eller «alvorlighetsgraden» for ulike lidelser benytter vi oss av tabeller produsert av GBD. Vi beregner helsetapsvekten⁵⁶ for Norge (2019) ved å hente ut informasjon om ikke dødelig helsetap (YLD) og forekomst av lidelsen (prevalens) fra nettsiden healthdata.org.⁵⁷

Figur 12 Formel for beregning av helsetapsvekt

$$\text{Helsetapsvekt} = \frac{\text{Ikke dødelig helsetap (YLD)}}{\text{Prevalens (hyppighet)}}$$

Eksempelvis finner vi at «angstlidelser» har en prevalens på 7 125 tilfeller per 100 000 i Norge i 2019 og at helsetapet (YLD) er vurdert til 672 YLD per 100 000 innbyggere. Dette gir da en helsetapsvekt på $672 / 7\,125 = 0,094$ for «angstlidelser».

Enhetsverdien for et kvalitetsjustert leveår er i henhold til Helsedirektoratet 1,43 mill. kroner (uten produksjonstap).

Antall barn i institusjon er 1378 barn (2022), jf. faktadelen.

⁵⁵ Rapporten deres omfatter barn i alle målgrupper bortsett fra akuttinstitusjoner og MultifunC.

⁵⁶ Ikke-dødelig helsetap (YLD – years lived with disability) beregnes ved å multiplisere forekomsten (prevalens) av sykdommer og skader med tilhørende helsetapsvekter. Det betyr at man kan gå motsatt vei og finne helsetapsvekter ved å dele prevalens på ikke-dødelig helsetap (YLD)

⁵⁷ [VizHub - GBD Compare \(healthdata.org\)](https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare)

Vi benytter oss av «faktisk prevalens» av ulike helseutfordringer i tabell 9 fra utvalget til Kayed (2015), se nedenfor.

Tabell 5 «Prevalens av psykiatriske lidelser hos unge i barneverninstitusjoner». Kilde: Kayed (2015)

Psykiatriske lidelser	N (Antall i utvalget)	Prevalens (%)
ADHD (total)	399	32,3
Reaktiv tilknytningsforstyrrelse (RAD)	323	21,1
Stoffmisbruk (abuse)	335	11,9
Stoffavhengighet (dependence)	335	2,7
Minst én depressiv lidelse (MDD, depressiv lidelse uspes. NOS, eller dystymi)	335	37,0
Minst én angstlidelse fratrasket Bulimi	335	33,1
Bulimi	335	0,9
Adferdsforstyrrelser	335	20,1 ⁵⁸

Vi estimerer til slutt de samfunnsøkonomiske kostnadene ved å estimere «helsetapsvekter» for de psykiatriske lidelsene fra tabellen over fra GBD-prosjektet og koble disse til kunnskapen om hvor mange barn (andel barn, jf. Kayed (2015) x antall barn i institusjon) det gjelder og verdien på et kvalitetsjustert leveår, jf. beregningsmåten i figur Y. Beregningen forutsetter at andelene med ulike psykiatriske lidelser er uendret fra 2015 til 2022. Dette er en usikkerhet ved vår analyse og fører til at vi overestimerer kostnadene dersom de faktiske andelene er redusert i perioden eller underestimerer kostnadene dersom de faktiske andelene er økt i perioden.

4.2.1.2. ADHD, depressive lidelser, angstlidelser, atferdsforstyrrelser, reaktive tilknytningsforstyrrelser, rusbrukslidelser og spiseforstyrrelser (undervekt)

Tabellen under viser beregninger for nyttetapet (sykdomsbyrden), basert på kategoriene som fremkommer i Kayed (2015)

Tabell 6 Nyttetap for utvalgte diagnoser. Mill. kroner per år.

Diagnose	Antall barn i institusjon	Andel med aktuell diagnose	Aktuell helsetapsvekt	Enhetsverdi kvalitetsjustert leveår	Samfunnsøkonomisk kostnad
ADHD	1378	32,3 %	0,012	1,43 mill. kr	7,6 mill. kroner/år
Minst en depressiv lidelse	1378	37,0 %	0,4 ⁵⁹	1,43 mill.kr	291,6 mill. kroner/år

⁵⁸ Summen av alvorlig atferdsforstyrrelse (19,1%) og oppositionell atferdsforstyrrelse (2,2 %)

⁵⁹ Depresjonstallene fra Kayed (2015) inkluderer både dystymi (kronisk nedstemthet) og alvorlig depresjon, begge med høye andeler for forekomst. Vi velger derfor å benytte en helsetapsvekt som ligger på «moderat depresjon» (0,4) hentet fra Oslo Economics – samfunnsøkonomisk analyse av hjelpetiltak i barnevernet (2017), basert på FHI (2016). Bruk av beregning for gjennomsnittlig depresjonslidelse fra GBD ville gitt en vekt på 0,167.

Minst en angstlidelse	1378	33,1 % ⁶⁰	0,094	1,43 mill. kr	61,3 mill. kroner/år
Atferdsforstyrrelser	1378	20,1 %	0,122	1,43 mill. kr	48,3 mill. kroner/år
Reaktiv tilknytningsforstyrrelse	1378	21,1 %	0,073 ⁶¹	1,43 mill. kr	30,4 mill. kroner/år
Rusbrukslidelser ⁶²	1378	14,6 % ⁶³	0,147	1,43 mill. kr	42,3 mill. kroner/år
Spiseforstyrrelser (undervekt)	1378	3 % ⁶⁴	0,216	1,43 mill. kr	12,8 mill. kroner/år

Tabellen gir da et estimat på de samfunnsøkonomiske kostnadene i form av «ikke-dødelig helsetap» ved ulike psykiatriske lidelser hos barn i institusjon. Vi omtaler dette tapet som et nyttetap for barna i institusjon ettersom det forsøker å beskrive den reduserte helsemessige livskvaliteten de opplever.

Vi ser av tabellen at kostnadene av de ulike diagnosene går fra 7,6 mill. kroner /år for ADHD til 291,6 mill. kroner for kostnader ved å ha minst én depressiv lidelse. Kostnadene knyttet til depressive lidelser blir store når dette er diagnosen med både størst hyppighet i utvalget og med størst alvorlighetsgrad/ helsetapsvekt av diagnosene som vurderes.

Alle beregninger unntatt spiseforstyrrelser (undervekt) baseres på Kayed (2015). Til beregningen av spiseforstyrrelser vet vi at det er 647 000 barn mellom 10 og 19 år og at 15 080 barn mellom 10 og 19 år har spiseforstyrrelser (undervekt og overvekt) i befolkningen (SSB 07459 og Menon 2022:3), slik at andelen i befolkningen mellom 10 og 19 år er 2,33 prosent. Andelen i befolkningen med undervekt (16-79 år) var to prosent i 2019.⁶⁵ Anoreksi og bulimi utgjør på landsbasis 19 prosent av alle typer spiseforstyrrelser, i tillegg kommer 44 prosent uspesifiserte spiseforstyrrelser som også kan handle om undervekt som vi ser på her. Andelen med undervektsrelaterte spiseforstyrrelser av alle spiseforstyrrelser er derfor mellom 19 og 63 prosent på landsbasis. Andelen av befolkningen med undervektsrelaterte spiseforstyrrelser er da mellom 0,44 prosent og 1,46 prosent. Vi legger likevel til grunn en noe høyere andel enn dette i vår beregning (3 prosent), basert på tidligere omtalte rapporter (Helsetilsynet, 2023) som kan indikere at spiseforstyrrelser er noe mer utbredt i dagens institusjonspopulasjon.

4.2.1.3. Dårlig tannhelse

Beregning av nyttetapet ved dårlig tannhelse er ikke basert på Kayed (2015). Når det gjelder omfang tenker vi at erfaringene fra bl.a. CARE-modellen (20 prosent med akutte tannhelseutfordringer) vil være et minimumsanslag, men at det er sannsynlig at barn i institusjon ligger vesentlig over dette.⁶⁶ Vi viser derfor også kostnadene ved et middels anslag hvor 40 prosent har tannhelseproblemer og

⁶⁰ Spiseforstyrrelser inngår i angstlidelser i Kayed (2015). Vi trekker fra dette her (0,9 %) og får 33,1 %.

⁶¹ Benyttet helsetapsvekten for «andre psykiske lidelser» ettersom «reaktiv tilknytningsforstyrrelse» ikke var tilgjengelig

⁶² Kayed ser på de to kategoriene stoffavhengighet og stoffmisbruk separat, men vi blir nødt til å slå disse sammen og operere med en gjennomsnittskategori som vi kaller «ruslidelser». Dette for å kunne knytte omfanget til helsetapsvekten for «rusbrukslidelser» i senere beregninger

⁶³ Andelen består av andelen med stoffavhengighet og stoffmisbruk.

⁶⁴ Beregnet verdi, ikke hentet fra Kayed (2015)

⁶⁵ Norgeshelsa.no

⁶⁶ CARE-modellen var basert på et utvalg barn hvor de aller fleste var yngre enn barn på institusjon

høyt anslag hvor 60 prosent har tannhelseutfordringer. Vi legger videre til grunn at helsetapsvekten er vurdert til å være om lag 0,01 i tidligere studier.⁶⁷

Tabell 7 Nyttetap for tannhelseutfordringer. Mill. kroner per år.

Diagnose	Antall barn i institusjon	Andel med aktuell diagnose	Aktuell helsetapsvekt	Enhetsverdi QALY	Samfunnsøkonomisk kostnad
Tannhelseutfordringer (lavt anslag)	1378	20 %	0,01	1,43 mill.kr	3,9 mill. kroner/ år
Tannhelseutfordringer (middels anslag)	1378	40 %	0,01	1,43 mill. kr	7,9 mill. kroner/ år
Tannhelseutfordringer (høyt anslag)	1378	60 %	0,01	1,43 mill. kr	11,8 mill. kroner/ år

Vi benytter vårt middels anslag på 7,9 mill. kroner videre i analysen for å beskrive nyttetapet ved tannhelseutfordringer for barn i institusjon.

4.2.1.4. Seksuelle helseutfordringer

Seksuelle helseutfordringer er et veldig bredt område som omfatter økt risiko for seksuelt overførbare sykdommer til å få barn i for tidlig alder eller ha et generelt, usunt forhold til sex. Seksuelle helseutfordringer kan henge sammen med det å være utsatt for seksuelle overgrep i barndommen.

Sintef/NTNU/USN (2024) skriver at

«[i] Hafstad sin kunnskapsoppsummering om helsekonsekvenser og helseeffekter, refereres det til åtte metaanalyser og fem systematiske oversikter som konkluderer at seksuelle overgrep i barndommen var relatert til seksuell risikoforferd i ungdomsalder eller voksen alder (Hafstad, 2021).»

Vi antar at seksuelle helseutfordringer eller negative opplevelser rundt dette i noen grad kan være relatert til en del av de andre forholdene vi har beregnet nyttetapet for (angst, depresjon, rus og spiseforstyrrelser og forsøker ikke å eksplisitt beregne nyttetap knyttet til seksuelle helseutfordringer her.

4.2.1.5. Overvekt og fedme

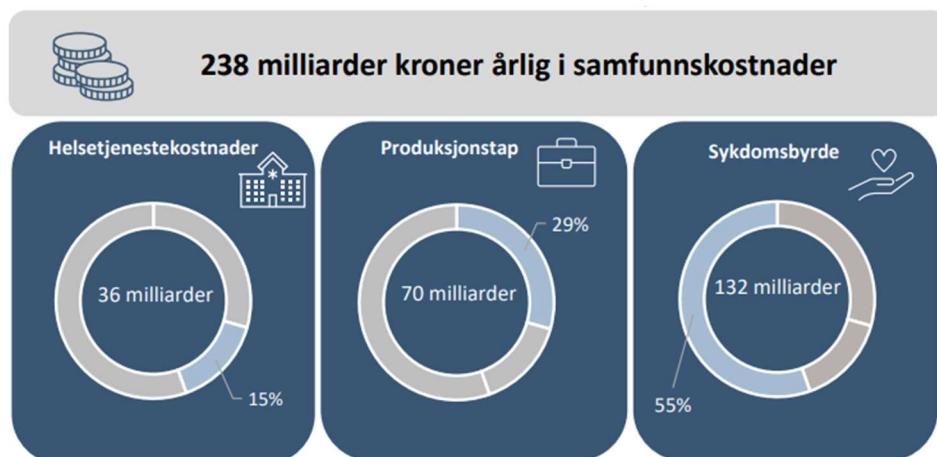
Vi fokuserer her på overvekt og fedme og nyttetapet (sykdomsbyrden) for barn i institusjon knyttet til dette. Overvekt og fedme (kronisk sykdom) er først og fremst en viktig årsak til andre alvorlige helseutfordringer, slik som diabetes type 2, hjerte- og karsykdommer og kreft.⁶⁸ Vi kan ikke beregne kostnadene ved sykdomsbyrde på samme måte her som for de psykiske lidelsene foran, ettersom sykdomsbyrdeberegningene til GBD ikke vurderer overvekt og fedme som en sykdom, men kun som en risikofaktor for andre sykdommer. Det er krevende å modellere kostnadene av slike følgesykdommer som kommer som et resultat av at overvekt og fedme gir økt risiko for sykdom, både fordi årsakssammenhengene er kompliserte og at det er vanskelig å anslå hvilken andel av kostnadene ved slike sykdommer som skal tilskrives risikofaktoren.

⁶⁷ [Tannlegetidende 9-2019](#)

⁶⁸ Menon 2023:24

Rapporter⁶⁹ viser likevel at overvekt og fedme samlet sett ga et tap (ikke-dødelig helsetap) på 33 361 kvalitetsjusterte leveår og at usikre anslag viser at et sted mellom 50 og 70 prosent av den voksne befolkningen har overvekt (BMI 25-29,9) eller fedme (BMI over 30). Sykdomsbyrden vurderes til å ha en samfunnskostnad på 132 mrd. kroner på landsbasis i 2022. 54 prosent av dette er knyttet til tidlig død og 46 prosent er knyttet til redusert helsemessig livskvalitet.

Figur 13 Illustrasjon av de samfunnsøkonomiske kostnadene forbundet med overvekt og fedme. Kilde: Menon 2023:24.



Som en pragmatisk tilnærming tar vi utgangspunkt i anslagene til Menon 2023:24 om at sykdomsbyrden har en verdi på 132 mrd. kroner og at om lag 60 (50-70) prosent av den voksne befolkningen har overvekt eller fedme. Gitt ca. 5,4 mill. innbyggere i Norge i 2022⁷⁰, så vil kostnaden per person (sykdomsbyrden for den enkelte) som har overvekt eller fedme i gjennomsnitt være om lag 24 400 kroner i 2022. Dette er et grovt anslag med betydelig usikkerhet.

Overvekt er en sentral helseutfordring for barn i barnevernet. Tidligere forskning⁷¹ har vist at mellom 30 og 40 prosent av barn i institusjon og fosterhjem er overvektige. Vi viser et lavt, middels og høyt anslag for samfunnskostnader forbundet med den enkeltes nyttetap eller sykdomsbyrde ved overvekt og fedme under. I det lave anslaget antar vi at 30 prosent av barn på institusjon er overvektige, mens vi benytter andeler på henholdsvis 40 og 50 prosent for middels og høyt anslag. Dette kobles deretter til anslaget for sykdomsbyrde for den enkelte på 24 400 kroner, jf. tabellen under.

