

HELSEUTSATTE BARN OG UNGE

Utviklingstrekk i bydelene sett i lys av KOSTRA-tall om barnevern

Andel barn 0–17 år med behov for barneverntjenester har økt i bydelene i Groruddalen og i Bydel Søndre Nordstrand, mens andelen har gått ned i Bydel Sagene, og fra 2010 også i bydelene Grünerløkka og St. Hanshaugen. Utvikling i risikofaktorer for behov for barneverntjenester viser de samme tendensene når vi analyserer risikofaktorene på bydelsnivå over tid.

Med ny folkehelseplan ønsker Oslo kommune å styrke innsatsen for de yngste barna (Oslo kommune 2017a). Det er en klar sammenheng mellom negative barndomsopplevelser og dårligere helse og levekår senere i livet. Ustabil og utrygg familietilknytning, mange belastninger i familien, negative livshendelser og lite sosial støtte er eksempler på faktorer som påvirker barns helse. Den negative helseeffekten av utsatte oppvekstbetingelser er godt dokumentert blant annet i statistikk over uføre (Vinnerljung et al. 2015), i forhøyet selvmordstilbøyelighet og alvorlig sykkelighet (Vinnerljung et al. 2006; Björkenstam et al. 2016), samt høyere dødelighet (Hjern et al. 2001).

For å forebygge et negativt utviklingsløp, er tidlig innsats spesielt viktig. Med det som utgangspunkt ønsker vi å se nærmere på trekk ved utviklingen i andel barn og unge som vokser opp i sårbare familier i Oslo, og som dermed er spesielt helseutsatt. Vi ønsker spesielt å studere forskjeller i utviklingstrekk mellom bydelene for å få øye på eventuelle opphopninger i enkelte bydeler av barn og unge som vokser opp i helsebelastende omsorgssituasjoner. Vi benytter KOSTRA-tall om barnevern til å si noe om denne utviklingen. Artikkelen om barnevern fra Oslospeilet 2/2017 gir en oversikt over barneverntjenestens aktiviteter (Oslo kommune 2017b), mens denne artikkelen benytter samme kilde til å si noe om utviklingen i bydelene for helseutsatte barn og unge.

SAMMENDRAG

”

I denne artikkelen har vi brukt KOSTRA-tall om barnevern for å studere forskjeller i utviklingstrekk mellom bydelene i andel helseutsatte barn og unge. Barnevernspopulasjonen regnes som spesielt helseutsatt. Tallene tyder på at andelen barn 0–17 år med behov for barneverntjenester har økt i bydelene i Groruddalen, selv om andelen med melding og undersøkelse som førte til tiltak har hatt en betydelig sterkere vekst enn andelen på tiltak i disse bydelene. Andelen har også økt i Bydel Søndre Nordstrand, der tiltakene ser ut til å ha en viss varighet. I enkelte sentrumsbydeler derimot har andel på tiltak gått ned. Utviklingen i et utvalg risikofaktorer som henger sammen med behov for barneverntjenester viser mange av de samme tendensene. For å kunne si noe mer sikkert om utviklingen trenger vi mer detaljerte data. Med Oslo kommunes satsing i den nye folkehelseplanen på å forebygge, oppdage og hjelpe helseutsatte barn er det aktuelt å følge bedre med på en slik utvikling.

Barnevernspopulasjonen som indikator for helseutsatte barn og unge

Det finnes ingen systematiske kartlegginger av utviklingen i helsen til barn og unge som vokser opp i sårbare familier i Oslo. Derimot finnes det KOSTRA-tall for antall barn og unge barneverntjenesten får meldinger om, antall undersøkelses-saker og antall barn som mottar tiltak fra barnevernet. Barnevernet har på bakgrunn av lov om barnevernstjenester¹, plikt til å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid. Ved hjelp av statistikken fra KOSTRA, kan vi få et bilde av trekk ved utviklingen for helseutsatte barn og unge som det er registrert at vokser opp i sårbare familier eller har så helse-skadelige oppvekstbetingelser i egen familie at barnevernet må overta den daglige omsorgen. Dette er ikke ensbetydende med å gi et representativt bilde av antall eller andel barn og unge som til enhver tid lever i utsatte familier og helsefor-ringende omsorgskontekster. Registerdata om barnevern kan likevel være en inngang til å få et bilde av utviklingen i antall eller andel utsatte barn og unge. Nyere forskning viser at barneverns-populasjonen, både de som mottar hjelpetiltak i hjemmet og de som er plassert i fosterhjem eller på barnevernsinstitusjon, allerede som barn er en svært helseutsatt gruppe, og mer enn hva som ofte er registrert hos primær- og sekundær helse-tjenesten (Christiansen et al. 2015; Lehman et al. 2015; Greger et al. 2015). På det grunnlaget er det derfor interessant å studere utviklingen i andel helseutsatte barn og unge ved hjelp av tilgjenge-lige KOSTRA-tall om barnevern.

Utviklingstrekk i barnevernspopulasjonen i Oslo

For å si noe om utviklingen i behov for barneverns-tjenester og dermed utviklingen for helseutsatte barn og unge, ser vi utviklingen i meldings-, undersøkelses- og tiltaksstatistikken i sammen-heng. For en mer utførlig omtale av utviklingen i barneverntjenestens aktiviteter, viser vi til artik-kelen om barnevern fra *Oslospeilet 2/2017* (Oslo kommune 2017b).

