

Lars B. Kristofersen

Barnevernbarnas helse

Uførhet og dødelighet i perioden 1990–2002

Barnevernbarnas helse

Andre publikasjoner fra NIBR:

NIBR-rapport 2005:1

Bydelsbarnevernet i Oslo
Klienter, ressursinnsats og
utgiftsbehov
171 sider. Kr 250,-

NIBR-rapport 2004:3

Nærmiljøtiltak i
barneverntjenesten
Evaluering av et prosjekt
i Buskerud
112 sider inkl. vedlegg.
Kr 250,-

NIBR-notat 2005:110

Det kompliserte samarbeidet
om utsatte barn og unge
En erfaringsrapport fra
Randesund bydel i
Kristiansand

Rapportene kan bestilles fra
NIBR:
Postboks 44, Blindern,
0313 Oslo
Tlf. 22 95 88 00
Faks 22 60 77 74
E-post til
berit.willumsen@nibr.no

Porto kommer i tillegg til de
oppgitte prisene

Notatet er elektronisk
publisert på
NIBRs hjemmeside
www.nibr.no

Lars B. Kristofersen

Barnevernbarnas helse

Uførhet og dødelighet i perioden 1990-2002

NIBR-rapport 2005:12

Tittel: **Barnevernbarnas helse.**
Uførhet og dødelighet i perioden 1990-2002

Forfatter: Lars B. Kristofersen

NIBR-rapport: 2005:12
ISSN: 1502-9794
ISBN: 82-7071-564-6

Prosjektnummer: O-1973 /O-2260
Prosjektnavn: Levekår og marginalisering blant barn og unge som har vært i barneverntiltak 1990-2002 / Barnevern i Norge 1990-2006

Oppdragsgiver: Norges forskningsråd/
Barne- og familiedepartementet

Prosjektleder: Sten-Erik Clausen

Referat: Rapporten gir resultater fra en analyse av barnevernbarnas helse i Norge. Det er benyttet spesialbestilte data fra SSB for perioden 1990-2002. Prosjektets design er longitudinelt. I alt var 99.000 barn og unge i barneverntiltak i løpet av denne perioden. Analysen beskriver varighet av og hovedtyper av barneverntiltak i perioden. Barneverndata ble bl.a. koblet mot data om uførhet og data om dødsfall og dødsårsaker. Rapporten indikerer at barnevernbarna og foreldrene deres har betydelige helseproblemer. I alt døde 702 barnevernbarn i perioden 1990-2001.

Sammendrag: Norsk og engelsk
Dato: September 2005
Antall sider: 99
Pris: Kr 250,-

Utgiver: Norsk institutt for by- og regionforskning
Gaustadalléen 21, Postboks 44 Blindern
0313 OSLO
Telefon: 22 95 88 00
Telefaks: 22 22 37 02
E-post: nibr@nibr.no

Vår hjemmeside: <http://www.nibr.no>

Trykk: Nordberg A.S.
Org. nr. NO 970205284 MVA
© NIBR 2005

Forord

Denne rapporten er basert på analyser av data i prosjektet ”Levekår og marginalisering blant barn og unge som har vært i barnevern-tiltak 1990-2003. – En longitudinell studie”. Forsker Sten-Erik Clausen er prosjektleder og Lars B. Kristofersen er prosjektmedarbeider. Data er spesialbestilt i SSB, men hovedsakelig tilrettelagt i SPSS-filer av Clausen ved NIBR. Prosjektet har vært finansiert av Norges forskningsråd i perioden 2002-2004, og av Barne- og familiedepartementet i 2005. Kristofersen har analysert data og skrevet foreliggende rapport.

Oslo, september 2005

Sidsel Sverdrup
forskningssjef

Innhold

Forord	1
Tabelloversikt	4
Figuroversikt.....	6
Sammendrag	7
Summary.....	15
1 Bakgrunn og problemstillinger	20
2 Data og metode	23
3 Teoretiske aspekter	25
3.1 Karrierebegrepet.....	25
3.2 Nyere forskning.....	27
4 Karriereveier i barneverntiltak	30
4.1 Alle typer av tiltak.....	30
4.2 Barn i barneverninstitusjon	37
4.3 Barn i fosterhjem.....	38
4.4 Oppsummering.....	40
5 Barnevern og uførestønad	42
5.1 Generelt om grunn- og hjelpstønad for uførhet og om barnevernbarns helse	42
5.2 Barnevernbarn som mottar grunn- og/ eller hjelpstønad for uførhet	44
5.2.1 Grunn- og hjelpstønad etter kjønn og alder	45
5.2.2 Grunn- og hjelpstønad etter utdanningsnivå.....	46
5.2.3 Grunn- og hjelpstønad etter tidligere barnevernkarriere	47
5.3 Barnevernbarns bruk av uførestønad etter geografisk region og landbakgrunn.....	49
5.4 Barn som mottar stønad i den ordinære barnebefolkningen.....	50
5.5 Flere faktorer bak variasjonene i bruk av uførestønad blant barnevernbarn.....	51
5.6 Barnevern og psykisk helse.....	54

5.7	Oppsummering og drøfting	55
6	Dødsfall som helseindikator.....	58
6.1	Dødsfall blant barn og unge i barneverntiltak	59
6.1.1	Dødsfall etter landbakgrunn.....	63
6.1.2	Dødsfall etter utdanning.....	64
6.1.3	Spesifikke dødsårsaker hos klientene.....	65
6.2	Flere faktorer bak for tidlig død	68
6.3	Dødsfall blant foreldrene.....	70
6.3.1	Spesifikke dødsårsaker blant foreldrene	72
6.3.2	Begge foreldrene døde	75
6.4	Oppsummering og drøfting	76
7	Sammenhenger mellom barnevernkarrierer og ulike bakgrunnskjennetegn	80
7.1	Sjansen til å bli plassert i fosterhjem.....	80
7.2	Sjansen til å bli plassert i institusjon	82
7.3	Oppsummering.....	84
8	Oppsummering og konklusjon	86
8.1	Oppsummering.....	86
8.2	Konkluderende merknader	89
	Referanser.....	91

Tabelloversikt

Tabell 4.1	Antall barn og unge i barneverntiltak hvert av årene 1990-2002. Absolutte tall og prosent	31
Tabell 4.2	Antall nye barn og unge i barneverntiltak hvert av årene 1990-2002. Absolutte tall og prosent	33
Tabell 4.3	Aldersfordeling 2000 for barn og unge i barneverntiltak hele eller deler av perioden 1990-2002. Absolutte tall og prosent	34
Tabell 4.4	Aldersfordeling 2002 for barn og unge som er/har vært i barneverntiltak hele eller en del av perioden 1990-2002. Absolutte tall og prosent	35
Tabell 4.5	Barn og unge etter antall år de har vært i barneverntiltak i perioden 1990-2002. Absolutte tall og prosent	36
Tabell 4.6	Barn og unge etter antall år med barneverninstitusjon som tiltak 1993-2002. Absolutte tall og prosent	38
Tabell 4.7	Barn og unge etter antall år de har vært i fosterhjem (som omsorgstiltak). Absolutte tall og prosent	39
Tabell 5.1	Barn og unge i barneverntiltak i perioden 1990-2002 med grunn- og/eller hjelpestønad for uførhet 2002. Absolutte tall og prosent	45
Tabell 5.2	Barn og unge i barneverntiltak 1990-2002 etter antall år i tiltak og bruk av hjelpestønad for uførhet 2002. Prosent	48
Tabell 5.3	Barn og unge i barneverntiltak 1990-2002 etter om de benyttet grunn- og/eller hjelpestønad for uførhet i 2002 og barnevernregion (beregnet etter bostedsfylke 1.1.2003). Prosent	49
Tabell 5.4	Logistisk regresjon. Sannsynlighet for at barnet har uførestønad/ikke har uførestønad i 2002. Barn og unge som har vært i barneverntiltak 1990-2002	52
Tabell 6.1	Tallet på døde barn og unge hvert av årene 1990-2001 blant dem som har vært i barneverntiltak i denne perioden. Absolutte tall og prosent	60

Tabell 6.2	Tallet på barn og unge som har vært i barneverntiltak hele eller deler av perioden 1990-2001 som døde innen utgangen av 2001. Fordeling etter dødsår og aldersgrupper i dødsåret. Absolutte tall og prosent.....	61
Tabell 6.3	Gutter og jenter i barneverntiltak 1990-2001 som døde i perioden 1990-2001. Absolutte tall og per 1000.....	62
Tabell 6.4	Dødsfall i perioden 1993-2001 blant barn og unge som hadde vært i barneverninstitusjon eller ikke. Absolutte tall og prosent	63
Tabell 6.5	Unge som har vært i barneverntiltak i hele eller en del av perioden 1990-2001 etter utdanningslengde og eventuelt dødsfall . Absolutte tall og prosent.....	64
Tabell 6.6	Hovedgrupper av dødsårsaker. Barn og unge i barneverntiltak en del av/hele tidsperioden 1990-2001 som døde i løpet av perioden (dødsfall i tiltak eller etter avsluttet tiltak)	67
Tabell 6.7	Logistisk regresjon. Sannsynlighet for at barnet dør/ikke dør i perioden. Barn og unge som har vært i barneverntiltak i perioden 1990-2001	69
Tabell 6.8	Barn og unge som har vært i barneverntiltak 1990-2002 og som har mistet sine mødre ved dødsfall innen utgangen av året 2001. Barn og unge etter alder (gruppert) i 2002. Absolutte tall og prosent	71
Tabell 6.9	Barn og unge som har vært i barneverntiltak 1990-2002 og som har mistet sine fedre ved dødsfall innen utgangen av året 2001. Barn og unge etter alder (gruppert) i 2002. Absolutte tall og prosent	72
Tabell 6.10	Hovedgrupper av dødsårsaker for barnas mødre. Barn og unge i barneverntiltak en del av/hele tidsperioden 1990-2001 med mødre som døde 1990-2001	73
Tabell 6.11	Hovedgrupper av dødsårsaker for barnas fedre. Barn med og unge i barneverntiltak en del av/hele tidsperioden 1990-2001 med fedre som døde 1990-2001	75
Tabell 6.12	Barn og unge med barneverntiltak 1990-2001 hvor en eller begge foreldre er døde. Absolutte tall og prosent ..	76
Tabell 7.1	Logistisk regresjon. Sjansen for at barnet har vært i fosterhjem som omsorgstiltak i perioden 1993-2002.....	81
Tabell 7.2	Logistisk regresjon. Sannsynlighet for at barnet har vært plassert i institusjon i perioden 1990-2002.	83

Figuroversikt

Figur 4.1	Barn og unge med tiltak av barneverntjenesten 31.12. Utvikling 1987-2003. Per 1000 under 18 år.....	32
-----------	--	----

Sammendrag

Lars B. Kristoffersen

Barnevernbarnas helse

Uførhet og dødelighet i perioden 1990-2002

NIBR-rapport 2005:12

Bakgrunn, metoder og problemstillinger

Selv om man vet at barn i barneverntiltak er en relativt sårbar gruppe, har det her i landet foreløpig vært utført relativt lite forskning angående barnevernbarns helseforhold. I den grad man har vært opptatt av barnevernbarns helse forskningsmessig, har psykisk helse og samarbeid mellom barnevern og barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk stått i fokus. Helsemessige konsekvenser av grov omsorgssvikt og barnemishandling og samarbeid mellom barnevern, legevakt og sykehusavdelinger har det vært innhentet noe kunnskap om. Bortsett fra dette vet vi lite om alvorlig somatisk sykkelighet, funksjonshemminger og dødsfall blant barn som har vært i barneverntiltak. Man har etterlyst bedre samarbeid mellom skolehelsetjeneste, helsestasjoner, til dels fastleger og barnevern, uten å ha hatt noen klar bestilling til helsetjenesten om hvilke helsemessige problemer de skal "se etter" hos denne sårbare barnegruppen. For noen av barna kommer sykdom, funksjonshemming eller mer vage helseproblemer før de barnevernfaglige behovene, mens for andre barn er det motsatt.

Denne studien er en videreføring av flere tidligere studier av longitudinelle nasjonale barneverndata ved NIBR. Med longitudinelle barneverndata mener vi data om barn i barneverntiltak hvor det foreligger statistikk eller undersøkelser om de samme barna gjennom flere år (minst tre tidspunkter). I dette prosjektet er det innhentet forskningsbaserte data om barn fra flere tidspunkter. For noen barn finnes det statistikkoppgaver over deres barnevernkarrierer for opp til 13 kalenderår.

Hensikten med foreliggende arbeid er å studere klientkarrierer i barneverntiltak, og hvordan det går med barna med hensyn på helseforhold. Vi analyserer i hvilken grad barna får grunn- og /eller hjelpestønad for uførhet samt dødsfallsdata om barn, unge og deres biologiske foreldre.

Det blir stilt spørsmål om barn og unge som er eller har vært i barneverntiltak på 1990-tallet får hyppigere grunn- eller hjelpestønad for uførhet sammenliknet med barn og unge i befolkningen generelt. Dette har man fram til i dag ikke hatt kunnskap om her i landet. Det blir også stilt spørsmål om i hvilken grad barn, unge og unge voksne som er eller har vært i barneverntiltak dør i løpet av en viss periode, i hvilke aldersgrupper dette i så fall skjer, og av hvilke hovedgrupper av dødsårsaker. Dødsfall og hovedgrupper av dødsårsaker for barnevernbarnas biologiske mødre og fedre blir også analysert.

Karriereveier i barneverntiltak

Hvor mange barn får tiltak av barneverntjenesten i løpet av oppveksten? Vi vet mye om tiltak i løpet av ett kalenderår, men mindre om hva som skjer under hele oppveksten til barn og unge. I statistikk fra Statistisk sentralbyrå (SSB) framgår at 2,1 prosent av alle barn under 18 år hadde tiltak av barneverntjenesten i løpet av 2002. Ser man også på dem som er over 18 år, er de forholdsvis få. Tar man dem inn i rateberegningen, blir raten derfor lavere.

Ser vi i stedet på hvor stor andel av barn og unge som har hatt barneverntiltak i perioden 1990-2002, er tallene helt annerledes. Da får man som resultat at om lag 6 prosent av barne- og ungdomsbefolkningen har hatt slike tiltak i denne 13-årsperioden. I alt vel 99.000 barn og unge hadde vært i barneverntiltak i løpet av denne perioden.

Tallet på barn og unge i barneverntiltak har økt på nittitallet og i begynnelsen av det 21 århundret. Nær 17.000 barn og unge var i tiltak i løpet av året 1990. Det årlige tallet på nye klienter (bruttotallet) økte med fra 5.900 til 8.100 barn hvert av de 12 årene 1991-2002. Enkelte klienter gikk også ut av tiltak hvert av årene, men det var vesentlig færre. Vel 34.000 barn og unge var i barneverntiltak i året 2002. Oppsummert er likevel tallet på 99.000 barn og unge med erfaring fra barneverntiltak også svært viktig sett i oppvekstsammenheng. Tallet er så stort at det bidrar til å alminneliggjøre barnevernet. Det er ikke noe bare ”to prosent” av barna har hatt befatning med. Tallene innebærer at nesten 10 prosent av alle barn kommer i slike tiltak i løpet av en oppvekst på 18 år.

Mange av barna har hatt barneverntiltak en relativt kort periode. En ikke ubetydelig andel har imidlertid også barnevernkarrierer som strekker seg over fra seks til tretten år.

Ikke alle barn får såkalte ”tunge tiltak”, de fleste barna har fått hjelpetiltak mens de bor hjemme hos sine biologiske foreldre. Det har da vært snakk om barneverntiltak som barnehageplass, støttekontakt, økonomisk stønad, tilsyn, avlastningstilbud som weekend-hjem osv. Andre barn har fått fosterhjems plassering som hjelpetiltak en kortere eller lenger periode (Lov om barneverntjenester – BVL - § 4-4 5. ledd).

En del barn har vært plassert i fosterhjem som omsorgstiltak for en kortere eller lengre periode¹. Dette gjaldt for vel 11.500 barn eller for nær 12 prosent av alle de vel 99.000 barnevernbarna, som i perioden 1993-2002² vært plassert minst en gang i fosterhjem. Om lag 2.600 barn hadde hatt én plassering som omsorgstiltak som ikke gikk ut over et kalenderår (plasseringen hadde vart maksimum 12 måneder). Vel 8.900 barn og unge har vært i fosterhjem som omsorgstiltak over flere kalenderår. Oppholdene i fosterhjem kan ha vært avbrutt underveis, og man kan ha hatt slikt tiltak en del av et kalenderår. I denne opptellingen er alle år med fosterhjem som omsorgstiltak i perioden 1993-2002 talt med for de barna det gjelder³.

Noen av disse barna har også en kortere eller lengre periode i barneverninstitusjon. Spesielt skolebarn og ungdom er det vanskelig å finne fosterhjems plass til, så en del av disse har institusjons plassering bak seg.

I alt hadde vel 10 prosent, eller vel 10.300 av alle barnevernbarna, vært i barneverninstitusjon for kortere eller lengre tid i den aktuelle trettenårsperioden. Om lag halvparten av disse barna hadde vært et år eller kortere i institusjon. Men om lag 2.730 barn og unge, eller

¹ Noen barn har fått omsorgs- (BVL - §4-12) eller atferdstiltak (§4-24, §4-26). Begge disse tiltaksformer krever fylkesnemndsvedtak.

² På grunn av endringer i lovverket kan skillet mellom plassering i fosterhjem som frivillig tiltak og som omsorgstiltak bare gis for perioden 1993-2002.

³ Det er verdt å merke seg at vi **ikke** har talt med de barn og unge som bare har hatt såkalte frivillige plasseringer (BVL § 4-4.5 ledd). Siden det har vært en økning i denne gruppen på 1990-tallet, ligger tallet på barn i fosterhjem noe høyere. En del av fosterhjems plasseringene som starter frivillig, går imidlertid over til fosterhjem som omsorgstiltak etter noen tid.

vel 25 prosent av dem med institusjonserfaring, hadde vært i barneverninstitusjon tre eller flere kalenderår (hele eller deler av årene).

Barnevern og uførestønad

Fra før har man ikke så mye forskningsmessig kunnskap om helseforholdene for barn som har vært i barneverntiltak. Til grunn for denne analysen ligger et barnevernstatistikkmateriale som er koblet mot statistikk for bruk av grunn- og hjelpestønad ved uførhet. Vel 5 prosent av barn og unge i barneverntiltak denne perioden var registrert med grunnstønad for uførhet i 2002. 7,5 prosent av barn og unge med barneverntiltak i denne perioden var registrert med hjelpestønad for uførhet i 2002.

I alt om lag 9 prosent (nær 8.800) av barnevernbarna i perioden hadde grunn- og/eller hjelpestønad for uførhet i 2002. Av disse hadde nær 3.900 (3,9 prosent av alle) begge stønadstyper, vel 3.350 (3,6 prosent) kun hjelpestønad og vel 1.300 (1,3 prosent) bare grunnstønad.

Det er en vesentlig høyere andel av barnevernbarn enn av barn og unge i befolkningen generelt som bruker slike stønader. Ved utgangen av 2002 var det i følge SSB om lag 2,7 prosent av den generelle barnebefolkningen under 18 år (34.900 barn 0- 17 år) som mottok grunn- og/eller hjelpestønad for uførhet.

Analysen viser at 6,2 prosent av guttene mot 4,2 prosent av jentene i barnevernmaterialet hadde grunnstønad for uførhet. For bruk av hjelpestønad er det enda sterkere kjønnsforskjeller. Her viste analysen at 9,3 prosent av guttene mot 5,6 prosent av jentene var brukere av hjelpestønad for uførhet i 2002.

Det er ikke så store aldersforskjeller når det gjelder bruk av grunnstønad for uførhet, med unntak av de yngste barnevernbarna. Analysen viste at kun 1,4 prosent av 0-5 åringene brukte grunnstønad for uførhet i 2002, mot vel 5 prosent av 6-12 åringene. Det var en litt høyere bruk av grunnstønad for uførhet i 2002 blant 13-17 åringene (nær 7 prosent). Vi fant at blant dem som var 18 år og over, hadde vel 5 prosent grunnstønad for uførhet i 2002.

Bruken av hjelpestønad for uførhet var også hyppigst i aldersgruppen 13-17 år blant barnevernbarna. I denne aldersgruppen var det nær 11 prosent som var brukere av hjelpestønad. Nesten like stor andel av 6-12 åringene, nær 10 prosent, fikk hjelpestønad. Betydelig færre både av de yngste (0-5 år) og eldste (18 år og over)

barnevernbarna fikk hjelpestønad i 2002. For begge aldersgrupper gjaldt dette nær 5 prosent.

Sett i forhold til fullført utdanning hos de eldste barna, var det høye rater for bruk av slike stønader blant dem med relativt lavt utdanningsnivå (tilsvarende "Videregående 1" - VK1). Lavest rater hadde de vel 1.300 barn og unge i barnevernstiltak som hadde utdanning på universitets- og høyskolenivå.

Denne analysen viser at det i tillegg også er betydelige regionale forskjeller i bruk av uførestønader blant de barna som har barneverntiltak. Høyest bruk av uførestønader hadde barnevernbarn i Midt-Norge (11,5 prosent). Det var lavest andel bruk av uførestønader blant barnevernbarn i Oslo (5,5 prosent). Dette antas å ha mer å gjøre med organisatoriske forhold og rutiner i barnevernet (i hvilke regioner gis det råd om dette) enn med reelle ulikheter i helseforhold hos de berørte barna. Det kan også ha sammenheng med at det er et større innslag av barn med utenlandsk bakgrunn i barnevernet i Oslo. Undersøkelsen viser at barn med utenlandsk bakgrunn hadde lavere bruk av uførestønad enn barnevernbarn med norsk bakgrunn.

I analysen av barnevernkarrierer fant vi at blant barn med de korteste karrierene (maksimum 1 kalenderår), var det klart lavest andeler med bruk av grunn- og hjelpestønad for uførhet. For dem med 13 års varighet av barnevernkarrierer, var det vel dobbelt så høye rater for både bruk av grunn- og hjelpestønad. Stort sett var det en jevn økning i bruk av disse stønadene for hvert år barna/de unge hadde vært i barneverntiltak. Alle typer av barneverntiltak inngikk i analysen. Barn som hadde vært i barneverninstitusjon, hadde i noe mindre grad stønad for uførhet enn dem som ikke hadde hatt institusjonsopphold.

En regresjonsanalyse (logistisk regresjon) viser at sjansen for at barnet har uførestønad i 2002, blir påvirket av flere av de analyserte variablene også etter at de har blitt "kontrollert mot hverandre" i en samlet modell. Både kjønn, alder, barnevernregion, barnets landbakgrunn (norsk/utenlandsk), varighet av barneverntiltak og om barnet har vært i barneverninstitusjon eller ikke, påvirker sjansen for at barnet har uførestønad i 2002. Sammenhengene går i samme retning som beskrevet for de enkelte variablene ovenfor, og ingen av de omtalte variablenes innvirkning blir helt nøytralisert av de andre.

Blant de nær 31.000 barn og unge som hadde fått hjelp i barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk i 2002, hadde 15 prosent også fått

undersøkelse eller hjelpetiltak av barneverntjenesten. Tidligere har det vært mest fokus på at en del barn og unge i barneverntjenesten har psykiske problemer. Det har vært lite påaktet i den offentlige debatten at en god del av barnevernbarna har somatiske sykdommer og funksjonshemminger.