Tabell 8 Nyttetap ved overvekt og fedme. Mill. kroner per år.

Anslag	Nyttetap relatert til overvekt per tilfelle i befolkningen	Antall barn	Nyttetap for barn i institusjon relatert til overvekt
Lavt anslag (30 %)	24 400 kr	410	10,0 mill. kroner
Middels anslag (40 %)	24 400 kr	550	13,4 mill. kroner
Høyt anslag (50 %)	24 400 kr	685	16,7 mill. kroner

⁶⁹ Menon 2023:24, basert på sykdomsbyrdeberegninger fra FHI.

⁷⁰ <https://www.ssb.no/statbank/table/07459/>

⁷¹ Kling, Vinnerljung & Hjern, 2015

Vi legger her til grunn middels anslag og at det årlige nyttetapet (sykdomsbyrden) for barn i institusjon knyttet til overvekt og fedme er 13,4 mill. kroner.⁷²

4.2.1.6. Verdien av tapte leveår knyttet til tidlig død

De samfunnsøkonomiske kostnadene vi har forsøkt å estimere frem til nå har handlet om nyttetapet ved ikke-dødelige utfall (kostnader ved redusert livskvalitet) for barn på institusjon. Vi skal nå se på en annen del av kostnadene, nemlig kostnadene ved dødelige utfall, dvs. at barn som har bodd i institusjon dør tidligere enn andre barn. I denne forbindelse må vi også anslå andelen av disse dødsfallene som kan skyldes helseutfordringene og fjerne evt. andre grunner til at de dør tidligere.

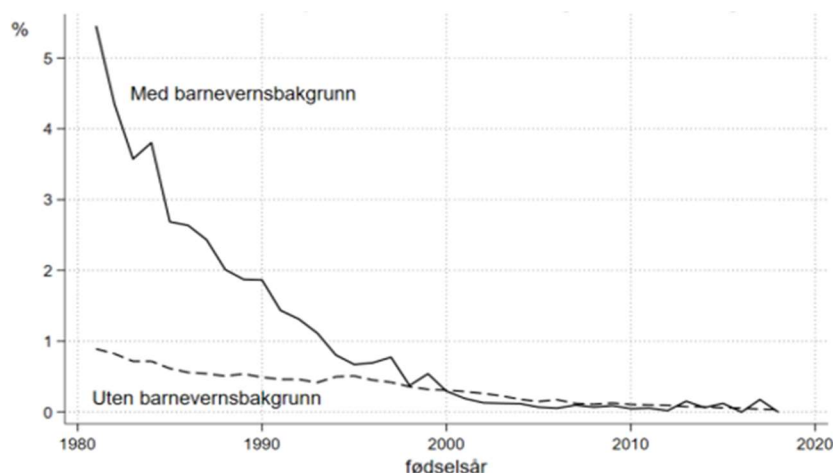
Drange og Hærnes (2022) har sett på overdødeligheten for barn som har vært i barnevernet (andelen som var døde i 2009, personer født i 1991 eller tidligere som var i barnevernet i perioden 1990-2009) herunder dødsårsaker, jf. tabellen under. Vi legger for enkelhets skyld til grunn at barn i institusjon er på samme nivå, selv om de trolig har en enda større overdødelighet. Grafen nederst på siden viser overdødeligheten enda tydeligere og får frem at forskjellen mellom de to gruppene øker mellom de to gruppene etter hvert som de eldste i utvalget (helt til venstre i grafen er de som er født i 1981) inkluderes og man ser på hvem som var døde per 2019 (de eldste i utvalget var da mellom 30 og 40 år). Tolkningen av grafen er at for de som var født i 1981, så er fem prosent av de med barnevernsbakgrunn døde mens mindre enn én prosent av de uten barnevernsbakgrunn er døde innen året de fylte 38 (2019-1981). Avviket blir mindre utover i grafen siden dødsfallene ofte skjer i 20- og 30 årene og senere årskull i mindre og mindre grad har nådd denne alderen.

Tabell 9 Dødsfall etter viktige grupper av dødsårsaker – barneverngruppen og sammenlikningsgrunnlaget. Andeler døde per 2009. Kilde: Drange og Hærnes (2022)

Dødsårsak	Barneverns- utvalget (n=83 750)	Sammenlik- ningsutvalget (n=95 051)
Antall døde 1990–2009 i utvalget	1 662	669
Dødsfall per 1 000 i utvalget	19,84	7,04
Grupperte dødsårsaker		
Selv mord	2,81	0,58
Rusmisbruk/sinnslidelser	2,34	0,11
Transportulykker	2,33	1,09
Forgiftninger	1,39	0,19
Sykdommer i nervesystemet	0,96	0,27
Svulster (hovedsakelig kreft)	0,81	0,42
Sykdommer i sirkulasjonsorganene (hjerteinfarkt, hjerneslag mv)	0,59	0,11
Symptomer, ubestemt årsak	0,54	0,54
ICD9 580–779 (og tilsvarende diagnoser i ICD10)	0,42	0,16
Drap, senfølger av overfall	0,27	0,01
Andre dødsårsaker	7,40	3,57

⁷² Produksjonstap og økt offentlig ressursbruk relatert til overvekt for barn i institusjon beregnes ikke særskilt i vår rapport, men vil indirekte være inkludert som en del av kostnader til økt bruk av somatiske sykehus eller redusert arbeidsdeltagelse relatert til somatiske forhold.

Figur 14 Prosentandel døde per 2019 etter fødselsår og barnevernsbakgrunn, etter fødselsår.
Kilde: Drange og Hærnes (2022), figur 3



Beregning av kostnader ved for tidlig død for barn i institusjon:

I rapporten analyserer vi kostnadene av helseutfordringer i et bestemt år (2022). For å fange opp kostnader ved tapte leveår (nyttetap) grunnet tidlig død kunne vi enten sett på alle dødsfall (alle er dødsfall i forholdsvis ung alder) eller sett på forskjellen fra sammenligningsgrunnlaget. I resten av rapporten har vi sett på absolutte (og ikke relative) helseutfordringer og vi gjør det samme her og beregner det absolutte tapet ved at barn i institusjon dør tidlig, men sammenligner ikke med resten av barnebefolkningen. Tidlig død betyr i denne sammenheng å dø før 38 års alder. Et annet moment er om alle dødsårsaker kan sies å ha en sammenheng med helseutfordringer eller om noen dødsårsaker ikke er relevante for analysen før man beregner overdødeligheten. Eksempelvis kan det stilles spørsmål ved om død i transportulykker har sammenheng med helseutfordringer.

Vår vurdering er at det er sannsynlig at alle kategorier kan ha en sammenheng med psykiske eller somatiske helseutfordringer og at alle kategorier derfor bør inngå. Rusproblemer kan for eksempel være en medvirkende årsak til forgiftninger, selvmord og transportulykker. Overvekt og fedme har vi sett at i noen grad henger sammen med kreftsykdommer.⁷³ Vi legger derfor tabell 9 over til grunn for våre beregninger.

Dersom andelen som dør tidlig i barnevernspopulasjonen er 19,84 per 1000, tilsvarer dette om lag 27 personer blant dagens 1378 barn i institusjon. Hva kan benyttes som et mål på tapet ved tidlig dødsfall? Verdien av et kvalitetsjustert leveår (QALY) er på 1,43 mill. kroner og verdien av et statistisk liv er for 2022 på 52,67 mill. kroner.⁷⁴

Helsedirektoratet skriver at bruk av QALY i analyser er å foretrekke fremfor statistiske liv eller ulike skadegrader for å få økt presisjonsnivå i analysene.⁷⁵

Det er vanskelig å finne en god metode for å finne tapet for de gjenværende leveårene dersom man ikke har dødstidspunktet for alle individene. Vi benytter oss av at avstanden i andel døde mellom de

⁷³ Menon 2023:24 viser til at 16 kreftdiagnoser får forhøyet risiko grunnet overvekt og fedme

⁷⁴ [Verdien av et statistisk liv \(VSL\) | DFØ \(dfo.no\)](#)

⁷⁵ Helsedirektoratet – helseeffekter i samfunnsøkonomiske analyser (høringsutgave)

som har mottatt barnevernstiltak og resten av befolkningen øker betydelig mot slutten av 20-årene og utover i 30-årene.

Vi gjør derfor antagelser om gjenstående levetid og knytter dette mot verdien av et kvalitetsjustert leveår (QALY) og benytter oss av et trippelanslag siden det er usikkerhet knyttet til beregningene. Legemiddelverket viser tabeller for forventede gjenværende kvalitetsjusterte leveår.⁷⁶ Vi legger her til grunn at barna som dør tidlig i gjennomsnitt gjør det som 28-åringer, 32-åringer eller 35-åringer og sammenligner med forventede gjenværende kvalitetsjusterte leveår.

Vi må legge inn en siste forutsetning for å kunne anslå verdien av de tapte leveårene på en troverdig måte innenfor vår kontekst, nemlig hva som er de samfunnsøkonomiske kostnadene relatert til tapte leveår i 2022. Vi overestimerer verdien om vi knytter hele tapet til helseutfordringer under institusjonsoppholdet i 2022. De fleste barn i institusjon er mellom 13 og 17 år. I våre beregninger forutsetter vi at helseutfordringene kan oppstå fra tidlig barndom og vi legger inn en forutsetning om at helseutfordringene er oppstått over en 10-års periode for alle barn. Vi deler derfor kostnadene på 10 og får et mer korrekt bilde på verdien av de tapte leveårene som kan tilskrives 2022.

Tabell 10 Nyttetap forbundet med tapte leveår/ tidlig død

Anslag/ dødstidspunkt	Antall som forventes å dø tidlig i institusjonspopulasjonen	Verdien av QALY	Avstand (år) til forventede gjenværende QALY	Samfunnsøkonomisk kostnad av tidlig død
Lavt (35 år)	27	1,43 mill. kroner	39,6	153 mill. kroner
Middels (32 år)	27	1,43 mill. kroner	42,2	163 mill. kroner
Høyt (28 år)	27	1,43 mill. kroner	45,7	176 mill. kroner

Verdien av de tapte leveårene, som i sin helhet antas relatert til helseutfordringer, for barn som dør tidlig blir her 163 mill. kroner i vårt beste anslag. Det er usikkerhet knyttet til beregningene. Vi vurderer at dette er konservative anslag ettersom vi kun ser på nyttetap forbundet med tidlig død frem til 38 års alder, jf. aldersspennet i datagrunnlaget fra Drange og Hærnes (2022).

4.2.2. Kostnader ved ikke-optimalt arbeidsmiljø for ansatte på barnevernsinstitusjoner

Rapporten «Samfunnsnyttene av bedriftshelsetjenesten» fra Oslo Economics i 2018 benytter følgende definisjon på et ikke-optimalt arbeidsmiljø: «Med et ikke-optimalt arbeidsmiljø menes at det er forhold med arbeidsmiljøet som forhindrer arbeidstakerne å produsere det de ellers kunne ha gjort eller som utsetter arbeidstakerne for skade og sykdom. Et ikke-optimalt arbeidsmiljø medfører kostnader for virksomheter og samfunnet generelt. Forhold på arbeidsplassen kan medføre tapte leveår og tapt livskvalitet (helsetap) som følge av sykdom og skader».

Samme rapport viser at en vesentlig del av sykefraværet i Norge kan skyldes forhold på arbeidsplassen, noe som bidrar til redusert yrkesdeltakelse i samfunnet. Det pekes i rapporten videre på at arbeidsrelaterte skader og sykdom bidrar til en høyere belastning for helse- og omsorgstjenesten (helsetjenestekostnader). Rapportens konklusjon er at de samfunnsøkonomiske

⁷⁶ Forventede gjenværende QALYs og livskvalitetsvekter i den generelle befolkning (SLV, 2018)

kostnadene for alle bransjer på landsbasis knyttet til et ikke-optimalt arbeidsmiljø er beregnet til 75 (30-110) milliarder kroner årlig, og den årlige kostnaden for virksomhetene er beregnet til 30 (15-45) milliarder kroner årlig.⁷⁷

Statens Arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) anslår antallet ikke-dødelige arbeidsskader til å utgjøre om lag 12 prosent av alle skadetilfeller i Norge, tilsvarende 105 000 arbeidsskader årlig.

Arbeidsrelaterte skader og sykdom representerer en kostnad for samfunnet som ofte omtales som et helsetap. Helsetapet dekker både tapte leveår grunnet premature dødsfall, samt tapt helserelatert livskvalitet grunnet skade eller sykdom. Oslo Economics⁷⁸ refererer til at GDB har anslått det totale arbeidsrelaterte helsetapet i Norge til 31 236 DALY (uførejusterte leveår, disability adjusted life years). Samme rapport viser at arbeidsrelaterte helseproblemer er svært vanlig og henviser til helseundersøkelsen i Oslo (HUBRO-studien) hvor ca. 60 % av de ansatte rapporterte at de hadde hatt helseproblemer som skyldtes arbeidsforhold den siste måneden.⁷⁹

Ansatte på barnevernsinstitusjoner gjør en svært viktig jobb og står jevnlig i krevende situasjoner. Interne kartlegginger i Bufetat viser at ansatte utsettes for trusler, utageringer, ran og vold.⁸⁰ I tillegg kan ansatte oppleve at institusjonen de jobber på utsettes for ildspåsettelse og branntilløp.⁸¹ Sykefraværet i Bufetats institusjoner er høyt sammenlignet med andre yrker. Det samlede sykefraværet i Bufetat var 9,8 prosent i 2023.⁸²

Sykefravær og helsetap er samfunnsøkonomiske kostnader som må inkluderes i en samfunnsøkonomisk analyse for at denne skal bli komplett. Forhold som dette er – i samfunnsøkonomisk forstand – kostnader hvis de oppstår, helt uavhengig av om ansatte skulle være klare over risikofaktorene ved å jobbe i en barnevernsinstitusjon eller er like motivert for å fortsette i jobben selv dersom de ovennevnte situasjonene inntreffer. Tilsvarende vil gjelde for andre arbeidsplasser og sektorer.

De samfunnsøkonomiske kostnadene vil dele seg i to kategorier: Helsetapet vil kategoriseres som nyttetap for den enkelte, mens sykefravær og andre former for redusert arbeidsdeltagelse vil kategoriseres som produksjonstap (se kap. 4.4).

Vi noterer oss at det åpenbart er samfunnsøkonomiske kostnader ved ikke-optimalt arbeidsmiljø som treffer ansatte på institusjon, men har ikke nok informasjon om sammenhengen mellom helseutfordringer hos barna og utfall knyttet til sykefravær eller helsetap hos de ansatte til å vurdere virkningen nærmere, verken som en prissatt eller ikke prissatt virkning.

4.2.3. Nyttetap for pårørende

Definisjonen av pårørende følger av lov om pasient- og brukerrettigheter, § 1-3 b.⁸³

⁷⁷ Oslo Economics – Samfunnsnyttan av bedriftshelsetjenesten (2018)

⁷⁸ Oslo Economics – Samfunnsnyttan av bedriftshelsetjenesten (2018)

⁸⁰ Bufdir (2024) – intern kartlegging

⁸¹ Bufdir (2024) – intern kartlegging. Antall alvorlige ildspåsettelser og branntilløp var 25 i 2022 og 16 i 2023. Minst 2 av de 16 branntilløpene har medført at institusjonen har blitt ubeboelig i en periode i etterkant.