Figur 1 viser prosentandel barn 0–17 år med henholdsvis bekymringsmeldinger, undersøkelser, undersøkelser som førte til tiltak og tiltak. I løpet av perioden 2005–2016 har andel barn 0–17 år med bekymringsmelding i Oslo økt fra tre prosent

til fem prosent, som tilsvarer en prosentvis økning på 67 prosent. En melding til barneverntjenesten skal føre til en undersøkelse når meldingens innhold tilsier at det kan være grunnlag for tiltak etter lov om barneverntjenester. Andel barn 0–17 år med undersøkelser har økt enda kraftigere enn andel med melding, fra 2,5 til 5,8 over perioden, som tilsvarer en økning på 130 prosent. Til sammenligning har andel barn 0–17 år med undersøkelse som førte til tiltak økt med 60 prosent, fra 1,04 til 1,66. Andel barn 0–17 år med tiltak i løpet av året har økt med 21 prosent i samme periode. Andelen med tiltak har økt med ett prosentpoeng fra 2005 til 2010 og har ligget på rundt 4,5 prosent siden. Tiltak omfatter her både hjelpetiltak i hjemmet, midlertidig plassering og avlastning, samt langvarig plassering i fosterhjem eller på barnevernsinstitusjon. Tiltak i og utenfor hjemmet kan være både hjelpetiltak og omsorgs-tiltak. Barn med omsorgstiltak gjelder de barna hvor barneverntjenesten gjennom behandling i Fylkesnemnda eller andre rettsinstanser har fått overført den juridiske omsorgen for barna. Andelen barn 0–17 år med omsorgstiltak i løpet av året har ligget stabilt på 0,6 prosent i perioden 2005–2016.

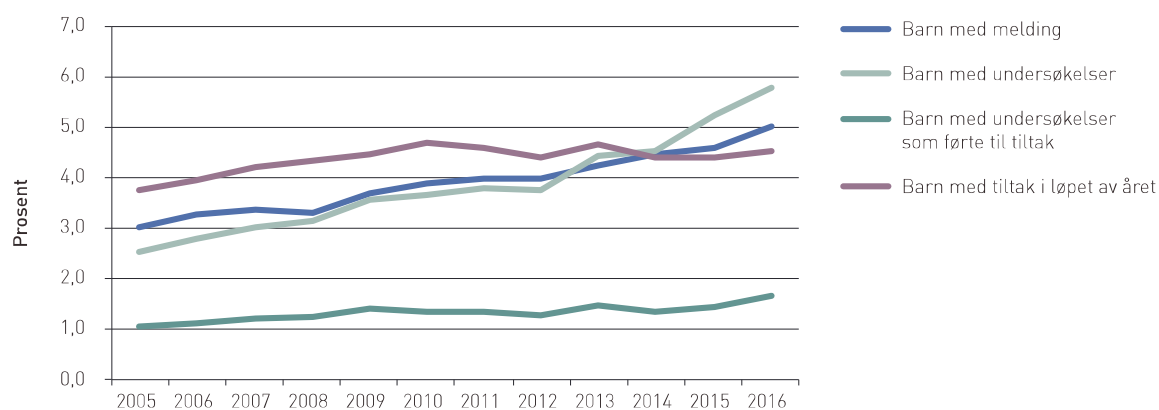
Hvordan skal vi forstå utviklingen i behovet for barneverntjenester, og gjennom det, utviklingen i andel helseutsatte barn og unge, når indikatorene vi ser på viser såpass ulike utviklingstendenser? Den sterke økningen i andel med melding og undersøkelser siden 2013 må for det første ses i sammenheng med at Statistisk sentralbyrå fra det året registrerte alle meldinger og undersøkelser. Tidligere ble bare meldinger som førte til under-søkelser registrert og bare én undersøkelse per barn.

En annen forklaring på økningen i andel barn 0–17 år med melding og undersøkelse kan være at terskelen for å melde i fra til barneverntjenesten har blitt lavere i befolkningen generelt, og hos aktører som jobber med barn og unge (barnehage, skole, helsestasjons- og skolehelsetjenesten) spesielt. Det kan skyldes økt kunnskap om og økt tillit til barneverntjenesten som relevant hjelpe-instans, men også at flere utsatte barn oppdages som følge av bevissthet om barnets rett til og behov for trygg oppvekst.

En tredje forklaring kan være at barnevernet i Oslo har fått flere ansatte, bedre kompetanse blant de ansatte og/eller mer effektive systemer for å fange opp utsatte barn og unge. Dette er i tråd med en dreining av barnevernstjenestene i retning av

¹ Lov av 17071992 nr.100 om barneverntjenester (barnevernloven). [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100?q=Lov om barneverntjenester](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100?q=Lov%20om%20barneverntjenester)

Figur 1. Prosentandel barn 0–17 år i Oslo med henholdsvis meldinger, undersøkelser, undersøkelser som førte til tiltak og tiltak 2005–2016.