Dødsfall som helseindikator

Vi har ikke analysert spesifikt de diagnosene som lå til grunn for uførhetsstønadene. Derimot har vi analysert hvilke dødsårsaker som lå til grunn for de vel 700 dødsfallene som rammet barnevernbarna i perioden 1990-2001, og analysert hvilke aldersgrupper som ble spesielt rammet.

Blant 93.000 barn og unge som har vært i barneverntiltak i perioden 1990-2001 døde 702 personer. Dette utgjorde 7,6 per 1.000 av den totale barnevernpopulasjonen. Flest personer døde i den siste halvdel av perioden. Bare i 2001 døde 114 barn og unge som hadde hatt barneverntiltak.

Analysen viser kjønnsforskjeller: Blant gutter som hadde vært i barneverntiltak i perioden, døde 9,7 per 1.000, mens blant jenter døde 5,4 per 1.000.

Alder spilte også en rolle. Den klart største andelen av de tidligere barnevernbarna som døde var over 18 år i dødsåret. Denne gruppen utgjorde nær 65 prosent av de døde (450 døde personer). Relativt få døde i grunnskolealder (6-12 år i dødsåret). Knappt 10 prosent av de døde (65 barn) døde i denne alderen. Litt høyere andeler døde i henholdsvis førskolealder (vel 12 prosent) og i alderen 13-17 år (nær 14 prosent).

Det er barn med norsk bakgrunn som bidrar til den høyere dødeligheten blant barn i barneverntiltak. Utenlandske barn og unge i barneverntiltak har en noe lavere dødelighet enn de norske.

I 2001 døde 168 personer i alderen 1-17 år i hele barnebefolkningen. Dette tilsvarer en dødelighet på 0,17 per 1.000 barn og unge. Dette er et svært lavt tall i forhold til barnevernbarna, selv når man tar hensyn til at barnevernbarnas dødstill ble målt over en mye lenger periode og at noen av de unge i barneverntiltak hadde kommet over myndighetsalder. Spedbarnsdødsfallene i barnepopulasjonen er utelatt i denne sammenlikningen. (I barnevernpopulasjonen forekom ikke spedbarnsdødsfall i 2001).

Særlig såkalte voldsomme dødsfall (trafikk- og andre ulykker, selvmord og drap) var utbredt. 150 av de 702 dødsfallene var

selvmord. Dette betyr en vesentlig høyere selvmordsdødelighet i barneverngruppen (16 per 10.000) enn i den vanlige barnepopulasjonen (2 per 10.000) i perioden.

Men barn i barneverntiltak døde også av sykdommer: Kreft, sykdommer i nervesystem og sanseorganer, medfødte misdannelser, og psykiske lidelser (bla. også forgiftning i forbindelse med stoffbruk) var viktige grupper. Men også en rekke andre typer av sykdomsdødsfall ble registrert.

Dødsfall hos barnas biologiske mødre og fedre i perioden ble også analysert. Om lag 3.680 barn og unge hadde mistet sine mødre ved dødsfall (3,7 prosent). Vel 6.890 barn og unge (7 prosent) mistet sine fedre ved dødsfall. Av disse hadde 615 av barna mistet både sin far og sin mor ved dødsfall.

Særlig blant foreldrene døde mange som følge av sykdommer. Dødsfall av kreft (både mødre og fedre) og sykdommer i sirkulasjonsorganene (vesentlig fedrene) var relativt vanlige. Men også mange fedre og mødre døde som følge av psykisk lidelse og atferdsforstyrrelse ved bruk av opiater/akutt toksikasjon i denne sammenheng.

Voldsomme dødsfall sto for en noe lavere andel av de døde enn det vi fant blant barna de unge. Men også blant mødrene og fedrene veide flere typer av voldsomme dødsfall tungt. Eksempler på dette er selvmord, som ble kategorisert som grunnleggende dødsårsak for 953 barns fedre og 438 barns mødre i denne perioden. Også trafikkulykker krevde mange av foreldrenes liv (541 barns fedre, 200 barns mødre). Drap og overfall med døden til følge rammet 146 barns mødre og 97 barns fedre i denne perioden.

Sammenhenger mellom noen typiske barnevernkarrierer og ulike bakgrunnsforhold

I kapittel 7 fant vi at det er noe forskjellig sammenhenger mellom to typiske former for barnevernkarrierer, fosterhjem som omsorgstiltak og institusjonsopphold og enkelte sosiale bakgrunnsforhold.

I de to analysene er henholdsvis fosterhjems plassering som omsorgstiltak/ ikke fosterhjem som omsorgstiltak og institusjonsopphold /ikke institusjonsopphold benyttet som avhengige variabler. Fosterhjem og institusjonsopphold har det til felles at disse tiltakene sjelden kommer tidlig i en barnevernkarriere. Det er i sær når barneverntiltak i ulike former har vært benyttet over mer enn fem kalenderår tidligere, at de to tiltakstypene fosterhjem og institusjon benyttes. I noen grad benyttes disse tiltakene også når

barnet alt har vært 3-4 år i barneverntiltak. Det er svært små sjanser for at tiltakene benyttes i 1.-2. år i barneverntiltak.

Tiltakstypene fosterhjem og institusjon brukes i noe forskjellig grad av gutter og jenter. Selv om vi ikke kan sammenlikne odds ratio for kjønn i de to analysene direkte, tyder analysene på at jenter i noe større grad enn gutter kommer i fosterhjem.

Små barn under skolealder har vesentlig større sjanse enn eldre barn og unge for å bli plassert i fosterhjem som omsorgstiltak. Ungdom blir langt oftere plassert i institusjon (inntil de er 18 år). I dette materialet hadde også de unge som var blitt over 18 år i 2002, men som hadde barnevernerfaring fra tidligere på nittitallet, også ofte hatt institusjonserfaring

Det var oftere slik at de som kom i fosterhjem hadde norsk bakgrunn enn utenlandsk bakgrunn, sammenliknet med disse gruppens representasjon i det totale barnevernmaterialet. Derimot hadde barn med utenlandsk bakgrunn litt større sjanse enn dem med norsk bakgrunn til å ha vært i barneverninstitusjon på nittitallet, når andre forhold (som bl.a. lengde på barneverntiltak) er kontrollert for.

Bostedsregion i Norge slår ut ganske forskjellig for sjansen til å bli plassert i hver av de to hovedtypene av plasseringstiltak. Oslobarn hadde svært liten sjanse for plassering i fosterhjem som omsorgstiltak sammenliknet med barn i Nord-Norge. For institusjonsplassering er det motsatt, der kommer Oslo langt høyere enn Nord-Norge. Noe av det samme mønsteret fant vi for Østlandet utenom Oslo, men ikke så tydelig. Vestlandet kom litt høyere enn Østlandet ellers (Akershus, Oppland, Hedmark) mht sannsynlighet for institusjonsbruk.

Barnevernbarna synes å være en enda mer sårbar gruppe velferdspolitisk enn det som har framkommet innen annen forskning, annen kunnskap og offentlig debatt fram til nå. Det helseforebyggende arbeidet bør derfor bli prioritert opp vesentlig i den velferdspolitikken som føres overfor barnevernbarna og deres familier.

Summary

Lars B. Kristofersen

Health status of children in care

Disability and mortality, 1990–2002

NIBR Report 2005:12

This study comes in the wake of earlier studies of national longitudinal child welfare data at NIBR. NIBR's studies have generated a substantial amount of data on Norwegian children and adolescents in care for shorter or longer periods. The longitudinal studies aim in particular to provide information on children and adolescents in longer-term care because the indicators used by the national annual statistics do not allow one to differentiate between "this year's children" and children registered one or several years ago. In the current data, we follow children and adolescents with assistance at home from the child welfare services or in child care (foster homes or institutions) for time-periods up to 13 years. We also know which year they received help for the first time (i.e., their "debut year" – after 1990).

We analysed in this study duration of different forms of protective intervention, especially out of home care, from 1990 to 2002, i.e. the entire term. Analyses took particular note of the variables educational level, benefit for invalidity and mortality, variables which to date have not been subject to analysis in Norway. Data on invalidity benefit for, among other things, child welfare purposes, are available for 2002 while mortality data derive for the moment only from the longitudinal data sets analysed here to year end 2001.

International child welfare studies use the term "career". It is also used in Norwegian studies. Some children and adolescents in need come into contact with a range of services, such as school nurse /school health service; GP; school psychological service; child and

adolescent psychiatric polyclinic; family advice centres; rehabilitation services. Some children only see one of these services, others will be seen by several, concurrently or consecutively. A child welfare career is therefore less straightforward than analyses of child welfare and social security data alone tend to suggest.⁴

The number of children and adolescents continually or intermittently in care 1990–2002 is estimated just above 99,000. In the 13 years under study, the number of children and adolescents in care grew year on year. In 1990 and 1991, fewer than 20,000 children and adolescents were in care in either year. Following the coming into force of the revised Act on Child Welfare Services, January 1 1993, numbers continued to grow. In 1993, the child welfare service helped almost 26,000 children. That figure has been growing every year, up to and including 2002.

Many children received assistance or care for many of the years. Most of the children cluster towards the latter part of the period. As a percentage of all children with assistance/care between 1990 and 2002, only 17 per cent were assisted/in care in 1990, while the share in 2002 was 34.6 per cent.

In 1990, close to 17,000 children and adolescents were assisted/in care. Every year from 1991 to 2002, between 5,900 and 8,700 new children were added to the registers. 1992 saw the highest number of new registrations, while there were least in 1999. Since 1999, new registrations – i.e. children not previously assisted/in care during the 1990s – grew absolutely and proportionately.

Every year, many infants receive first-time intervention, but there is an influx of first-time youngsters as well. This means that the age of children and adolescents with assistance/in care will increase in this “longitudinal snapshot” as the years progress. It is useful to include children registered in the early 1990s because statistics continue to be compiled on educational level and, where appropriate, mortality and cause of death, for all children and adolescents (and their birth parents) after leaving care. Statistics are also compiled on disability benefit, social assistance and criminal record (charges brought).

In Norway 99,000 children and adolescents were looked after or in care managed by the child welfare services during the period 1990-

⁴ We refer the reader to an earlier study by Clausen (2004) which correlated child welfare data and data on criminal charges.

2002. Of these, slightly more than 8,400 were aged 0–5 in 2002 (i.e., above 8 per cent). Close to 26,000 (26 per cent) were 6–12, and slightly more than 24,500 (almost 25 per cent) were 13–17 in 2002. The majority, 39,800 (about 40 per cent) were at least 18 in 2002. Many of the 18-year-olds at the end of the period were first registered while still at school, and monitored across the threshold to adulthood. The eldest were about 32–33 in 2002 (i.e. the oldest registered individuals in the early 1990s).

There is wide variation in the length of time children and adolescents receive assistance or care. Most, slightly over 26,000 (very nearly 26 per cent), were registered for no more than one calendar year. This repudiates myths which, according to certain newspapers, thrive among parts of the public. When children and their parents end up in the “clutches” of the child protection authorities, extricating themselves is far from easy. This study shows, on the contrary, that the child protection agencies de-register considerable numbers under 18 every single year. Nearly 21,500 children and adolescents were registered two calendar years (about 22 per cent). Almost 14,000 children and adolescents (14 per cent) were registered three calendar years, and almost 9,900 (10 per cent) four calendar years. A few children/adolescents remained on the registers for ten or more years. This is close to 6,000 children and adolescents (about 6 per cent).

Over 10 per cent, or something in excess of 10,300 children, were in residential care for shorter or longer spells. For about half, the stay did not exceed one calendar year.

Close to 12 per cent (just above 11,500) were in foster care at some point between 1993 and 2002. Due to amendments of the Child Welfare Act in 1993, it is only possible to differentiate voluntary foster home placement from foster home placement as part of a protection plan (subsequent to adjudication by a county social welfare board) from 1992. Of children and adolescents for whom foster care was arranged, more than 8,900 were in foster care for more than one calendar year. Of these, nearly 3,700 children and adolescents had been in foster care for six or more calendar years.

More than 5 per cent of protected children and adolescents 1990–2002 received a basic benefit (grunnstønad) for disability in 2002. If we concentrate on recipients of active care in 2002 (almost 34,000 children and adolescents), 4.6 per cent received the basic benefit for disability.

To compare with the normal population of children and adolescents, 0–17: 2.7 per cent (about 34,900 children and adolescents) received basic or attendance benefit for disability in 2002.

One has also observed a pronounced mortality rate among children and adolescents in care 1990–2001, and also among their birth parents. About 700 children and adolescents, or about 0.8 per cent assisted by the child welfare services 1990–2001, died in this period.

There was a clear preponderance of boys over girls, and a clear preponderance of deaths among youths and young adults over younger age-groups. But deaths were recorded among pre-school children as well. 86 children were 5 years old or younger the year they died.

We also conducted an exploratory analysis of mortality and education level. Mortality rates were significantly higher for children and adolescents in child welfare with lower education levels.

Many of these young dead died a violent death. Violent deaths accounted for nearly 47 per cent of all deaths (333). 150 deaths were the result of intentional self-harm (suicide), and 20 the immediate or subsequent result of assault. Some deaths were the result of drug use. Altogether, 115 out of 368 deaths from diseases were the result of psychiatric disorders and behavioural disorders brought on by use of opiates/acute poisoning.

There were particularly high mortality rates among the children's birth fathers. 6,890 (7 per cent) of the children and adolescents had lost their birth father. Almost 3,680 (3.7 per cent) had lost their birth mother. Some – at least 615 children and adolescents – had lost both parents. There is a complicating factor here inasmuch as Statistics Norway are unable to match some of the children and young people with their birth parents. Some of these children could have lost their mother, their father or, indeed, both.

Concluding remarks

On the basis of the findings from this study further studies of former and current children in foster care are recommended. Certain indications from this longitudinal study suggest children in foster care live in substantially varying conditions. Living conditions of former residential care children (some children have experience of both types of placement, i.e. foster family and

institutional care) should also be studied more closely, and they should be monitored for some time after leaving care. A longitudinal study would lay bare the prominent structural features of children's living conditions and problems. But in a wider sense than has been the usual in research up to the present, users, families and, possibly, personnel, should be interviewed, to allow a more direct insight into and information about the complex processes characterising interaction between and among users, family members and the health and social services. Not least because the child welfare service has a supervisory role with certain legal implications and which touches on the powers of the county social welfare boards and the judicial system. On the other hand, certain child welfare parental groups are more conscious of their legal entitlements today, partly because the child welfare service is dealing with many more families, both absolutely and proportionately, than ten or fifteen years ago. Some parents and children feel "trampled over" by the child welfare service and may if they see fit submit their case to the county governor for adjudication or file an appeal to the civil courts.

It has gone largely unnoticed in the public debate up to now that so many current and former foster or residential care children are eligible by the degree of their ill health or injuries for basic or attendance benefit for disability. There is a stronger preponderance of disability among this group than among children and young people in general. The mortality rate is significantly higher both among currently or formerly looked after children and adolescents and their birth parents. This comprises death from natural causes and death as a result of violence (accidents, self-inflicted harm, homicide). The welfare of these children and young adults appears significantly more fragile than has been acknowledged thus far by this and other areas of research and the public in general. Preventative action should therefore be secured much greater prominence in policy making concerning children in care and their families.

The study was commissioned by the Research Council of Norway and the Ministry of Children and Family Affairs.

1 Bakgrunn og problemstillinger

Denne studien er en videreføring av flere tidligere studier av longitudinelle nasjonale barneverndata ved NIBR⁵. Disse studiene har etter hvert dannet et betydelig kunnskapsgrunnlag om norske barn og unge som har hatt kortere eller mer langvarige tiltak av barneverntjenesten (Kristofersen & Sandbæk 1994; Kristofersen 1996; Kristofersen, Clausen, & Jonassen 1996; Jonassen, Clausen, & Kristofersen 1997; Clausen 1998; Clausen 2000; Clausen 2003; Clausen & Kristofersen 2003; Kristofersen 2003; Clausen 2004; Kristofersen 2004a). De longitudinelle studiene søker særlig å bidra med kunnskap om barn og unge som har langvarige tiltak av barnevernet.

Forskning viser at jo yngre barna er når de får tiltak første gang de plasseres i fosterhjem eller institusjon, dess større er sjansen for at plasseringstiltak utenfor hjemmet fortsetter. Jo lengre tiltaket har vart, desto større er sjansen for at det fortsetter (Kristofersen 2003).

I foreliggende undersøkelse analyseres hvordan varigheter av ulike typer av barneverntiltak, særlig plasseringstiltak forløper i hele perioden 1990-2002. Spesielt analyseres dette i forhold til utdanningsnivå, uføretrygd og dødelighet. Disse siste forholdene er tidligere ikke analysert i Norge.

Clausen har analysert varigheter av tiltak i perioden sett opp mot bl.a. kriminalitet (Clausen 2004). Hans resultater viser bl.a. at fysisk mishandling økte risikoen for å bli siktet for en forbrytelse med opp mot 50 % sammenliknet med barneverns klienter som ikke hadde vært utsatt for omsorgssvikt. For dem som var registrert med flere typer omsorgssvikt, økte risikoen ytterligere.

⁵ Data er levert av Statistisk sentralbyrå (SSB) etter spesialbestilling av NIBRs forskere i prosjektet "Levekår og marginalisering blant barn og unge som har vært i barneverntiltak 1990-2003. En longitudinell studie". Prosjektet ble finansiert av Norges forskningsråd i perioden 2002-2004.

De longitudinelle studiene søker, som nevnt ovenfor, særlig å bidra med kunnskap om barn og unge som har langvarige tiltak av barnevernet. Den årlige nasjonale barnevernsstatistikken gir ikke data for varighet av barneverntiltak bortsett fra at den skiller mellom ”årets nye klienter” og de som har hatt tiltak også foregående år.

Betegnelsen ”nye barn og unge i tiltak” i årsstatistikken er ikke helt korrekt. Når man leser notene i SSBs barnevernstatistikk, betyr ”ny klient” at vedkommende ikke hadde barneverntiltak året før. NIBRs forskning viser imidlertid at en del barn og unge går ut av og inn igjen i barneverntiltak opptil flere ganger fra de er små og til de når 18-22 årsalderen. Ingen går inn igjen i tiltak etter fylte 18 år, men unge kan være i frivillige tiltak fra før de er 18 år og inntil de fyller 23 år. For eksempel kan en 10-åring som har et barneverntiltak i 2002, registreres i statistikken som ”ny klient” i betydningen at vedkommende fikk et nytt barneverntiltak i 2002, og ikke hadde barneverntiltak i 2001, da vedkommende var 9 år. Vedkommende kan likevel ha hatt et barneverntiltak i perioden 1993-2000. Dette sjekker man ikke opp i forbindelse med produksjonen av de årlige barnevernstatistikkene i SSB.

I statistikk fra SSB (Statistisk sentralbyrå 2003) framgår at 2,1 prosent av alle barn under 18 år hadde tiltak av barneverntjenesten i løpet av 2002. Ser man også på de som er over 18 år, er de forholdsvis få. Tar man dem inn i rateberegningen, blir raten derfor lavere.

Ser vi i stedet på hvor stor andel av barn og unge som har hatt barneverntiltak i perioden 1990-2001/2002, er tallene helt annerledes.

Da får man som resultat at om lag 6 prosent av barne- og ungdomsbefolkningen har hatt slike tiltak i denne 12-årsperioden. Dette betyr at en del av tiltakene har rask ”omløpshastighet”. Enkelte barn er inne bare ett år eller mindre, og er så ute av tiltak igjen. Andre barn er inne i to kalenderår. Noen er inne et år, har så en kortere eller lengre ”tiltaks pause” og får deretter tiltak i en viss periode igjen. Det er relativt få barn og unge som er lenge i barneverntiltak.

Hensikten med foreliggende arbeid er å studere klientkarrierer i barneverntiltak, og hvordan det går med barna⁶ med hensyn på

⁶ For enkelhets skyld benytter vi ofte kortformene ”barnevernbarn” i den løpende teksten i denne rapporten når vi mener ”barn og unge med tiltak

helseforhold. Vi analyserer i hvilken grad barna får grunn- og /eller hjelpestønad for uførhet, samt dødsfallsdata om barn, unge og deres biologiske foreldre.

Det blir stilt spørsmål om barn og unge som er eller har vært i barneverntiltak på 1990-tallet får hyppigere grunn- eller hjelpestønad for uførhet sammenliknet med barn og unge i befolkningen generelt. Dette har man fram til i dag ikke hatt kunnskap om her i landet. Det blir også stilt spørsmål om i hvilken grad barn, unge og unge voksne som er eller har vært i barneverntiltak dør, i hvilke aldersgrupper dette skjer og av hvilke hovedgrupper av dødsårsaker. Dødsfall og hovedgrupper av dødsårsaker for barnevernbarnas biologiske mødre og fedre blir også analysert. Her har man ikke noe egnet nasjonalt sammenlikningsmateriale, fordi det hittil ikke er foretatt analyser av dødsfall og dødsårsaker hos norske mødre og fedre generelt.

I denne rapporten redegjøres i neste kapittel for metode og data. I kapittel 3 drøftes de teoretiske aspektene i forbindelse med denne typen analyser av vanskeligstilte barn og unge. I kapittel 4 analyseres det vi kaller karriereveier i barneverntiltak, herunder hvor mange barn og unge som er i alle typer av tiltak samlet (både hjemme hos biologiske foreldre og plasseringer utenfor hjemmet), og hvor lenge de har barneverntiltak. Videre analyseres i dette kapitlet hvor mange barn og unge som har vært i barnevern-institusjon i perioden, hvor mange som har vært i fosterhjem og varigheter av slike tyngre tiltaksformer. I kapittel 5 gjennomgås analyseresultatene med hensyn til barn og unges bruk av grunn- og hjelpestønad for uførhet. I kapittel 6 vises resultater med hensyn på de viktige helseindikatorene dødsfall hos barn og unge og dødsfall hos deres biologiske foreldre. I denne sammenhengen redegjøres det også for hovedgrupper av dødsårsaker. I kapittel 7, analyseres sjansene for ulike barnevernkarrierer ut fra noen bakgrunnskjenntegn ved barna. I sluttkapitlet foretas en oppsummering og drøfting av hva disse funnene kan bety med hensyn til barnevernbarns levekår. Her foretas også en kort drøfting av noen av de utfordringer funnene representerer for både barneverntjenesten og for helsetjenesten.

av barneverntjenesten” og ”barn” når vi mener ”barn, unge og unge voksne”. Med barn og unge i denne studien mener barn fra spedbarnsalder (”0-åringer”) og opp til ungdom når de går endelig ut av barneverntiltak (23 år). Disse unge voksne er i denne studien fulgt opp ytterligere. De eldste som var i barneverntiltak tidlig på nittitallet, ble fulgt til de var 32-33 år i 2001/2002.

2 Data og metode

I dette arbeidet analyseres nasjonale individdata for barn i barneverntiltak for perioden 1990-2002. Data er spesialbestilt i Statistisk sentralbyrå (SSB) og tilrettelagt for analyser ved NIBR. 2001-data og 2002-data er koblet til etter at prosjektet startet i 2002.

Materialet for perioden 1990-1992 har noe ulike kjennemerker og kvalitet sammenliknet med materialet for perioden 1993 og utover (Clausen 2000). I enkelte analyser er det derfor kun tatt høyde for utviklingen i perioden 1993-2000.

I perioden 1990-2002 var det i alt 99.014 barn og unge i barneverntiltak her i landet. Dette er tall hvor Statistisk sentralbyrå har koblet fødselsnumrene på barn og unge de respektive årene og sjekket at det ikke er dubletter på skjemaene, og på denne måten sikret at man teller barna og de unge bare de årene de er inne i tiltak.