⁸² Bufdirs årsrapport for 2023

⁸³ Den pasienten eller brukeren oppgir som pårørende og nærmeste pårørende. Dersom pasienten eller brukeren er ute av stand til å oppgi pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten eller brukeren, likevel slik at det tas utgangspunkt i følgende rekkefølge: ektefelle, registrert partner, personer som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende

Helseutfordringer og sykdommer påvirker ikke bare den som blir syk, men kan også ha negative virkninger for pårørende og de rundt den syke. Det kan være krevende å være pårørende, og enkelte vil kunne utvikle helseutfordringer som bidrar til redusert helserelatert livskvalitet. Bekymring og angst er eksempler på helseutfordringer som pårørende kan oppleve. I analyser av samfunnskostnader forbundet med sykdom er det ikke uvanlig at redusert helserelatert livskvalitet hos pårørende inkluderes (se for eksempel Oslo Economics' rapport om samfunnskostnader ved Duchenne muskeldystrofi). Det er imidlertid krevende å måle og verdsette denne kostnaden, og virkningene for den enkelte vil kunne variere betydelig.

Det er naturlig å anta at det å være pårørende (enten som foreldre eller nærstående på annet vis) til et barn i barnevernsinstitusjon med helseutfordringer også er en situasjon som innebærer påkjenninger for den enkelte. Den enkelte pårørende kan oppleve påkjenninger ved at man er bekymret for barnets utvikling, om barnet får den hjelpen de har behov for osv. Slike bekymringer kan i verste fall føre til at pårørende forverrer eksisterende eller utvikler angstlignende problemer. Rapporter⁸⁴ har vist at foreldre til barn hvor det er risiko for omsorgssvikt og mulighet for plassering i institusjon ofte har eksisterende psykiske vansker. Opplevelser av denne typen vil – i samfunnsøkonomisk forstand – kunne være å anse som en kostnad, dersom opplevelsene påvirker den helserelaterte livskvaliteten negativt.

Rapporter⁸⁵ viser at mange pårørende (ikke bare barnevernsområdet) opplever det som krevende å få oversikt over relevant lovverk og at de har behov for mer informasjon om tilgjengelig tjenestetilbud, mer kunnskap om problematikken og behandling, veiledning fra fagpersoner, samt behov for å treffe og snakke med mennesker i samme situasjon. Det trekkes frem at gjentakende søke- og klageprosesser oppleves utmattende og at for store påkjenninger eller ansvarsoppgaver som pårørende kan gå utover livskvaliteten og at en del sliter med «vanskelige følelser» knyttet til skam og redsel mm.

Pårørendealliansens undersøkelse har vist at 63 prosent av de pårørende opplever dårligere helse sammenlignet med før de inntok en pårørenderolle. Tallene viser videre at 62 prosent av pårørende føler at de er konstant på vakt, mens 58 prosent er stresset på grunn av for stor omsorgsbelastning. 56 prosent sliter med søvnproblemer og 48 prosent føler at de ikke får prioritert seg selv.⁸⁶

Annen forskning viser at pårørende kan føle seg isolert eller oppleve depresjon og angst.⁸⁷

Pårørendeundersøkelsen 2017⁸⁸ peker på at nesten 60 prosent av pårørende innen psykisk helse og rus har opplevd endringer i arbeids- og studielivet.

Spørsmålet er imidlertid hvor stort dette nyttetapet er for den enkelte og hvor stor andel av dette nyttetapet som kan knyttes til helseutfordringene (og ikke bare knyttet til at barnet man er pårørende for er i institusjon). Vi legger videre til grunn en forutsetning om at erfaringer fra forskning om det å

samboerskap med pasienten eller brukeren, barn over 18 år, foreldre eller andre som har foreldreansvaret, søsken over 18 år, besteforeldre, andre familiemedlemmer som står pasienten eller brukeren nær, verge eller fremtidsfullmektig med kompetanse på det personlige området.

⁸⁴ Clifford, G. m.fl. (2015). Minst hjelp til dem som trenger det mest? Sluttrapport fra forsknings- og utviklingsprosjektet «Det nye barnevernet». NF rapport nr. 6/2015

⁸⁵ [Vi – de pårørende \(regjeringen.no\)](https://www.regjeringen.no)

⁸⁶ Tekst hentet fra side 21 i «Vi – de pårørende» [Vi – de pårørende \(regjeringen.no\)](https://www.regjeringen.no)

⁸⁷ (Candy, Jones et al. 2011)

⁸⁸ Tall fra Pårørendealliansen 2017, omtalt i Menon nr.15/2023 (Samfunnskostnader av vold i nære relasjoner)

være pårørende generelt har overføringsverdi til det å være pårørende for barn i barnevernsinstitusjon.

Eksempelene som det vises til over kan tilsi at det er et ikke-ubetydelig nivå på påkjenningene de opplever, for eksempel at et flertall er stresset og sliter med søvnproblemer og at en del opplever depresjon og angst.

For å kunne gjennomføre beregninger vil vi ta utgangspunkt i en forutsetning om at en andel av de pårørende opplever redusert livskvalitet tilsvarende det å ha «mild angst». Mild angst har ifølge GBD en helsetapsvekt på 0,03. Vi antar videre at alle barn har kun én pårørende og vi forenkler ved å på usikkert grunnlag anta at halvparten av barna i institusjonsbarnevernet har en eller annen form for helseutfordring. Andelene for hvor mange som opplever en reduksjon i livskvalitet tilsvarende mild angst må ikke settes for høyt, jf. at beregningene i 4.4.2. om produksjonstap for pårørende er forholdsvis begrenset.

Vi antar derfor at henholdsvis 5, 10 og 20 prosent av de pårørende opplever redusert livskvalitet tilsvarende «mild angst» som en konsekvens av at barna deres har helseutfordringer.

Forutsetningene for beregninger med de tre anslagene med 5,10 og 20 prosent blir da 689 barn, én pårørende per person, helsetapsvekt på 0,03 og enhetsverdi på 1,43 mill. kroner (QALY).

Tabell 11 Nyttetap for pårørende. Mill. kroner per år.

Anslag	Antall barn	Enhetsverdi x helsetapsvekt	Samfunnsøkonomisk kostnad
Lavt (5 %)	35	42 900 kroner	1,5 mill. kroner per år
Middels (10 %)	70	42 900 kroner	3 mill. kroner per år
Høyt (20 %)	140	42 900 kroner	6 mill. kroner per år

Det gir et lavt anslag på 1,5 mill. kroner, middels anslag på 3 mill. kroner og høyt anslag på 6 mill. kroner. Vi bruker middels anslag videre i rapporten. Dette er naturligvis beregninger med stor grad av usikkerhet, men som kan gi et bilde på størrelsen av nyttetapet for de pårørende.

4.3. Kostnader for offentlige tjenester

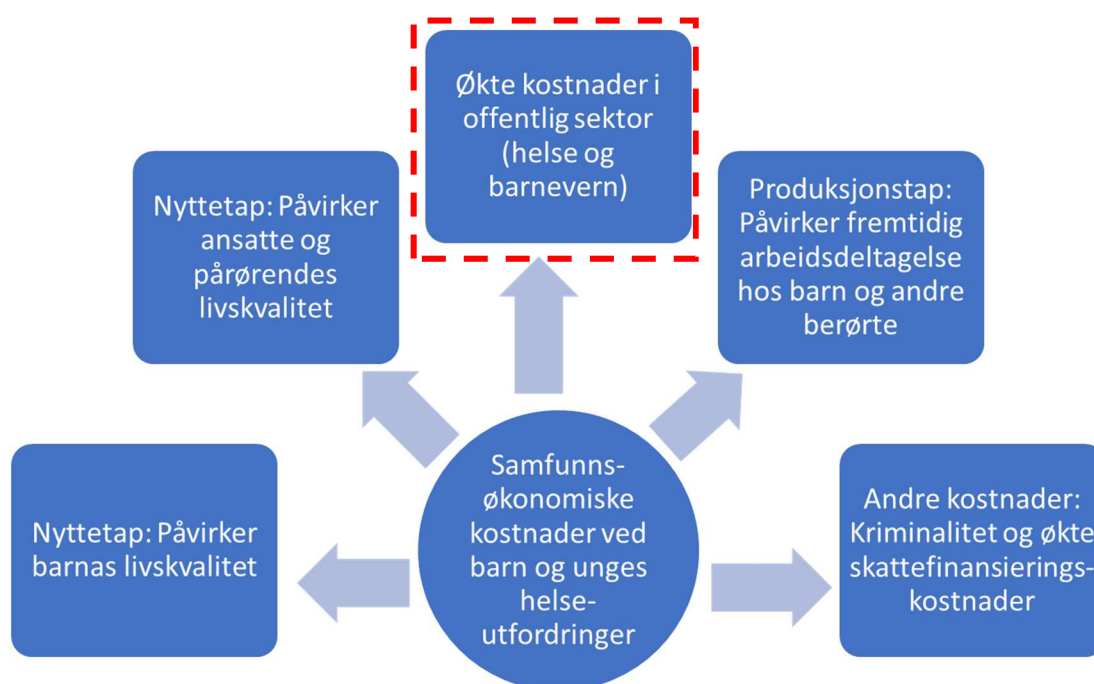
Vi vil forsøke å anslå hvor mye av ressursbruken hos offentlige aktører som barn og unge i institusjon står for og summere denne absolutte ressursbruken som følger av helsebehovene til barn og unge i institusjon. Dette vil samlet sett gi et bilde på endret offentlig ressursbruk som kan knyttes til barn og unges helsebehov / helseutfordringer. Det er flere innganger til denne problemstillingen og spørsmålet er blant annet hvor bredt man skal gå ut.

Barn og unges helseutfordringer får først og fremst konsekvenser for barnevernet og helse- og omsorgstjenesten (både primær- og spesialisthelsetjenesten). Samtidig vil helseutfordringer kunne føre til økt kriminalitet og dermed økt ressursbruk hos politi og domstoler. Helseutfordringer vil også kunne gjøre saksbehandling og vurderinger hos både barnevern, sosial og helsenemnder, statsforvalterembeter osv. mer ressurskrevende.

Vår løsning er å konsentrere oss om de antatt største kildene til offentlig ressursbruk. Vi omtaler de antatt mindre kildene til offentlig ressursbruk der dette er lett tilgjengelig, men forsøker ikke å prissette ressursbruken. For å gi et litt mer presist bilde på ressursbruken i helse- og

omsorgstjenesten vil vi skille mellom psykiske og somatiske helsetjenester og poliklinisk behandling og døgnopphold der dette er mulig.

Figur 15 Økt offentlig ressursbruk som en del av de samfunnsøkonomiske kostnadene



4.3.1. Økte utgifter i helsesektoren

En viktig kilde til beregning av ressursbruken i helse- og omsorgstjenesten er tabellen under fra Kayed (2015) som viser barn og unge i institusjon sitt forbruk av ulike tjenester de siste tre måneder eller noen gang – grunnet sine psykiske helseutfordringer. Tabellen vil gi et utgangspunkt for vurderinger av omfanget av bruken av helsetjenester og kostnadene forbundet med dette. Utfordringen med tallene er at de ikke viser bruk av tjenester i løpet av et år. Kolonnen «Siste tre måneder» kan gi et presist bilde på bruken i løpet av et år dersom det er snakk om en tjeneste man bruker mange ganger i løpet av et år, men vil underestimere årlig bruk dersom det er snakk om tjenester man typisk bruker én gang per år.

Tabell 12 «Andel som har mottatt hjelp for psykiske vansker» - utvalgte kategorier fra Kayed (2015)

Type tjeneste	Noen gang	Siste tre måneder
Psykiatrisk sykehus - innleggelse	27,7	2,7
Psykiatrisk poliklinikk for barn og ungdom eller voksne	78,3	25,1
Somatikk – Fastlege/ annen lege	20,4	6,2
Somatikk – akuttmottak på sykehus	10,4	3,8

Somatikk – innlagt somatisk sykehus	15,8	1,6
Rus – Avrusningsenhet for stoff eller alkohol	10,6	4,5
Rus – Poliklinisk behandling for narkotika eller alkohol	4,5	1,9
Innsats fra pårørende – hjelp fra venner	37,7	22,5
Innsats fra pårørende – hjelp fra slektninger	27,4	13,3
Noen formell hjelp	97,6	60,6
Noen hjelp	98,1	72,8

Vi vil operere med tre ulike anslag for årlig bruk av tjenestene i tabellen. «Høyt anslag» legger til grunn at «Noen gang» i tabellen fra Kayed (2015) er dekkende for bruk siste år. «Middels anslag» legger til grunn gjennomsnittet av «Noen gang» og «Siste tre måneder». «Lavt anslag» legger til grunn «siste tre måneder» som et anslag på bruken i en 12 måneders periode.

En annen kilde til informasjon om bruken av helsetjenester for barn og unge i institusjon er Sintef (2024). Utvalget består av 230 barn hvorav 20 prosent svarer at de bor i institusjon (n=46).

Tabell 13 Kontakt med ulike hjelpetjenester de siste to årene, barn i institusjon

Navn på tjeneste	Andel med kontakt med hjelpetilbudet i løpet av siste to år
Fastlege	85,7
Legevakt	74,3
Helsesykepleier/Helsesøster	48,6
Helsestasjon for ungdom	26,5
DPS (over 18 år)	14,8
PPT	45,5
Kommunepsykolog	14,3
Nettbasert tjeneste (chat)	22,6
Spesialpedagogiske tiltak-/ undervisning	26,5
Hjelpetelefon	17,6
Lavterskeltilbud i kommunen	9,4
Rustjenester	9,1
Annet	16,0

Tabellen viser at fastlege, legevakt, helsesykepleier og PPT er de fire mest brukte hjelpetjenestene for barna i dette utvalget. En gjennomgang av utvalgte barnevernsmapper i samme rapport viser at BUP, barnevernsansatte, fastlege, tannlege og sykehus er hjelpeinstansene som oftest har vært «aktivert» i forbindelse med helserelaterte hendelser for barn i institusjon.⁸⁹

Sintef (2024) ser også mer konkret på bruken av helsetjenester og har gjort analyser på bruken i sektorene PHBU (under 18 år), PHV-V (18-24 år), TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling, 18-24 år)

⁸⁹ Sintef (2024) – basert på mappegjennomgang av 41 barnevernsmapper hvor vi har trukket ut resultatene som gjelder barn i institusjon

og Somatikk (under 24 år). Det er førstnevnte og sistnevnte kategori som er mest interessant for vår analyse. Sintef har sett på gruppen «barn i barnevernet», men har også gjort vurderinger og analyser for «barn i institusjon» i perioden 2013-2020.

Barn i barnevernet har flere henvisninger til PHBU per år enn andre barn. Barn og unge i institusjon har dobbelt så mange henvisninger per år, sammenlignet med de som ikke har vært i institusjon. I somatikken finner de at barn i barnevernet har 2,7 konsultasjoner per år. Barn i barnevernet har betydelig høyere bruk av helsetjenester som fastlege, legevakt, tannlege og lab/røntgentjenester selv når man måler mot en matchet kontrollgruppe. Utviklingen i grunn- og hjelpestønad i barnevernspopulasjonen indikerer at det er større helseutfordringer blant barn i barnevernet sammenlignet med resten av befolkningen og at barn i institusjon ligger høyt blant gruppene med tiltak fra barnevernet.