Kilde: Oslo kommunes statistikkbank/KOSTRA

forebyggende innsats og at barnevernet skal komme tidlig på banen (Christiansen et al. 2015).

Barnevernstjenesten er i de senere årene dessuten pålagt å opprette undersøkelsessak på alle meldinger som kommer fra offentlige tjenester og dette har ført til en spesielt sterk økning av undersøkelsessaker. Økningen i antall undersøkelser fører til at mange av barna og familiene oppdages på et tidlig tidspunkt og kan avhjelpes med tiltak som ikke faller innunder barnevernstjenesten. En slik forklaring forutsetter at økningen skyldes mindre alvorlige saker som ligger utenfor barnevernstjenestens mandat og derfor ikke fører til økning i barnevernstiltak.

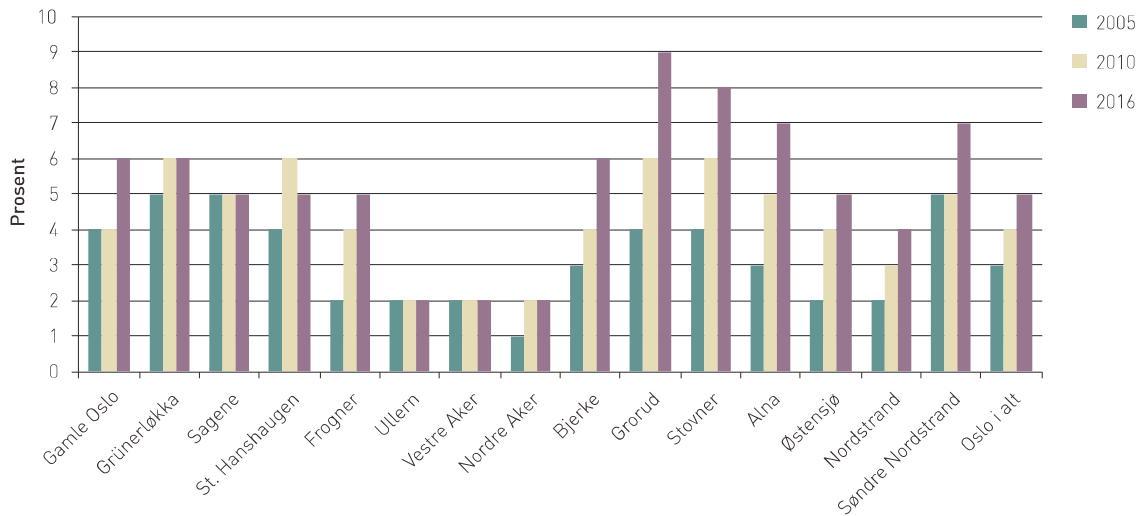
Likevel øker andel med undersøkelser som førte til tiltak, som kan indikere at utviklingen ikke alene

kan forklares med utvikling i meldekultur, registreringspraksis og hvordan tjenestene jobber, men også gjenspeiler et økt behov for barneverntjenester.

Samtidig er den relative økningen i andel barn 0–17 år med undersøkelse som førte til tiltak større (60 %) enn for andel barn 0–17 år med tiltak (21 %) i perioden 2005–2016. Det kan tyde på at tiltakene har kortere varighet enn før. Det kan være ulike grunner til det, blant annet at sakene er av mindre alvorlig karakter enn tidligere. Det kan også være et resultat av at tjenesten jobber mer forebyggende, som bidrar blant annet til at behov oppdages tidligere enn før, og dermed kan avhjelpes med mindre omfattende tiltak. Videre kan det skyldes at tjenesten har mer kompetanse enn før og bedre systemer til å fange opp behov, som gjør at

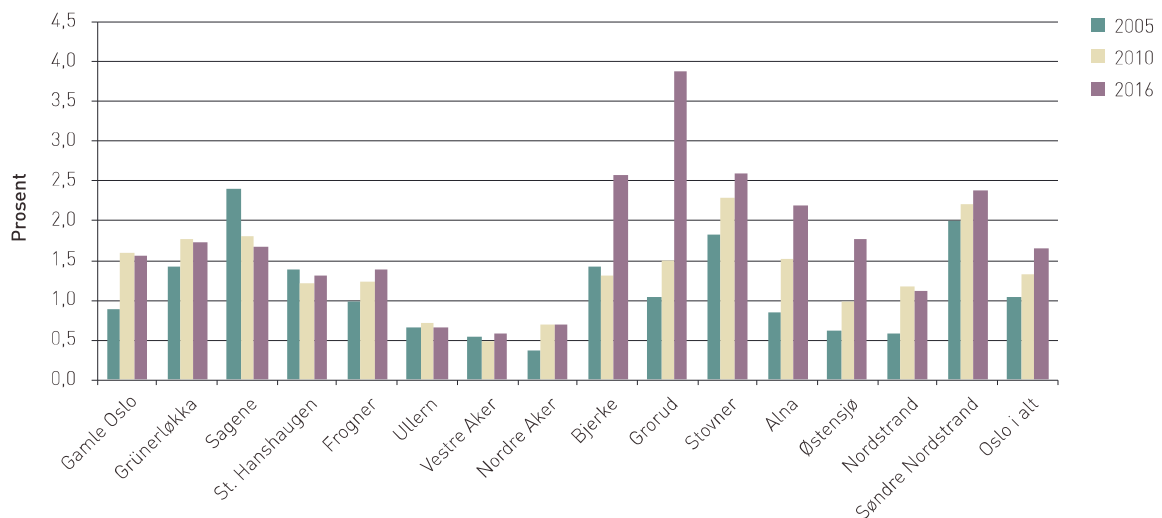


Figur 2. Andel av barn 0–17 år med melding fordelt på bydel og år. Prosent.