Den koblede filen som ligger til grunn for analysene ved NIBR er anonymisert fra SSB sin side, og personnumrene SSB benyttet i koblinger/kvalitetskontroll er erstattet med tilfeldige løpenumre.

Data er også koblet til data fra flere andre statistikkområder enn individstatistikken barnevern. Det ble i SSB foretatt koblinger mot *befolknings- og familiestatistikk* (data om foreldre, deres sivilstatus, antall levendefødte barn for mødrene mv), *utdanningsdata* (data om barnet/den unges, mødrenes og fedrenes høyeste individuelle utdanningsnivå), *inntektsstatistikk*, *sosialhjelpsstatistikk*, *trygdestatistikk* (grunnstønad og hjelpestønad for uførhet for barnevernbarn), *dødsårsaksstatistikken* (gjelder dødsfall med dødsår og hovedgrupper av dødsårsaker for både de barn/unge som hadde vært i barnevern, og deres mødre og fedre fram til og med 2001). Det er også koblet til *kriminalitetsdata* (siktelsler for

forbrytelser) for de barnevernbarna /ungdommer som dette gjelder for⁷.

Data er analysert gjennom tabellanalyser, bruk av figurer/diagram og ved hjelp av logistiske regresjonsanalyser.

⁷ Mer fullstendige oversikter over kjennemerker i materialet finnes ved NIBR/NOVA og i konsesjon gitt prosjektet fra Datatilsynet. Prosjektet har også innhentet de nødvendige tillatelser fra de berørte departementer.

3 Teoretiske aspekter

3.1 Karrierebegrepet

Karrierebegrepet er et hovedbegrep som benyttes i denne studien. Spesielt framheves en tidlig tradisjon innen amerikansk sosiologi hvor man så på unges karrierer innenfor skole og utdanning, og studerte avvikskarrierer ut og inn av hjelpeapparat og fengsler (Becker 1963; Marshall 1998). Det er innenfor denne delen av sosiologien tidligere drøftet avviksroller, avvikende karakterer og anomiteori (Cohen 1966). Stigma er også et sentralt begrep, dette er et negativt trekk som hefter ved den som avviker. Cohen viser til Goffman i sin drøfting av avviket som en rolle som mange ser verdimelessig negativt på, og man benytter begrepet ”moral-” karriere (Cohen 1966:36). Andre forfattere har også drøftet karrierebegrepet både i yrkessammenheng og i sammenheng med avvikskarrierer, både stoffmisbruk og rollen som psykiatrisk pasient (Abercombie, Hill, & Turner 1994; Marshall 1998). Selv om disse studiene og begrepsdrøftingene ikke omhandler barn i barneverntiltak spesifikt, kan avviksbegrepet og avvikskarrierer benyttes også i slike studier. Barn i barneverntiltak utsettes ofte for noen av de samme typer av stigma som Cohen og Goffman drøfter.

Innenfor psykiatri og mental helsesosiologi foreligger studier av karrierer innenfor psykisk helseapparat, hvor de store sykehusene og pasientkarrierer i den forbindelse var sentrale (Goffman 1968; Løchen 1970). Sykerollen, avvik og avvikskarrierer drøftes, og også spillet mellom pasienter, behandlingsinstitusjon, dels også pårørende. Studiene viser at bl.a. stigmatisering av disse pasientene var et avgjørende problem i forbindelse med det å bli bedre og komme seg ut av sykehusene. Løchen drøfter den diagnostiske kultur i de psykiatriske sykehusene. Denne kulturen blant de ansatte bidro på 1970-tallet bidro til å tolke mye av pasientenes

atferd innenfor en sykerolle Dette gjaldt og atferd som kunne være sunn eller adekvat ut fra de påkjenninger pasientene ble utsatt for.

I dag er det få pasienter i psykiatriske sykehus. Det er likevel for enkelte formål nyttig å benytte karrierebegrepet også for personer som får hjelp utenfor sykehus, siden poliklinisk virksomhet står for et mer betydelig behandlingsvolum. Og for mange dreier poliklinisk behandling i psykiatrien seg om å få behandling over mer enn et år i løpet av oppveksten.

Scheff har supplert avviksteori innen mental helsesosiologi ved hjelp av begrepet restavvik (residual deviance, residual rule-breaking) som dreier seg om den typen avvik som er vanskelig å forstå for andre (Scheff 1966)⁸.

På tilsvarende måte som mellom pasienter, helsetjenesten og pårørende i psykiatrien, foregår det også i barneverntjenesten et samspill mellom barnet/den unge som skal få hjelp, barnevernprofesjonen og pårørende.

I barnevernstudier er karrierebegrepet en del benyttet internasjonalt. Vi har også benyttet det i tidligere norske studier. I våre studier mener vi med barnevernkarriere den prosessen hvor barnet møtes med ulike typer av tiltak fra barneverntjenesten over tid, samt at tiltakene endres og eventuelt avsluttes. Grunnen til at tiltakene iverksettes er at barneverntjenesten finner at barnets utvikling eller helse er skadet eller står i alvorlig fare for å bli det av forhold som omtales i Lov om barneverntjenester. Barnet er enten blitt utsatt for skadelige hendelser som barneverntjenesten vurderer at foreldrene skulle ha klart å skjerme dem bedre mot, foreldrene har selv påført barnet skader eller den unges atferd utvikler seg slik at vedkommende skader seg selv eller andre. Disse forholdene foregår som regel i prosesser over flere år. Både livshendelsene, atferden og barneverntiltakene som iverksettes, endres og eventuelt avsluttes, har innflytelse på barnets oppvekst og ofte på den unges videre livsløp. Både barnet, dets foreldre, helsetjenesten, barneverntjenesten, skolen og andre aktører kan påvirke utviklingen av karrieren gjennom ulike typer av atferd eller tiltak. Med karriere mener vi både de formelle sidene ved tiltakskjedene som kan beskrives i tiltakstyper, men også mer uformelle sider og ikke intenderte konsekvenser av tiltakene.

⁸ Jfr. "Galebevegelsen" i Danmark, som ikke ønsket at man kalte dem psykiatriske pasienter, de ville ha betegnelsen "de gale".

Karrierebegrepet kan kritiseres. Det anlegger et modellsyn, enkelte vil hevde at det ikke finnes noen typiske karrierer, men at alle mennesker lever sine egne liv, med sine egne atferdsvalg. For personer som får hjelp av ulike former for hjelpeapparater, er det ikke bare personenes egne handlingsvalg som er med å forme ”barnevernkarrieren”. Det er i høy grad også avhengig av andre personer rundt vedkommende barn og unge hvordan saken forløper i hjelpeapparatet. Foreldrene har mye å si for valg av tiltak. Det samme har de ansatte i den kommunale og statlige barneverntjenesten og medlemmer i fylkesnemnda. Advokater på begge sider spiller også inn. I saker med ungdom over 15 år kan det være snakk om tre parters advokater: den unges, foreldrenes og kommunens.

Man har altså ikke bare såkalte ”rene” barnevernkarrierer eller rene forløp i barnevernets hjelpeapparat, en del barn og unge trenger hjelp fra flere hjelpetjenester, som for eksempel helsesøster-tjeneste/skolehelsetjeneste, fastlege, pedagogisk psykologisk tjeneste, barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, familiesenter eller habiliteringstjeneste (Kristofersen 2004; Wessel Andersson og Hatling 2003; Haugland 2004; Sandbæk 1995, 2002; Backe-Hansen 1995). Noen ganger søkes hjelp fra ulike instanser i en form for ”serie”. Det kan være at hjelpetjenestene selv foreslår at andre overtar som kan mer om den problematikken som etter hvert blir ”avdekket”. Eller det kan være den unge/barnets foreldre som ønsker hjelp fra en annen instans. Enkelte ganger kommer hjelpen fra flere instanser samtidig.

3.2 Nyere forskning

Tidligere NIBR-forskning har vist at det er både hyppigere plasseringer⁹ og mer langvarige plasseringer utenfor hjemmet (fire år

⁹ I 1990-1992 skjedde alle plasseringer som omsorgstiltak (gammel barnevernlov). Men etter at ny barnevernlov ble iverksatt fra og med 1993 hadde man først få plasseringer som hjelpetiltak, nesten alle plasseringer ble foretatt som enten omsorgs- (BVL §4-12) eller atferdstiltak (§4-24, §4-26). Begge disse tiltaksformer krever fylkesnemndsvedtak. Atferdstiltakene benyttes særlig overfor ungdom med alvorlige atferdsvansker (blant annet ved alvorlig og gjentatt kriminalitet eller vedvarende misbruk av rusmidler). Utover på midten og slutten av 1990-årene økte tallet på plasseringer utenfor hjemmet som ledd i frivillige hjelpetiltak (§4-4, 5.ledd). Dette skjedde i sær for eldre barn og unge. For de minste barna er de fleste plasseringene fortsatt gjenstand for fylkesnemndsvedtak, i hvert fall hvis de får noen varighet av betydning.

eller mer) i de 13-14 største byene enn i landet for øvrig. Sjansene for å forbli i plasseringstiltak utenfor hjemmet året etter er lavere for barn og unge som bor på Vestlandet sammenliknet med barn fra andre landsdeler. Ved samtidig analyse av landsdel og storby (over 40.000 innbyggere) viser landsdel den største effekten, slik at storby ikke lenger er signifikant (data for perioden 1991-1996/97) (Kristofersen 2003).

Det er også påvist at antall år i barnevernstiltak er en selvstendig faktor når det gjelder å forklare at sjansen til å forbli i plasseringstiltak det etterfølgende året øker. Små barn og skolebarn i plasseringstiltak har en større sjanse til å forbli i plasseringstiltak året etter enn unge (14-16 år), selv etter kontroll for tidligere år i tiltak. Kjønn spiller en relativt liten rolle for sjansen til å forlate plasseringstiltak, men kontrollert for andre forhold hadde gutter en litt større sjanse enn jenter til å forlate plasseringstiltak (Kristofersen 2003).

Det er også mindre sjanse for at barn og unge som bodde sammen med begge sine foreldre før plasseringen forblir i plasseringstiltak året etter, sammenliknet med barn av aleneforsørgere. Barn av foreldre med sosialhjelp som viktigste kilde til livsopphold, hadde også mindre sjanse til å forlate plasseringstiltak året etter enn barn hvis foreldre hadde inntekt av eget arbeid. Det samme gjaldt barn av mødre med lav utdanning (under ti år) sammenliknet med barn av mødre med midlere (ti-tolv år) eller høy utdanning (13 år og over)(Kristofersen 2003).

Også problemforhold som ligger til grunn for saken har vært analysert i forhold til karrieremønstre. Et svært tydelig funn er at tiltaksgrunnlag som omsorgssvikt og mishandling, foreldres rusmisbruk, foreldres psykiske lidelse og barnets atferd (for eksempel kriminalitet) i vesentlig grad bidrar til at barnet ikke skrives ut av plasseringstiltak etterfølgende år.¹⁰

Clausen har studert barnevernkarrierer i perioden 1990/1993-2000/2001 (Clausen 2000; Clausen 2003; Clausen 2004). Nytt i forskning om barnevernkarrierer fra NIBR er at vi også analyserer kriminalitet og barnevernkarrierer, sosialhjelpsbruk og barnevernkarrierer og trygdebruk (grunnstønad og hjelpestønad for uførhet) og barnevernkarrierer. Vi har også begynt å analysere barnevernbarnas (de unges) utdanningsforløp (utdanningslengde målt i antall

¹⁰ I de logistiske regresjonsanalysene har vi da sammenliknet med det mer generelle tiltaksgrunnlaget "forholdene i hjemmet" som referansekategori.

år). Tidligere har vi kun analysert utdanningslengde for foreldrene og benyttet dette som en indikator på sosioøkonomisk status (Jonassen 1996; Kristofersen et al. 1996). I dette notatet publiseres for første gang tall for bruk av stønad for uførhet blant barn i barnevern og tall for dødsfall (dødelighet) blant ulike grupper av barnevernbarn. Også dødsfall blant foreldrene blir analysert¹¹.

Med utvidelser av karrierestudiene, både når det gjelder varighet og tallet på variabler som er hentet inn fra ulike statistikker/registre, blir studiene stadig mer levekårsorientert. Man vektlegger ikke bare tiltakene, men også hvordan det går med barna/de unge på ulike livsområder. Familiesituasjonen er her også innbefattet (formell situasjon, data om øvrige samboerforhold er ikke tilgjengelig i personregisteret i Norge).

¹¹ Funnene om mortalitet blant barn og foreldre har tidligere vært presentert og drøftet på to engelsk- norske barnevernforskerseminarer (Anglo-Norwegian Child Welfare Seminar, først i Windsor Great Park, UK, 21.-22. juni 2004 og seinere på Lillehammer, 9.-10. juni 2005). (Kristofersen 2005)

4 Karriereveier i barneverntiltak

I dette kapitlet tar vi opp økningen i antall barn og unge i barneverntiltak på nittitallet og inn i de første årene av 2000-tallet. Et av temaene for analysen er hvor mange barn og unge som har vært i barneverntiltak totalt i trettenårsperioden 1990-2002. Vi analyserer hvor mange nye barn det er i tiltak hvert av årene i denne perioden, samt varigheter av barneverntiltakene for grupper av barn og unge. Især analyseres også antall tilfeller av plasseringer i barneverninstitusjon (som omsorgstiltak) og fosterhjems plasseringer for det enkelte barn. Varigheter av plasseringer i fosterhjem (antall år) blir også analysert.

4.1 Alle typer av tiltak

Først skal vi analysere økningen i barn og unge som har vært i barneverntiltak i perioden fra 1990 og utover på nittitallet, situasjonen ved årtusenskiftet og de to årene som har gått etterpå, fram til og med 2002.

Tabell 4.1 nedenfor viser hovedtrekkene i denne utviklingen år for år.

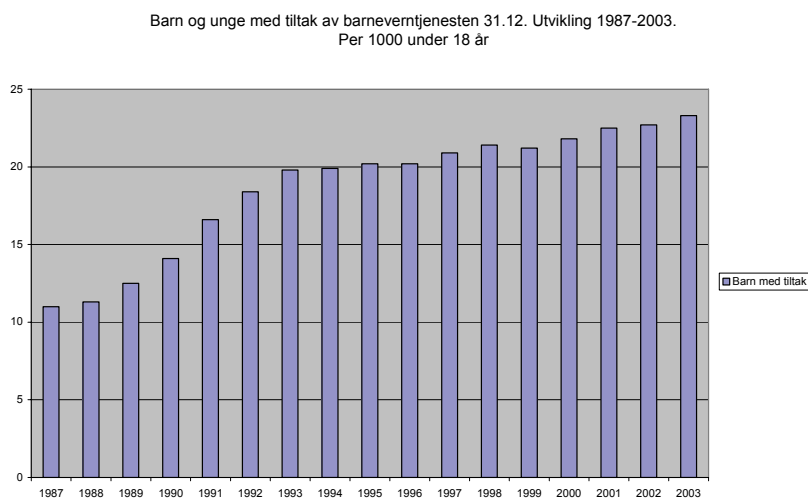
Tabell 4.1 *Antall barn og unge i barneverntiltak hvert av årene 1990-2002. Absolutte tall og prosent*

År	Antall barn og unge i barneverntiltak det respektive år	Prosentandel av alle barn i barneverntiltak 1990-2002 som er i tiltak det enkelte år
1990	16.916	17,1
1991	19.441	19,6
1992	22.895	23,1
1993	25.778	26,0
1994	26.687	27,0
1995	28.013	28,3
1996	28.529	28,8
1997	29.500	29,8
1998	30.029	30,3
1999	30.614	30,9
2000	31.672	32,0
2001	33.073	33,4
2002	34.041	34,4
Sum over årene 1990-2002 ¹²	99.014	100,0

Som det framgår av tabellen, har antallet barn og unge som har vært i barneverntiltak i hele eller deler av perioden 1990-2002 kommet opp i 99.014. I alle de 13 årene har tallet på barn og unge som har vært i tiltak i løpet av året øket. I 1990 og 1991 var det under 20.000 som var i barneverntiltak hvert av årene. Etter at ny lov om barneverntjenester ble gjort gjeldende fra 1.1.1993, har tallet vært økende. I løpet av 1993 hadde nær 26.000 barn og unge vært i barneverntiltak. Fram til utgangen av 2002 har antallet vært økende hvert eneste år. Flere barn har vært i tiltak mange av årene. De seinere årene dominerer klientsammensetningen. I løpet av 1990 var kun 17 prosent av alle klientene i hele perioden i tiltak, mens i 2002 var hele 34,4 prosent av alle klientene i hele perioden i tiltak.

¹² Tallet er justert for doubletter. Et barn eller ungdom som er med i tiltak flere år er bare talt med en gang i dette sumtallet. Det er også viktig å være klar over at tallet gjelder *barn og unge* og ikke saker (en sak kan enkelte ganger for eksempel omfatte to eller tre søsken).

Figur 4.1 *Barn og unge med tiltak av barneverntjenesten 31.12. Utvikling 1987-2003. Per 1000 under 18 år*



Figur 4.1 illustrerer andelen barn og unge (per 1000 under 18 år i hele befolkningen) som var i barneverntiltak hvert år de respektive årene 1987-2003. Det er tatt med tre år før starten på det longitudinelle materialet og et år etter for å vise utviklingen før og etter registreringsperioden i vår undersøkelse. Som det framgår var raten for barn i barneverntiltak inne i en kraftig økning også rett før vi begynte den longitudinelle registreringen. Økningen flatet ut i perioden 1993 til 1995. Fra 1995 til 1996 lå raten uendret, for så å øke igjen. Økningen i raten skjedde for øvrig hvert år unntatt fra 1998 til 1999 hvor man hadde en liten nedgang. Og økningen fortsatte fra 2002 til 2003. Grafen illustrerer ikke det poenget som framkom om de longitudinelle dataene i figur 4.1, men gir kun ”øyeblikksbilder” av totalen ved utgangen av hvert år slik den årlige barnevernstatistikken fra SSB framstår. Det er likevel viktig også å ha dette bildet med seg.

I tabell 4.2 framgår hvor mange nye barn og unge som kom inn i tiltak denne perioden. Unntatt er året 1990 som var startåret for vår longitudinelle studie. Dette året ble alle barn og unge i barneverntiltak tatt med i analysen.

Tabell 4.2 *Antall nye¹³ barn og unge i barneverntiltak hvert av årene 1990-2002. Absolutte tall og prosent*

Kalenderår	Antall nye barn og unge i barneverntiltak hvert av årene	Prosent
1990	16.916	17,1
1991	8.068	8,1
1992	8.714	8,8
1993	7.862	7,9
1994	6.377	6,4
1995	6.552	6,6
1996	6.242	6,3
1997	6.393	6,5
1998	6.111	6,2
1999	5.942	6,0
2000	6.417	6,5
2001	6.690	6,8
2002	6.730	6,8
Total	99.014	100,0

Som vi ser av tabell 4.2, er det for hvert av årene 1991-2002 fra vel 5.940 til vel 8.7 00 nye klienter i barneverntiltak. Flest nye klienter var det i 1992, men dette har selvsagt med å gjøre at vi har definert startperioden bare et par år tidligere. Det er verdt å legge merke til at i 2001 og 2002 registrerte man et høy antall nye klienter (henholdsvis nær 6.700 og nær 6.750) kontrollert for at man i hele perioden tidligere (1990-2000/2001) ikke hadde vært i tiltak. Dette betyr at barneverntjenesten i tillegg til å jobbe med barn og unge som tidligere har vært i "systemet", stadig rekrutterer et betydelig antall nye og for dem ukjente¹⁴ barn og unge.

¹³ "Nye barn og unge i tiltak" betyr her barn som tidligere ikke har vært i barneverntiltak tidligere i perioden 1990-2002. Vår begrep for nye barn i tiltak må ikke forveksles med begrepet nye barn i tiltak i SSB's årlige individstatistikk for barnevern. Der betyr begrepet nye barn i tiltak bare nye i forhold til kalenderåret før. SSB opererer av denne grunn altså med et mye høyere tall for nye i hvert av årene i denne perioden (unntatt 1991) enn det vi gjør i dette prosjektet.

¹⁴ Barna har ikke vært i tiltak før på 1990-tallet, og er på den måten "ukjente for barnevernet". Men barneverntjenesten kan tidligere ha fått melding om dem og også ha undersøkt saken deres og tidligere konkludert med at barnet ikke skulle ha tiltak. Da vil de her fortsatt bli definert som "nye i tiltak" i 2001 og 2002.

Tabell 4.3 *Aldersfordeling 2000 for barn og unge i barneverntiltak hele eller deler av perioden 1990-2002. Absolutte tall og prosent*

Aldersfordeling år 2000	Antall barn og unge	Prosent
Ikke født	1.088	1,1
0-5 år	13.327	13,5
6-12 år	29.295	29,6
13-17 år	24.392	24,6
18+ år	30.475	30,8
Total	98.577	99,6
Missing	437	0,4
Alle	99.014	100,0

En del av disse unge, som hadde vært i tiltak tidligere, var i aldersgrupper helt opp til vel 30 år i år 2000. Hovedtyngden av klientene, nær 70 prosent i år 2000, var likevel i aldersgruppen 0-17 år. Som det framgår av tabell 4.3 var det vel 1.000 barn som kom inn i tiltak som spedbarn i 2001 eller som spedbarn eller ettåringer i 2002 (de var ikke født i år 2000).

Aldersgrensene for hvor lenge man kan være i barneverntiltak har variert litt i løpet av 13 års perioden. I 1990-1992 kunne man være i barneverntiltak helt opp til fylte 23 år. Tiltaket måtte være startet før vedkommende fylte 18 år, og kunne bare være frivillig når vedkommende var blitt myndig. I perioden 1993-1997 var øvre aldersgrense 20 år for hvor lenge den unge frivillig kunne få beholde barneverntiltak som var startet før vedkommende var 18 år. I realiteten har enkelte kommuner gått over denne grensen, og har innrapportert enkelte ungdommer i aldrene 21 og 22 år også i denne perioden. I 1998 justerte Stortinget og barnevernmyndighetene igjen (etter press fra blant annet Landsforeningen for barnevernbarn) øvre aldersgrense for å beholde tiltak tilbake til den opprinnelige fra før 1993: 23 år.

I tabellene 4.3 og 4.4 vises kun aldersfordelingen av barnevernbarna slik den var de to årene 2000 og 2002 (nær slutten og helt på slutten av observasjonsperioden). Alle disse klientene var ikke lenger i aktivt tiltak (jfr. tabell 4.1 som viser hvor mange det gjaldt). Vi viser imidlertid aldersfordelingen for alle fordi vi har fulgt alle barnevernbarna med hensyn på blant annet stønad for uførhet og dødsfall i ettertid.

Tabell 4.4 *Aldersfordeling 2002 for barn og unge som er/har vært i barneverntiltak hele eller en del av perioden 1990-2002. Absolutte tall og prosent*

Alder i 2002	Antall barn og unge	Prosent
0-5 år	8.446	8,5
6-12 år	25.794	26,1
13-17 år	24.537	24,8
18+år	39.800	40,2
Total	98.577	99,6
Missing	437	0,4
Alle	99.014	100,0

Hovedtyngden av klientene, om lag 60 prosent ved slutten av perioden, er fortsatt i aldersgruppen 0-17 år. Fortsatt har vi med vel 8.400 småbarn, som var under skolealder (0-5 år) i 2002. I tillegg til aldersgrensen for barneverntiltak, opererer dette prosjektet med en høyere aldersgrense. Barn og unge blir fulgt på registerbasis med hensyn til bla. høyeste utdanningsnivå, sosialhjelp, grunn- og hjelpstønad for uførhet, siktelser, dødsfall (og dødsårsak) og foreldres eventuelle dødsfall (og årsak). Dette innebærer at de eldste unge voksne som kan være med, er dem som var 17-18 år i 1990, og som var kommet opp i 29-30 års alderen i 2002. Det er ikke så veldig mange som er så gamle, men en del har blitt 25-26 år i 2002.