Vi bruker informasjonen fra både Sintef (2024) og Kayed (2015) til å utarbeide anslag for kostnadene forbundet med behandling og oppfølging i helse- og omsorgstjenesten.

Omfanget for bruk av helsetjenester er satt sammen med tall for enhetskostnader av ulike typer helsetjenester og vil gi samlet ressursbruk for denne gruppen.

Enhetskostnader for ulike typer helsetjenester finnes blant annet ved å benytte tall fra SAMDATA-prosjektet (sammenlikningsdata for spesialisthelsetjenesten) som driftes av Helsedirektoratet.

Formålet med SAMDATA er å utvikle, analysere og publisere standardiserte styringsindikatorer for spesialisthelsetjenesten, og å belyse hvordan tjenestene fungerer i forhold til aktuelle helsepolitiske mål. SAMDATA benyttes av sentrale myndigheter, helseforetak og forskningsinstitusjoner for å følge utviklingen og status for spesialisthelsetjenesten.

4.3.1.1. Økte utgifter til døgnbehandling i psykisk helsevern for barn og unge

Vi må skille mellom kostnader til henholdsvis innleggelser (døgnpasient=innleggelser) og polikliniske besøk hos psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU). Det var totalt 69 549 pasienter i PHV-BU i 2022. 96,6 prosent av all behandling var poliklinisk behandling og 3,4 % var døgnbehandling, jf. SAMDATA.⁹⁰ Totalt var det 2 376 barn og unge som var døgnpasienter med totalt 71 214 oppholdsdøgn i 2022. Vi setter disse tallene sammen med våre anslag på antall berørte barn i institusjonspopulasjonen basert på andelene (lavt, middels og høyt) og antallet barn i institusjon i 2022.

Tabell 14 Estimer for antall innleggelser/ døgnpasienter i PHV-BU

Antall barn totalt i institusjon (2022)	Lavt anslag	Middels anslag	Høyt anslag
1378	2,7 % (37)	15,2 % (209)	27,7 % (382)

Kostnader per oppholdsdøgn må settes sammen med gjennomsnittlig oppholdslengde for å finne oppholdskostnaden ved innleggelse i PHV-BU. Kostnaden per oppholdsdøgn var 26 335 kr. Antall døgn per døgnpasient var 30 (71 214 døgn / 2 376 barn) i PHV-BU for 2022, jf. SAMDATA. Oppholdskostnaden er da 790 000 kr per år.

⁹⁰ Helsedirektoratet (2023). Kostnader til spesialisthelsetjenesten [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (siste faglige endring 07. juli 2023). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/kostnader-til-spesialisthelsetjenesten>

Tabell 15 Kostnader ved døgnopphold i PHV-BU. Mill. kroner per år.

Kostnader per oppholdsøgn ved innleggelse i PHV-BU (2022)	Lavt anslag	Middels anslag	Høyt anslag
790 000 kr	29,2 mill. kroner	165,1 mill. kroner	301, 8 mill. kroner

For å kvalitetssikre disse beregningene som er basert på Kayed (2015) kan vi se til Sintef (2024). De finner at andelen av døgnopphold i PHBU med barn i barnevernet er ca. 45 prosent i 2020 og at fordelingen av døgnopphold på ulike typer barnevernstiltak viser at barn i institusjon sto for 24 prosent av døgnoppholdene i 2020. Det bør bety at barn i institusjon står for om lag 11 prosent ($0,45 \times 0,24 = 0,11$) av alle døgnopphold i PHBU. Antallet døgnopphold totalt var i underkant av 3 400 i 2020, slik at 350-400 døgnopphold er et anslag på antall opphold for barn i institusjon.

Vi ser at deres anslag ligger svært nær vårt «høyeste» anslag. Vi velger derfor å legge dette anslaget til grunn som vårt beste anslag slik at kostnadene til døgnopphold i PHV-BU blir 301,8 mill. kroner.

4.3.1.2. Økte utgifter til poliklinisk behandling i psykisk helsevern for barn og unge

Tabell 16 Estimat for antall barn med polikliniske besøk i PHV-BU

Antall barn totalt i institusjon (2022)	Lavt anslag	Middels anslag	Høyt anslag
1378	25,1 % (346)	51,7 % (712)	78,3 % (1079)

Siden vi har kostnader per pasient per år fra SAMDATA (52 526 kr), trenger vi kun å sette dette sammen med et anslag for hvor mange barn og unge i institusjonspopulasjonen vår som benytter seg av polikliniske besøk i løpet av et år. Vi bruker også her lavt, middels og høyt anslag.

Tabell 17 Kostnader for polikliniske besøk i PHV-BU

Kostnader per poliklinisk pasient i PHV-BU (2022)	Lavt anslag	Middels anslag	Høyt anslag
52 526 kr / år	18,2 mill. kroner	37,4 mill. kroner	56,7 mill. kroner

Vi har forsøkt å kvalitetssikre disse beregningene som er basert på Kayed (2015) ved å se til Sintef (2024). Vi finner ikke andel/ antall polikliniske kontakter for barn i institusjon i deres rapport, men finner at barn i barnevernet i gjennomsnitt har 19 polikliniske kontakter per år mot 15 konsultasjoner for øvrig pasientpopulasjon. Det innebærer at kostnaden per barn i barnevernet vil være høyere enn SAMDATAS gjennomsnittlige kostnad per pasient per år, og sannsynligvis enda litt høyere igjen for barn i institusjon.

Vi benytter vårt middels anslag og legger 37,4 mill. kroner som vårt beste anslag på kostnadene ved poliklinisk behandling i PHV-BU. Vi vurderer dette til å være konservative anslag.

4.3.1.3. Økte utgifter til fastlegebesøk

Tall fra Helsedirektoratet⁹¹ viser at utgifter til fastlegeordningen var på 12,7 mrd. kroner i 2022. Antall konsultasjoner var om lag 16,8 millioner i 2022. Det betyr at et anslag på kostnaden per fastlegebesøk for det offentlige er 755 kroner.

Drange og Hærnes (2020) viste at 44 prosent av barn og unge i institusjon med pågående tiltak (og 50 prosent av alle som hadde hatt et institusjonstiltak en eller annen gang) besøkte fastlegen mer enn fem ganger i løpet av et kalenderår. Dette er også vesentlig mer enn barn uten tiltak (19 prosent). Sintef (2024) finner lavere tall for barn i barnevernet (aldersgruppen med høyeste bruk benyttet fastlege 1-2 ganger årlig i perioden 2013-2020), men ser ikke på barn i institusjon spesielt.

Her legger vi til grunn at de besøker fastlegen nøyaktig fem ganger per år (selv om målingen sier minst fem ganger).

Vi må anta at de 56 prosentene med pågående institusjonstiltak som besøker fastlege mindre enn fem ganger også besøker fastlegen i noen grad. Her antar vi at de i snitt besøker fastlegen tre ganger i året. Samlet sett vil dette da gi et rimelig nøytralt bilde på antallet fastlegebesøk hos barn i institusjon i løpet av et år⁹².

Tabell 18 Estimert for antall fastlegebesøk

Antall barn totalt i institusjon (2022)	Anslag antall besøk hos fastlege per år for gruppen
1378	5347

Tabell 19 Kostnader ved fastlegebesøk. Mill. kroner per år.

Kostnader per besøk hos fastlege (2022)	Anslag
755 kr / besøk	4 mill. kroner

Vi legger til grunn 4 mill. kroner i kostnader til fastlege som vårt hovedanslag i rapporten.

4.3.1.4. Økte utgifter til legevaktbesøk

Tall fra SSB viser at barn og unge mellom 6 og 19 i befolkningen i gjennomsnitt besøker legevakten 0,25 ganger per år.⁹³

Sintef (2024) viser at barn i barnevernet oftere besøker legevakt enn andre barn, men at bruken i perioden 2013-2020 fortsatt er begrenset (aldersgruppene med høyeste bruk hadde 3,2 besøk i perioden). Rapporten viser ikke tall for barn i institusjon.

Vi har sett at fastlegebruken er vesentlig høyere for barn i institusjon enn for andre i befolkningen. Vi merker oss forskjellene i fastlegebruk mellom barn i barnevernet og barn i institusjon hos Sintef (2024) og Drange og Hærnes (2020). Det er derfor naturlig å anta at også legevaktbruken er betydelig høyere for barn i institusjon enn barn i barnevernet samlet sett. Vi vil synliggjøre dette med et

⁹¹ <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/handlingsplan-for-allmennlegetjenesten-arsrapport-2022-inklusive-status-per-mai-2023/utgifter-til-allmennlegetjenesten/utgifter-til-allmennlegetjenesten>

⁹² Regnestykket blir da $5 \cdot 0,44 \cdot 1378 + 3 \cdot 0,56 \cdot 1378 = 3032 + 2315 = 5347$

⁹³ SSB legevaktstatistikk (2021)

trippelanslag med henholdsvis 1,2 eller 3 årlige besøk hos legevakten per barn i institusjon. Alle besøk hos legevakten må antas å være knyttet til helseutfordringer.

Enhetskostnaden ved et besøk hos legevakten settes til 920 kroner, basert på estimater fra andre rapporter.⁹⁴ Antall barn i institusjon er 1378.

Tabell 20 Kostnader ved legevaktbesøk. Mill. kroner per år.

Alternativer	Antall årlige besøk hos legevakt	Estimat på økt ressursbruk
Lavt	1	1,27 mill. kroner
Middels	2	2,54 mill. kroner
Høyt	3	3,81 mill. kroner

Vi legger til grunn to årlige besøk hos legevakt og bruker 2,54 mill. kroner som vårt hovedanslag i rapporten.

4.3.1.5. Økte utgifter til innleggelse på somatiske sykehus

Vi må dele opp disse utgiftene i innleggelse/ døgnopphold på somatiske sykehus som skyldes henholdsvis psykiske helseproblemer og andre forhold. Dette er et vanskelig skille, men Kayed (2015) har forsøkt å si noe om førstnevnte kategori, mens Sintef (2024) sier noe om sistnevnte kategori.

Innleggelser som skyldes psykiske helseproblemer

Kayed (2015) viser at henholdsvis 1,6 prosent og 15,8 prosent av barn på institusjon hadde vært innlagt på somatisk sykehus grunnet sine psykiske helseproblemer siste tre måneder eller noen gang. Vi kjenner med andre ord ikke andelen som hadde vært innlagt siste år, men kan lage tre anslag basert på dette nedenfor. Lavt anslag legger til grunn at siste tre måneder (1,6 prosent) gir et godt bilde på årlig andel, middels anslag tar gjennomsnittet av tre måneder og noen gang (8,7 prosent), mens høyt anslag antar at andelen for noen gang (15,8 prosent) også gir et godt bilde på årlige innleggelser.

Vi vet videre at det gjennomføres nær 6,6 millioner polikliniske kontakter i sykehus og 730 000 døgnopphold på sykehus på landsbasis ifølge tall fra SAMDATA. Det innebærer at forholdet mellom poliklinikk og døgnopphold er om lag 90/10. Vi vet i tillegg at gjennomsnittlig oppholdstid på sykehus er 6,43 dager og at dagprisen var 22 443 kroner i 2022.⁹⁵ Dette gir en oppholdskostnad på 144 308 kroner. Antall barn i institusjon var 1378 i 2022.

Tabell 21 Kostnader ved innleggelser på somatiske sykehus (relatert til psykiske lidelser). Mill. kroner per år.

Antall barn (andel) med innleggelse på somatisk sykehus	Oppholdskostnad	Samfunnsøkonomisk kostnad
22 (1,6 prosent)	144 308 kr	3,2 mill. kroner
120 (8,7 prosent)	144 308 kr	17,3 mill. kroner
218 (15,8 prosent)	144 308 kr	31,4 mill. kroner

⁹⁴ Oslo Economics - Samfunnskostnader forbundet med Duchennes muskeldystrofi i Norge (2023), basert på tall fra Helfo

⁹⁵ [Rapportmal 19.06.19 \(Hilde makroaktivert\) \(helsedirektoratet.no\)](#) Status og utviklingstrekk for spesialisthelsetjenesten

Vi velger å benytte middels anslag og en samfunnsøkonomisk kostnad på 17,3 mill. kroner relatert til innleggelser.

Innleggelser som skyldes andre forhold enn psykiske helseproblemer

Dybdeintervjuene av 26 ungdommer i Sintef (2024) hvor flere i selv dette begrensede utvalget hadde vært innlagt grunnet rus/overdoser og selvskading antyder at innleggelse på somatiske sykehus er en hendelse med mer enn et marginalt omfang.

Sintef (2024) ser på helsetjenestebruk blant barn i barnevernet 2013-2020. De skriver at antallet døgnopphold (ikke antall døgn) var nær 80 000 i ungdomspopulasjonen. Andelen av disse døgnoppholdene som var med barn i barnevernet var ca. 6 prosent. Barn i institusjon utgjør nær 4 prosent av alle barn i barnevernet, målt i opphold i løpet av året. Det gir i så fall et anslag på 192 somatiske døgnopphold som gjennomføres av barn som bor på institusjon. Dette tallet inkluderer alle typer årsaker til opphold på somatisk sykehus. Vi ønsker kun den andelen som ikke handler om psykiske helseproblemer som årsak til sykehusinnleggelsen. Vi legger til grunn at Sintefs tall fra 2020 kan benyttes som et estimat på faktiske forhold i 2022.

Vi trekker derfor anslaget på 120 døgnopphold fra totalanslaget på 192 og benytter 72 som anslag på innleggelser som skyldes andre forhold enn psykiske helseproblemer. Det blir i så fall et anslag på 10,4 mill. kroner.

4.3.1.6. Økte utgifter til poliklinisk behandling (somatikk)

Poliklinisk behandling kan skje hos offentlige poliklinikker eller hos private avtalespesialister. Sintef (2024) skriver at det er langt færre konsultasjoner i somatikk enn i psykisk helsevern og TSB for alle barn i barnevernet og at gjennomsnittet ligger på om lag 2,7 polikliniske kontakter i offentlige poliklinikker og 2,19 kontakter hos private avtalespesialister. Sintef skriver også at det er liten forskjell på barn i barnevernet og barn utenfor barnevernet på dette området. Vi legger derfor til grunn at andelene over også beskriver bruken av polikliniske behandlinger innenfor somatikk for barn i institusjon på en god måte.

Hvis vi legger til grunn 4,89 kontakter i gjennomsnitt og 1378 barn i institusjon, får vi totalt 6738 kontakter per år. Gjennomsnittskostnaden for en poliklinisk kontakt innenfor somatikk er 0,0052 DRG-poeng.⁹⁶ 1 DRG hadde en kostnad på 60 600 kroner i 2022.⁹⁷

Et estimat på kostnadene ved poliklinisk behandling (somatikk) for barn i institusjon er dermed 2,1 mill. kroner i 2022.

4.3.1.7. Økte utgifter til tannhelsebehandling

For å belyse ressursbruken knyttet til tannhelseutfordringer i barnevernet, trenger vi informasjon om omfang av tannhelseutfordringer og kostnader knyttet til behandlingen.

Basert på beskrivelser om problemet fra kap. 2.6 og beregningene for nyttetapet for den enkelte ved tannhelseutfordringer, legger vi her til grunn at dette gjelder 40 prosent av barn i institusjon.