Kilde: Oslo kommunes statistikkbank/KOSTRA

Figur 3. Andel av barn 0–17 år med undersøkelse som førte til tiltak fordelt på bydel og år. Prosent.



Kilde: Oslo kommunes statistikkbank/KOSTRA

tiltakene er mer effektive og presise enn tidligere. Samtidig kan vi ikke utelukke at kortere varighet på tiltakene også kan henge sammen med at tjenesten i noen tilfeller er underdimensjonert for å dekke behovet. Vi mangler tilstrekkelig data til å belyse om varigheten av tiltakene reduseres og eventuelle årsaker til det.

Store forskjeller mellom bydeler i andel helseutsatte barn og unge

For å si noe om utviklingen i bydelene når det gjelder helseutsatte barn og unge sammenligner vi utviklingen i andel med bekymringsmelding, andel med undersøkelse som førte til tiltak og andel med tiltak blant barn 0–17 år i bydelene over

tid. Andelene er målt i prosent. Andel med omsorgstiltak varierer en del på bydelsnivå fra år til år, fordi det gjelder få. Derfor kan endringer fra år til år i bydelene være uttrykk for tilfeldig variasjon. Vi ser derfor ikke på utviklingen i denne indikatoren, men på tiltak samlet.

Bydeler med tradisjonelt sett flest levekårsutfordringer har også flere barn med melding i forhold til befolkning 0–17 år (Figur 2). Andelen har økt for Oslo samlet, men endring i andel over tid varierer mellom bydelene. I ytre vest er andel med melding uendret, i indre øst varierer andelen rundt et høyt nivå. Det er også tegn til økning i andel med melding i bydelene Frogner, Gamle Oslo, Søndre

Nordstrand og Østensjø. Det som likevel er mest bemerkelsesverdig er økningen i andel med melding i Groruddalen. Bydeler med stor økning har økt jevnt over perioden. Vi vet ikke uten videre om økningen i bekymringsmeldinger skyldes økning i helseutsatte barn og unge. Utviklingen kan være tegn på en trend, men kan også skyldes tilfeldig variasjon. Andel med bekymringsmelding blant barn 0–17 år kan også påvirkes av hvordan tjenestene jobber, hva de fanger opp og av meldekultur. Vi ser derfor figur 2 i sammenheng med utvikling i andel av barn 0–17 år med undersøkelse som førte til tiltak (Figur 3).

Andelen barn med undersøkelse som førte til tiltak varierer i en del bydeler fra år til år. I disse bydelene er vanskelig å se noen trend i utviklingen. Det er et lite antall og andelen påvirkes derfor i stor grad av tilfeldig variasjon. Likevel ser vi mye det samme mønsteret som for utviklingen i andel med melding. Andelen med undersøkelse som førte til tiltak er lav og stabil i ytre vest, høy og varierer mye i indre øst, men det er likevel en viss tendens til at andel med undersøkelse som førte til tiltak går ned i Bydel Sagene. Samtidig er andel med melding konstant i denne bydelen. En mulig

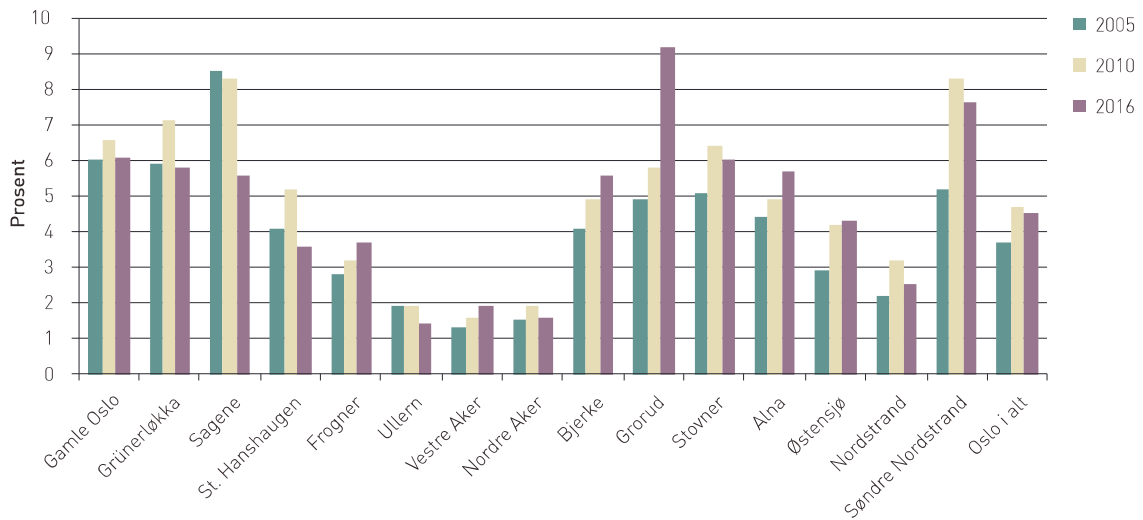
forklaring kan være at en del bekymringsmeldinger er av mindre alvorlig karakter enn tidligere. I Bydel Frogner derimot øker andelen med undersøkelse som førte til tiltak.