Også foreldrene varierer betydelig i aldersspenn. Vi har data om foreldre til små barn i barneverntiltak i 2002 som selv bare var 17-18 år dette året. De eldste foreldrene, som var i 55-60 års alderen i 1990, var kommet opp i aldersgruppene over 67 år i 2002. Hovedtyngden av foreldrene var imidlertid i alderen 20-49 år i 2002, dette gjaldt for mødrene til 73 prosent av barna og for fedrene til 59 prosent av barna. En del fedre var også i aldersgruppen 50-59 år i 2002. Dette gjaldt for fedrene til 24 prosent av barna. Vel 2.000 av barna (2,1 prosent) hadde fedre som var 67 år og over i 2002. Kun 0,4 prosent av barna (n= 370) hadde mødre som var alderspensjonister i 2002.

Hittil har vi kun sett på det totale materialet, altså alle som har vært i barneverntiltak i minst et av de aktuelle årene og deres foreldre¹⁵.

¹⁵ OBS: Foreldreberegningene inneholder dubletter, siden en mor og en far som har to eller flere barn i tiltak, blir talt med en gang for hvert av

Før vi går over til å analysere hvordan det har gått med barna og de unge når det gjelder høyeste utdanning, eventuell uførestønad og dødelighet, skal vi se litt mer på de typer av barneverntiltak barna har fått.

De fleste barn og unge har fått tiltak mens de bor hjemme: Slike tiltak er blant annet økonomisk stønad, barnehage som barneverntiltak, støttekontakt, tilsyn og weekendhjem. Likevel har en vesentlig del av de aktuelle barn og unge for en kortere eller lengre periode vært plassert utenfor hjemmet.

Det finnes et stort antall ulike karrieretyper over alle disse årene. Mange barn har kun fått et enkelttiltak, mens andre barn har fått kombinasjoner av ulike tiltak. Vel en firedel av de 99.014 barnevernbarna har bare vært i tiltak i et kalenderår, dette gjelder vel 26.000 barn og unge (jfr. tab. 4.5).

Tabell 4.5 *Barn og unge etter antall år de har vært i barneverntiltak i perioden 1990-2002. Absolutte tall og prosent*

Antall år	Antall barn og unge	Prosent
Maksimum 1	26.058	26,3
” 2	21.497	21,7
” 3	13.889	14,0
” 4	9.868	10,0
” 5	7.314	7,4
” 6	5.452	5,5
” 7	3.892	3,9
” 8	2.909	2,9
” 9	2.185	2,2
” 10	1.818	1,8
” 11	1.527	1,5
” 12	1.308	1,3
” 13	1.297	1,3
Total	99.014	100,0

Som det også framgår av tabell 4.5, har vel 35 prosent har vært i tiltak 2-3 kalenderår. De som har vært i tiltak flere år behøver ikke

barna. Dette er fordi vi foretar en analyse hvor det er barn og ikke foreldre som er enheter i analysen. I en analyse hvor man eventuelt var særlig interessert i foreldrene som telleenheter, kunne man generert en foreldrefil som var ”rensket for” dubletter.

ha vært i tiltak sammenhengende, vi har også regnet med tilbakekomst i tiltak etter utskrivning. Vel 17 prosent har vært i tiltak 4-5 kalenderår. De resterende, vel 20 prosent, har vært i tiltak i 6-13 kalenderår.

Sjansen for å bli plassert utenfor hjemmet øker med antall år barn og unge har vært i barneverntiltak. Dette gjelder både for plassering i institusjon, men særlig for plassering i fosterhjem som omsorgstiltak.

Blant vel 26.000 barn og unge som kun har vært i barneverntiltak kun i ett kalenderår, hadde bare ca 3 prosent vært i barneverninstitusjon. For hvert eneste ekstra år barna hadde vært i barneverntiltak økte sannsynligheten for bli plassert i institusjon. Relativt få barn hadde vært i barneverntiltak så lenge som 12-13 år, men blant disse vel 2.500 barna hadde om lag 36 prosent vært i barneverninstitusjon.

Blant dem som bare hadde vært i barneverntiltak i et kalenderår, hadde bare 0,7 prosent vært i fosterhjem som omsorgstiltak. Blant dem som hadde vært i barneverntiltak i to kalenderår var 2,1 prosent plassert i fosterhjem. For hvert eneste ekstra år barna hadde vært i barneverntiltak (alle typer av tiltak er regnet med), økte sjansen for bli plassert i fosterhjem som omsorgstiltak signifikant. Blant dem som hadde vært i barneverntiltak 11 år hadde 64 prosent fosterhjemstiltak. Blant dem som hadde hatt vært i barneverntiltak i 12 år hadde 77 prosent fosterhjemstiltak. Blant de nær 1.300 barna som hadde vært i barneverntiltak i 13 år, hadde 89 prosent fosterhjemstiltak¹⁶.

Vi skal derfor nå først beskrive litt nærmere både hvor lenge barna har vært plassert i institusjon i løpet av perioden, og deretter hvor lenge de har vært i omsorgstiltak i fosterhjem.

4.2 Barn i barneverninstitusjon

Vel 10 prosent, eller vel 10.300 av alle barnevernbarna, har vært i barneverninstitusjon for kortere eller lengre tid i den aktuelle trettenårsperioden. Om lag halvparten av disse barna hadde vært et

¹⁶ Grunnen til at fosterhjems- (89%) og institusjonsplasserte barn (36%) av den som har vært i barneverntiltak 13 kalenderår overstiger 100 %, er at en del av disse barna har hatt begge disse tiltakstypene i løpet av kalenderåret.

år eller kortere i institusjon. Men om lag 2.730 barn og unge (2,8 prosent av de 99.014) hadde vært 3 eller flere kalenderår i barneverninstitusjon¹⁷. Slik sett når man bare delvis en målsetting innen norsk barneverntjeneste om at barn og unge bør tilbringe kortest mulig tid i institusjon.

Tabell 4.6 *Barn og unge etter antall år med barneverninstitusjon som tiltak 1993-2002. Absolutte tall og prosent*

Antall år	Tallet på barn og unge	Prosent
Barn og unge som ikke har vært i barnevern-institusjon	88.706	89,6
Barn som har vært i barnevern-institusjon	10.308	10,4
Derav: Vært maks.1 kalenderår i institusjon	4.915	5,0
Maksimum 2 kalenderår	2.661	2,7
Maksimum 3 kalenderår	1.360	1,4
Maksimum 4 kalenderår	698	0,7
5 kalenderår eller mer	674	0,7
Sum	99.014	100,0

Nesten 700 barn og unge har vært i institusjon hele eller deler av 5 kalenderår eller mer.

4.3 Barn i fosterhjem

Nær 12 prosent (om lag 11.500) av alle de vel 99.000 barnevernbarna, hadde i perioden 1993-2002¹⁸ vært plassert minst en gang i fosterhjem som omsorgstiltak. 2.610 barn hadde hatt én plassering som omsorgstiltak som var kortere enn et kalenderår (plasseringen hadde vart maksimum 12 måneder). De øvrige om lag 8.900 barn og unge som hadde hatt fosterhjem som omsorgstiltak, hadde hatt

¹⁷ Disse barna har ikke nødvendigvis vært tre hele kalenderår i institusjon, men oppholdet/oppholdene har til sammen strukket seg over minst tre kalenderår.

¹⁸ På grunn av endringer i lovverket kan skillet mellom plassering i fosterhjem som frivillig tiltak og som omsorgstiltak bare gis for perioden 1993-2002.

slike plasseringer over flere kalenderår¹⁹. Nær 3.700 barn og unge har vært i fosterhjem som omsorgstiltak 6 kalenderår eller mer. Oppholdene i fosterhjem kan ha vært avbrutt underveis, og man kan ha hatt slikt tiltak en del av et kalenderår. I denne opptellingen er alle år med fosterhjemstiltak i perioden 1993-2002 talt med for de barna det gjelder.

Vi har analysert aldersfordelingen til barna som har vært i omsorgstiltak i fosterhjem i grove trekk. Den atskiller seg lite fra barna som har vært i barneverntiltak generelt, med unntak av en topp i aldersgruppen 18 år og over (alder i 2002) for de barna som har vært i fosterhjem mange år/flere ganger (som er gjennomgående noe eldre enn de barna som har vært kort tid i fosterhjem)

Tabell 4.7 *Barn og unge etter antall år de har vært i fosterhjem (som omsorgstiltak). Absolutte tall og prosent*

Ant. år/ganger i fosterhjem	Tallet på barn og unge	Prosent
Har ikke vært i fosterhjem (som omsorgstiltak)	87.476	88,3
Har vært i fosterhjem (omsorgstiltak)	11.538	11,7
Derav: 1 år	2.610	2,6
2 -3 år	3.151	3,2
4- 5 år	2.084	2,1
6 år eller mer	3.693	3,7
Sum	99.014	100,0

Mange av de barna som hadde vært plassert i institusjon, er identisk med noen av de barna som seinere har vært i fosterhjem. De eldste barna (14-18 åringer) som kommer i barneverninstitusjon for første gang, er det oftest for vanskelig å skaffe fosterhjem til. Enkelte av fosterbarna (særlig de som kom i fosterhjem mens de var svært små) har ikke vært i institusjon på permanent basis.

Nær 11.500 barn og unge som har vært i fosterhjem som omsorgstiltak, er et relativt høyt tall sammenliknet med det man ser i den årlige individstatistikken. Vi ser også her at mange barn går igjen med flere plasseringer/flyttinger, eller plasseringene går over flere år. Men det er verdt å merke seg at vi **ikke** har talt med i tabell 4.7

¹⁹ I denne beregningen er det ikke sikkert at barnet hver gang har vært hele året i fosterhjem, men vi har talt opp antall år med fosterhjemsvedtak for det enkelte barnet.

de barn og unge som bare har hatt såkalte frivillige plasseringer (BVL § 4-4.5 ledd). Siden det har vært en økning i denne gruppen på 1990-tallet, ligger tallet på barn i fosterhjem noe høyere. En del av fosterhjems plasseringene som starter frivillig, går imidlertid over til fosterhjem som omsorgstiltak etter noen tid. Også i det longitudinelle materialet kan det beregnes hvor mange som kun har vært i frivillige plasseringer, men dette er ikke prioritert her, siden vi ønsker å analysere de tyngre omsorgssakene.

4.4 Oppsummering

I dette kapitlet har vi sett at det har vært mange barn og unge i barneverntiltak i løpet av perioden 1990-2002. De fleste har vært i tiltak kun ett eller relativt få år. En vesentlig gruppe av barn og unge har imidlertid vært i barneverntiltak i mange år, til dels også i såkalte tunge tiltak (plassering i fosterhjem og institusjon):

- Vel 99.000 barn og unge har vært i barneverntiltak kortere eller lenger tid i løpet av perioden 1990-2002
- Nær 17.000 barn og unge var i tiltak i løpet av året 1990
- Det årlige tallet på nye klienter (bruttotallet) økte med fra 5.900 til 8.100 barn hvert av de 13 årene
- Enkelte klienter gikk også ut av tiltak hvert av årene, men det var vesentlig færre
- Vel 34.000 barn og unge var i barneverntiltak i året 2002
- Hovedtyngden av alle klientene, om lag 60 prosent av hele gruppen på 99.000 barn og unge, var i alderen 0-17 år i 2002
- De eldste unge i den store gruppen på 99.000 barn og unge var i aldersgruppene 30-33 år i 2002. Få var imidlertid så gamle. Langt flere av de eldste var i aldersgruppene rundt 25-26 år i 2002
- Om lag en fjerdedel av de 99.000 barna hadde vært i barneverntiltak ett kalenderår eller kortere
- Vel 35 prosent hadde vært i tiltak 2-3 kalenderår
- Vel 20 prosent hadde vært i tiltak 6-13 kalenderår
- Vel 10 prosent, eller vel 10.300 av alle barnevernbarna, hadde vært i barneverninstitusjon i løpet av trettenårsperioden
- Om lag halvparten av disse hadde vært ett år eller kortere i institusjon

- Men om lag 2.730 barn og unge (2,8 prosent av alle) hadde vært i barneverninstitusjon (hele eller deler av) tre kalenderår eller mer. Noen barn og unge hadde vært svært lenge/mange ganger/år i institusjon
- Nær 12 prosent (11.540) av de vel 99.000 barna hadde vært plassert i fosterhjem som omsorgstiltak i perioden 1993-2002
- Ca. 2.600 barn hadde hatt én plassering i fosterhjem som ikke varte ut over et kalenderår – men kunne ha vært kortere enn 12 måneder
- De øvrige vel 8.900 barn og unge som hadde hatt fosterhjem som omsorgstiltak, hadde hatt dette over flere kalenderår

Antakelig har langt flere barn her i landet enn myndighetene har vært klar over, vært plassert utenfor hjemmet i løpet av sin oppvekst. Dette er fordi man tidligere i hovedsak har hatt årsstatistikk å forholde seg til. Når NIBR nå har analysert et longitudinelt materiale over 12-13 år, framkommer det hvor kortvarige en del barneverntiltak er. Ny kunnskap viser at denne hjelpetjenesten har en betydelig gjennomstrømming av klienter.

Men også tallene for hvor mange barn som har vært lenge i tiltak, er høye. Et spørsmål som kan reises på bakgrunn av enkelte av resultatene i denne longitudinelle studien, er hvor broket og vanskelig livssituasjon barn er i som har vært plassert lenge eller mange ganger utenfor hjemmet, sammenliknet med barn som kun har fått hjelpetiltak i hjemmet eller som har hatt kortvarige plasseringer. Helse- og risikoforholdene for barn i ulike barnevernkarrierer vil trolig også være varierende. I neste kapittel skal vi via indikatorene grunn- og hjelpestønad for uførhet analysere trekk ved barnevernbarnas helseforhold.

5 Barnevern og uførestønad

I dette kapitlet tar vi opp i hvilken grad barn som har vært i barneverntiltak også har helseproblemer av en slik art at de også mottar grunn- og hjelpestønad for uførhet.

Først skal vi utdype litt hvilke krav som stilles for å motta grunn- og hjelpestønad for uførhet.

Deretter skal vi se hvilke sammenhenger som finnes mellom barneverntiltak og bruken av slike stønader når det gjelder barnas kjønn og alder, varighet av barneverntiltak, eventuelle regionale variasjoner og eventuelle variasjoner i utdanningsbakgrunn. Forholdene analyseres først hver for seg. Avslutningsvis i kapitlet blir det foretatt en analyse hvor flere av kjennemerkene bringes inn samtidig.

5.1 Generelt om grunn- og hjelpestønad for uførhet og om barnevernbarns helse

Personer med rettigheter etter norsk folketrygdlovgivning har rett til grunnstønad og/eller hjelpestønad for uførhet etter folketrygdlovens kapittel om dette. Dette gjelder for både barn (spedbarn, førskolebarn, skolebarn), ungdom og unge voksne uavhengig av alder. Det er dermed en del årskull hvor barn og ungdom kan få bistand fra trygdekontor pga helseproblemer samtidig som de kan få tiltak av barneverntjenesten (0-22 år). Unge mennesker som tidligere har vært i barneverntiltak, kan seinere få bruk for slike stønader. I denne undersøkelsen har vi også analysert tidligere barnevernbarns bruk av slike stønader opp til 34 års alder. Når problemer av barnvernrelatert og helsefaglig karakter opptrer samtidig, stiller dette utfordringer overfor to typer av tjenester.

I folketrygdens bestemmelser heter det blant annet om *grunnstønad for uførhet* (sitat fra Trygdeetatens nettsider): ”En har rett til

grunnstønad dersom en har nødvendige ekstrautgifter på grunn av sykdom, skade eller lyte til

- Drift av tekniske hjelpemidler
- Transport, herunder drift av medlemmets bil
- Førerhund
- Hold av teksttelefon og i særlige tilfeller vanlig telefon
- Bruk av proteser, støttebandasjer og lignende
- Fordyret kosthold ved diett
- Slitasje på klær og sengetøy

Det er en forutsetning at ekstrautgiftene er varige, dvs. ikke engangsutgifter, men stadig påløpende utgifter.”

Videre heter det: ”Grunnstønad gis etter 6 satser og en må ha utgifter som tilsvarer sats 1 for å få rett til stønad. Stønad etter den høyere satsen gis dersom ekstrautgiftene minst tilsvarer den høyere satsen.”

Når det gjelder *hjelpstønad for uførhet* heter det blant annet i folketrygdlovens bestemmelser (også sitert fra Trygdeetatens Internettsider): ”Du kan få hjelpstønad dersom du har et særskilt pleie- og tilsynsbehov på grunn av sykdom, skade eller medfødt funksjonshemming. Det er en forutsetning at det foreligger et privat pleieforhold eller at hjelpstønaden setter en i stand til å opprette et slikt privat pleieforhold.”

Det heter lenger ned i denne oversikten: ”Det vil være behov for et særskilt tilsyn når evnen til å klare seg uten tilsyn i ulike situasjoner, både inne og ute, dag og natt, svikter. Det vil kunne foreligge et særskilt pleiebehov der det blant annet er hjelp til personlig stell/hygiene og i spisesituasjoner. Når hjelpebehøvet vurderes vil det også legges vekt på behovet for stimulering, opplæring og trening som skjer i hjemmet.”

Det kan også gis *forhøyet hjelpstønad for uførhet til barn og unge*: ”Forhøyet hjelpstønad kan gis til barn og unge under 18 år dersom de har et pleie- og tilsynsbehov som er vesentlig større enn det som dekkes av ordinær hjelpstønad. Forhøyet hjelpstønad gis etter 3 satser. Det er en forutsetning at forhøyet hjelpstønad øker medlemmets muligheter til å bli boende hjemme”.

Ved forhøyet hjelpstønad legges det vekt på både hvor mye den fysiske og psykiske funksjonsevnen er nedsatt, hvor omfattende

pleieoppgaven og tilsynet er, hvor stort behovet for stimulering, opplæring og trening er, og hvor mye pleieoppgaven binder den som gjør arbeidet.

Barnevernbarns helseforhold og helsetilstand har tidligere vært en del diskutert i fagkretser. Men bortsett fra enkelte studier om psykisk helse og samtidig behov for barne- og ungdoms-psykiatriske tiltak, har man hatt relativt liten systematisk kunnskap her i landet om barnevernbarns generelle helseforhold, og særlig deres somatiske helse (fysiske sykdommer og funksjonshemninger) samt om deres bruk av og behov for grunn- og hjelpestønad for uførhet.

I analysen nedenfor skiller vi ikke mellom grunnstønad og hjelpestønad for uførhet som gis for ulike typer av diagnoser. Men vi vil minne om at generell uførestønad normalt krever relativt spesifikke sykdomsdiagnoser av langvarig karakter. De må som hovedregel være godt medisinsk dokumentert, ofte via sykehus, legespesialist eller psykologspesialist.

5.2 Barnevernbarn som mottar grunn- og/eller hjelpestønad for uførhet

Denne analysen omfatter alle som har vært i barneverntiltak i perioden 1990-2002. Dette gjelder enten de har hatt barneverntiltak mens de bodde hjemme eller barneverntiltak som har omfattet plassering utenfor hjemmet en del av tiden.

Vel 5 prosent av barn og unge i barneverntiltak denne perioden var registrert med grunnstønad for uførhet i 2002. 7,5 prosent av barn og unge med barneverntiltak i denne perioden var registrert med hjelpestønad for uførhet i 2002.

Tabell 5.1 *Barn og unge i barneverntiltak i perioden 1990-2002 med grunn- og/eller hjelpestønad for uførhet 2002- Absolutte tall og prosent*

	I alt	Prosent
Barnevernbarn 1990-2002 med bare grunnstønad	1.308	1,3
Barnevernbarn 1990-2002 med bare hjelpestønad	3.565	3,6
Barnevernbarn 1990-2002 med grunn og hjelpestønad	3.894	3,9
Barn uten stønader	90.247	91,1
Total	99.014	100,0

Som det framgår av tabell 5.1 hadde om lag 8,9 prosent (nær 8.800) av barnevernbarna i perioden grunn- og/eller hjelpestønad for uførhet i 2002. Av disse hadde nær 3.900 (3,9 prosent av alle) begge stønadstyper, vel 3.550 (3,6 prosent) kun hjelpestønad og vel 1.300 (1,3 prosent) bare grunnstønad.

Når vi analyserer kun de vel 34.000 barn og unge som var i barneverntiltak i 2002, hadde 4,6 prosent av dem (n=1.550) grunnstønad for uførhet. Blant de vel 61.000 barn og unge som var i barneverntiltak i perioden 1990-2001 var det 5,6 prosent (n=3.650) som hadde grunnstønad for uførhet i 2002.

Det har vært lite påaktet i den offentlige debatten at en god del av barnevernbarna har sykdommer og funksjonshemninger. Barnevernbarn har et høyere bruk av slike trygdeytelser enn barnebefolkningen generelt. Dette kommer vi tilbake til seinere i dette kapitlet.

5.2.1 Grunn- og hjelpestønad etter kjønn og alder

Bruken av grunn- og hjelpestønad i 2002 blant barn og unge som har vært i barneverntiltak i perioden 1990-2002 varierer etter både kjønn og alder.

Det er signifikante kjønnsforskjeller for gutters og jenters bruk av uførestønad når de har vært i barneverntiltak i løpet av perioden 1990-2002. Analysen viser at 6,2 prosent av guttene og 4,2 prosent av jentene hadde grunnstønad for uførhet.

For bruk av hjelpestønad er det enda sterkere kjønnsforskjeller. Her viste analysen at 9,3 prosent av guttene mot 5,6 prosent av jentene var brukere av hjelpestønad for uførhet i 2002.

Det er ikke så store aldersforskjeller når det gjelder bruk av grunnstønad for uførhet, med unntak av de yngste barna. Analysen viste at kun 1,4 prosent av 0-5 åringene brukte grunnstønad for uførhet i 2002, mot 5,3 prosent av 6-12 åringene. Det var en litt høyere bruk av grunnstønad for uførhet i 2002 blant 13-17 åringene, 6,6 prosent av disse var brukere. Vi fant at blant dem som var 18 år og over, hadde 5,2 prosent grunnstønad for uførhet i 2002.

Bruken av hjelpestønad for uførhet var også hyppigst i aldersgruppen 13-17 år blant barnevernbarna. I denne aldersgruppen var det 10,6 prosent som var brukere av hjelpestønad. Nesten like stor andel av 6-12 åringene, 9,8 prosent, fikk hjelpestønad. Betydelig færre både av de yngste (0-5 år) og eldste (18 år og over) barnevernbarna fikk hjelpestønad i 2002, henholdsvis 4,9 og 4,8 prosent.

5.2.2 Grunn- og hjelpestønad etter utdanningsnivå

Det var også variasjoner i bruk av grunn- og hjelpestønad etter de unges høyeste utdanningsnivå. Blant de 99.014 barn og unge i barneverntiltak i perioden 1990-2002 ble det foretatt kobling mot utdanningsdata i SSB for 59.193 unge. Alle disse var i aldersgruppene 14 år og eldre i 2002.²⁰

Når vi analyserte disse unge etter utdanningsnivå og bruk av uførestønader (grunn- og hjelpestønad), var det en tendens til noe høyere bruk av grunnstønad for uførhet blant de unge i disse aldre som hadde uoppgitt utdanning i utdanningsstatistikken. I denne gruppen ble det registrert bruk av grunnstønad for 7 prosent. I gjennomsnitt hadde 5,7 prosent av alle barnevernbarna 14 år og over grunnstønad i 2002.