Når det gjelder kostnader per barn i 2022 har vi tatt utgangspunkt alvorlighetsgrad og omfang i beskrivelsene i kap. 2.6 og sett dette opp mot en kostnadsoversikt fra Helsedirektoratet («Takster for tannbehandling»)⁹⁸. Det er basert på tidligere omtale naturlig å anta at barna har en rekke hull og

⁹⁶ [Poliklinisk aktivitet \(somatikk\), behandlingssted - Helsedirektoratet](#)

⁹⁷ [Produktivitet i somatisk spesialisthelsetjeneste - Helsedirektoratet](#)

⁹⁸ <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/kapittel-5-stonad-ved-helsetjenester/takster-for-tannbehandling->

behov for en flere av de mer omfattende behandlingene som nevnes i kostnadsoversikten. Vi antar, på usikkert grunnlag, at de årlige kostnadene på til tannbehandling per person vil ligge mellom 10 000 og 30 000 kroner.

Tabell 22 Kostnader ved tannhelsebehandling. Mill. kroner per år.

Antall barn i institusjon i 2022	Anslag på andel barn i institusjon med tannhelseproblemer	Anslag på årlig kostnad for tannbehandling	Estimat på årlig kostnad til tannbehandling for barn i institusjon
1378	40 %	10 000 kr	5,5 mill. kroner
1378	40 %	20 000 kr	11 mill. kroner
1378	40 %	30 000 kr	16,5 mill. kroner

Vi finner basert på disse forutsetningene at økte utgifter til tannhelsebehandling for barn i institusjon, i vårt mellomste anslag, kan estimeres til vårt mellomste anslag 11 mill. kroner.

4.3.2. Økte utgifter i barnevernet

4.3.2.1. Endringer i Bufetats kostnader

Antall tilgjengelige plasser og antall barn i institusjon er redusert betydelig over tid. Det i seg selv kan være en indikasjon på at problembelastningen hos barna i institusjonene i dag må være høyere enn den var for ti eller 20 år siden. Institusjonsutvalget⁹⁹ peker på at endringer i både samfunnsutviklingen og i tilbudet i nærliggende sektorer, slik som mer restriktive holdninger til fengsling av barn¹⁰⁰ og endringene i psykisk helsevern som innebar færre innleggelser og mer poliklinisk behandling har bidratt til en slik utvikling. Rapporter viser at barns psykiske og somatiske helseutfordringer i institusjon er omfattende.¹⁰¹

Utfordringene knyttet til helseutfordringer er forsøkt løst gjennom å hensynta behovene til barna på ulike måter, både gjennom ulike tiltak og forløp i den daglige driften ved alle institusjoner, men også ved blant annet å etablere to barnevern- og helseinstitusjoner der helsehjelp er en integrert del av den miljøterapeutiske strukturen og utprøving av tverrfaglig helsekartlegging. Helseutfordringer hos barna påvirker kostnadene ved institusjonsdrift. Økt behov for mer skreddersydde tiltak og i noen tilfeller enetiltak må sees i sammenheng med økningen i barnas helseutfordringer. Helseutfordringer vil alt annet likt bidra til mer kompleksitet i barnets samlede utfordringsbilde. Utgifter per oppholdsdag for barnevernsinstitusjoner har økt betydelig de siste årene og henger sammen med disse endringene.

Beregninger for størrelsen av slike merkostnader er utfordrende, men vi skal forsøke å illustrere størrelsen på noen utvalgte kostnadselementer:

Økt behov for enetiltak

Enetiltak innebærer et særskilt tilbud for barn som i en periode skal bo uten andre barn i nærheten. Det benyttes i tilfeller der det ikke finnes institusjoner med et tilstrekkelig skreddersydd eller tilfredsstillende innhold for barnet og hvor barnet bør bo alene for å bedre nyttiggjøre seg tilbudet. Barnets påvirkning på andre beboere på institusjonen er også en del av vurderingene om enetiltak.

⁹⁹ NOU 2023:24

¹⁰⁰ NOU 2008:15 Barn og straff — utviklingsstøtte og kontroll

¹⁰¹ Kayed (2015) og Sintef (2024)

Vi vet at en stor andel av barn på institusjon har psykiske utviklingshemninger eller nedsatt fysisk funksjonsevne. Slike helseutfordringer kan i seg selv være en avgjørende årsak til at barnet mottar et enetiltak. Ifølge våre informanter er det en klar risiko for at barn med psykiske utviklingshemninger kan påvirkes negativt av å bo sammen med barn som har utfordringer med rus og kriminalitetsutfordringer. Vi må derfor kunne anta helseutfordringer er en viktig årsak til at en del enetiltak er etablert. Bufetat gjennomførte i 2020 en spørreundersøkelse i sine regioner som viste at 80 prosent av barna regionene mente det var vanskelig å finne egnede tiltak til barn som hadde kognitive funksjonsnedsettelse.

Bufetat hadde i første tertial 2024 om lag 32 enetiltak.¹⁰² Anslått gjennomsnittspris på enetiltak er om lag 23 prosent høyere enn plasseringer i gruppetiltak. Gjennomsnittsprisen på enkeltkjøp per juni 2024 er 24 000 kroner som tilsier at enkeltkjøp i enetiltak koster om lag 29 500 kroner per oppholdsdag. Forskjellen mellom gruppetiltak og enetiltak er dermed 2 mill. kroner per år.

Hvis vi, på noe usikkert grunnlag, antar at helseutfordringene (for eksempel i form av kognitive funksjonsnedsettelse e.l.) er en viktig årsak til at henholdsvis 20, 30 eller 40 prosent av alle enetiltak blir etablert, vil de samfunnsøkonomiske kostnadene ved økt ressursbruk fremkomme av tabellen under. Vi legger her til grunn at barnet bodde hele året i enetiltaket.

Tabell 23 Kostnader til økt bruk av enetiltak. Mill. kroner per år.

Alternativ	Antall barn i enetiltak hvor helseutfordringene er en viktig årsak til tiltak	Merkostnad per år (enetiltak vs. institusjon)	Samfunnsøkonomisk kostnad
Lavt (20 prosent)	6	2 000 000 kroner	12 mill. kroner
Middels (30 prosent)	9	2 000 000 kroner	18 mill. kroner
Høyt (40 prosent)	12	2 000 000 kroner	24 mill. kroner

Vi benytter middels anslag på 18 mill. kroner videre i vår analyse. Vi gjør oppmerksom på at dette er usikre anslag.

Økt bemanning og økte driftskostnader i institusjonsdriften

En tilnærming til merkostnadene for Bufetat ved å drifte institusjoner som også kan ta imot barn med betydelige helseutfordringer kan være å vurdere Bufetats kostnader opp mot kommunale barnevernsinstitusjoner.

Kommunale institusjoner kan være hensiktsmessige for både barn og familier ved at plasseringen skjer i barnets nærmiljø slik at det kan være enklere å holde kontakt med skole og nettverk og gunstig for kommunen ved at driftskostnadene kan være lavere enn egenandelen ved å benytte Bufetats institusjoner. Statlige og kommunale institusjoner har ulikt innhold, jf. figuren under. Barn i kommunale institusjoner kan i noen tilfeller, særlig når de i liten grad har omfattende helsebehov, være et substitutt for plassering i statlige omsorgsinstitusjoner.

¹⁰² Vi forutsetter at dette gir et godt bilde på situasjonen også i 2022 som er året vi analyserer i denne rapporten

Figur 16 Illustrasjon på forskjellen mellom kommunal og statlig institusjon (omsorg ungdom)



Kommunal institusjon

- Tar ikke inn barn med alvorlige somatiske eller psykiatriske hjelpebehov, vedvarende misbruk av rusmidler eller som utgjør for høy risiko knyttet til sikkerhet for andre ungdommer
- Lavere bemanningsfaktor
- Anslag på årlig kostnad per plass for ungdom: Ca. 1 mill. kroner (2022)



Statlig institusjon – omsorg ungdom

- Tar inn barn med omfattende psykiske og somatiske lidelser, ruslidelser etc.
- Høyere bemanningsfaktor
- Årlig kostnad per plass i omsorgsinstitusjon for ungdom: Ca. 4,5 mill. kroner (2022)

Bufetat hadde om lag 217 institusjonsplasser i kategorien «omsorgsinstitusjon – ungdom» i 2022. Kostnadsforskjellene mellom de to institusjonstypene sier noe om merkostnadene for Bufetats institusjonsdrift av at barn kan ha omfattende helseutfordringer.

Vi kan ikke legge til grunn at hele kostnadsforskjellen mellom de to institusjonstypene (kommunal institusjon og statlig institusjon – omsorg ungdom) skyldes helseutfordringene hos barna (det kan også være andre ulikheter i beboersammensetning eller lignende), men benytter tre anslag hvor det legges til grunn at henholdsvis 20, 30 eller 40 prosent av kostnadsforskjellene kan knyttes til omfanget av helseutfordringer hos barna. Vi legger til grunn en oppholdstid på ett år. Dette er også et usikkert anslag.

Tabell 24 Kostnader ved bruk av mer kostnadskrevende institusjonstype

Alternativ	Antall plasser	Merkostnad per år	Samfunnsøkonomisk kostnad
Lavt (20 prosent)	217	3 500 000 kroner	152 mill. kroner
Middels (30 prosent)	217	3 500 000 kroner	228 mill. kroner
Høyt (40 prosent)	217	3 500 000 kroner	304 mill. kroner

Vi benytter middels anslag på 228 mill. kroner videre i analysen.

Annen ressursbruk knyttet til helserelaterte funksjoner

Vi har ikke gjort en grundig gjennomgang av alle kostnadselementer i institusjonsbarnevernet som påvirkes av barns helseutfordringer og nevner her kun noen utvalgte forhold.

Bygningsmassen i barnevernsinstitusjonene, både utformingen av byggene og inventaret, har også en sammenheng med eksistensen av helseutfordringer hos barna. Møbler som skal være vanskelige å løfte eller angripe hverandre med, bygg som må ha få trange områder eller uoversiktlige korridorer eller som må lydisoleres eller bygges på en måte som gjør ildspåsettelse vanskelig. Mange av disse kravene gjennomføres for barn og ansattes sikkerhet og henger i noen grad sammen med psykiske helseutfordringer hos barna. Nye institusjoner som bygges er formålsbygg som ivaretar alle ønskelige sikkerhetskrav og krav til universell utforming.

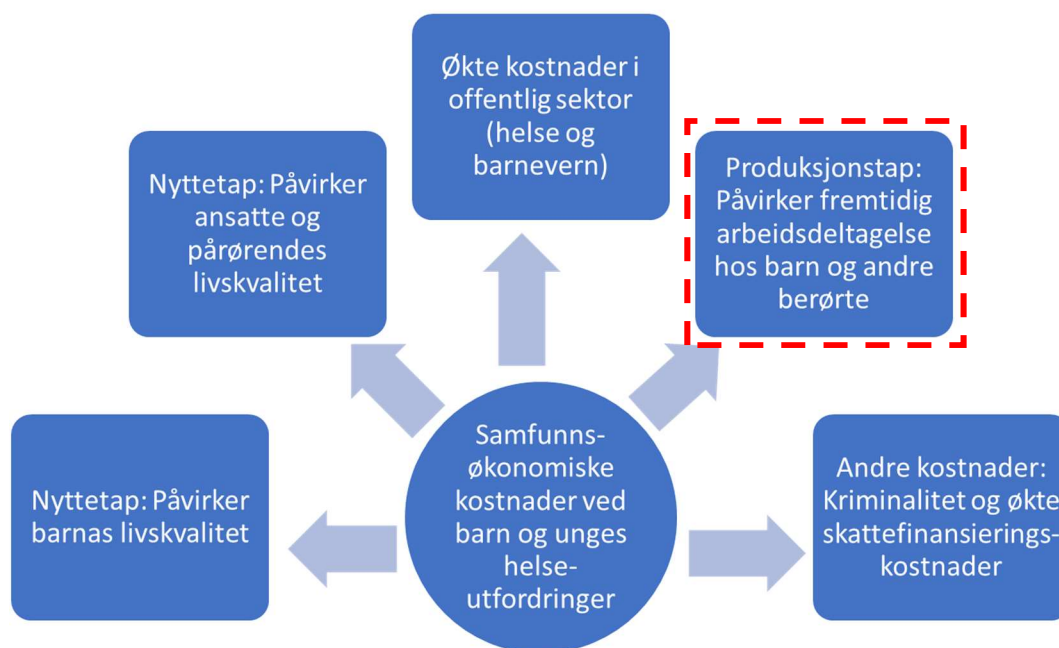
SSB tabell 11651 viser at 22 prosent av driftsutgiftene (1,1 mrd. kroner) på 5,03 mrd. kroner i barnevernsinstitusjoner var knyttet til kjøp av varer og tjenester (herunder husleie, inventar og tilpasninger av bygg) i 2022. Bufetat bokførte 227 mill. kroner i utgifter til lokaler. Det er vanskelig å anslå nøyaktig hvor stor del av ressursbruken som årlig kan knyttes direkte til helseutfordringer, men Bufetat bekrefter at dette er en faktor i vurderingene. Hoveddelen av utgiftene ville åpenbart vært til stede også i en situasjon uten helseutfordringer hos barna. Vi bruker 3 prosent eller om lag 30 mill. kroner av disse kostnadene som et skjønnsmessig anslag på de årlige kostnadene knyttet til alle former for bygningsmessige utgifter inkludert ombygning, tilpasninger og inventar som skyldes helseutfordringer. Dette er naturligvis et usikkert anslag.

Andre tiltak kan være at Bufetat i 2022 gjorde endringer knyttet til bruk av våken nattevakt på sine institusjoner. Bruk av våken nattevakt er en del av forsvarlighetsvurderingene i institusjonene og våken nattevakt stilles også som et krav til private leverandører i anskaffelsesprosesser. Bruk av våken nattevakt er til dels begrunnet med risikoen for brannpåsettelser om natten og som igjen har en viss sammenheng med barns rusbruk og psykiske helseutfordringer. Bufetat hadde 136 institusjonsavdelinger, kommersielle omsorgsleverandører 165 avdelinger og ideelle hadde 113 avdelinger i 2022. Kostnaden ved et årsverk er om lag 1 mill. kroner inkludert sosiale kostnader. Avviket mellom våken nattevakt og hvilende nattevakt er den relevante merkostnaden her. En realistisk forutsetning vil videre være at hvilende nattevakt har 50 prosent av lønnen til en våken nattevakt. Dersom vi antar at 10 prosent av kostnadene ved omlegging fra hvilende til våken nattevakt kan relateres til barnas helseutfordringer, vil kostnadene bli om lag 11 mill. kroner per år. Det er stor usikkerhet knyttet til beregningene.

I tillegg kan det nevnes at **Tverrfaglig helsekartlegging (THK)** eksisterer som en konsekvens av at mange barn og unge i barnevernet, herunder institusjon (selv om institusjon utgjør kun en mindre del av alle barn som plasseres utenfor hjemmet), har helseutfordringer og er således et relevant kostnadselement ved beskrivelser av kostnader knyttet til barns helseutfordringer. Kostnadene knyttet til barn i institusjon for dette tiltaket var begrenset i 2022 og omtales ikke nærmere.

4.4. Produksjonstap

Figur 17 Produksjonstap som en del av de samfunnsøkonomiske kostnadene



Den siste hovedkategorien av samfunnsøkonomiske virkninger er produksjonstap eller virkninger som fører til redusert verdiskaping i samfunnet. I vår kontekst vil det sentrale være om helseutfordringer kan føre til at det skapes mindre verdier i samfunnet fra barna på institusjon enn det ellers ville ha gjort. Vi skal derfor se på hvor mange barn som ikke kommer seg ut i arbeidslivet pga. helseutfordringene. Graden av uførhet for barn i barnevernet er et viktig moment i den forbindelse.