Det som likevel er mest interessant er den sterke økningen i andelen i bydelene i Groruddalen. Det kan tyde på at utviklingen i disse bydelene ikke alene henger sammen med utvikling i meldekultur og hvordan tjenestene jobber, men også er uttrykk for et økt behov for barneverntjenester i disse bydelene. Spesielt stor er den prosentvise økningen i andel med undersøkelse som førte til tiltak i Bydel Grorud. En større andel av bekymringsmeldingene nå enn før førte til tiltak i bydelen. Andelen med undersøkelse som førte til tiltak økte også i Bydel Søndre Nordstrand og ligger på et høyt nivå i bydelen. Selv om det er stor variasjon i andelen over tid i Bydel Østensjø, er det likevel en tendens til at den øker også her.

Ved å studere utviklingen i andel med melding og andel med undersøkelse som førte til tiltak, kan vi tidligere fange opp utviklingstrekk. Likevel kan vi ikke med sikkerhet fastslå om utviklingen uttrykker trender eller tilfeldig variasjon. Ved å følge med på



Figur 4. Andel av barn 0–17 år med tiltak fordelt på bydel og år. Prosent.



Kilde: Oslo kommunes statistikkbank/KOSTRA

utviklingen i disse indikatorene kan vi heller ikke si noe om alvorlighetsgrad eller varighet av sakene. Antall på tiltak et år derimot er summen av antall undersøkelser som førte til tiltak det året og antallet fra foregående år som fortsatt er saker i barneverntjenesten. Det er derfor et mer robust mål på behov for barneverntjenester og mindre sårbart overfor tilfeldig variasjon. Derfor ser vi utviklingen i figur 3 i sammenheng med figur 4, som viser utviklingen i andel barn 0–17 år med tiltak i barneverntjenesten.

Andel med tiltak følger samme bydelsmønster som andel med melding og andel med undersøkelse som førte til tiltak. Bydeler i indre og ytre øst, samt Bydel Søndre Nordstrand har høyere andeler enn øvrige bydeler, ytre vest har lavere. Igjen er andelen stabil i ytre vest, varierer rundt et høyt nivå i bydelene Gamle Oslo og Grünerløkka, mens andelen på tiltak øker i Groruddalen, spesielt mye i Bydel Grorud. I Groruddalen har riktignok andelen barn 0–17 år med undersøkelse som førte til tiltak hatt en betydelig sterkere vekst over perioden enn andelen med tiltak. Det kan tyde på at tiltakene har kortere varighet enn før.

Andel på tiltak går betydelig ned i Bydel Sagene. Det kan henge sammen med at andel med undersøkelser som førte til tiltak har avtatt over tid. Det kan også være at sakene er av mindre alvorlig karakter enn tidligere, som gjør at tiltakene har kortere varighet enn før, og at avgangen av personer på tiltak er større enn før.

Andelen på tiltak har gått ned i bydelene St. Hanshaugen og Grünerløkka siden 2010. Andel med undersøkelse som førte til tiltak viser ikke noen tilsvarende tendens. Det tyder på økt avgang av personer med tiltak og at tiltakene har kortere varighet enn før.

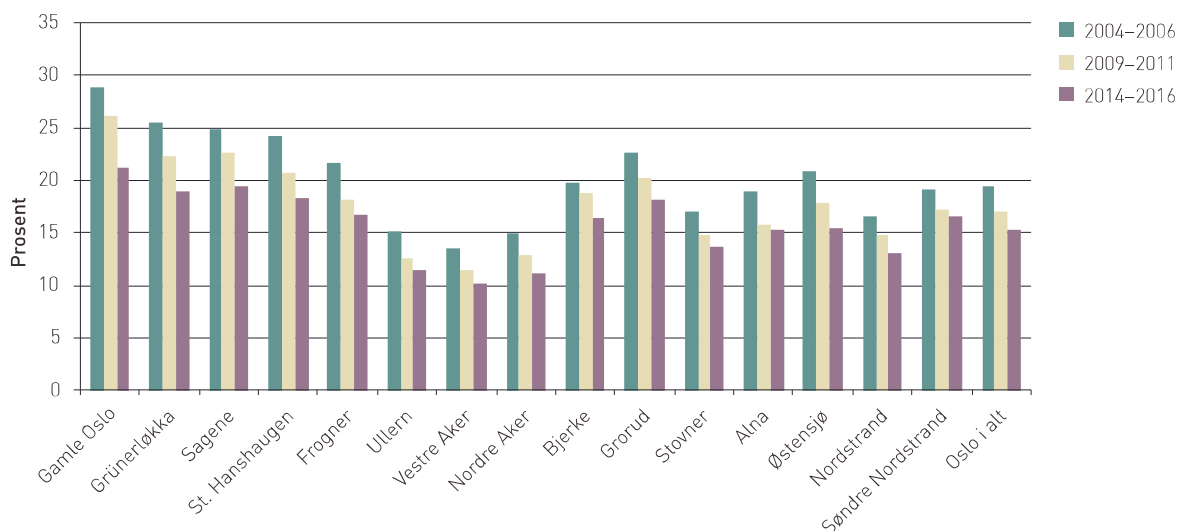
I Bydel Søndre Nordstrand har andelen på tiltak økt betraktelig. Det kan forklares ved at andel med undersøkelse som førte til tiltak har vært høy i de foregående årene og at tiltakene har en viss varighet.