Også i gruppen "Videregående 1" ble det registrert noe hyppigere bruk av grunnstønad., 6,8 prosent. Lavest bruk av grunnstønad for uførhet var det i utdanningsgruppene "Videregående 2" (3,1 prosent), "Universitetsnivå 2" (3,0 prosent) og "Universitetsnivå 1" (3,7 prosent).

Noe av de samme tendensene, men med enda skarpere forskjeller mellom noen av utdanningsgruppene, fant vi for hjelpestønad. Også her fant vi at de med uoppgitt utdanning i registeret hadde

²⁰ Noen få unge hadde fått registrert høyeste utdanning alt som 14- eller 15-åringer i 2002, men de fleste "barnevernbarna" med registrerte utdanningsdata var i aldersgruppene 16-33 år dette kalenderåret.

den høyeste raten for bruk av hjelpestønad, 11 prosent. Også de på nivået "Videregående 1" (7,2 prosent) lå høyt i bruk av hjelpestønad. Særlig lav bruk av hjelpestønad hadde barnevernbarn som hadde nådd lengre enn de andre i sin utdanning. Blant vel 8.200 på nivået "Videregående 1" var kun 1,8 prosent brukere av hjelpestønad. Blant de til sammen vel 1.300 som hadde nådd til universitets- og høyskolenivåene ("Universitetsnivå 1-3") var det 1,1 prosent som benyttet hjelpestønad for uførhet. I gjennomsnitt sbenyttet 6,7 prosent av barnevernbarna som var 14 år og eldre i 2002, denne stønadstypen.

Som det framgikk av analysen, er det særlig bruken av hjelpestønad som følger statusskiller med hensyn på utdanningsgrupper for barnevernklienter.

5.2.3 Grunn- og hjelpestønad etter tidligere barnevernkarriere

Det er en signifikant sammenheng mellom antall år i barneverntiltak i perioden og sjansen for en relativt høy rate av stønadsbruk for uførhet. Blant de vel 26.600 barn og unge som hadde vært i barneverntiltak maksimalt et kalenderår i perioden 1990-2002, fant vi at 6,3 prosent benyttet hjelpestønad for uførhet i 2002. I den andre enden av "skalaen" viste analysen at 13,1 prosent av de nær 1.300 barn og unge som hadde vært i tiltak alle disse 13 kalenderårene, brukte hjelpestønad for uførhet.

Tabell 5.2 *Barn og unge i barneverntiltak 1990-2002 etter antall år i tiltak og bruk av hjelpestønad for uførhet 2002. Prosent*

	Ikke hjelpestønad	Hjelpestønad	Total
Maksimalt 1 kalenderår i tiltak	93,7	6,3	100,0 (n=26.058)
" 2	93,1	6,9	100,0 (n=21.497)
" 3	93,1	6,9	100,0 (n=13.889)
" 4	92,8	7,2	100,0 (n=9.868)
" 5	91,3	8,7	100,0 (n=7.314)
" 6	90,5	9,5	100,0 (n=5.452)
" 7	91,2	8,8	100,0 (n=3.892)
" 8	91,5	8,5	100,0 (n=2.909)
" 9	89,7	10,3	100,0 (n=2.185)
" 10	88,2	11,8	100,0 (n=1.818)
" 11	88,5	11,5	100,0 (n=1.527)
" 12	88,7	11,3	100,0 (n=1.308)
Maksimalt 13 kalenderår i tiltak	86,9	13,1	100,0 (n=1.297)
Total	92,5	7,5	100,0 (n=99.014)

Som vi ser i tabell 5.2, var det stort sett en økning i bruk av hjelpestønad for uførhet 2002 for hvert år et barn hadde vært i barneverntiltak 1990-2002. En slik økning fra år til år gjaldt særlig for varigheter fra 3 og opp til 6 år i tiltak. For varigheter fra 8 år og opp til 10 år i barnevernstiltak var det også en stigning i bruk av stønad for uførhet 2002 for hvert år. Varighet for alle typer av tiltak for hver person samlet er medregnet.

Det er vanskelig å tolke grunnene til dette før vi har foretatt mer avanserte analyser av datamaterialet. En mulig grunn til disse funnene er at det foregår en seleksjon til langvarige tiltak, på den måten at barn med de dårligste helseforutsetningene også får langvarige barneverntiltak. Men det kan også foreligge et "stressforhold" på den måten at kanskje både sider ved barneverntiltaket og barnets/ den unges vanskelige livssituasjon i seg selv stresser barnet og medfører økt sykkelighet.

Vi har også analysert andeler som har brukt grunn- og hjelpestønad på bakgrunn av om barnet tidligere har vært plassert i barneverninstitusjon eller ikke. Det er en noe lavere andel av dem som har

vært plassert i institusjon som har grunn- og hjelpestønad for uførhet (10,4 prosent) enn det er blant dem som ikke har vært plassert i institusjon (11,8 prosent).

5.3 Barnevernbarns bruk av uførestønad etter geografisk region og landbakgrunn

Vi har foretatt inndeling i denne analysen etter statlige barnevernregioner slik de ble fra 1.1.2004, men med data for bostedsfylke 1.1.2003 og uførestønader 2002. Barnevernregionene er generert på basis av variabelen bostedsfylke.

Som vi ser av tabell 5.3 er det også betydelige regionale variasjoner med hensyn til om barn og unge i barneverntiltak på 1990- og begynnelsen av 2000-tallet fikk stønad pga. uførhet i 2002.

Tabell 5.3 *Barn og unge i barneverntiltak 1990-2002 etter om de benyttet grunn- og/eller hjelpestønad for uførhet i 2002 og barnevernregion (beregnet etter bostedsfylke 1.1.2003). Prosent*

Barnevernregion ²¹	Uførestønad 2002?			(N)
	Nei	Ja	Total	
Oslo	94,5	5,5	100,0	9.767
Øst-Norge (ellers)	91,7	8,3	100,0	21.545
Sør-Norge	90,1	9,9	100,0	20.619
Vest-Norge	91,5	8,5	100,0	19.334
Midt-Norge	88,5	11,5	100,0	13.603
Nord-Norge	89,4	10,6	100,0	11.287
Total ²²	90,9	9,1	100,0	96.155

I Oslo var det 5,5 prosent av barn og unge som er eller hadde vært i barneverntiltak 1990-2002 som fikk grunn- og/eller hjelpestønad for uførhet i 2002. På landsbasis var den tilsvarende prosentandelen 9,1. Midt-Norge og Nord-Norge hadde de høyeste

²¹ Fylkene er her inndelt slik de seinere ble inndelt i statlige barnevernregioner (fra og med 1.1.2004).

²² Summen går her ikke opp til 99.014 barn og unge (som var i barneverntiltak 1990-2002) da en del barn og unge i tiltak før 2002 ikke fikk match på variabelen bostedsfylke 1.1.2003.

andelene barnevernbarn som fikk uførestønad i 2002, henholdsvis 11,5 og 10,6 prosent. I Midt-Norge var det en over dobbelt så høy andel av barnevernbarna som i Oslo som hadde stønad for uførhet. Vest-Norge lå også under landsgjennomsnittet (8,5 prosent av barnevernbarna fikk uførestønad).

Det er vanskelig å tro at helseforholdene blant barnevernbarna varierer så mye geografisk som denne tabellen skulle indikerer. Foreløpig velger vi å tolke disse funnene som at det finnes geografiske variasjoner i tilbøyeligheten til å søke uførestønad for barn og unge i barneverntiltak. Man er i denne typen av spørsmål avhengig av hjelpeinstanser som gir råd.

Vi har også data for om barnet har norsk eller utenlandsk bakgrunn. Vi viser til (Dzamarija & Kalve 2004) når det gjelder ulike former for innvandrerbakgrunn i den norske barnebefolkningen. De fleste av de vel 99.000 barna som hadde vært i barneverntiltak i perioden, hadde norsk bakgrunn. Dette gjaldt vel 70.100 barn. Vel 28.900 av barna hadde utenlandsk bakgrunn. Det var noe vanligere blant barnevernbarn med norsk bakgrunn å ha grunn- eller hjelpestønad for uførhet (9,9 prosent) enn blant dem med utenlandsk bakgrunn (6,3 prosent). Det er vanskelig å tolke dette som at helsen til barnevernbarna med norsk bakgrunn er vesentlig dårligere enn helsen til barnevernbarn med utenlandsk bakgrunn. Kjennskap til grunn- og uførestønad for uførhet er sannsynligvis bedre blant de norske foreldrene.

Vi vil få en noe nærmere indikasjon på disse spørsmålene gjennom analyser av dødsfall i barnevernpopulasjonen. Disse analysene blir presentert i et seinere kapittel i dette notatet.

5.4 Barn som mottar stønad i den ordinære barnebefolkningen

Statistisk sentralbyrå viser i en annen statistikk (www.ssb.no) at det ved utgangen av 2002 var om lag 34.900 barn i alderen 0- 17 år som mottok grunn- og/eller hjelpestønad for uførhet. Dette utgjør 2,7 prosent av barnebefolkningen under 18 år. Grunn- og hjelpestønad kan bli gitt til dem som har ekstraavgifter i forbindelse med sykdom og hjelpestønad. Slik stønad tilkjennes dem som har et varig pleiebehov og som trenger hjelp fra familie eller andre. En av fire barn mottok stønad på grunn av allergiske sykdommer som astma, allergi eller eksem i 2002 (Statistisk sentralbyrå 2004).

Dette var en vesentlig lavere bruk av grunn- eller hjelpestønad for uførhet i 2002 sammenliknet med de tallene vi har funnet for barn som har vært i barneverntiltak på 1990-tallet og i 2000-2002.

5.5 Flere faktorer bak variasjonene i bruk av uførestønad blant barnevernbarn

Vi har sett hvordan det er flere forhold som tilsynelatende ligger bak variasjonene i bruk av uførestønad blant barn i barneverntiltak.

Det er slik at både kjønn, barnets alder, region, barnets landbakgrunn, varighet av barneverntiltak i hele perioden og om barnet har vært i barneverninstitusjon synes å virke inn på eller ha sammenheng med om barnet mottar uførestønad i 2002 eller ikke.

Flere av disse variablene kan i større eller mindre grad være spuriøse, det vil si at virkningen deres er tilsynelatende, fordi virkningen deres egentlig skyldes fordelingen på andre variabler.

Vi viser nedenfor, gjennom bruk av logistisk regresjonsanalyse, hvilke av disse variablene som gir størst sjanse for henholdsvis bruk/ ikke bruk av uførestønad (avhengig variabel). Vi kontrollerer da samtidig for flere av de andre variablene vi har hatt med i analysen ovenfor.

Tabell 5.4 *Logistisk regresjon. Sannsynlighet for at barnet har uførestønad/ikke har uførestønad i 2002. Barn og unge som har vært i barneverntiltak 1990-2002*

Avhengig variabel: Grunn- og eller hjelpestønad for uførhet i 2002/ikke slik stønad
Uavhengige variabler: Kjønn, aldersgruppe (2002), region, landbakgrunn (norsk/utenlandsk), varighet av barneverntiltak (gruppert) og om barnet har vært i barneverninstitusjon eller ikke.

		Variabler i analysen		
		B	Sig.	Exp(B)
Step 1(a)	Kjønn (dummy)	,47	***	1,60
	Aldersgruppe r 2002		***	
	0-5 år	-,33		,72
	6-12 år	,38		1,47
	13-17 år	,51		1,66
	Region 1.1.2003		***	
	Oslo	-,48		,62
	Østlandet ellers	-,24		,79
	Sørlandet	-,02		,98
	Vestlandet	-,20		,82
	Møre og Trøndelag	,09		1,09
	Barnets landbakgrunn - dummy	,34	***	1,49
	Varighet av bareverntiltak		***	
	1 år	-,36		,70
	2-3 år	-,30		,74
	4-5 år	-,19		,83
	Institusjon (dummy)	-,41	***	,66
Konstant	-2,73		,07	

a Variable(s) entered on step 1: Kjønn (dummy), Alder 2002 (gruppert), Region 1.1.2003, Barnets landbakgrunn (dummy), varighet av barneverntiltak 1990-2002 (antall år, gruppert), barneverninstitusjon (dummy).
Nagelkerke R Square ,040

Innledningsvis ser vi at det i overveiende grad er signifikante i resultater i denne regresjonsanalysen.

Som det også framgår av analysen, spiller kjønn fortsatt inn med selvstendig påvirkning på sjansen til at et barnevernbarn får uførestønad, også etter at de andre uavhengige variablene er kontrollert for. Sammenhengen går i den retningen at gutter har en vesentlig større sjanse enn jenter til å få uførestønad.

Alder spiller fortsatt en viktig rolle i denne analysen etter kontroll for de andre variablene uavhengige variablene. Her er den eldste aldergruppen, de som var 18 år eller eldre, benyttet som referansekategori. Det er da bare den yngste aldersgruppen, de som var 0-5 år i 2002, som hadde mindre sjanse til å ha uførestønad i 2002. Både aldersgruppen 6-12 år og 13-17 år hadde større sjanse for å ha uførestønad i 2002 enn referansegruppen, alle de andre variablene i modellen kontrollert for.

Barnevernregion 2003 (omtalt i avsnitt 5.3) er også lagt inn i modellen, og viser en selvstendig påvirkning. Barnevernregion Nord-Norge er benyttet som referansekategori. Barnevernregion Sør-Norge viser ikke signifikant utslag, og barnevernregion Midt-Norge viser svakt signifikant utslag, med litt større sannsynlighet enn barn i Nord-Norge til å ha uførestønad. Barn i de andre regionene har mindre sannsynlighet enn den i Nord med hensyn til å ha uførestønad i 2002. Særlig gjelder dette for barn i Oslo.

Barnets landbakgrunn (norsk/utenlandsk) viser også en selvstendig påvirkning på sjansen til å ha uførestønad. Barn som er født av norske foreldre har større sjanse til å ha uførestønad enn barn som har utenlandsk bakgrunn.

Vi har også lagt inn hvor lenge barnet har vært i barneverntiltak. Den gruppen med lengst barnevernerfaring (6 år og lenger) er benyttet som referansegruppe. Alle gruppene med kortere barnevernerfaring hadde mindre sjanse til å ha uførestønad i 2002, etter kontroll for alle de andre variablene. De med kortest barnevernerfaring hadde minst sjanse, alle de andre variablene i modellen kontrollert for.

Om barnet har vært i institusjon eller ikke i løpet av sin karriere i barneverntiltak virker også selvstendig inn på sjansen til om barnet har uførestønad i 2002 eller ikke. Institusjonsopphold synes å redusere sjansen til å ha uførestønad (eller til at barnet seinere har en kronisk sykdom eller funksjonshemming). Det er mulig at barn med større vansker oftere enn andre har institusjonsopphold, og at

større vansker i barnevernsammenheng ofte henger sammen med større grad av helseproblemer. Likevel tyder disse funnene på at barna som har vært i barneverninstitusjon i noe lavere grad enn andre barn i barneverntiltak får uførestønad

Variablene i denne logistiske regresjonsmodellen forklarer oppsummeringsvis en del av sjansen til at en del av barnevernbarna får uførestønad i 2002, men det er og en del av sjansen som forblir uforklart av disse variablene. Men det er nok også mange variable vi ikke har mål for i dette materialet som ville kunne vært utslagsgivende forklaringsvariable. Dette gjelder for eksempel mer informasjon om den kontakten som har vært mellom foreldre og helsetjenesten og mellom barneverntjenesten og helsetjenesten.

5.6 Barnevern og psykisk helse

Vi har i forrige kapittel sett at en del av barn og unge i barneverntiltak har grunnstønad og/eller hjelpestønad for uførhet. Analysen innbefatter ikke medisinske diagnoser for uførhet hos de berørte barn og unge, men det antas i forrige kapittel at en del av diagnosene dreier seg om psykiske eller psykososiale problemer.

I det følgende skal vi gå inn på annen kunnskap og andre datakilder som utdyper dette.

Litteraturen på feltet om psykiske helseproblemer for barn i barneverntiltak og forsøk på samkjøring eller samordning av tjenestene barne- og ungdomspsykiatri og barnevern, er relativt omfattende (Christiansen 1993; Backe-Hansen 1995; Sandbæk 1995; Nygren 2000; Eidheim 2001; Sitter & Andersson 2001; Sandbæk 2002; Andersson & Hatling 2003; Kristofersen 2004b). I dette prosjektet har det bare vært anledning til å gå nokså kort inn i denne. I videreføringen av prosjektet (2005-2007) vil det imidlertid bli arbeidet mer med disse spørsmålene.

Via et annet prosjekt "Evaluering av Opptappingsplanen psykisk helse: Fleksible hjelpetjenester barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikker og barnevern" er det også foretatt analyser av nasjonale barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkdata (innsamlet via HIA-data). Disse er i større grad enn individdata fra barneverntjenesten (innsamlet via SSB) orientert mot status for barn og unge i barne- og ungdomspsykiatrien.

Barneverntjenesten har sitt utgangspunkt i at den er en kommunal hjelpetjeneste, men fra 1.1.2004 har den også fått et statlig innslag

(fram til 13.12.2003 var det en fylkeskommunal barneverntjeneste som bisto den kommunale). I vanskelige saker kan den kommunale barneverntjenesten be om råd, samt søke om tilgang på fosterhjem, multisystemisk terapi og institusjonsplasser for barn og unge via den regionaliserte statlige barneverntjenesten. I vanskelige saker opptrer ofte en kombinasjon med psykiske helseproblemer hos barna i barneverntiltak. Hvor ofte dette er tilfellet, går ikke fram av den nasjonale individstatistikken fra barneverntjenesten (bare hvor ofte saken er meldt til barnevernet fra barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk).

I individstatistikken fra barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker framgår i mye større detalj om det er foretatt undersøkelser eller tiltak i barneverntjenesten blant barn som allerede får hjelp i barne- og ungdomspsykiatrien. Blant de nær 31.000 barn og unge som hadde fått hjelp i barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk i 2002, hadde 15 prosent fått undersøkelse eller hjelpetiltak av barneverntjenesten. Individstatistikk fra barneverntjenesten viser at 3,1 prosent av barnevernbarna dette året ble gitt et tilbud av psykiatrien i 2002 (barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk-tilbud) (Kristofersen 2004b). Det er nok betydelig flere barn enn det disse tallene viser, som trenger hjelp av begge disse tjenestene.

På basis av NIBR's undersøkelser av Opptrappingsplanen for psykisk helse hvor vi foretar intervjuer av ansatte i ulike hjelpe-tjenester og med pårørende i psykiatrien, framkommer at mange barn og unge som trenger psykiatrisk hjelp ikke alltid har fått dette – eller i hvert fall har måttet vente en stund på dette. Tall for barnevernstatus i barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikker sier derfor ikke alt om hvor mange barn som kunne hatt behov for hjelp i begge tjenester. Det vil selvsagt også forekomme barn og unge som kun får hjelp av barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk som også burde hatt hjelp fra barneverntjenesten, uten at noen har tatt opp dette eller at en undersøkelse eller hjelpetiltak i den andre tjenesten er etablert enda.

5.7 Oppsummering og drøfting

Bruk av grunn- og hjelpestønad for uførhet indikerer relativt alvorlig helsesvikt. Mange barn i disse gruppene kan leve et nokså normalt liv, mens andre er sterkt funksjonshemmet. Bruken av slike stønader innbefatter (blant yngre barn) både foreldre, helsesøstere og leger som har ”sett” barnets problemer og at man

har gått til det skritt å søke trygd. Man må regne med at det er en del barn som har klare helsemessige behov for disse ordningene, som i dag likevel ikke får slike stønader fordi deres behov er ”uoppdaget” enda. Det kan være at deres foreldre, fosterforeldre, verge, andre myndighetspersoner som barnevernansatte, leger eller helsesøstere ikke har tenkt på det /foreslått det/søkt om det.

Når vi har analysert såkalte brukerrater for ulike grupper av barnevernbarn, sier ikke dette noe avgjørende om behovene i gruppene av barnevernbarn, men kun om faktisk bruk. Det kan hende at den faktiske bruken hos flere grupper av barnevernbarn ligger vesentlig under behovene deres sammenliknet med andre grupper av barns faktiske bruk av slike stønader i forhold til behov.

Med disse forbeholdene fant vi følgende resultater i analysen av bruk av grunnstønad og hjelpestønad for uførhet 2002 for barn og unge om hadde vært i barneverntiltak i perioden 1990-2002:

- Vel 5 prosent av barn og unge i barneverntiltak i perioden var registrert med grunnstønad for uførhet i 2002.
- Nær 8 prosent av barn og unge med barneverntiltak i perioden var registrert med hjelpestønad for uførhet i 2002.
- Nær 9 prosent av barn og unge i barneverntiltak i perioden var registrert med grunn- og eller hjelpestønad for uførhet i 2002.
- Analysen viser kjønnsforskjeller: 6,2 prosent av guttene i barneverntiltak mot 4,2 prosent av jentene hadde grunnstønad for uførhet.
- 1,4 prosent av 0-5 åringene i barnevern brukte grunnstønad for uførhet, mot 5,3 prosent av 6-12 åringene. Blant 13-17 åringene hadde 6,6 prosent grunnstønad. Blant unge 18 år og over, hadde 5,2 prosent grunnstønad for uførhet i 2002.
- For vel 59.000 barn og unge i alderen 16-34 som hadde vært i barneverntiltak 1990-2002, ble materialet koblet mot data for utdanningsnivå 2002. Det var høyest andeler bruk av både grunn- og hjelpestønad blant dem med ukjent utdanning (som man ikke klarte å matche mot utdanningsvariabelen) i disse aldersgruppene. Videre hadde også de med utdanningsnivå tilsvarende ”Videregående 1” (VK1) høye rater. Lavest rater hadde de vel 1.300 barn og unge i barneverntiltak som hadde utdanning på universitets- og høyskolenivå.
- Det var betydelige regionale forskjeller i bruk av uførestønader blant barnevernbarn. Høyest bruk av uførestønader hadde

barnevernbarn i Midt-Norge (11,5 prosent). Det var lavest andel bruk av uførestønader blant barnevernbarn i Oslo (5,5 prosent).

- Barnevernbarn med utenlandsk landbakgrunn hadde lavere bruk av uførestønad enn barnevernbarn med norsk landbakgrunn.
- I analysen av barnevernkarrierer fant vi at blant barn med de korteste karrierene (maksimum 1 kalenderår), var det klart lavest andeler med bruk av grunn- og hjelpstønad for uførhet. For dem med 13 års varighet av barnevernkarrierer, var det vel dobbelt så høye rater for både bruk av grunn- og hjelpstønad. Stort sett var det en jevn økning i bruk av disse stønadene for hvert år barna/de unge hadde vært i barneverntiltak. Alle typer av barneverntiltak samlet inngikk i denne delen av analysen.
- Barn som hadde vært i barneverninstitusjon, hadde i noe mindre grad stønad for uførhet enn dem som ikke hadde hatt institusjonsopphold.
- En regresjonsanalyse (logistisk regresjon) viser at sjansen til om barnet har uførestønad i 2002, blir påvirket av flere av de analyserte variablene også etter at de har blitt ”kontrollert mot hverandre” i en samlet modell. Både kjønn, alder, barnevernregion, barnets landbakgrunn (norsk/utenlandsk), varighet av barneverntiltak og om barnet har vært i barneverninstitusjon eller ikke påvirker sjansen til om barnet har uførestønad i 2002.
- Blant de nær 31.000 barn og unge som hadde fått hjelp i barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk i 2002, hadde 15 prosent fått undersøkelse eller hjelpetiltak av barneverntjenesten.

