Oplanerade avbrott i familjehemsplaceringar av yngre barn och långvarigt placerade barn

Socialstyrelsen

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnr 2012-11-28

Publicerad www.socialstyrelsen.se, november 2012

Förord

När ett barn placeras i samhällsvård ska kommunen enligt 6 kap. 1 § 2 stycket socialtjänstlagen (2001:453) ansvara för att barnet får en god vård. Det innebär bland annat att socialnämnden inför varje placering ska medverka till att barnet får god vård och fostran och lämplig utbildning, ge stöd till familjehemmet och barnets vårdnadshavare samt minst en gång var sjätte månad överväga respektive ompröva om vården fortfarande behövs. Barnet har rätt att komma till tals vid varje sådant tillfälle.

Den samlade tillsynen över den sociala dygnsvården, som genomfördes av länsstyrelserna i det så kallade barnuppdraget 2006–2007, visade att det fanns brister bland annat i uppföljningen av placeringar. Därutöver visar studier att tonårsplaceringar ofta bryter samman eller avbryts oplanerat. Det saknas dock kunskap om stabiliteten i placeringar som rör yngre barn, och om långvariga placeringar som påbörjats när barnet var yngre.

Mot bakgrund av detta fick Socialstyrelsen i februari 2011 uppdraget att genomföra en studie om sammanbrott i familjehemsplaceringar bland yngre barn (0–10 år), och barn som varit långvarigt placerade. Syftet är att undersöka förekomsten av sammanbrott i dessa grupper och att identifiera riskfaktorer för sådana sammanbrott. Resultaten från studien avser att bidra med kunskap till socialtjänsten, som kan vara till stöd i deras arbete med att identifiera riskfaktorer och förebygga att placeringar avbryts i förtid.

För redovisningen svarar utredare Marie Berlin (projektledare). Utredarna Eva Kågström och Petra Rinman har bidragit med synpunkter. Ansvarig enhetschef har varit Eva Wallin. Studien har genomförts i Jönköpings län, där data har samlats in från socialtjänstakter i tolv kommuner. Insamlingsarbetet har genomförts av Regionförbundet Jönköpings län under ledning av Sofia Lager Millton. Data har analyserats av professor Marie Sallnäs och professor Bo Vinnerljung vid institutionen för socialt arbete vid Stockholms universitet på uppdrag av Socialstyrelsen. Analyserna presenteras och diskuteras i en separat underlagsrapport, bilagorna 1–3, där författarna själva ansvarar för innehållet.

Taina Bäckström

Ställföreträdande myndighetschef

Innehåll

Förord 3

Sammanfattning 7

Uppdraget 9

Definition av sammanbrott 9

En kort sammafattning av studien 10
Urval 10
Genomförande 11
Resultat 11

Socialstyrelsens pågående arbete 14

Trygg och säker vård 14
Föreskrifter, allmänna råd och handbok 14
Vägledning 14
Utbildningsmaterial 15
Övrigt 15

Standardiserad bedömningsmetod vid utredning av familjehem 15

Barns behov i centrum – BBIC 16

Tillsyn av verksamheter för barn och unga 16
Tillsynsombud inom familjehemsvården 17

Barn och unga kommer till tals 17

Uppföljning och statistik 18

Socialstyrelsens slutsatser 19

Referenser 23

Bilaga 1. Underlagsrapport 24

Sammanfattning 24

Kapitel 1. Inledning 25
Delstudierna 27
Rapportens uppläggning 27

Kapitel 2. Mycket tidigare forskning men inte om dessa grupper 27
Sammanbrott bland barn i alla åldrar – svenska studier 28
Resultat från tidigare studier om barn som placeras i familjehem när de är små 29
Resultat från studier om barn i långvarig familjehemsvård 30
Sammanfattning 31

Kapitel 3. Metod och material 32
Urval 32
Datainsamling 32
Bortfall 33
Erfarenheter från datainsamlingen 33
Definition av sammanbrott 33

Variabler i studierna **34**
Analys **38**

Kapitel 4. Resultat 39
Studien av de yngre barnen (studie 1) **39**
Studien av de långa placeringarna (Studie 2) **45**

Kapitel 5. Diskussion 50
Studien av de yngre barnen **50**
Studien av de långtidsplacerade barnen **51**
Resultaten jämförda med tidigare studier **53**
Resultatens generaliserbarhet **54**
Lärdomar och slutsatser **55**
Vad kan praktiken lära av resultaten? **56**
Studiernas viktigaste begränsningar och implikationer **57**

Referenser 58

Bilaga 2. Det siffrorna inte kan berätta – en rapport från socialtjänstens arkiv ***62***