Vi vet ikke sikkert i hvilken grad utviklingen henger sammen med en økt eller redusert andel barn 0–17 år med behov for barneverntjenester, og i hvilken grad den kan forklares med at tjenestene jobber forskjellig seg i mellom og over tid og potensielt i ulik grad har ressurser dimensjonert for omfang og alvorlighetsgraden av sakene. For å vite sikkert i hvilken grad utviklingen henger sammen med utvikling i behov, og dermed utvikling i andel helseutsatte barn og unge fra sårbare familier, trenger vi kunnskap om saksgrunnlaget. Det er ikke tilgjengelig for oss, men vi kan se på utviklingen mellom bydelene i risikofaktorer som sannsynliggjør behov for barneverntjenesten.

Utvikling i risikofaktorer

Gjennom bydelenes fordelingssystem tildeles bydeler ressurser til barneverntjenesten etter noen kjennetegn som utløser behov for tjenester. I 2016 foreslo byrådet i Oslo en revidering av kriteriesystemet som ble vedtatt i bystyret (Oslo kommune

Figur 5. Andel barn med eneforsørgere fordelt på bydel, Prosent.



Kilde: Kommunehelse

2016). Samtidig endret kriteriesystemet navn til bydelenes fordelingssystem. Til grunn for byråds-saken ligger blant annet en analyse gjennomført av SINTEF. Analysen til SINTEF viser at det i utgangspunktet er mange kombinasjoner av risikofaktorer som gjør barn helseutsatt og dermed nødvendigvis behov for barneverntjenester. Resultatet av analysen viser at personer med lav utdanning, barn med eneforsørgere og lavinntekt er overrepresentert i barnevernet. Det gjelder også blant annet for foreldre og barn med psykiske helseutfordringer, rusmisbruk, familier som lever i kommunalt disponert utleieboliger, barn og unge 0–22 år med 1. generasjonsinnvandrerbakgrunn, barn 0–12 år med ikke-vestlig 2. generasjonsinnvandrerbakgrunn og foreldre med svak arbeidsmarkedstilknytning. Vi viser i det følgende utviklingstrekk i et utvalg risikofaktorer som vi har tids-serier for og som henger sammen med behov for barneverntjenester.

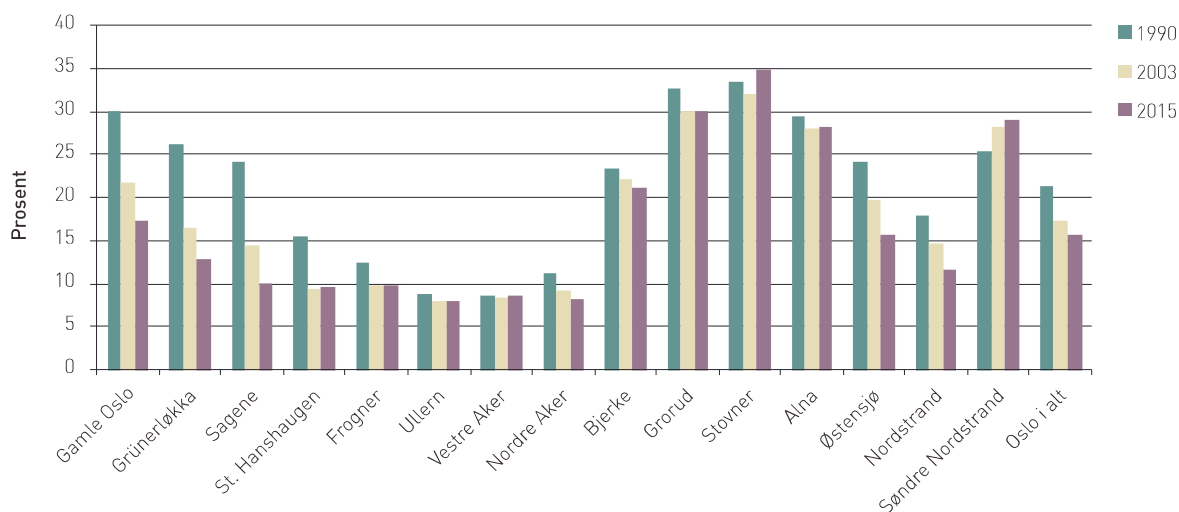
Figur 5 viser at andel barn med enslig forsørger har sunket i alle bydelene, men reduksjonen har vært noe mindre i Groruddalen. Minst er endringen i Bydel Søndre Nordstrand. I Kommunehelse² som tallene er hentet fra, begrunnes denne indikatoren med at barn med eneforsørgere antas å være en potensielt utsatt gruppe, både økonomisk og sosialt. I tillegg er det økt forekomst av psykiske helseproblemer blant eneforsørgere, som kan virke inn på foreldreferdighetene. Videre kan forhold

mellom foreldre som ikke lever sammen være preget av økt konfliktnivå, som kan føre til emosjonelle problemer og atferdsproblemer hos barna.