Både somatiske, psykosomatiske og rene psykiske lidelser ligger til grunn for bruken av disse stønadene. Det har vært lite påaktet i den offentlige debatten at en god del av barnevernbarna har somatiske sykdommer og funksjonshemminger. At barnevernbarna, som andre barn, kan ha psykiske vansker, har vært mer drøftet.

6 Dødsfall som helseindikator

I dette kapitlet analyseres følgende spørsmål: Hvor mange barnevernbarn har så alvorlige sykdommer eller funksjonshemminger at de dør i løpet av denne perioden? Og hvor mange lever under så risikofylte ytre forhold at de dør i løpet av denne perioden? Hvilke grupper av dødsårsaker rammer disse barn og unge?

Mange barnevernbarn har i utgangspunktet en vanskelig familie-situasjon. Det kan være, men er ikke alltid, konflikter mellom foreldrene. Og det kan være konfliktfylte forhold mellom foreldrene og de unge. Foreldrenes helseforhold, utenom psykisk helse, er imidlertid lite belyst her i landet. Hvor mange av barna mistet sine biologiske mødre og fedre på grunn av sykdommer i denne perioden? Hvilke dødsårsaksgrupper rammer barnas fedre og mødre?

Disse forholdene er det lite eller ingen kunnskap om i Norge hittil. I forrige kapittel analyserte vi barnevernbarnas bruk av stønad for uførhet som en indikator for langvarig helsesvikt i denne gruppen av barn og unge. Den kanskje viktigste helseindikatoren som vi har meget gode registerdata om her i landet, er dødsfall. Eventuelle høye tall for dødsfall i disse aldersgruppene av barn og unge (1-32 år) er svært alvorlig. En mulig forklaring er at disse barna ikke har fått tilstrekkelig eller god nok behandling i helsevesenet sammenliknet med andre barn. Alternativt har ikke disse barna hatt så god tilgang til forebyggende tiltak eller *tidlig* behandling som andre barn, slik at de av den grunn dør av de aktuelle sykdommene eller skadene. En eventuell overdødelighet av skader og selvmord indikerer at denne gruppen av barn og unge er langt dårligere skjernet for risiki enn andre barn og unge.

6.1 Dødsfall blant barn og unge i barneverntiltak

Svenske longitudinelle undersøkelser har påvist at barn og unge som er blitt plassert i barneverntiltak utenfor hjemmet, har høyere dødelighet enn andre svenske barn og unge (Vinnerljung 1995).

Analysen av dødsfall og dødelighet når det gjelder barn og unge som har vært i barneverntiltak 1990-2001 her i Norge, viser at om lag 700 barn og unge var døde innen utgangen av år 2001 (alle dødsårsaker²³). Dødsfallene omfatter 0,8 prosent av de nær 92.300 barn og unge som hadde vært i tiltak i denne perioden. Det var få dødsfall i begynnelsen av perioden. I 2001 ble vel 110 av disse dødsfallene registrert. Også i 2000 ble 110 av dødsfallene registrert. I starten av perioden (1990-94) ble få av dødsfallene registrert, da var barnevernbefolkningen både mindre i omfang og gjennomgående yngre. Man registrerte da under 40 dødsfall per år.

²³ Dødsårsaksstatistikken ferdigstilles seinere enn annen individstatistikk, blant annet fordi SSB utfører langt flere kontroller og tilbakespøringer til meldende og supplerende instanser (bl.a. folkeregistre, leger, sykehus, rettsmedisin og politi) når det gjelder denne statistikken. Foreløpig er dødsfall til og med år 2001 koblet opp mot det øvrige longitudinelle materialet. Dette gjelder både dødsfall blant barn og unge som har vært i barneverntiltak og dødsfall blant foreldrene deres.

Tabell 6.1 *Tallet på døde barn og unge hvert av årene 1990-2001 blant dem som har vært i barneverntiltak i denne perioden. Absolutte tall og prosent*

År	Absolutt antall døde 1990-2001	Prosent av de døde 1990-2001
1990	23	3,3
1991	27	3,8
1992	26	3,7
1993	31	4,4
1994	36	5,1
1995	46	6,6
1996	48	6,8
1997	66	9,4
1998	81	11,5
1999	89	12,7
2000	110	15,7
2001	114	16,2
Feil/missing i dødsår	5	0,6
Total	702	100,0

Dette er meget høye tall sammenliknet med den totale befolkningen av barn og unge. SSB viser til at i 2001 døde i alt 168 barn og unge i den totale populasjonen av barn i alderen 1-17 år (spedbarnsdødsfallene er da utelatt). Populasjonen 1-17 år utgjorde til sammenlikning vel 1 millioner personer per 1.1.2002, altså en ti ganger så stor befolkning som barnevernpopulasjonen. Dødeligheten blant 1-17 åringer i hele befolkningen var dermed så lav som 1,66 per 10.000 barn og unge (eller 0,17 promille).

Barnevernpopulasjonen er fulgt 12 år med hensyn på dødsfall, så man sammenlikner her ulike forhold. Men bare tallet på vel 110 døde barnevernbarn i 2001 betyr en svært mye høyere dødelighet i barnevernpopulasjonen (daværende og tidligere barnevernbarn på nittitallet som døde i 2001) sammenliknet med den totale populasjonen av barn og unge. Eller sagt på en annen måte: Mange av de barna 1-17 år som døde i 2001, var da i barneverntiltak eller hadde vært i barneverntiltak tidligere (1990-2000). En del av barnevernbarna som døde hadde blitt eldre enn 17 år i 2001. Det mest korrekte hadde trolig vært å konstruere en sammenlikningspopulasjon som matchet barnevernpopulasjonen helt i alder. Det har imidlertid ikke dette prosjektet prioritert å gjøre. Selv om man skulle legge på flere aldersklasser av den alminnelige befolkningen

(for eksempel 18-34 åringer), er ikke dødeligheten så høy i disse aldersgruppene heller at man ville komme opp mot de høye dødsfall man observerer i deler av barnevernsgruppen²⁴.

Tabell 6.2 *Tallet på barn og unge som har vært i barneverntiltak hele eller deler av perioden 1990-2001 som døde innen utgangen av 2001. Fordeling etter dødsår og aldersgrupper i dødsåret. Absolutte tall og prosent*

Dødsår	Alder i dødsåret				Total
	0-5 år	6- 12 år	13-17 år	18 år+	
1990-1995	37	18	35	52	143
1996-2001	49	47	61	397	554
Feil el. missing i dødsår	-	-	-		5
Sum perioden 1990-2001	86	65	96	449	702
Prosent i perioden	12,3	9,3	13,7	64,0	100,0

Det var ingen spedbarn blant barnevernbarna som døde i 2001, derfor er spedbarnsdødsfall også holdt utenfor i sammenlikningen med totalpopulasjonen. Det er relativt få spedbarn i barnevern-
populasjonen, samtidig som den generelle spedbarnsdødeligheten som kjent er vesentlig høyere enn dødeligheten for småbarn 1-5 år, så medregnet spedbarnsdødeligheten ville også den generelle barne- og ungdomsdødeligheten (befolkningen 0-17 år) vært høyere enn det vi viste for 1-17 åringer over.

Det var også relativt flere døde blant de unge voksne (18 år og over i dødsåret) enn blant små- og skolebarna. Blant de unge som var i alderen 18 år og over i dødsåret, ble det registrert 449 dødsfall. Dette utgjorde 64 prosent av de barn og unge som døde.

Men også blant de yngste barna som hadde vært i barneverntiltak, forekom dødsfall i perioden. 86 barn var i aldersgruppene 0-5 år det året de døde i denne perioden. Dette utgjorde vel 12 prosent av dødsfallene. Blant 6-12 åringer døde 65 i perioden, det utgjorde under 10 prosent av dødsfallene. Blant 13-17 åringer (alder i

²⁴ Dessuten måtte man nesten fordoble nevneren i denne nye dødelighetsberegningen (om lag 2 millioner mennesker var under 34 år i per 1/1 2002). Når det gjelder enkelte dødsårsaker som selvmord, har en i noen grad gått inn og sammenliknet med dødsrater for 20-39 åringer og 30-39 åringer i den ordinære befolkningen

dødsåret) forekom 96 dødsfall i perioden 1990-2001. Dette utgjorde nær 14 prosent av dødsfallene.

Det var en klar overvekt av dødsfall blant gutter i barneverntiltak sammenliknet med jenter. Blant de vel 50.150 guttene og unge mennene som hadde hatt barneverntiltak i perioden 1990-2001, døde 9,6 per 1.000 (479 personer). Blant de vel 41.710 jentene og unge kvinnene som også hadde hatt barneverntiltak i den samme perioden, døde 5,4 per 1.000 (223 personer). Også blant alle barn og unge er det en klart høyere dødelighet blant gutter enn blant jenter. Men både gutter og jenter i denne landsomfattende fullstendige barnevernpopulasjonen synes med disse målene å ha en klart høyere dødelighet enn sammenliknbare aldersgrupper av gutter og jenter i den totale befolkningen.

Tabell 6.3 *Gutter og jenter i barneverntiltak 1990-2001 som døde i perioden 1990-2001²⁵. Absolutte tall og per 1000*

	Barnet død i perioden 1990-2001 (absolutt tall)	Barnet død i perioden 1990-2001 (per 1.000 i tiltak)	Sum i barneverntiltak 1990-2001 (absol. tall)
Gutter	479	9,6	50.156
Jenter	223	5,6	41.712
Begge kjønn	702	7,6	92.284 ²⁶

Det er og en sammenheng mellom dødsfall i perioden og typer av tiltak som barna har hatt. Når det gjelder barn og unge som har vært i barneverninstitusjon for kortere eller lenger tid, er det observert om lag dobbelt så høy dødelighet som blant barn og unge som ikke har hatt dette tiltaket. Blant de vel 82.800 barn og unge som aldri hadde vært i barneverninstitusjon (som omsorgs- eller atferdstiltak), var dødeligheten 0,7 prosent (527 dødsfall).

²⁵ Ved krysskjøring er totaltallet noe lavere enn de 92.320 barn og unge i det longitudinelle prosjektet. Dette skyldes manglende registreringer (missing) på en eller begge to variablene i denne krysstabellen (700 individer har missing på kjønn).

²⁶ Inkludert 416 barn og unge med uoppgitt kjønn.

Tabell 6.4 *Dødsfall i perioden 1993-2001 blant barn og unge som hadde vært i barneverninstitusjon eller ikke. Absolutte tall og prosent*

Barnet har vært i barneverninstitusjon som omsorgs- eller atferdstiltak 1990-2001?		Barnet lever i 2002	Barnet er død i perioden ²⁷	Sum
Nei	Abs. tall	81.676	564	82.240
	Prosent	99,3	0,7	100,0
Ja	Abs. tall	9.908	136	10.044
	Prosent	98,6	1,4	100,0
Sum	Abs. tall	91.584	700	92.284
	Prosent	99,2	0,8	100,0

Blant de vel 9.500 barn og unge som hadde vært i slike tiltak, var dødeligheten 1,4 prosent (126 dødsfall). Det var for øvrig en tendens til høyere dødelighet blant dem som hadde vært i institusjon i flere kalenderår enn de som kun hadde vært i institusjon innenfor et kalenderår (maksimum 12 måneder).

6.1.1 Dødsfall etter landbakgrunn

Vi har som nevnt tidligere, inndelt fylkene etter de barnevernregioner som ble etablert 1.1.2004. Siden denne analysen tar for seg dødsfall også tidlig i den 13-årsperioden, *analyserer vi ikke dødsfall hos barn og unge etter geografisk region fordi de som døde i 2001 eller tidligere ikke hadde fått lagt inn region per 1.1.2003*. I stedet har vi valgt å analysere variabelen landbakgrunn. Denne er lagt inn for alle barna i hele perioden.

Analysen viser at barnevernbarna med norsk landbakgrunn hadde relativt flere dødsfall i denne perioden (0,8 prosent døde) enn barnevernbarna med utenlandsk landbakgrunn (0,5 prosent døde)²⁸.

²⁷ 2 døde barn er utelatt pga feil i debutår.

²⁸ De absolutte tallene var 560 døde blant vel 70.100 barnevernbarn med norsk landbakgrunn og 142 døde blant vel 28.900 barnevernbarn med utenlandsk bakgrunn.

6.1.2 Dødsfall etter utdanning

For de eldste barn og unge som har vært i barneverntiltak i perioden, ble det for 2002 lagt inn den høyeste utdanning personen hadde.

Tabell 6.5 viser sammenheng mellom de unges utdanningsnivå og dødsfall.

Tabell 6.5 *Unge som har vært i barneverntiltak i hele eller en del av perioden 1990-2001 etter utdanningslengde og eventuelt dødsfall*²⁹. Absolutte tall og prosent

		Barnet død 1990-2001	Barnet lever 1.1.2002	Total
Ungdomsskole	Antall	199	12.161	12.360
	%	1,6	98,4	100,0
Videregående 1	Antall	214	25.342	25.556
	%	0,8	99,2	100,0
Videregående 2	Antall	33	8.210	8.243
	%	0,4	99,6	100,0
Universitets- og høyskoleutdanning	Antall	2	1.360	1.362
	%	0,1	99,1	100,0
Uoppgitt	Antall	46	9.918	9.964
	%	0,4	99,6	100,0
Total ³⁰	Antall	494	56.996	57.490
	%	0,8	99,2	100,0

Av de i alt 92.320 barn og unge som hadde vært i barneverntiltak i perioden, hadde man fått registrert utdanning (via SSB's Utdanningsregister) for de eldste, som utgjør 57.490 barn og unge. Av disse unge hadde det blitt registrert 494 døde i perioden (0,8 prosent i denne aldersgruppen døde). Blant de vel 12.350 unge som kun hadde gjennomført ungdomsskole, ble det registrert 199 dødsfall (1,8 prosent døde). Dette innebærer en svært mye høyere dødelighet enn det som blir observert for andre grupper av barnevernbarn. På utdanningsnivået "Videregående 1" ble det

²⁹ Kun barn og unge i alderen 14 år og over i 2002 er tatt med her, jfr. note 16.

³⁰ Inkl. 5 barn/unge med lavere utdanning enn ungdomsskole som lever 1.1.2002.

registrert dødelighet som for gjennomsnittet av hele gruppen (0,8 prosent), mens det på nivået "Videregående 2" ble registrert en vesentlig lavere dødelighet, 0,4 prosent. Blant de vel 1.350 unge som hadde utdanninger innenfor universitet og høyskoler, ble det nesten ikke registrert dødsfall (kun 2 dødsfall, som tilsvarer 0,1 prosent).

Det er en ganske tung trend når det gjelder dødelighet som en indikator på alvorlig sykkelighet/dødsrisiko av voldsomme dødsfall: Det er særlig dem med lavest utdanningsnivå som er utsatt. Dødeligheten er nesten fraværende i grupper av tidligere barnevernbarn som har nådd universitets- og høyskolenivå seinere. Eller sagt med andre ord: Dødeligheten blant dem som kun har gjennomført ungdomsskole er åtte ganger høyere enn i gruppen med universitets- eller høyskoleutdanning.

6.1.3 Spesifikke dødsårsaker hos klientene

Dødsårsakene fordeler seg ganske forskjellig i denne barnevernpopulasjonen sammenliknet med en vanlig populasjon av voksne, ja også en vanlig populasjon av barn, ungdom og unge voksne.

Det forekommer en del dødsfall av sykdom, men dødeligheten er særlig høy av voldsomme dødsfall. Dødsårsaksgruppen voldsomme dødsfall omfattes særlig av ulike typer av ulykker, selvmord og drap/overfall som resulterer i død.

Blant de i alt 702 dødsfallene som ble registrert blant barn og unge som var eller hadde vært i barneverntiltak i perioden 1990-2001, skyldtes hoveddelen voldsomme dødsfall. Det ble registrert for eksempel 150 selvmord. I tillegg ble 115 dødsfall registrert som psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser ved bruk av opiater/intoksikasjon. Ved siden av dette ble det registrert 16 dødsfall rubrisert som andre forgiftningsulykker. Det ble registrert 95 dødsfall av transportulykker. I tillegg ble det registrert 20 drap/overfall som resulterte i dødsfall.

Dødeligheten kan beregnes for hele gruppen av barn i barneverntiltak over årene 1990-2001. Som nevnt ovenfor døde 702 barn og unge. Dette tilsvarer 0,8 prosent av de om lag 92.284 barn og unge som hadde vært i tiltak i perioden.

Blant hele befolkningen i alderen 1-17 år (om lag 1 million personer) døde i år 2001 168 personer. Dødeligheten blant 1-17

åringer i hele befolkningen var dermed så lav som 1,66 per 10.000 barn og unge (eller 0,017 prosent). Ved å multiplisere dødeligheten med 10-12 (12 kalenderår) for den ordinære barnebefolkningen, ligger barnebefolkningens dødelighet (ca 0,17 prosent over en tiårsperiode) likevel langt lavere enn barnevernbarnas dødelighet (0,8 prosent, eller 80 per 10.000 barn og unge over en 12 års periode).

Det ble som nevnt registrert 150 selvmord blant de nær 93.000 barnevernbarna i den 12 års perioden. Dette tilsvarer 16 per 10.000 barn og er et meget høye tall (dessuten er barneverngruppen langt mindre i starten). Blant barn og unge under 18 år i den ordinære barnebefolkningen ble det i år 2000 registrert 20 selvmord (per 1 million barn og unge). Over en ti-årsperiode (1991-2000) forekom 204 selvmord per 1 million barn og unge i den ordinære barnebefolkningen. Dette utgjør en dødelighet av selvmord i perioden på 2,0 per 10.000 barn og unge. Tallet på selvmord varierte mellom 12 og 25 blant alle barn og unge på 1990-tallet, men med et årlig gjennomsnitt på rundt 20.

Tabell 6.6 *Hovedgrupper av dødsårsaker. Barn og unge i barneverntiltak en del av/hele tidsperioden 1990-2001 som døde i løpet av perioden (dødsfall i tiltak eller etter avsluttet tiltak)*

Hovedgrupper av dødsårsaker	Absolutt antall døde	Prosent (av alle dødsfall) (n=702)
Alle dødsfall	702	100,0
<i>Av dette:</i> Alle dødsfall av sykdom	369	52,6
<i>Av dette:</i> Kreft og andre svulster	40	5,7
Psykisk lidelse og atferdsforstyrrelse ved bruk av opiater, akutt toksikasjon	115	16,4
Medfødte misdannelser	35	5,0
Sykdommer i nervesystem og sanseorganer	50	7,1
Symptomer og ubestemte tilstander	29	4,1
Øvrige sykdomsdødsfall	100	14,2
Alle voldssomme dødsfall	333	47,4
<i>Av dette:</i> Transportulykker	95	13,5
Forgiftningsulykker (andre enn alkoholdødsfall og toksikasjon ved bruk av opiater)	16	2,3
Selv mord	150	21,4
Drap og dødsfall etter overfall	20	2,8
Øvrige voldssomme dødsfall	52	7,4

Vi ser av dødsårsakene at det forekom 150 selvmord blant barn og unge som er eller hadde vært i barneverntiltak i 12 årsperioden. Dette betyr en dødelighet av selvmord i perioden på 16,3 per 10.000 barn og unge i barneverntiltak, eller om lag åtte ganger høyere enn i den ordinære barnebefolkningen. Flere av barnevernbarna som tok livet av seg var blitt eldre enn 17 år. En sjekk på selvmordsdødeligheten blant unge voksne generelt i 1995, viser imidlertid at 20-29-åringene og 30-39 åringeres selvmordsdødelighet også er langt lavere enn barnevernbarnas³¹.

³¹Dødsratene av selvmord i den ordinære ungdomsbefolkningen er heller ikke tilnærmet i nærheten av barnevernbarnas, spesielt ikke selvmordsdødeligheten blant unge kvinner. Et eksempel fra NOS Dødsårsaker 1995 kan klargjøre dette: I 1995 døde 20,3 per 100.000 gutter/unge menn i alderen 15-19 år av selvmord. Samme året var raten 22,1 (per 100.000) blant menn i alderen 20-29 år og 22,7 blant menn 30-39 år. Blant jenter/unge kvinner 15-19 år var selvmordraten i 1995 6,1 per

6.2 Flere faktorer bak for tidlig død

Det er flere forhold som synes å spille inn på risikoen for om barn og unge som har vært eller er i barneverntiltak utsettes for så store påkjenninger at vedkommende dør. Som vi har sett ovenfor, er risikoen for død vesentlig større for barn i tiltak sammenliknet med barn og unge generelt. Her skal vi se litt på hvilke forhold innenfor barneverngruppen som kan føre til død. Mange av risikoforholdene har ikke denne studien oversikt over, så her benyttes kun noen (få) av de kjennemerkene dette prosjektet har tilgang til og som faktisk påvirker dette bildet.

100.000. For kvinner 20-29 år var den 4,3 (altså lavere) og for 30-39 åringer var den 7,3. Også etter en tidobling av disse tallene (en tiårsperiode), er man langt lavere enn barnevernbarnas gjennomsnittlige dødelighet (gutter og jenter sett samlet).

Tabell 6.7 *Logistisk regresjon. Sannsynlighet for at barnet dør/ikke dør i perioden. Barn og unge som har vært i barneverntiltak i perioden 1990-2001*

Avhengig variabel: Dødsfall/ikke dødsfall i perioden

Uavhengige variabler: Kjønn, aldersgrupper (2002), landbakgrunn, varighet av barneverntiltak, plassering i institusjon/ikke.

		Variabler i analysen		
		B	Sig.	Exp(B)
Step 1(a)	Kjønn dummy	,64	***	1,89
	Aldersgruppe (2002)		***	
	0-5 år	-1,44		,24
	6-12 år	-1,43		,24
	13-17 år	-1,62		,20
	18 år og over			1,00
	Barnets landbakgrunn dummy	,37	***	1,45
	Varighet av barneverntiltak		***	
	1 år	1,29		3,64
	2-3 år	,85		2,34
	4-5 år	,64		1,90
	6 år el. mer			1,00
	Institusjon dummy	,74	***	2,10
	Konstant	-5,83		,00

a Variable(s) entered on step 1: Kjønn dummy, Aldersgruppe (2002), Barnets landbakgrunn dummy, Varighet av klientkarrieren, Institusjon dummy.

Nagelkerke R Square: ,080

Den logistiske regresjonsanalysen viser signifikante resultater for nesten alle verdier av disse variablene. Kjønnsvariabelen påvirker risikoen for død sterkt, den veien at gutter har vesentlig høyere risiko enn jenter.

Den eldste aldergruppen, de som var 18 år eller eldre, er benyttet som referansekategori. Alle de tre yngre aldersgruppene, hadde vesentlig lavere sjanse til å dø i perioden enn de eldste, også når alle de andre variablene i modellen ble ”kontrollert for”.

Barnets landbakgrunn (norsk – utenlandsk) virker også inn på sannsynligheten for død. Norsk landbakgrunn viser fortsatt høyere

sjanse for død enn utenlandsk, også etter simultan analyse av de andre variablene i regresjonen.