I tillegg skal vi se nærmere på om det vil kunne oppstå et produksjonstap ved at andre aktører som foreldre og ansatte på institusjonen vil jobbe mindre på grunn av barnas helseutfordringer.

4.4.1. Redusert arbeidsdeltagelse for barn i barnevernet

Hva vet vi om uførhet og unge voksne og kan vi anta at helseutfordringer vil kunne føre til redusert arbeidsdeltagelse for barn i institusjon?

Oslo Economics (2020)¹⁰³ viser en del nyttige fakta om uførhet hos unge mennesker og skriver at

«[m]ellom 2010 og 2019 økte antall personer i alderen 18-29 år som mottok uføretrygd fra 8 192 til 20 084. Andelen av befolkningen i alderen 18-29 år som mottar uføretrygd har økt fra 1,2 prosent i 2010 til 2,4 prosent i 2019.»

«For aldersgruppen 25- 39 år ble det rapportert at halvparten av nye uføretrygd-tilfeller i perioden 1977-2006 skyldtes psykiske lidelser, og dette var også kategorien som vokste mest over tid – særlig hos kvinner (Brage and Thune 2009).»

«Mens rundt 0,5 % av de mellom 18 og 20 fikk innvilget uføretrygd i 2013, så var andelen «bare» 0,2 % i aldersgruppene 20-24 og 25-29. Mest slående er tallene

¹⁰³ [Psykisk-helse-og-uførhet-blant-unge-16.10.2020-3.pdf \(osloeconomics.no\)](#)

for 18-åringer, der andelen som fikk innvilget uføretrygd ble doblet fra slutten av nittitallet til 2016, fra 0,6 % til 1,2 % (Bragstad 2018).»

De skriver videre at

«[i] perioden 2013-2017 har det vært et økende antall som uføretrygdes i 20-årene. Det har særlig vært en økning i antall som uføretrygdes i alderen 25-29 år med diagnoser innen angst- og depresjonslidelser eller atferds-, personlighets- eller utviklingsforstyrrelser, uten at de også har mer grunnleggende psykiske diagnoser som psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser, kromosomavvik, gjennomgripende utviklingsforstyrrelser, schizofreni eller organiske psykiske lidelser. Veksten i unge uføre med disse diagnosene må sees i sammenheng med den økte diagnostiseringen av disse tilstandene i den unge befolkningen generelt i perioden 2006-2017.»

Vi merker oss at uførhet blant unge mennesker er et utbredt og økende problem og at det henger sammen med helseutfordringer, herunder psykiske lidelser. Vi legger til grunn at sammenhengen mellom helseutfordringer og redusert arbeidsdeltagelse gjennom uføretrygd er sterk også for barn i institusjon.

Hva vet vi om antallet uføre blant barn i institusjon?

Eldre studier¹⁰⁴ viser at ti ganger så mange unge voksne med erfaring fra barnevernet er uføre sammenlignet med andre barn og at blant annet 11,2 prosent av disse barna hadde uførepensjon da de var i aldersgruppen 25-41 år. Nærmere 70 prosent av barna som hadde vært i kontakt med barnevernet var registrert arbeidsledige i perioden 1997-2004, mens dette gjaldt 40 prosent i sammenligningsgruppen.¹⁰⁵

Drange og Hærnes (2020 og 2022) har vist at barn i institusjon¹⁰⁶ på de fleste områdene som vurderes scorer lavere enn barn utenfor barnevernet og barn som har mottatt andre tiltak fra barnevernet. Deres studie ser på alle barn i Norge født 1994-2018 og observerer forskjeller i utfall, herunder arbeidsavklaringspenger og uføretrygd, når barna er blitt 21 år, samt at de gjør andre analyser om sannsynligheten for utfall i voksen alder.

Drange og Hærnes (2022) skriver blant annet at andelen unge med AAP eller uførepensjon året de fyller 21 er på rundt 30 prosent for den delen av gruppen som har hatt institusjonstiltak. De skriver videre at andelen er 34 prosent dersom ungdommen også hadde institusjonstiltak ved 16 års alder. De skriver også barna i de tyngste tiltakene har «høyt mottak av helserelaterte trygdeytelser som voksne» og at ti år etter første plassering mottar nesten 30 prosent av gruppen som ble plassert i fosterhjem og nesten 40 prosent av barn i institusjon arbeidsavklaringspenger (AAP) eller uføretrygd.

Vi merker oss at Drange og Hærnes (2022) anbefaler at de to formene for ytelser bør sees samlet¹⁰⁷ og vi legger deres vurderinger til grunn her.

¹⁰⁴ Kristofersen, L. B. (2014). Stønader, uførepensjon, dødsfall og dødsårsaker. I E. Backe-Hansen, C. Madsen, L. B. Kristofersen, & B. Hvinden (Red.), Barnevern i Norge 1990-2010. Oslo: NOVA-rapport 9/2014

¹⁰⁵ Clausen og Kristoffersen, 2008

¹⁰⁶ Rapporten understreker at dette heller ikke er spesielt overraskende, all den tid institusjonsgruppen har en vesentlig høyere risiko for skjevutvikling i forkant av institusjonstiltaket, og er en mer sårbar gruppe sett under ett, enn hva fosterhjemsgruppa er, sett under ett.

¹⁰⁷ «Det gjør at vi mener at det er fornuftig å se mottak av permanent og midlertidig

For å ha rett til å få uføretrygd, må sykdom og/eller skade være hovedårsaken til at du har nedsatt arbeids- og inntektsevne¹⁰⁸. Vi legger til grunn at det er enten fysiske, somatiske helseutfordringer eller psykiske helseutfordringer som er årsaken til at man får uføretrygd eller AAP.

For å si noe om fordelingen mellom sannsynlig fordeling mellom produksjonstap som skyldes psykiske lidelser og somatiske forhold benytter vi oss av beregninger fra Oslo Economics (2020) som skriver at

«[f]lertallet av unge uføretrygdede har en psykisk lidelse som årsak til uførheten. Ved utgangen av 2015, de sist oppdaterte tallene for uførediagnoser hos NAV, hadde 64 prosent av nye uføre i aldersgruppen 18-29 år psykisk lidelse som uførediagnose»

Vi må legge inn en siste forutsetning for å kunne gi en god beskrivelse av produksjonstapet, nemlig at uførheten, enten den skyldes psykiske eller somatiske forhold, skyldes helseutfordringer som barna har opparbeidet seg over tid. Vi vil overestimere tapet dersom vi kun knytter dette til forhold som oppsto i 2022. De fleste barn i institusjon er mellom 13 og 17 år. I våre beregninger forutsetter vi at helseutfordringene kan oppstå fra tidlig barndom og vi legger inn en forutsetning om at helseutfordringene er oppstått over en 10-års periode for alle barn. Dette vil gi et mer korrekt bilde på hvor mye av det fremtidige produksjonstapet grunnet uførhet som skal tilskrives 2022.

4.4.1.1. Redusert arbeidsdeltagelse relatert til psykiske lidelser

Vi legger til grunn at 64 prosent (Oslo Economics, 2020) av de 40 prosentene som vil bli uføre i institusjon (Drange og Hærnes, 2022), er utføre på grunn av en psykisk lidelse. Beregningen for antall barn som forventes å få uføretrygd blir dermed $1378 * 0,4 * 0,64 = 353$ barn.

Hvis vi tar utgangspunkt i årsverkskostnad inkl. sosiale kostnader på 0,7 mill. kroner (grovt estimat for 100 prosent stilling i lavtlønnssegmentet), så blir et svært forenklet anslag på det årlige produksjonstapet 247 mill. kroner for psykiske helseutfordringer. Vi vet ikke hvor mange år barna ville ha vært i arbeidslivet uten helseutfordringene og benytter oss av et trippelanslag for å vise ulike utfall for år i arbeidslivet. Alternativene forsøker å hensynta at barnevernsbakgrunnen i seg selv gir en utfordrende start på liv og skolegang og at man ikke bør forvente altfor lange arbeidskarrierer selv i den hypotetiske situasjonen hvor barna ikke hadde helseutfordringer. Vi korrigerer beregningene for vår forutsetning om at helseutfordringene har oppstått over en lengre periode (10 år).

Tabell 25 Kostnader forbundet med redusert arbeidsdeltagelse relatert til psykiske lidelser

Alternativer	Antall år i arbeidslivet	Estimat på samfunnsøkonomisk kostnad av produksjonstap
Lavt	10	247 mill. kroner
Middels	15	370 mill. kroner
Høyt	20	494 mill. kroner

Produksjonstapet for en arbeidskarriere på 15 år i 100 prosent stilling (alternativt 50 prosent stilling i 30 år), brukes som vårt hovedanslag og dette utfallet innebærer en samfunnsøkonomisk kostnad på 370 mill. kroner for barn som blir uføre på grunn av en psykisk lidelse.

helserelevante ytelser under ett, siden regelendringene gjør at å se på kun én av disse kan være svært misvisende over tid eller ved sammenlikning av fødselskull.»

¹⁰⁸ <https://www.nav.no/uforetrygd>

4.4.1.2. Redusert arbeidsdeltagelse relatert til somatiske forhold

Vi legger til grunn at 36 prosent (Oslo Economics, 2020) av de 40 prosentene som vil bli uføre i institusjon (Drange og Hærnes, 2022), er uføre på grunn av somatiske forhold. Beregningen for antall barn blir dermed $1378 * 0,4 * 0,36 = 198$ barn.

Hvis vi tar utgangspunkt i årsverkskostnad inkl. sosiale kostnader på 0,7 mill. kroner (grovt estimat for lavtlønnsyrker), så blir et svært forenklet anslag på det årlige produksjonstapet 139 mill. kroner for somatiske helseutfordringer. Vi vet ikke hvor mange år barna ville ha vært i arbeidslivet uten helseutfordringene og benytter oss av et trippelanslag for å vise ulike utfall for år i arbeidslivet. Alternativene forsøker å hensynta at barnevernsbakgrunnen i seg selv gir en utfordrende start på liv og skolegang og at man ikke bør forvente altfor lange arbeidskarrierer selv i den hypotetiske situasjonen hvor barna ikke hadde helseutfordringer. Vi korrigerer beregningene for vår forutsetning om at helseutfordringene har oppstått over en lengre periode (10 år).

Tabell 26 Kostnader forbundet med redusert arbeidsdeltagelse relatert til somatiske forhold

Alternativer	Antall år i arbeidslivet	Estimat på samfunnsøkonomisk kostnad av produksjonstap
Lavt	10	139 mill. kroner
Middels	15	209 mill. kroner
Høyt	20	278 mill. kroner

Produksjonstapet for en arbeidskarriere på 15 år i 100 prosent stilling (alternativt 50 prosent stilling i 30 år), brukes som vårt hovedanslag og dette utfallet innebærer en samfunnsøkonomisk kostnad på 209 mill. kroner for barn som blir uføre på grunn av somatiske årsaker.

4.4.1.3. Redusert arbeidsdeltagelse relatert til økt risiko for tidlig død

Dersom andelen som dør tidlig i barnevernspopulasjonen er 19,84 per 1000 innbyggere, tilsvarer dette om lag 27 personer blant dagens 1378 barn i institusjon.

Det er vanskelig å finne en god metode for å finne produksjonstapet for de gjenværende leveårene dersom man ikke har dødstidspunktet for alle individene. Drange og Hærnes (2022) viser at avstanden mellom barn som har mottatt barnevernstiltak og som dør tidlig og andre barn først øker betydelig sent i 20-årene og utover i 30-årene. Vi forutsetter at helseutfordringer er en årsak til alle tidlige dødsfall.¹⁰⁹

Vi gjør derfor en forenkling og benytter verdien av 25 år utenfor arbeidslivet som et maksimumsanslag for produksjonstapet og benytter i tillegg to andre anslag (15 og 20 år utenfor arbeidslivet tapt pga. tidlig død) som i større grad hensyntar at personene dør etter at de har vært/ kan ha vært i arbeidslivet i en del år før de dør.¹¹⁰ Vi må også her korrigere beregningene for vår forutsetning om at helseutfordringene har oppstått over en lengre periode (10 år) og dermed dele summen på 10 for å finne kostnadene relatert til 2022.

¹⁰⁹ Se tidligere omtale av verdien av tapte leveår knyttet til tidlig død (kap. 4.2.1.6.)

¹¹⁰ Vi legger her til grunn at alternativet er arbeid i et lavtlønnsyrke hvor 700 000 kroner beskriver årlig lønn inkludert sosiale kostnader for arbeidsgiver mm.

Tabell 27 Kostnader forbundet med redusert arbeidsdeltagelse relatert til tidlig død

Anslag	Antall som forventes å dø tidlig i institusjonspopulasjonen	Årlig produksjonstap (lavtlønnsyrker)	Antall tapte år i arbeidslivet	Samfunnsøkonomisk kostnad av tidlig død
Lavt	27	0,7 mill. kroner	15	28 mill. kroner
Middels	27	0,7 mill. kroner	20	38 mill. kroner
Høyt	27	0,7 mill. kroner	25	44 mill. kroner

Et estimert produksjonstap på 38 mill. kroner knyttet til tidlig død for 27 barn er vårt hovedanslag. Det innebærer i så fall et produksjonstap relatert til tidlig død på om lag 1,4 mill. kroner per person for 2022. Vi vurderer at dette er konservative anslag ettersom vi kun ser på produksjonstap forbundet med tidlig død frem til 38 års alder, jf. aldersspennet i datagrunnlaget fra Drange og Hærnes (2022).

4.4.2. Redusert arbeidsdeltagelse for pårørende

Definisjonen av pårørende følger av lov om pasient- og brukerrettigheter, § 1-3 b.¹¹¹

Dersom helseutfordringene til barnet fører til at den pårørende ikke klarer å jobbe eller ikke klarer å jobbe like mye som før, så er det et samfunnsøkonomisk produksjonstap.

Samtidig er det slik at dersom pårørende jobber mindre i sin vanlige jobb og øker arbeidsinnsatsen inn mot det aktuelle barnet i institusjon, så er dette – i samfunnsøkonomisk forstand – ikke et samfunnsøkonomisk produksjonstap, men kun en såkalt fordelingsvirkning.

Vi har ikke gjort egne undersøkelser av hvor stort produksjonstapet for pårørende til de 1378 barna er, men det finnes studier som kan gi oss noen indikasjoner. Menon (2023-15) viser til Pårørendeundersøkelsen 2017¹¹² hvor man ser at nesten 60 prosent av pårørende innen psykisk helse og rus har opplevd endringer i arbeids- og studielivet. Menon beregner deretter det gjennomsnittlige produksjonstapet per pårørende til 3 300 kr/år for pårørende til de som er utsatt for vold i nære relasjoner. Menon (2021-47) undersøker samlet produksjonstap for pårørende og finner i sitt middels anslag at det er 800 000 pårørende i Norge (i 2020) og at produksjonstapet i middels anslag ligger på 9,8 mrd. kroner. Det vil i så fall innebære at produksjonstapet per pårørende er om lag 12 250 kroner (2020- kroner).