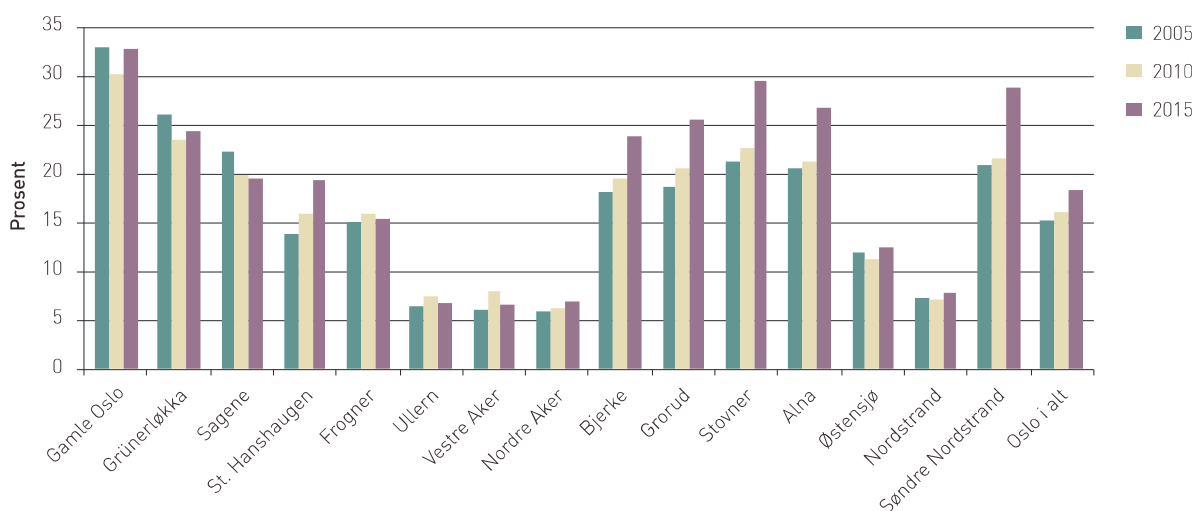
Siden det er en potensielt helseutsatt gruppe, er en mulig fortolkning av nedgangen i andelen barn med enslig forsørger i alle bydelene, at andelen helseutsatte barn fra sårbare familier også har gått ned. Likevel vet vi ikke om reduksjonen i andel barn med enslige forsørgere skjer i barneverns-populasjonen. At andelen barn av enslige forsørgere reduseres mer i indre øst enn i Groruddalen og Bydel Søndre Nordstrand kan være uttrykk for at det har skjedd en gentrifisering i sentrum. Det betyr at husholdninger med færre ressurser flytter ut, blant annet på grunn av økende boligpriser i sentrumsnære bydeler, og erstattes med husholdninger med mer ressurser. Likevel vet vi ikke om det er de mest ressursvake som flytter ut.

Det er også en sammenheng mellom utdanningsnivå og materielle levekår og helse. Figur 6 viser at andel med grunnskole som høyeste utdanningsnivå har gått dramatisk ned i sentrumsbydelene og vært stabilt lav i ytre vest. Andelen har holdt seg høyt og relativt stabilt i Groruddalen, til og med økt i Bydel Søndre Nordstrand.

Figur 7 viser at andel barn som bor i husholdninger med lavinntekt er høy og økende i Groruddalen, og spesielt i Bydel Søndre Nordstrand, høy og forholdsvis uendret i indre øst. I Bydel St. Hanshaugen har den også økt noe. Likevel vet vi ikke om den årlige variasjonen i inntekt gjenspeiler

Figur 6. Andel med grunnskole som høyeste fullførte utdanning fordelt på bydel. Prosent, Alder 25–44 år.

Kilde: Kommunehelset

Figur 7. Andel barn 0–17 år i husholdninger med inntekt under 60 % av nasjonal median fordelt på bydel, EU-skala. Prosent.

Kilde: Kommunehelset

midlertidig lavinntekt eller tilfeldig variasjon. Vi vet heller ikke hvilke andre kjennetegn de med lavinntekt har.

Ser vi figurene 5–7 i sammenheng, ser vi tendenser til gentrifisering i sentrumsbydelene. Andelen barn med enslig forsørger og andel med lav utdanning har gått betydelig ned i indre øst. Likevel er andel med lavinntekt forholdsvis uendret. I Groruddalen og Bydel Søndre Nordstrand er derimot andel med lav utdanning relativt uendret og øker til og med i Bydel Søndre Nordstrand, samtidig som andel barn i husholdninger med lavinntekt øker. Samtidig er reduksjonen i andel barn med enslige forsørgere

mindre i disse bydelene. Utviklingen i bydelene over tid i utvalget av risikofaktorer viser dermed mange av de samme utviklingstrekkene som utviklingen i andel med melding, andel med undersøkelse som førte til tiltak og andel med tiltak blant barn 0–17 år. Det kan isolert sett tyde på at utviklingen i behov for barneverntjenester henger sammen med at behovet ikke er uttømt i bydelene i Groruddalen og Bydel Søndre Nordstrand.