Varighet av tiltak forklarer samlet en del av risikoen for død. Her er også den gruppen med lengst varighet av barneverntiltak (alle typer av tiltak – 6 års varighet eller lenger) benyttet som referansekategori. Alle de tre andre gruppene med kortere varighet av barneverntiltak hadde en vesentlig høyere sjanse for å dø. Særlig gjelder dette gruppen som kun har hatt barnverntiltak i ett kalenderår. Sjansen for å dø var nesten fire ganger høyere for dem sammenliknet med barna i referansegruppen.

Om barnet har vært plassert i barneverninstitusjon i perioden påvirker det sannsynligheten for død sammenliknet med dem som ikke har vært plassert i institusjon. Institusjonsoppholdet behøver ikke ha noen sammenheng med dødsfallet. Med gruppen av barn som har vært plassert i barneverninstitusjoner har samlet sett en fordoblet risiko for død sammenliknet med dem som ikke hadde vært institusjonsplasserte, også etter kontroll for andre variabler. Dette kan ha sammenheng med at de både kan ha en høyere selvmordsdødelighet, en mer risikofylt atferd eller andre dødsrisiki sammenliknet barn og unge som ikke har vært plassert i institusjon, men vi har ikke analysert detaljer i dette bildet foreløpig.

Men fortsatt er mye av risikoen for død hos barna uforklart etter denne analysen³².

6.3 Dødsfall blant foreldrene

Foreldrenes helseproblemer kan bidra til økning i kriser og belastninger på barna. For barnas biologiske foreldre var bildet enda mer dramatisk enn for barna selv med hensyn til risiko for tidlig død. Av de vel 99.000 barnas biologiske mødre som ble funnet ved SSBs koblinger mellom barnevernstatistikken og Det sentrale personregister (DSP) hadde vel 3.680 av barnas mødre, eller nær 4 prosent av barnas mødre som man fant i registeret (og

³² Dette prosjektet vil fortsette arbeidet med videre analyser av dødelighet både blant barnevernbarna og deres foreldre. Både vil det inngå flere år i det longitudinelle designet (2002, evt. og 2003), og det vil bli foretatt enda mer detaljerte og spesifiserte analyser.

som matchet på barnets og mors fødselsnumre), blitt registrert som døde.³³

Tabell 6.8 *Barn og unge som har vært i barneverntiltak 1990-2002 og som har mistet sine mødre ved dødsfall innen utgangen av året 2001. Barn og unge etter alder (gruppert) i 2002. Absolutte tall og prosent*

Barnets alder i 2002	Antall barn og unge som har mistet sine mødre ved dødsfall innen utgangen av 2001	Prosent innen hver aldersgruppe
0-5 år	61	0,7
6-12 år	495	1,9
13-17 år	719	2,9
18+år	2.408	6,1
Total	3.683	3,7

Hvert barn er her talt som et individ. Minst 3.683 barn og unge i barneverntiltak i perioden 1990-2001 hadde mistet sin mor i dødsfall (i tillegg kan det gjelde for en del av de 320 barna hvor man ikke fikk etablert ”mødrematch” i materialet).

Som det framgår av tabell 6.8, var det relativt få av de minste barna (alder i 2002) som hadde mistet sine mødre ved dødsfall. Dette gjaldt for under 1 prosent av 0-5 åringene. 6 prosent av dem som var 18 år og eldre hadde mistet sine mødre ved død. I gjennomsnitt hadde om lag 4 prosent av barn og unge mistet sine mødre ved dødsfall.

Fedrenes dødelighet var enda høyere i dette statistiske materialet. For i alt 6.890 av barna og de unge ble det registret at far var død, dette utgjør 7 prosent av de barna hvor man oppnådde ”fedrematch” (98.580 barn).

³³ I tillegg var det 320 barn hvis mødre som man av ulike og til dels ukjente årsaker ikke fikk matchet (dette utgjør 0,3 prosent av de 92.284 barna).

Tabell 6.9 *Barn og unge som har vært i barneverntiltak 1990-2002 og som har mistet sine fedre ved dødsfall innen utgangen av året 2001. Barn og ung etter alder (gruppert) i 2002. Absolutte tall og prosent*

Barnets alder i 2002	Antall barn og unge som har mistet sine fedre ved dødsfall innen utgangen av 2001	Prosent innen hver aldersgruppe
0-5 år	178	2,1
6-12 år	1.068	4,1
13-17 år	1.424	5,8
18+år	4.222	10,6
Total	6.892	7,0

Som vi ser av tabell 6.9 var det også for de yngste barna (0-5 år i 2002) færre som hadde mistet sin biologiske far ved dødsfall, dette gjaldt for 2,1 prosent. For de unge som var over 18 år i 2002, hadde nær 11 prosent mistet sine biologiske fedre ved dødsfall. Det er viktig å være klar over at her er barnas alder beregnet i 2002. En del av disse ungdommene mistet sin far tidligere i perioden hvor de kanskje var under 18 år. Blant dem som var 13-17 år i 2002 hadde om lag 6 prosent mistet sine fedre ved dødsfall.

6.3.1 Spesifikke dødsårsaker blant foreldrene

Over 3.680 barn og unge som hadde vært i barneverntiltak i løpet av perioden 1990-2001, opplevde at deres biologiske mor døde i løpet av disse årene. For noen skjedde dette før, for andre mens, og for atter andre skjedde mors dødsfall etter at de selv hadde vært i barneverntiltak. Vi fulgte som tidligere nevnt de eldste barn og unge opp på registerbasis i inntil 12 år etter at de forlot barneverntiltak (de som forlot barneverntiltak i 1990 og da var 22 år, var blitt 33 år i 2001). Hovedtyngden av de unge var imidlertid rundt 16-28 år i 2001.

Som det framgår av tabell 6.10 har de fleste barnas mødre som avgikk ved døden i perioden, mistet livet på grunn av sykdom (2.680 dødsfall eller 73 prosent). Men mange av dødsfallene skyldtes voldsomme dødsfall (vel 27 prosent). Sammenliknet med at kun vel 4 prosent av dødsfallene blant jenter og kvinner i den vanlige befolkningen skyldes voldsomme dødsfall, er dette en svært høy andel. Svært mange av barnas mødre hadde tatt livet av

seg. Selvmord ble registrert som dødsårsak ved 438 dødsfall eller ved hele 12 prosent av alle dødsfallene. En del av barnas mødre avgikk ved døden etter bruk av opiater eller liknende, dette gjaldt 221 kvinner. Relativt mange ble også drept eller døde som følge av overfall, dette gjaldt for 146 av barnas mødre eller for nesten fire prosent av dødsfallene.

Tabell 6.10 *Hovedgrupper av dødsårsaker for barnas mødre. Barn og unge i barneverntiltak en del av/hele tidsperioden 1990-2001 med mødre som døde 1990-2001*³⁴

Hovedgrupper av dødsårsaker	Absolutt antall døde	Prosent
Alle dødsfall	3.683	100,0
Av dette: Alle dødsfall av sykdom	2.686	73,0
Av dette: Svulster	1.323	35,9
Psykisk lidelse og atferdsforstyrrelse ved bruk av opiater, akutt toksikasjon	221	6,0
Sykdommer i sirkulasjonsorganene	402	10,9
Sykdommer i åndedretsorganene	118	3,2
Symptomer og ubestemte tilstander	95	2,6
Øvrige sykdomsdødsfall	527	14,3
Alle voldsomme dødsfall	997	27,1
Av dette: Transportulykker	200	5,4
Forgiftningsulykker (andre enn toksikasjon ved bruk av opiater)	74	2,0
Selvmord	438	11,9
Drap og dødsfall etter overfall	146	4,0
Øvrige voldsomme dødsfall	139	3,8

Nær 6.900 barn og unge som hadde vært i barneverntiltak hele eller deler av perioden 1990-2001 opplevde at deres biologiske far døde i løpet disse årene.

³⁴ NB: Barnet er enheten i denne tabellen. Det vil si at dette ikke er en mødrestatistikk med mor som enhet, men en statistikk over **barnas** mødre. Det er grunnleggende i denne undersøkelsen å vise resultater med *barnet som enhet*. Det er 3.683 barn og unge som faktisk har opplevd at deres mor døde i dette materialet.

I tabellen nedenfor viser vi hovedgrupper av dødsfall for barnas fedre.

Som vi ser døde også de fleste av barnas fedre av sykdomsdødsfall (68 prosent), men, en stor andel døde av voldsomme dødsfall – 32 prosent. I hele befolkningen av gutter og menn som dør årlig, skyldes anslagsvis kun 7 prosent av dødsfallene voldsomme dødsfall. Mennene som dør i den vanlige befolkningen vil riktignok i hovedsak være overveiende eldre enn barnevernbarnas fedre, og derfor noe mer utsatt for sykdomsdødsfall. Det er også en relativt stor andel blant barnevernbarnas fedre som døde av dødsårsaker som selvmord (953 barns fedre, 13,8 prosent av dødsfallene), transportulykker (541 barns fedre, 7,8 prosent av dødsfallene), psykisk lidelse og atferdsforstyrrelse ved bruk av opiater/ akutt toksikasjon (837 personer, 12,1 prosent av dødsfallene). Drap og overfall med dødsfall som følge, forekom for 97 av barnas fedre.

Tabell 6.11 *Hovedgrupper av dødsårsaker for barnas fedre. Barn med og unge i barneverntiltak en del av/hele tidsperioden 1990-2001 med fedre som døde 1990-2001* ³⁵

Hovedgrupper av dødsårsaker	Absolutt antall døde	Prosent
Alle dødsfall	6.892	100,0
Av dette: Alle dødsfall av sykdom	4.716	68,4
Av dette: Svulster	1.223	17,7
Psykisk lidelse og atferdsforstyrrelse ved bruk av opiater, akutt toksikasjon	837	12,1
Sykdommer i sirkulasjonsorganene	1.582	23,0
Sykdommer i åndedretsorganene	150	2,2
Symptomer og ubestemte tilstander	305	4,4
Øvrige sykdomsdødsfall	619	9,0
Alle voldsomme dødsfall	2.176	31,6
Av dette: Transportulykker	541	7,8
Forgiftningsulykker (andre enn toksikasjon ved bruk av opiater)	147	2,1
Selvmord	953	13,8
Drap og dødsfall etter overfall	97	1,4
Øvrige voldsomme dødsfall	438	6,4

6.3.2 Begge foreldrene døde

For 615 barn og unge var begge foreldrene døde. Dette tilsvarer 0,6 prosent av alle barna og unge med barneverntiltak (n=99.014). For 16,7 prosent av dem som hadde mistet sine mødre ved dødsfall (n=3.683) var begge foreldrene døde.

³⁵ NB: Barnet er enheten i denne tabellen. Det vil si at dette ikke er en fedrestatistikk med far som enhet, men en statistikk over **barnas** fedre. Det er grunnleggende i denne undersøkelsen å vise resultater med *barnet som enhet*. Det er 6.892 barn og unge som *faktisk har opplevd at deres far døde* i dette materialet.

Tabell 6.12 *Barn og unge med barneverntiltak 1990-2001 hvor en eller begge foreldre er døde. Absolutte tall og prosent*

	Antall	Prosent (n=99.014)
Både mor og far er døde	615	0,6
Bare mor er død	3.068	3,1
Bare far er død	6.277	6,3
Minst en av foreldrene døde	9.960	10,1

6.4 Oppsummering og drøfting

I dette kapitlet er analysert dødsfall hos barn og unge som har vært i barneverntiltak i 12-årsperioden 1990-2001. Vi har også analysert dødsfall hos deres (biologiske) mødre og fedre.

Dødsfall og dødelighet blir i den internasjonale litteraturen regnet som en viktig helseindikator. Enkelte hevder at sykkelighet er en bedre indikator. Men på et felt hvor man som nevnt andre steder i denne rapporten mangler gode levekårsdata, er dødelighetsdata en god erstatning. Spesielt i Norge hvor dødsfall og dødelighet er ganske godt registrert, også i forhold til de gruppene av barn og foreldre som inngår i denne analysen. Mange land utenom de nordiske vil ikke kunne gjøre denne typen av analyser nasjonalt fordi de har for dårlige koblingsmuligheter mellom folkeregistre og sentrale statistikkilder, og derfor til dels også mer problemer i sin registre (dublettoppgaver hvor samme navn er stavet forskjellig, manglende opplysninger osv).

Man kan få usikkerhet i tolkningene omkring helseforhold hvis man finner lav dødelighet i en befolkningsgruppe. Gruppen kan likevel ha relativt dårlig helse selv om man finner lav dødelighet (av sykdommer man ikke dør av). Hvis man derimot finner høy dødelighet i en befolkningsgruppe av yngre og middelaldrende personer, er det imidlertid en nokså sikker indikator på at helse-tilstanden er dårlig i denne gruppen. Helsebegrepet er definert bredt, slik at *høy risiko* for ulykker og andre skadelige ytre påvirkninger på personer i en gruppe blir betraktet som et klart negativt helseforhold (ikke bare fravær av sykdom og funksjonshemming). Grupper med god helsetilstand i Norge framviser ikke bare lav sykkelighet i ulike typer av helseundersøkelser, men også en generelt lav dødelighet.

De sentrale funnene i dette kapitlet var følgende:

- Blant 93.000 barn og unge som har vært i barneverntiltak i perioden 1990-2001 døde 702 personer. Dette utgjorde 7,6 per 1.000 av den totale barnevernpopulasjonen
- Flest personer døde i den siste halvdel av perioden. Bare i 2001 døde 114 barn og unge som tidligere hadde hatt barneverntiltak.
- Analysen viser kjønnsforskjeller: Blant gutter som var eller hadde vært i barneverntiltak døde 9,7 per 1.000, mens blant jenter døde 5,4 per 1.000.
- Alder spilte også en rolle. Den klart største andelen av de tidligere barnevernbarna som døde var over 18 år i dødsåret. Denne gruppen utgjorde nær 65 prosent av de døde (450 døde personer). Relativt få døde i grunnskolealder (6-12 år i dødsåret: knappe 10 prosent av de døde). 65 barn døde i denne alderen. Litt høyere andeler døde i henholdsvis førskolealder (vel 12 prosent) og i alderen 13-17 år (nær 14 prosent).
- Det er barn med norsk bakgrunn i barneverntiltak som bidrar til den høyere dødeligheten. Utenlandske barn og unge i barneverntiltak har en noe lavere dødelighet enn de norske.
- Både kjønn, alder, norsk eller utenlandsk bakgrunn, varighet av tiltak og om barnet har vært i institusjon eller ikke virket inn på sjansen for at barnet døde/ikke døde. Virkningen var slik at gutter hadde større sjanse for død enn jenter, og unge over 18 år hadde større sjanse for død enn yngre barn. Videre hadde barn med norsk bakgrunn større sjanse for å dø enn de med utenlandsk. Barn med kort varighet av barneverntiltak hadde større sjanse for å dø enn barn med lang varighet av tiltak (6 år eller lenger), og barn som har vært i institusjon (uansett varighet) hadde større sjanse for å dø enn barn som ikke hadde vært i barneverninstitusjon. Dette betyr ikke at spesifikke institusjonsopphold knyttes til dødsfallet, men at situasjonen rundt barnet generelt er slik at sjansen for død har økt i de tilfellene barn også har vært i institusjon. Disse sammenhengene er signifikante også etter at de ulike andre variablene er kontrollert for.
- Blant dem som var 14 år eller eldre i 2002, var det en tydelig tendens til høyere dødelighet blant unge med lav utdanning sammenliknet med unge med høy utdanning.
- I 2001 døde 168 personer i alderen 1-17 år i hele barnebefolkningen. Dette tilsvarer en dødelighet på 0,17 per 1.000 barn og unge. Dette er et svært lavt tall i forhold til barnevernbarna, selv når man tar hensyn til at barnevernbarnas

dødstall ble målt over en mye lenger periode og at noen av de unge i barneverntiltak hadde kommet over myndighetsalder. Spedbarnsdødsfallene i barnepopulasjonen er utelatt i denne sammenlikningen. (I barnevernpopulasjonen forekom ikke spedbarnsdødsfall i 2001).

- Særlig såkalte voldsomme dødsfall (trafikk- og andre ulykker, selvmord og drap) var utbredt. 150 av dødsfallene var selvmord. Dette betyr en vesentlig høyere selvmordsdødelighet i barneverngruppen (16 per 10.000) enn i den vanlige barnepopulasjonen (2 per 10.000) i perioden.
- Men barn i barneverntiltak døde også av sykdommer: Kreft, sykdommer i nervesystem og sanseorganer, medfødte misdannelser, og psykiske lidelser (bla. også forgiftning i forbindelse med stoffbruk) var viktige grupper. Men også en rekke andre typer av sykdomsdødsfall ble registrert.
- Foreldrene (de biologiske) til barn i barneverntiltak hadde også høye dødetall i perioden. Minst 3.680 barn og unge hadde mistet sine mødre ved dødsfall (3,7 prosent). Minst 6.890 barn og unge (7 prosent) mistet sine fedre ved dødsfall. 615 av barna hadde mistet både sin far og sin mor ved dødsfall.
- Særlig blant foreldrene døde mange som følge av sykdommer. Dødsfall av kreft (både mødre og fedre) og sykdommer i sirkulasjonsorganene (vesentlig fedrene) var relativt vanlige. Men også mange fedre og mødre døde som følge av psykisk lidelse og atferdsforstyrrelse ved bruk av opiater/akutt toksikasjon i denne sammenheng.
- Andelen voldsomme dødsfall blant de mødre og fedre som døde, var noe lavere enn vi fant de unge som døde. Men også blant mødrene og fedrene veide flere typer av voldsomme dødsfall tungt. Eksempler på dette er selvmord (953 barns fedre, 438 barns mødre), trafikkulykker (541 barns fedre, 200 barns mødre) og drap/overfall med døden til følge (146 barns mødre, 97 barns fedre).

De empiriske funnene i dette kapitlet viser at både barn og unge som har vært i barneverntiltak i den 12 år lange perioden og deres fedre og mødre har en høy risiko for dødsfall. Både flere typer av sykdomsdødsfall og voldsomme dødsfall (ulykker, selvmord, drap) var framtrepende. Ved en logistisk regresjonsanalyse finner vi at flere uavhengige variabler (kjønn, alder varighet av barneverntiltak, type av barneverntiltak) synes å virke inn på utfallene i forbindelse med barns død/ikke død, selv om vi ikke kan forklare

mekanismene her veldig langt. Men gruppen er utsatt – det er vist tydeligere enn i tidligere norske empiriske arbeider om barnevernbarns og deres familiers helse. En konklusjon omkring disse funnene vil bli videreført i drøftingskapitlet til slutt i rapporten: Det helseforebyggende arbeidet må bli prioritert opp vesentlig i den velferdspolitikken som føres overfor barnevernbarna og deres familier.

7 Sammenhenger mellom barnevernkarrierer og ulike bakgrunnskjennetegn

Vi har tidligere analysert noen typiske barnevernkarrierer, blant annet barn og unge som har vært i fosterhjems plassering som omsorgstiltak og barn og unge som har vært i barneverninstitusjon. Her skal vi analysere noe mer systematisk hvilke sammenhenger disse karrierene viser med enkelte bakgrunnsvariable.

Vi benytter to logistiske regresjonsmodeller, siden det her er snakk om to hovedtyper av utfall (i fosterhjems plassering eller ikke, i barneverninstitusjon eller ikke).

7.1 Sjansen til å bli plassert i fosterhjem

Vi har tidligere sett at bla. både kjønn, alder, region, landbakgrunn (norsk - utenlandsk) og varighet i tiltak, spiller inn på sannsynlighet for ulike typer av plasseringer. Her skal vi se hvordan de virker kontrollert for hverandre.

Kjønn virker også i denne regresjonen inn på sjansen for å bli plassert i fosterhjem som omsorgstiltak. Sammenhengen går i den retningen at jenter har en noe større sjanse enn gutter til å bli plassert i fosterhjem 1993-2002, også etter kontroll for andre variabler.

Tabell 7.1 *Logistisk regresjon. Sjansen for at barnet har vært i fosterhjem som omsorgstiltak i perioden 1993-2002.*

Avhengig variabel: Fosterhjemsplassering som omsorgstiltak i perioden 1993-2002

Uavhengige variabler: Kjønn, aldersgrupper (2002), landbakgrunn, varighet av barneverntiltak, region (2003).

		Variabler i analysen		
		B	Sig.	Exp(B)
Step 1(a)	Kjønn (dummy)	-,19	***	,83
	Aldersgruppe 2002		***	
	0-5 år	,93		2,54
	6-12 år	-,63		,53
	13-18 år	-,60		,55
	19 år og over (ref. kat.)			1,00
	Barnets landbakgrunn – dummy	,20	***	1,22
	Varighet av tiltak (alle typer)		***	
	Maksimalt 1 år	-4,86		,01
	2-3 år	-3,30		,04
	4-5 år	-1,73		,18
	6 år og over (ref. kat.)			1,00
	Region 1.1.2003		***	
	Oslo	-,32		,73
	Østlandet ellers	-,23		,79
	Sørlandet	,04		1,04
	Vestlandet	-,03		,97
	Møre og Trøndelag	-,23		,79
	Nord-Norge (ref. kat.)			1,00
	Constant	-,01	,84	,99

a Variable(s) entered on step 1: Kjønn dummy, Aldersgruppe 2002, Barnets landbakgrunn (norsk-utenlandsk (dummy), varighet av tiltak (gruppert), region 2003.

Nagelkerke R Square: ,36

Alder er her beregnet for 2002. Det er relevant å ha med dem som er over 18 år også i denne analysen, selv om de som er over denne alder ikke lenger kan plasseres i fosterhjem som omsorgstiltak (nye plasseringer). Men mange av dem har vært plassert tidligere.

Når de som er over 18 år benyttes som referansekategori, ser vi at de yngste (0-5 år) har en mer enn dobbelt så høy sjanse til å ha vært plassert i fosterhjem som omsorgstiltak. De som er i barneskolealder (6-12) og ungdomsskole-/videregående skole (13-17) har derimot en mindre sjanse enn de eldste til å ha blitt plassert i fosterhjem.

Barnets landbakgrunn spiller også en rolle for sjansen til å ha vært plassert i fosterhjem, på den måten at barn og unge med norsk bakgrunn har større sjanse for å ha hatt slik plassering enn barn med utenlandsk bakgrunn.

Varighet av barneverntiltak (alle typer av tiltak samlet) for det enkelte barn er også her delt i fire grupper. Den lengste varigheten er 6 år eller lenger, og det er denne verdien som er benyttet som referansekategori i denne regresjonen. Vi ser da tydelig at det er referanse kategorien som gir klart større sjanse til plassering i fosterhjem. Alle kortere varigheter gir mindre sjanse til at fosterhjem som omsorgstiltak er benyttet. Særlig ser vi at når barneverntiltak kun er benyttet et kalenderår (eller kortere) er sjansen svært liten for plassering i fosterhjem.

Når det gjelder region er Nord-Norge benyttet som referansekategori. For både Oslo, Østlandet ellers og Møre og Trøndelag var sjansen til å bli plassert i fosterhjem (Odds ratio) mindre enn i Nord-Norge.

Det er også andre forhold som forklarer sjansen til å bli plassert i fosterhjem som omsorgstiltak. Noen av disse forholdene har vi data for, andre ikke. Formålet med denne modellen og analysen har vært å vise hvordan sentrale bakgrunnsforhold spiller inn – også etter kontroll for hverandre.

7.2 Sjansen til å bli plassert i institusjon

Vi har også analysert hvilke forhold som øker sjansen for å bli plassert i institusjon i perioden 1990-2001.