Vi legger til grunn et anslag på produksjonstap for pårørende på 10 000 kroner (2022-kroner), dvs. et sted mellom de to ovennevnte anslagene. Vi legger videre til grunn anslaget om at dette gjelder 60 prosent av de pårørende, og antar til slutt at hvert barn har kun én pårørende. Andelen barn med helseutfordringer kjenner vi ikke, men noen form for helseutfordringer antas å gjelde nær 100 prosent av barna i institusjon.

¹¹¹ Den pasienten eller brukeren oppgir som pårørende og nærmeste pårørende. Dersom pasienten eller brukeren er ute av stand til å oppgi pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten eller brukeren, likevel slik at det tas utgangspunkt i følgende rekkefølge: ektefelle, registrert partner¹, personer som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med pasienten eller brukeren, barn over 18 år, foreldre eller andre som har foreldreansvaret, søsken over 18 år, besteforeldre, andre familiemedlemmer som står pasienten eller brukeren nær, verge eller fremtidsfullmektig med kompetanse på det personlige området.

¹¹² <https://parorendealliansen.no/wp-content/uploads/2018/10/2017-Raskefakta-psyiskhelse.pdf>

Det store usikkerhetsmomentet er imidlertid hvor mange av de pårørende som har redusert arbeidsdeltagelse fordi det aktuelle barnet er i barnevernsinstitusjon, med alle de utfordringene det uansett vil ha, og hvor mye av dette som er knyttet til helseutfordringene til barna.

Usikkerheten gjør at vi opererer med tre anslag. Et lavt anslag hvor helseutfordringene står for en tredjedel av den reduserte arbeidsdeltagelsen og et middels og høyt anslag hvor helseutfordringene står for henholdsvis to tredjedeler og all redusert arbeidsdeltagelse hos de pårørende.

Tabell 28 Kostnader forbundet med redusert arbeidsdeltagelse for pårørende

Anslag (andel som kan tilskrives helseutfordringene)	Antall berørte pårørende	Produksjonstap per pårørende	Produksjonstap for pårørende til barn i institusjon
Lavt (1/3)	545 ($1378 \cdot 0,6 \cdot 1 \cdot 0,33$)	10 000 kr	2,8 mill. kroner
Middels (2/3)	1090 ($1378 \cdot 0,6 \cdot 1 \cdot 0,66$)	10 000 kr	5,5 mill. kroner
Høyt (3/3)	1635 ($1378 \cdot 0,6 \cdot 1 \cdot 1$)	10 000 kr	8,2 mill. kroner

Det gir oss grove estimater på produksjonstapet for de pårørende til barn på institusjon på henholdsvis 2,8 mill. kroner, 5,5 mill. kroner og 8,2 mill. kroner per år. Vi benytter middels anslag på 5,5 mill. kroner videre i vår rapport.

4.4.3. Produksjonstap relatert til ikke-optimalt arbeidsmiljø for ansatte på institusjon

Vi viser her til tidligere omtale av samfunnsøkonomiske kostnader (nyttetap) av ikke-optimalt arbeidsmiljø for ansatte på institusjon. Redusert arbeidsdeltagelse i form av sykefravær eller at ansatte forsvinner ut av arbeidslivet vil kategoriseres som produksjonstap i samfunnsøkonomiske analyser.

Det er åpenbart en viss sammenheng mellom alvorlige forhold som trusler og vold mot ansatte på arbeidsplassen og redusert arbeidsdeltagelse, men vi har ikke et godt nok kunnskapsgrunnlag til å vurdere hvor sterk denne sammenhengen er og hvor mange av disse utfallene som skyldes helseutfordringer hos barna (og ikke andre forhold).

Vi har derfor ikke klart å vurdere denne virkningen som en prissatt eller ikke-prissatt virkning i vår analyse. Vi merker oss likevel at dette potensielt kan være en «skjult» samfunnsøkonomisk kostnad med et visst potensiale ettersom institusjonsbarnevernet samlet sett utgjør nær 6 500 ansatte.

4.5. Øvrige kostnader

Figur 18 Andre kostnader som bidrar til de samlede samfunnsøkonomiske kostnadene



4.5.1. Samfunnsøkonomiske kostnader ved straffereaksjoner (kriminalitet)

Kostnadsberegningen som gjøres nedenfor passer ikke i kapittel 4.2, 4.3 eller 4.4 og legges i en egen del ettersom beregningen av de samfunnsøkonomiske kostnadene ved straffereaksjoner baseres på verdsettelsesstudier som inkluderer både nyttetap, økte offentlig ressursbruk og produksjonstap.

Drange og Hærnes (2022) viser at 17 prosent av alle barn som noen gang har vært plassert i institusjon har fått en straffereaksjon. Med straffereaksjon menes betinget påtaleunndlatelse, forenklet forelegg, forelegg, bot ved dom, samfunnsstraff, betinget fengsel, ubetinget fengsel, særreaksjon eller annen type reaksjon.

De samlede samfunnsøkonomiske kostnadene av kriminalitet i Norge er beregnet av Samfunnsøkonomisk Analyse til 144 mrd. kroner i 2019, hvorav 35,6 milliarder kroner er offentlige ressursbruk til forebygging og reaksjon.¹¹³ I 2019 registrerte politiet og påtalemyndigheten om lag 310 000 anmeldelser av lovbrudd. Omtrent halvparten av de etterforskede lovbruddene blir henlagt uopklart av politi og påtalemyndigheten. Samlet sett ble det registrert straffereaksjoner i 16 800 saker som ble behandlet i rettssystemet i 2019.

Rusavhengighet eller annen problematisk omgang med rusmidler vil i vår kontekst være former for helseutfordringer som et barn kan ha. Bruk av rusmidler er ikke i seg selv definert som en helseutfordring. Kostnader knyttet til rusbruk kan derfor ikke uten videre anses som kostnader knyttet til helseutfordring. Vi velger allikevel å omtale dette ettersom forskning viser at rusbruk er mer utbredt blant barn og unge med enkelte psykisk helseutfordringer, særlig psykoselidelse. Det er mindre utbredt hos barn og unge med utviklingshemming. Rusbruk kan også føre til psykisk lidelse.

¹¹³ <https://www.regjeringen.no/contentassets/c1e4467f7fea4adfaf346429cb525b46/r06-2022-samfunnsokonomiske-kostnader-av-kriminalitet.pdf>

Mange barn i institusjon har rusproblemer.¹¹⁴ Bruk av rusmidler er en identifisert risikofaktor knyttet til kriminalitet, både når det gjelder handlinger begått i ruset tilstand og fare for fremtidige lovbrudd. Barn som begynner tidlig med rusmidler har langt større risiko for å utvikle et kriminalitetsproblem enn andre. Barn som ruser seg, har ofte andre vansker de strever med (Veiviser til kriminalitetsforebygging, 2017).

Figur 19 Illustrasjon på sammenheng mellom problematisk bruk av rusmidler og samfunnsøkonomiske kostnader ved kriminalitet



Vi kan benytte informasjonen over, sammen med forutsetninger om hvor stor del av kriminaliteten som er knyttet til barnas helseutfordringer, til å beregne de samfunnsøkonomiske kostnadene ved kriminalitet for vårt formål, på overordnet nivå.

Vi bruker andelen med rusbrukslidelser i institusjon (14,6 prosent fra Kayed (2015)) som et utgangspunkt for et middels anslag på andelen kriminalitet knyttet til helseutfordringer, men lager i tillegg et lavt (10 prosent) og høyt (20 prosent) anslag. Vi benytter videre at 17 prosent av barn i institusjon har fått en straffereaksjon og tar de samlede samfunnsøkonomiske kostnadene (144 mrd. kroner) og deler på antall straffereaksjoner (16 800) for å finne kostnader per straffereaksjon.

Merk at de samfunnsøkonomiske kostnadene i beregningen inkluderer både offentlige kostnader, nyttetap for berørte aktører og produksjonstap ettersom dette inngår i de 144 mrd. kronene.

Figur 20 Kostnader ved straffereaksjoner (kriminalitet) relatert til helseutfordringer hos barn på institusjon

Alternativ	Antall barn i institusjon	Andel med straffe-reaksjon	Andel med rusbrukslidelser (andel av straffereaksjoner som kan knyttes til helseutfordringer)	Samfunnsøkonomisk kostnad per straffereaksjon	Samfunnsøkonomiske kostnader knyttet til kriminalitet som skyldes helseutfordringer
Lavt	1378	17 %	10 %	8,6 mill. kroner	201 mill. kroner
Middels	1378	17 %	14,6 %	8,6 mill. kroner	294 mill. kroner
Høyt	1378	17 %	20 %	8,6 mill. kroner	402 mill. kroner

¹¹⁴ 14,6 % med rusbrukslidelser i Kayed (2015)

Vi legger til grunn vårt middels anslag om at de samfunnsøkonomiske kostnadene ved straffereaksjoner relatert til helseutfordringene til barn i institusjon er 294 mill. kroner.

4.5.2. Skattefinansieringskostnader

Skattefinansieringskostnaden er den marginale kostnaden ved å hente inn en ekstra skattekrone, satt til 20 øre per krone. Samfunnsøkonomiske kostnader oppstår om et tiltak medfører mer ressursbruk (f.eks. arbeidstid) eller endret atferd som følge av nye priser eller nye skatter, jf. rundskriv R-109/2021.

Offentlig ressursbruk er beregnet til 537 mill. kroner i vårt beste anslag. Det gir en skattefinansieringskostnad på 107,4 mill. kroner.

5. Konklusjon: Helseutfordringer fører til store samfunnsøkonomiske kostnader for barn og unge i institusjon

5.1. Samfunnsøkonomiske kostnader – tolkninger av resultatet

Vi finner at helseutfordringene hos barna innebærer en samfunnsøkonomisk kostnad på 2,25 milliarder kroner i referanseåret som er 2022.¹¹⁵ Kostnadene fordeler seg på 611 mill. kroner i tapt helserelatert livskvalitet og tapte leveår, 963 mill. kroner i produksjonstap og 537 mill. kroner ved økte kostnader i helse- og omsorgstjenesten og barnevernet. Vi har også kategorien andre kostnader (kriminalitet) og skattefinansieringskostnader på totalt 402 mill. kroner. Detaljerte kostnader for de samfunnsøkonomiske virkningene vises i tabellen under.

Tabell 29 Samlet oversikt over de samfunnsøkonomiske kostnadene relatert til helseutfordringene hos barn og unge på institusjon

Navn på virkning	Kategori	Kostnad ved beste anslag (mill. kroner)
Økte utgifter til døgnbehandling i psykisk helsevern	Økt offentlig ressursbruk	165,1
Økte utgifter til poliklinisk behandling i psykisk helsevern	Økt offentlig ressursbruk	37,4
Økte utgifter til fastlegebesøk	Økt offentlig ressursbruk	4
Økte utgifter til legevaktbesøk	Økt offentlig ressursbruk	2,54
Økte utgifter til innleggelse på somatiske sykehus	Økt offentlig ressursbruk	28,1
Økte utgifter til poliklinisk behandling på somatiske sykehus	Økt offentlig ressursbruk	2,1
Ressursbruk knyttet til tannlege	Økt offentlig ressursbruk	11
Økte utgifter i barnevernet - enetiltak	Økt offentlig ressursbruk	18

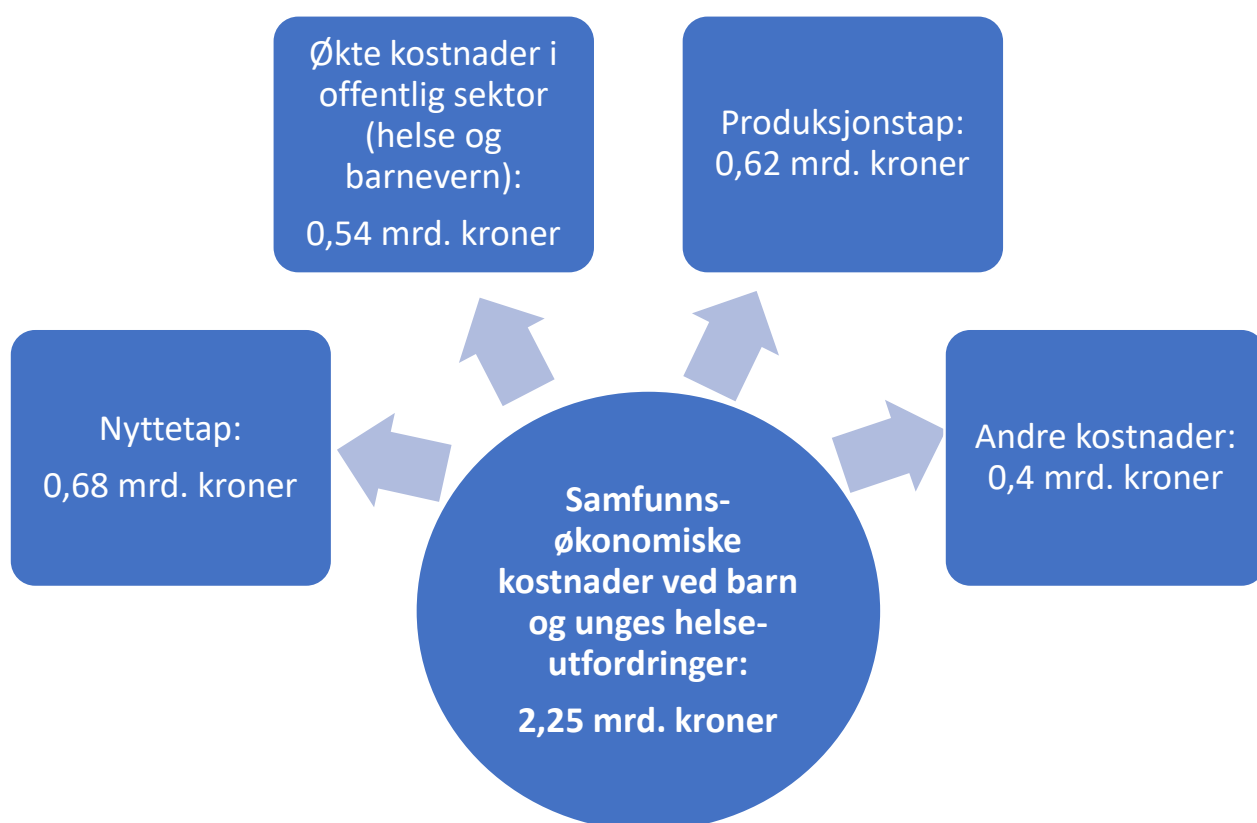
¹¹⁵ Vi har i tillegg identifisert kostnadsvirkninger det ikke er hensiktsmessig eller mulig å prissette på grunn av manglende kunnskapsgrunnlag. Vi har valgt å kun omtale disse virkningene i teksten.