Kan KOSTRA-tall om barnevern si noe om utviklingen i andel helseutsatte barn og unge?

Vi har brukt KOSTRA-data om barnevern for å studere utviklingen i andel helseutsatte barn og

unge. Barneverntjenesten tar i mot bekymringer om barn og unge og har plikt til å sikre at de som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid. Barnevernspopulasjonen regnes derfor som helseutsatt.

Statistikken gir informasjon både om hvor mange som til enhver tid fanges opp av barneverntjenesten og hvor mange man intervensjoner overfor for å forebygge en helsemessig skjevutvikling eller for å behandle eller lindre helseplagene. Vi har også sammenlignet bydeler for å få øye på ulik opphopning av helseutsatte barn og unge.

KOSTRA-tallene angir ikke saksgrunnlaget for at barn havner i barnevernet. Likevel kan tallene brukes til å gi oss noen indikasjoner på en utvikling i andel helseutsatte barn og unge. Utviklingen i Groruddalen og i Bydel Søndre Nordstrand i andel med melding, andel med undersøkelse som førte til tiltak og andel på tiltak blant barn 0–17 år kan tyde på at andel med behov for barneverntjenester i disse bydelene har økt. Det indikerer også at det er en økning i andel helseutsatte barn og unge i disse bydelene. Utviklingen i et utvalg risikofaktorer, som henger sammen med behov for barneverntjenester, viser også mange av de samme utviklingstrekkene. Siden KOSTRA-tallene ikke gir oss informasjon om årsakene til at hvert enkelt barn havner i barneverntjenesten, kan ikke tallene brukes til å si noe sikkert om utviklingen i andel helseutsatte barn og unge. Den kan også henge sammen med i hvilken grad bydelene har kapasitet tilpasset omfang og alvorlighetsgraden av sakene, hvordan tjenestene jobber og hvor effektivt ressursene er utnyttet.

For å kunne si noe mer sikkert om utviklingstrekk i behov mellom bydelene i Oslo, trenger vi individdata for barn i barnevernet som viser opphopning av risikofaktorer hos enkeltindivider eller mer detaljert statistikk om saksgrunnlaget for barnevernssakene. Med Oslo kommunes satsing i den nye folkehelseplanen på å forebygge, oppdage og hjelpe helseutsatte barn er det aktuelt å følge bedre med på en slik utvikling.

Forfattere:

Kristin Linnestad i Helseetaten og Kirsti Valset i Barne- og familieetaten

Referanser:

Björkenstam, E., Burström, B., Vinnerljung, B. & Kosidou, K. (2016). «Childhood adversity and psychiatric disorder in young adulthood: An analysis of 107,704 Swedes.» *Journal of Psychiatric Research*, 77:67–75. doi: 10.1016/j.jpsychires.2016.02.018.

Christiansen, Ø., E. Bakketeig, D. T. Skilbred, C. Madsen, K. J. Skaale Havnen, K. Aarland, E. Backe-Hansen. (2015). *Forskningsskunnskap om barnevernets hjelpetiltak*. Bergen: Uni Research Helse.

Greger, H. K., Myhreb, A.K., Lydersend, S. & Jozefiaka, T. (2015) Previous maltreatment and present mental health in a high-risk adolescent population *Child Abuse & Neglect* 45 (2015) 122–134

Hjern, A., Vinnerljung, B. & Lindblad, F. (2001). «Avoidable mortality among child welfare recipients and intercountry adoptees: a national cohort study.» *Journal of Epidemiology and Community Health*. 58(5):412–7.

Lehmann, S., Breivik, K., Heiervang, E., Havik, T. & Havik, O.E. (2015). «Reactive attachment disorder and disinhibited social engagement disorder in school-aged foster children – a confirmatory approach to dimensional measures.» *Journal of Abnormal Child Psychology* (44): 445–457.

Oslo kommune (2016). *Forslag til revidert kriteriesystem for bydelene i Oslo kommune. Byrådssak 90/16*. Oslo: Oslo kommune.

Oslo kommune (2017a). *Folkehelseplan for Oslo 2017–2020*. Oslo: Oslo kommune.

Oslo kommune (2017b). *Oslospeilet Nr. 2, november 2017, årgang 27*. Oslo: Oslo kommune. <https://www.oslo.kommune.no/politikk-og-administrasjon/statistikk/statistiske-publikasjoner/oslospeilet/>

Vinnerljung, B., A. Hern and F. Lindblad. 2006. «Suicide attempts and severe morbidity among former child welfare clients – a national cohort study.» *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47 (7): 723–733.

Vinnerljung, B., L. Brännström and A. Hjern. 2015. «Disability pension among adult former child welfare clients: A Swedish national cohort study.» *Children and Youth Services Review* 56: 169–176.