Kjønn spiller også litt inn her, men i mindre grad enn vi har sett i analysen av fosterhjem. Jenter har litt større sjanse enn gutter til å bli plassert i institusjon.

Også i denne analysen har vi benyttet aldersgruppen 18 år og over som referansekategori. Barn i yngre aldersgrupper har vesentlig lavere sjanse til å ha vært plassert i institusjon, også etter kontroll

for varighet av barneverntiltak. Særlig gjelder dette barneskolebarna (6-13 år) og de yngste barna (0-5 år).

Tabell 7.2 *Logistisk regresjon. Sannsynlighet for at barnet har vært plassert i institusjon i perioden 1990-2002.*

Avhengig variabel: Plassering i barneverninstitusjon i perioden 1990-2002

Uavhengige variabler: Kjønn, aldersgrupper (2002), landbakgrunn, varighet av barneverntiltak, region (2003).

		Variabler i analysen		
Step 1(a)		B	Sig.	Exp(B)
	Kjønn (dummy)	-,10	***	,91
	Aldersgruppe 2002		***	
	0-5 år	-1,53		,22
	6-12 år	-1,77		,17
	13-17 år	-,65		,52
	18 år og over			1,00
	Barnets landbakgrunn – dummy	-,08	**	,92
	Varighet av tiltak (alle typer)		***	
	Maksimalt 1 år	-2,31		,10
	2-3 år	-1,40		,26
	4-5 år	-,61		,54
	6 år eller mer			1,00
	Region 1.1.2003		***	
	Oslo	,57		1,77
	Østlandet ellers	,18		1,20
	Sørlandet	,22		1,24
	Vestlandet	,42		1,53
	Møre og Trøndelag	-,07		,93
	Nord-Norge			1,00
	Constant	-,77	,000	,46

a Variable(s) entered on step 1: Kjønn (dummy), Aldersgruppe 2002, Barnets landbakgrunn (dummy), Varighet av tiltak, Region 2003.

Nagelkerke R Square: ,179

Landbakgrunn betyr også litt med hensyn til sjansen til å bli plassert i institusjon. Med utenlandsk bakgrunn er det litt større

sjanse til slik plassering enn med norsk bakgrunn, men forskjellene er små.

Sett i forhold til varigheten av alle typer av barneverntiltak for det enkelte barn, benyttet vi også i denne analysen 6 års varighet eller lenger som referansekategori. De som hadde tiltak som samlet hadde svært mye kortere varighet, hadde liten sjanse til å ha erfart institusjonsplassering (også etter kontroll for alder). Særlig dem med tiltak med varighet 1 år eller kortere hadde liten sjanse til å bli plassert i institusjon.

Når det gjelder region, ble også Nord-Norge benyttet som referansekategori i denne modellen. Vi fant da at sjansen til å bli plassert i institusjon var nesten 2 ganger så høy i Oslo. Den var også høyere på Vestlandet. Sjansen var litt høyere på Sørlandet og på Østlandet utenom Oslo.

7.3 Oppsummering

Vi har i dette kapitlet sett at det er sammenheng mellom ulike former for barnevernkarrierer og flere bakgrunnsforhold. Spesielt viser det seg at karrierer hvor fosterhjem som omsorgstiltak og hvor institusjonsbruk forekommer har litt ulike bakgrunnsforhold.

Det som er felles for de to formene for tiltak (enkelte barn har også prøvet begge disse tiltakstypene i sine karrierer) er at det er litt lenger ut i barnevernkarrierene at slike tiltak iverksettes. Dette er noe forskere lenge har forsøkt å få fram, men likevel ikke alltid lykkes med i mediesammenheng. Tyngre tiltak som bruk av fosterhjem og bruk av institusjon er svært sjeldent de første tiltakene barnevernet benytter. Det er kun når det er snakk om barnets liv og helse at disse tiltakene brukes som akutttiltak (da er det som regel snakk om enten beredskapshjem eller institusjon).

Som vi ser av analysene over er det som regel når barneverntiltak i ulike former alt har vært benyttet over mer enn fem kalenderår tidligere, at de to tiltakstypene fosterhjem og institusjon benyttes. I noen grad benyttes disse tiltakene også når det har gått 3-4 år i barnevernkarrierer. Det er svært små sjanser til at tiltakene benyttes i 1.-2. år.

Tiltakstypene fosterhjem og institusjon kommer litt ulikt ut i forhold til gutter og jenter. Selv om vi ikke kan sammenlikne odds ratio for kjønn i de to analysene direkte, tyder analysene på at jenter i noe større grad kommer i fosterhjem.

Små barn under skolealder har vesentlig større sjanse enn eldre barn og unge til å bli plassert i fosterhjem som omsorgstiltak. Ungdom blir langt oftere plassert i institusjon (inntil de er 18 år). I dette materialet hadde også de unge som var blitt over 18 år i 2002, men som hadde barnevernerfaring fra tidligere på nittitallet, også ofte hatt institusjonserfaring sammenliknet med de barn og unge som var i yngre aldersgrupper i 2002.

Landbakgrunn synes også å ha slått ulikt ut i forhold til barnevernkarrierer. Det var oftere slik at de som kom i fosterhjem hadde norsk bakgrunn enn utenlandsk bakgrunn, sammenliknet med disse gruppenes representasjon i det totale barnevernmaterialet. Derimot hadde barn med utenlandsk bakgrunn litt større sjanse enn dem med norsk bakgrunn til å ha vært i barneverninstitusjon på nittitallet, når andre forhold (som bl.a. lengde på barneverntiltak) er kontrollert for.

Bostedsregion i Norge slår ut ganske forskjellig for sjansen til å bli plassert i hver av de to hovedtypene av plasseringstiltak.

Med Nord-Norge som referansekategori i begge analysene, kommer Oslo svært lavt ut i sjanse for plassering i fosterhjem som omsorgstiltak. For institusjonsplassering er det motsatt, der kommer Oslo langt høyere enn Nord-Norge. Noe av det samme mønsteret fant vi for Østlandet utenom Oslo, men ikke så tydelig. Vestlandet kom litt høyere enn Østlandet ellers (Akershus, Oppland, Hedmark) mht sjanse for institusjonsbruk.

8 Oppsummering og konklusjon

8.1 Oppsummering

Bakgrunnen for denne studien er flere tidligere studier av longitudinelle nasjonale barneverndata ved NIBR. NIBRs studier har etter hvert dannet et betydelig kunnskapsgrunnlag om norske barn og unge som har hatt både kortvarige og mer langvarige tiltak av barneverntjenesten. De longitudinelle studiene søker særlig å bidra med kunnskap om barn og unge som har langvarige tiltak av barnevernet, fordi den årlige nasjonale statistikken ikke benytter kjennemerker som kan skille annet enn "årets nye klienter" fra dem som har hatt tiltak som startet året før eller flere år før. I det foreliggende materialet følger vi barn og unge i barneverntiltak i opp til 13 år, og vet hvilket år de fikk hjelp første gang ("debutår" – etter 1990).

I denne undersøkelsen er analysert hvordan varigheter av ulike typer av barneverntiltak, særlig plasseringstiltakene, forløper i hele perioden 1990-2002. Spesielt analyseres dette i forhold til utdanningsnivå, stønad for uførhet og dødelighet. Disse siste forholdene er tidligere ikke analysert i Norge. Data om bruk av uføretrygd for blant annet barn i barneverntiltak foreligger for 2002, mens data om dødsfall foreløpig bare er tilkoblet de longitudinelle datasettene som analyseres her fram til og med 2001.

I barnevernstudier internasjonalt benyttes karrierebegrepet. Vi har også benyttet det i tidligere norske studier. En del barn og unge som trenger hjelp, er innom flere hjelpetjenester, som for eksempel helsesøstertjeneste/ skolehelsetjeneste, fastlege, pedagogisk psykologisk tjeneste, barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, familiesenter eller habiliteringstjeneste. Noen barn er innom en enkelt av de andre instansene, mens andre kan være innom flere av

instansene; samtidig eller i serie. Barnevernkarrierer er derfor som regel langt mer komplekse enn vi får fram ved analysen av kun barnevern- og tryggedata³⁶.

Antallet barn og unge som hadde vært i barneverntiltak i hele eller deler av perioden 1990-2002 er beregnet til 99.014. I alle de 13 årene har tallet på barn og unge som har vært i tiltak i løpet av året øket. I 1990 og 1991 var det under 20.000 som var i barneverntiltak hvert av årene. Etter at ny lov om barneverntjenester ble gjort gjeldende fra 1.1.1993, har tallet vært økende. I løpet av 1993 hadde nær 26.000 barn og unge vært i barneverntiltak. Fram til utgangen av 2002 har antallet vært økende hvert eneste år.

Flere barn har vært i tiltak mange av årene. De seinere årene i perioden dominerer klientsammensetningen. I løpet av 19990 var kun 17 prosent av alle klientene i hele perioden i tiltak, mens 34,6 prosent av alle klientene i perioden var fortsatt i tiltak i 2002.

I 1990 ble det registrert nær 17.000 barn og unge i barneverntiltak. Hvert av årene 1991-2002 kom det fra vel 5.900 til vel 8.700 nye klienter i barneverntiltak, Det kom flest nye i 1992 og færrest nye i 1999. Etter 1999 har det vært en både absolutt og prosentvis økning i tallet på nye klienter som ikke hadde vært i barneverntiltak tidligere på nittitallet.

Hvert år kommer mange nye småbarn i barneverntiltak, men det kommer også inn nye ungdommer som ikke har vært i tiltak tidligere i perioden. Av den grunn blir den ”longitudinelle oversikten” over barn og unge som er eller har vært i tiltak i hele perioden, gjennomgående satt sammen av noe eldre barn og unge for hvert år som går. Grunnen til at det er av interesse også å ta med dem som har vært i tiltak tidligere på nittitallet, er at alle barn og unge (samt deres biologiske foreldre) følges opp med blant annet høyeste utdanningsnivå og evt. dødsfall/dødsårsak også etter at barneverntiltak er avsluttet. Barn og unge følges også opp med hensyn på eventuell uføretrygd, sosialhjelp og kriminalitet (siktelsler).

I 2002 var vel 8.400 (vel 8 prosent) 0-5 år av populasjonen på i alt 99.000 barn og unge. Nær 26.000 (26 prosent) var i alderen 6-12 år og vel 24.500 (nesten 25 prosent) i alderen 13-17 år dette året. De fleste, vel 39.800 (om lag 40 prosent) var 18 år og over i 2002.

³⁶ Her skal tilføyes at Clausen (2004) som nevnt tidligere, i en annen studie har analysert barneverndata i sammenheng med kriminalitetsdata (siktelsler for lovbrudd).

Mange av dem som var 18 år og over i slutten av perioden hadde kommet inn i barneverntiltak som skolebarn, og er seinere fulgt inn i voksen alder. De eldste var ca 32-33 år i 2002 (de eldste i barneverntiltak fra tidlig på nittitallet).

Det er store variasjoner i hvor mange år barna og de unge har vært i tiltak. De fleste, vel 26.000 (vel 26 prosent) hadde vært i tiltak maksimum et kalenderår. Dette tilbakeviser myten som, i følge enkelte avisreportasjer, finnes i enkelte grupper av befolkningen: Når først barn og foreldre er kommet i kontakt med barnevernet, slipper man ikke så lett "taket" igjen. Denne studien viser derimot at barneverntjenesten slipper svært mange under 18 års alder ut av tiltak hvert eneste år. Nær 21.500 barn og unge har vært i tiltak maksimalt 2 kalenderår (nær 22 prosent). Nær 14.000 barn og unge (14 prosent) har vært inntil tre kalenderår i tiltak og nær 9.900 (10 prosent) har vært fire år i tiltak. Noen få av barna/de unge har vært 10 år eller lenger i tiltak. Dette dreier seg om nær 6.000 barn og unge (om lag 6 prosent).

Vel 10 prosent av barn og unge eller vel 10.300 hadde vært i barneverninstitusjon for kortere eller lengre tid. Om lag halvparten av disse barna hadde vært et kalenderår eller kortere i institusjon.

Nær 12 prosent av barn og unge (vel 11.500) hadde vært plassert i fosterhjem som omsorgstiltak i løpet av perioden 1993-2002. På grunn av endringer i barnevernloven i 1993 kan skillet mellom frivillig plassering i fosterhjem og fosterhjem gitt som omsorgstiltak (etter fylkesnemndsbehandling) først oppgis for årene fra og med 1992. Vel 8.900 av barn og unge som hadde fått fosterhjems-plassering som omsorgstiltak, hadde vært i slikt tiltak mer enn ett kalenderår. Av disse hadde nesten 3.700 barn og unge vært i fosterhjem seks kalenderår eller mer.

Vel 5 prosent av barn og unge i barneverntiltak 1999-2002 var registrert med grunnstønad for uførhet i 2002. Nær 8 prosent med barnevern tiltak i samme periode var registrert med hjelpestønad for uførhet i 2002. Ser vi på bare dem som var i aktive barneverntiltak i 2002 (nær 34.000 barn og unge) hadde 4,6 prosent av disse grunnstønad for uførhet i 2002.

Sammenlikner vi med den ordinære barne- og ungdomsbefolkningen 0-17 år, var det 2,7 prosent (om lag 34.900 barn og unge) som hadde grunn- og eller hjelpestønad for uførhet i 2002.

Det har også blitt observert et betydelig antall dødsfall blant både de barna og unge som hadde vært i barneverntiltak i perioden

1990-2001 samt hos deres biologiske foreldre. Om lag 700 barn og unge eller om lag 0,8 prosent av dem som hadde vært i barneverntiltak i perioden 1990-2001, døde i denne perioden.

Det var en klar overvekt av dødsfall blant gutter i forhold til jenter, og en klar overvekt av dødsfall blant ungdom og unge voksne sammenliknet med blant de aller yngste. Men også blant førskolebarna forekom dødsfall. 86 barn var i alderen 0-5 år det året de døde.

Vi har også foretatt en innledende analyse av dødsfallene i forhold til utdanningslengde hos de unge som døde. Det var en markert høyere dødelighet blant de unge med kort utdanning sammenliknet med blant de med lengre utdanning av dem som hadde vært i barneverntiltak.

Mange av de unge døde av voldsomme dødsfall. Disse dødsårsakene utgjorde nær 47 prosent av dødsfallene (333 dødsfall). Blant disse finner vi 150 selvmord, 20 av barna/de unge ble drept/døde etter overfall. I tillegg skyldes en del av sykdomsdødsfallene bruk av rusmidler. I alt 115 av de 369 sykdomsdødsfallene skyldtes psykisk lidelse og atferdsforstyrrelse ved bruk av opiater/akutt toksikasjon.

Særlig de biologiske fedrene til barna hadde høye tall for dødsfall. 6.890 barn og unge hadde mistet sine fedre ved død (7 prosent av barna). Nær 3.680 hadde mistet sine mødre (3,7 prosent). En del av barna hadde mistet begge foreldrene. Dette gjaldt for minst 615 barn og unge. I tillegg til dette var det en del av barna hvor man i SSB ikke oppnådde såkalt registermatch på både mødre og fedrene deres. En del av disse barna kan også ha mistet sine mødre, fedre eller begge foreldre.

8.2 Konkluderende merknader

På grunnlag av denne studien anbefales at det blir foretatt nærmere oppfølgende undersøkelser blant tidligere og nåværende fosterbarn. Enkelte tegn fra denne longitudinelle studien kan tyde på at en del barn i fosterhjem har en broket livssituasjon. Levekårene til barn som har vært i barneverninstitusjoner (enkelte barn har vært i begge typer av plasseringstiltak), bør og undersøkes nærmere og følges opp over tid etter at plasseringen er over. En longitudinell studie kan vise hovedtrekkene i levekårsstrukturer og barns problemer. Men i større målestokk enn det som har vært vanlig i

forskning fram til nå, bør brukere, pårørende og eventuelt ansatte intervjues, hvis man skal kunne få mer direkte innblikk i og kunnskap om de mer komplekse prosessene som pågår i samhandlingen mellom brukere, pårørende og hjelpeapparat. Ikke minst fordi at en del av barneverntjenesten også er en kontrollerende instans, med føringer mot jus, fylkesnemnder og rettsvesen. På den annen side er enkelte foreldregrupper i barnevernet også mer juridisk orienterte enn før, blant annet fordi barneverntjenesten forholder seg til et langt større antall og andel av familier enn tjenesten gjorde for 10-15 år siden. Foreldre og unge kan også noen ganger føle seg ”overkjørt” av barneverntjenesten, og de kan også bringe sakene inn for fylkesmannen eller for domstoler som klagesaker.

Det har vært lite påaktet i den offentlige debatten til nå at en såpass stor del av nåværende og tidligere barnevernbarn har sykdom eller skade som er så alvorlig at det gir grunnlag for grunn- eller hjelpestønad for uførhet. De har en tydelig høyere andel med uførestønad sammenliknet med barn og unge i befolkningen generelt. Det er også en betydelig overdødelighet blant barn og unge som har vært i barneverntiltak og blant deres biologiske foreldre. Både barnas og foreldrenes høyere dødelighet henger både sammen med sykdoms- dødsfall og med voldsomme dødsfall (ulykker, selvmord og drap). Barnevernbarna synes å være en enda mer sårbar gruppe velferds- politisk enn det som har framkommet innen annen forskning, annen kunnskap og offentlig debatt fram til nå. Det helseforebyggende arbeidet bør derfor bli prioritert opp vesentlig i den velferdspolitikken som føres overfor barnevernbarna og deres familier.

Referanser

- Abercombie, Nicholas, Stephen Hill, & Brian S. Turner (1994). *Dictionary of Sociology*. (Third Edition ed.). London: Penguin Books.
- Andersson, Helle Wessel, & Trond Hatling (2003). *Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge: Opptrappingsplanens effekt på psykisk helsearbeid i kommunene*. Trondheim: SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning.
- Backe-Hansen, Elisabeth (1995). *Hjelpetjenestene og barna. Rapport fra prosjekt Oppvekstnettverk (Rapport 4/1995)*. Oslo: Barnevernets Utviklingssenter.
- Becker, Howard S. (1963). *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. New York: The Free Press.
- Christiansen, Kikkan Ustvedt (1993). *Forholdet mellom barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien* (Skriftserie 5). Oslo: Barnevernets Utviklingssenter.
- Clausen, Sten-Erik (1998). "Klientkarrierer i barnevernet 1990-1993". *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 35: 115-123.
- Clausen, Sten-Erik (2000). *Barnevern i Norge 1990-1997. En longitudinell studie basert på registerdata* (NIBR-prosjektrapport 2000:7). Oslo: NIBR.
- Clausen, Sten-Erik. (2003). "Plasseringer utenfor hjemmet på 1990-tallet". I: Elisabeth Backe-Hansen, red., *Barn utenfor hjemmet. Plassering i barnevernets regi* (s. 203-221). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Clausen, Sten-Erik (2004). "Har barn som mishandles større risiko for å bli kriminelle?" *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 41: 971-978.
- Clausen, Sten-Erik, & Lars B. Kristofersen. (2003). "Registrert omsorgssvikt fra 1993 til 2000". I: Jarmund Veland, red., *Barnevernboka 2003* (s. 145-150). Stavanger: Høgskolen i Stavanger. Senter for atferdsforskning.
- Cohen, Albert K. (1966). *Deviance and control*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc.
- Dzamarija, Minja Tea, & Trygve Kalve (2004). *Barn og unge med innvandrerbakgrunn* (Notater 2004/31). Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Eidheim, Frøydis (2001). *BRO-Teamet. En prosessevaluering av barne- og ungdomspsykiatrisk ressursteam*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning - NIBR.
- Goffman, Erving (1968). *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*. (First published by Anchor Books, Doubleday, NY, 1961 ed.). Harmondsworth: Penguin Books.
- Jonassen, Wenche (1996). "Middelklassens barn på vei inn i barnevernet?" *Norges Barnevern*, 73: 25-33.
- Jonassen, Wenche, Sten-Erik Clausen, & Lars B. Kristofersen. (1997). "En gang klient - alltid klient?" I: Elisabeth Backe-Hansen & Toril Havik, red., *Barnevern på barns premisser* (s. 47-75). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Kristofersen, Lars B. (1996). "Regionale variasjoner i barnevern-Norge 1990-1993. Barnevernets barn i sosialstatistisk lys". *Norge Barnevern*, 73: 4-17.
- Kristofersen, Lars B. (2003). "Barn og unge i fosterhjem og institusjoner i 1990-årene: Hvorfor avsluttes tiltakene?" I: Elisabeth Backe-Hansen, red., *Barn utenfor hjemmet. Flytting i barnevernets regi* (s. 222-241). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Kristofersen, Lars B. (2004a). *Enkelte trekk ved levekår og helseforhold hos barn og unge som har vært i barneverntiltak i Norge 1990-2003. Noen foreløpige resultater fra en longitudinell studie*. Paper presentert ved den 22. Nordiska Sociologkongress, 20.-22. august 2004. Högskolan i Malmö. Malmö.
- Kristofersen, Lars B. (2004b). *Opptrappingsplanens betydning for barne- og ungdomspsykiatri og barnevern. En underveisrapportering for perioden 1999-2002* (NIBR-notat 2004:112). Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning - NIBR.
- Kristofersen, Lars B. (2005). *Children, adolescents and parents in child welfare: Their health and mortality. - A longitudinal study of 99.000 children and their families through the years 1990-2002*. Presentation. Anglo Norwegian child welfare seminar, 9.-10. June 2005. Lillehammer, Norway.
- Kristofersen, Lars B., Sten-Erik Clausen, & Wenche Jonassen (1996). *Barnevernbarn i perioden 1990-1993. Analyse av statistikk og barnevernkarrierer*. (Rapport 1996:22). Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Kristofersen, Lars B., & Mona Sandbæk. (1994). "De utsatte familiene og hjelpeapparatet". I: Tordis Dalland Evans, Ivar Frønes, & Lise Kjølørød, red., *Velferdssamfunnets barn* (s. 95-107). Oslo: ad Notam Gyldendal.
- Løchen, Yngvar (1970). *Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Marshall, Gordon (1998). *A Dictionary of Sociology*. Oxford - New York: Oxford University Press.
- Nygren, Pär (2000). *I krysningsfeltet mellom barnevern og barne- og ungdomspsykiatri. Dobbeltklientprosjektet - delrapport I* (Rapportserien nr. 1/2000). Oslo: Oslo kommune. Barne- og familieetaten.
- Sandbæk, Mona (1995). *Fikk barna hjelp? En studie av barns kontakt med hjelpeapparatet, sett med de foresattes øyne* (Rapport 5/1995). Oslo: Barnevernets Utviklingssenter.

- Sandbæk, Mona. (2002). *Barn og foreldre som aktører i møte med hjelpetjenester. Dr. polit.-avhandling*. NTNU, Trondheim.
- Scheff, Thomas J. (1966). *Being Mentally Ill: A Sociological Theory*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Sitter, Marit, & Helle Wessel Andersson (2001). *Samtidighet i tilbud fra barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien: Fylkesvise forskjeller sett i relasjon til kapasitet, produktivitet og organisasjonsmodeller for samarbeid* (Samdata psykiatri. Analyse Rapport STF78 A015013). Trondheim: SINTEF Unimed.
- Statistisk sentralbyrå. (2003). *Barnevern 2002: Fleire barn får hjelp*, [www.ssb.no] 14. oktober 2003].
- Statistisk sentralbyrå. (2004). *Barns og unges helse. Aktuell statistikk*, [www.ssb.no] 19. april 2004].