Økte utgifter i barnevernet – økte driftsutgifter	Økt offentlig ressursbruk	228
Økte utgifter i barnevernet – annen økt ressursbruk	Økt offentlig ressursbruk	41
SUM	Økt offentlig ressursbruk	537,2
Sykdomsbyrde -minst en angstlidelse	Nyttetap	61,3
Sykdomsbyrde - depresjonsdiagnoser	Nyttetap	291,6
Sykdomsbyrde - ADHD	Nyttetap	7,6
Sykdomsbyrde - tannhelseproblemer	Nyttetap	7,9
Sykdomsbyrde – rusbrukslidelser	Nyttetap	42,3
Sykdomsbyrde - atferdsforstyrrelser	Nyttetap	48,3
Sykdomsbyrde – tilknytningsforstyrrelser	Nyttetap	30,4
Sykdomsbyrde – spiseforstyrrelser (undervekt)	Nyttetap	12,8
Sykdomsbyrde – overvekt og fedme	Nyttetap	13,4
Seksuelle helseutfordringer	Nyttetap	-
Verdien av tapte leveår knyttet til tidlig død		163
Nyttetap for ansatte på institusjon	Nyttetap	-
Nyttetap for pårørende	Nyttetap	3
SUM	Nyttetap	681,6
Redusert arbeidsdeltagelse for ansatte	Produksjonstap	-
Redusert arbeidsdeltagelse for pårørende	Produksjonstap	5,5
Redusert fremtidig arbeidsdeltagelse for barna – psykiske lidelser	Produksjonstap	370
Redusert fremtidig arbeidsdeltagelse for barna – somatiske lidelser	Produksjonstap	209
Redusert arbeidsdeltagelse relatert til økt risiko for tidlige død	Produksjonstap	38
SUM	Produksjonstap	622,5
Samfunnsøkonomiske kostnader ved straffereaksjoner (kriminalitet)	Økt offentlig ressursbruk/ nyttetap/produksjonstap	294
Skattefinansieringskostnader	Effektivitetstap	107,4
SUM	Andre kostnader	401,7

Totale samfunnsøkonomiske kostnader		2245,9

Figuren under gir en overordnet beskrivelse av på hvilke områder samfunnsøkonomiske virkninger oppstår i en vår analyse. Kostnadene fordeler seg forholdsvis jevnt på de ulike kategoriene. Vi ser at den største andelen av kostnadene er knyttet til «nyttetap» for de som berøres av helseutfordringene.

Figur 21 Illustrasjon av fordelingen av samfunnsøkonomiske kostnader på ulike kategorier av kostnadsvirkninger



Tabell 30 Samfunnskostnader fordelt på antall barn i institusjon i 2022

Antall barn	Samfunnsøkonomiske kostnader	Samfunnsøkonomiske kostnader per barn
1378	2 250 000 000 kroner	1 633 000 kroner/ barn

Vi finner at samfunnskostnadene relatert til helseutfordringer, inkludert både kostnader for det enkelte barn og for samfunnet, tilsvarer drøyt 1,6 mill. kroner per barn i institusjonsbarnevernet.

5.2. Usikkerhetsanalyse

I rapporten har vi gjennomført såkalte trippelanslag (lav, middels og høy) for virkninger hvor usikkerheten er særlig stor. Tabellen nedenfor viser de samlede samfunnsøkonomiske kostnadene for

lavt, middels og høyt anslag. Dette gir en illustrasjon på intervallet for de samlede samfunnsøkonomiske kostnadene

Tabell 31 Usikkerhetsanalyse over de samfunnsøkonomiske kostnadene. Lavt, middels og høyt anslag. Mill. kroner per år.

Lavt anslag	Middels anslag (beste anslag)	Høyt anslag
1,62 mrd. kroner	2,25 mrd. kroner	2,89 mrd. kroner

Vi forventer at samfunnskostnadene ligger mellom om lag 1,6 og 2,9 mrd. kroner og at 2,25 mrd. kroner er vårt beste anslag.

6. Muligheter for å redusere de samfunnsøkonomiske kostnadene

6.1. Hva er status på helsehjelpen i dag og hva kan gjøres for å redusere kostnadene?

Vi vil i teksten nedenfor omtale kort på hvilke måter det offentlige kan ta grep for å redusere helserelaterte kostnader hos barn som bor i institusjon. Som vi har nevnt tidligere kan disse grepene settes inn lenge før de flytter til institusjon (forebyggende tiltak), men det er også relevant å se på tiltak i forkant av institusjonsoppholdet eller tiltak som settes inn under institusjonsoppholdet.

Formålet med rapporten er å vise størrelsen på de samfunnsøkonomiske kostnadene og ikke å se på den samfunnsøkonomiske effekten av ulike tiltak. Omtalen nedenfor er derfor kun ment som informasjon om eksisterende tiltak eller tiltaksområder som kan være aktuelle.

Vi mener likevel at beslutningstaker bør vurdere å forsterke eksisterende tiltak som har vist seg å fungere godt og vurdere å innføre nye tiltak der hvor forskningen viser at det er et udekket behov.

6.2. Tiltak som kan bidra til å redusere de samfunnsøkonomiske kostnadene

Barns helseutfordringer oppstår og utvikler seg over tid. Relevante tiltak for å redusere kostnadene som oppstår i forbindelse med helseutfordringer i denne gruppen kan derfor være av typen forebyggende tiltak i oppveksten, tiltak som kan gjøres i forkant av et institusjonsopphold eller tiltak som retter seg inn mot barna under institusjonsoppholdet.¹¹⁶



¹¹⁶ I tillegg vil tiltak som bidrar til en enklere hverdag for barn med helseutfordringer gjennom oppveksten, for eksempel mer universell utforming av fysiske forhold eller andre tiltak som tilrettelegger for økt deltagelse på relevante arenaer, føre til reduserte samfunnskostnader.

6.3. Forebyggingstiltak

Forebygging og tidlig innsats er sentrale begreper i barnevernet. Forståelsen av begrepet «tidlig innsats» er nært knyttet til arbeidet til James Heckman og hans Heckman-kurve (2008) som kort fortalt viser at avkastningen av humankapitalen ved tiltak som settes inn mot barn og unge avtar med barnets alder. Samfunnet bør derfor prioritere tidlig innsats slik at sannsynligheten for at barn når sitt potensiale øker. Dette illustreres i figuren under.

Figur 22 Avkastning av én krone investert i tiltak i ulike aldre. Kilde: Vista Analyse 12/2017



Kommunene pålegges gjennom i lov om barnevern (2021) et ansvar for å forebygge omsorgssvikt og samordne sitt tjenestetilbud for å sikre at dette skjer (§ 15-1), samt sette inn tiltak tidlig for å forebygge alvorlig omsorgssvikt og atferdsvansker (§ 1-10).

Staten har stort fokus på å fremme helse og prioritere tidlig innsats og forebygging i og utenfor helse- og omsorgssektoren for å dempe veksten i behov for helse- og omsorgstjenester og for å sikre bærekraftige helse- og omsorgstjenester nasjonalt. Barnevernsreformen trådte i kraft 1. januar 2022. Reformen gir kommunen økt ansvar på barnevernområdet og skal bidra til å styrke det forebyggende arbeidet og tidlig innsats.

Ett av målene med barnevernsreformen er at kommunene skal styrke arbeidet med tidlig innsats og forebygging i hele oppvekstsektoren. Tidlig innsats, med tiltak som er godt tilpasset barnas og familienes behov, er en investering i barn og familiers velferd og kan også spare kommunen for mer inngripende og kostbare tiltak senere.

I nasjonal faglig retningslinje om tidlig oppdagelse av utsatte barn og unge, gis det ulike råd til hvordan kommunene kan bedre sin samhandling for tidlig oppdagelse av utsatte barn og unge.

Retningslinjen presiserer sektorenes ansvar for utsatte barn og unge og vektlegger betydningen av tverrfaglig samarbeid og samhandling mellom sektorene.

Nasjonal veileder for psykisk helsearbeid barn og unge (Helsedirektoratet, 2023) er et annet viktig forebyggende tiltak.¹¹⁷ Formålet med veilederen er å bidra til at kommuner ivaretar barn og unge

¹¹⁷ Veilederen har en bred målgruppe og kunne også ha vært kategorisert under tiltak som kan settes inn i forkant av institusjonsoppholdet

mellom 0-25 år med psykiske plager, og deres familie, ved at kommuner: støtter opp om de arenaene som barn og unge og deres familie er på slik at de virker helsefremmende og forebyggende; planlegger og utvikler psykisk helsetilbud; tilbyr lavterskeltilbud og helhetlig oppfølging; tilpasset behovene samarbeider med psykisk helsevern for barn og unge.

6.4. Tiltak som kan settes inn i forkant av institusjonsoppholdet

Helsedirektoratet og Bufdir har i samarbeid iverksatt en rekke ulike tiltak for å bidra til at barn og unge som er i kontakt med barnevernet får tilgang til helsehjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet og Bufdir, 2016). Satsingen refereres til som «bedre helsehjelp til barn i barnevern» eller «helsesatsingen».

Nasjonalt forløp skal være grunnmuren i satsingen for bedre helsehjelp til barn i barnevernet, og det beskriver ansvar, oppgaver og samarbeid mellom den kommunale barnevernstjenesten, kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten for barn og unge. Forløpet gir også råd om hvordan samarbeidet kan innrettes, slik at tjenestene sammen sikrer tidlig kartlegging og utredning av barn i barnevernet. Målgruppen er alle barn det opprettes undersøkelse for, barn med hjelpetiltak som bor hjemme og barn som bor i fosterhjem og institusjon.

Til tross for satsing gjennom flere år, viser nyere rapporter at det fremdeles er store utfordringer på dette området. Regjeringen vil derfor videreføre, fornye og styrke helsesatsingen i barnevernet, slik at barn i barnevernet får helhetlige og sammenhengende tjenestetilbud i samsvar med sine behov. Det bør settes fokus på utvikling av tjenester som er tilpasset barnevernsbarns behov for helsehjelp og stabilitet, med vekt på ambulante tjenester, forebygging av flyttinger, nasjonalt forløp, digitale tjenester, modeller for bedre koordinering av samarbeid og samhandling og økt kompetanse på barn og rus.

FACT Ung-team er en modell rettet mot ungdom mellom 12-24 år med alvorlig funksjonssvikt på flere områder i livet, sammensatte vansker og behov for langvarig og integrert innsats fra flere tjenester (Helsedirektoratet, 2023; Napha, 2023). Unge i barnevernet er en viktig målgruppe. FACT Ung er et tiltak som kan iverksettes uten at barn har kontakt med barnevernet eller underveis i hele barnevernsløpet.

6.5. Tiltak som kan settes inn under institusjonsoppholdet

Kunnskapsgrunnlaget (se for eksempel Helsetilsynet 2023, Sintef 2024) viser at det er flere barrierer på individ- og systemnivå for at barn i barnevernsinstitusjoner får tilgang på helsehjelp. Barnevernstjenestene og barnevernsinstitusjonene og helse- og omsorgstjenestene, forteller om utfordrende samarbeid og “ansvarsskyving” mellom helsetjenestene og barnevernet.

Sintef (2024) skriver: «Det oppstår et paradoks mellom et for sent innslagspunkt og manglende styrke i tiltak rettet mot barnas helseproblematikk, og kravet i barnevernslovgivningen om rett hjelp til rett tid. Dette fordrer endringer på systemnivå når det gjelder barn og unge i barnevernet sine behov for, og rett til helsehjelp. Innføring av nasjonalt forløp for barnevern bør følges tett opp av sentrale myndigheter med spesielt fokus på tidlig innsats og hvilken type helsehjelp barnet tilbys.»

Det eksisterer flere tiltak i helsesatsingen i barnevernet for barn som bor på institusjon, blant annet innføring av helseansvarlig og barnevernsansvarlig, ulike ambulante tjenester i psykisk helsevern og ulike samordningsmodeller. Alle barn som skal flyttes ut av hjemmet skal på sikt tilbys tverrfaglig

helsekartlegging som skal identifisere hjelpe- og helsebehov hos barn som flyttes ut av hjemmet slik at barna får mer treffsikker hjelp og oppfølging (Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, 2023).

Økt kunnskap på tvers av tjenestene/sektorene vil gi mulighet for enda mer tilpasset og tverrfaglig tilbud, med bedre ressursutnyttelse. Foreløpig er det et begrenset datagrunnlag for flere av tiltakene i helsesatsingen. Tiltakene må få tid til å virke og de må følges opp for å få et mer helhetlig kunnskapsgrunnlag om tiltakene og på sikt se effekten av tiltakene for barn og unge. Dette vil være viktig for forbedring av livssituasjonen for barn og unge og da også få mulighet å vurdere reduksjon av samfunnsøkonomiske kostnader.

De regionale helseforetakene (RHF) og Bufetats regioner har gjennom flere år hatt et samarbeid på området barnevern-psykisk helse, både på regionalt og lokalt nivå, og dette er dels formalisert gjennom samarbeidsavtaler.

7. Vedlegg

7.1. Forventede gjenværende QALYs og livskvalitetsvekter i den generelle befolkning

Tabell 32 Forventede gjenværende QALYs og livskvalitetsvekter i den generelle befolkning

Alder	Forventede gjenværende QALYs	Livskvalitetsvekter	Alder	Forventede gjenværende QALYs	Livskvalitetsvekter	Alder	Forventede gjenværende QALYs	Livskvalitetsvekter
0	70,9	0,926	36	38,8	0,870	72	11,6	0,808
1	70,2	0,926	37	37,9	0,870	73	11,0	0,808
2	69,2	0,926	38	37,1	0,870	74	10,4	0,808
3	68,3	0,926	39	36,2	0,870	75	9,8	0,808
4	67,4	0,926	40	35,4	0,870	76	9,2	0,808
5	66,5	0,926	41	34,6	0,846	77	8,7	0,808
6	65,6	0,926	42	33,7	0,846	78	8,1	0,808
7	64,6	0,926	43	32,9	0,846	79	7,5	0,808
8	63,7	0,926	44	32,1	0,846	80	7,0	0,808
9	62,8	0,926	45	31,3	0,846	81	6,5	0,730
10	61,9	0,926	46	30,5	0,846	82	6,0	0,730
11	61,0	0,926	47	29,7	0,846	83	5,6	0,730
12	60,0	0,926	48	28,9	0,846	84	5,2	0,730
13	59,1	0,926	49	28,1	0,846	85	4,9	0,730
14	58,2	0,926	50	27,3	0,846	86	4,5	0,730
15	57,3	0,926	51	26,5	0,811	87	4,1	0,730
16	56,4	0,926	52	25,7	0,811	88	3,8	0,730
17	55,4	0,926	53	25,0	0,811	89	3,5	0,730
18	54,5	0,926	54	24,2	0,811	90	3,2	0,730
19	53,6	0,906	55	23,5	0,811	91	3,0	0,730
20	52,7	0,906	56	22,7	0,811	92	2,8	0,730
21	51,9	0,906	57	22,0	0,811	93	2,6	0,730
22	51,0	0,906	58	21,2	0,811	94	2,4	0,730
23	50,1	0,906	59	20,5	0,811	95	2,2	0,730
24	49,2	0,906	60	19,8	0,811	96	2,0	0,730
25	48,3	0,906	61	19,1	0,811	97	1,8	0,730
26	47,4	0,906	62	18,3	0,811	98	1,8	0,730
27	46,6	0,906	63	17,7	0,811	99	1,6	0,730
28	45,7	0,906	64	17,0	0,811	100	1,5	0,730
29	44,8	0,906	65	16,3	0,811	101	1,5	0,730
30	43,9	0,906	66	15,6	0,811	102	1,4	0,730
31	43,0	0,870	67	14,9	0,811	103	1,3	0,730
32	42,2	0,870	68	14,2	0,811	104	1,0	0,730
33	41,3	0,870	69	13,6	0,811	105	0,8	0,730
34	40,5	0,870	70	12,9	0,811			
35	39,6	0,870	71	12,3	0,808			



Bufdir.no