Hur ser det ut i våra arkiv? 62

Akternas språk: en arbetsrelation 63
Var kommer barnen in? **63**

Att tala utan publik 64

Det sociala arvets logik 65

Bilaga 3. Deskriptiva data ***66***

Bilaga 4 Insamlingsformulär ***69***

Sammanfattning

I rapporten redovisas en studie om förekomsten av sammanbrott i familjehemsplaceringar bland yngre barn och långvarigt placerade barn. Yngre barn avser barn upp till tio års ålder (0–10 år) som bott i familjehem i minst tre månader. Långvarigt placerade barn avser barn som bodde i familjehem när de var 12 år och som då hade bott där i mer än fyra år. Syftet med studien är att identifiera riskfaktorer för sammanbrott, för att bidra med kunskap till socialtjänsten som kan vara till stöd i deras arbete med att förebygga oönskade avbrott i familjehemsplaceringar. Studien genomfördes i tolv kommuner i Jönköpings län.

Termen *sammanbrott* avser oplanerade avbrott i familjehemsplaceringar, det vill säga placeringar som avslutas på ett sådant sätt och/eller vid en sådan tidpunkt att det är uppenbart att detta inte var vad socialtjänsten planerat. Eftersom avbrotten ibland är svårbedömda används tre olika definitioner: *tydliga* sammanbrott samt *tveksamma* respektive *misstänkta* sammanbrott. Resultaten visar i korthet att:

- Sammanbrott var vanligare bland de långvarigt placerade barnen, än bland de yngre barnen. Bland de långvarigt placerade barnen slutade 24 procent av placeringarna med tydliga sammanbrott, jämfört med 13 procent bland de yngre barnen. När tveksamma och misstänkta sammanbrott inkluderades, ökade andelen sammanbrott till 26 procent bland de långvarigt placerade barnen jämfört med 21 procent bland de yngre barnen.
- Det var oftast familjehemsföräldrarna som tog initiativ till sammanbrottet. I ungefär 45 procent av fallen initierades sammanbrotten av dem, både när det gällde yngre barn och barn som var långvarigt placerade. Bland de yngre barnen var det också vanligt att de biologiska föräldrarna tog initiativ till ett sammanbrott (i 38 procent av fallen), något som nästan inte förekom alls bland de långvarigt placerade barnen. Där var det istället ganska vanligt att barnet själv tog initiativ till sammanbrottet (i 28 procent av fallen).
- De yngre barnen hade i genomsnitt (median) varit placerade i fem månader när sammanbrottet skedde, medan de långvarigt placerade barnen i genomsnitt (median) hade varit placerade i samma familjehem i tio år vid tidpunkten för sammanbrottet.
- Sammanbrott bland långvarigt placerade barn föregicks ofta av varningssignaler till socialtjänsten, antingen från familjehemmet eller från barnet. Sådana varningssignaler var att barnet uttryckte att han eller hon inte trivdes i familjehemmet, eller att familjehemmet uttryckte sig i negativa termer om barnet. När socialtjänsten hade fått sådana signaler slutade 60 procent av placeringarna med ett sammanbrott.

Socialstyrelsens övergripande slutsats är att stödet från samhället behöver bli bättre, till både familjehemmen och de placerade barnen. Barn och unga i samhällsvård är en prioriterad målgrupp i Socialstyrelsens arbete och för

närvarande pågår flera projekt inom myndigheten som syftar till att stärka skyddet för och omsorgen om placerade barn och unga. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om socialnämndens ansvar för barn och unga i familjehem, jourhem eller hem för vård eller boende (SOSFS 2012:11) trädde i kraft den 1 oktober 2012. De kommer att åtföljas av en tillhörande handbok som publiceras i januari 2013. Då kommer också en ny vägledning som vänder sig till socialtjänsten, hälso- och sjukvården, tandvården och skolan. Där framhåller Socialstyrelsen, tillsammans med Skolverket, bland annat vikten av att undersöka barnets psykiska och fysiska hälsa (inklusive tandhälsa), samt utbildningsbehov, i samband med placeringen. Detta är en förutsättning för att familjehemmet och barnet ska få tillgång till de stöd och insatser de behöver och har rätt till. En mer utförlig beskrivning av vägledningsarbetet finns i rapporten *Program för trygg och säker vård i familjehem och hem för vård eller boende* som är tillgänglig på Socialstyrelsens webbplats. Där finns också ytterligare information om myndighetens aktiviteter och projekt som rör placerade barn och unga.

Uppdraget

Den samlade tillsynen över den sociala dygnsvården, som genomfördes av länsstyrelserna i det så kallade barnuppdraget 2006–2007, visade på brister bland annat i uppföljningen av placeringar. Studier har också visat att ett stort antal placeringar bryter samman eller avslutas i förtid, bland vissa grupper av tonåringar upp emot varannan placering. Kunskapen om stabiliteten i vården av yngre barn är dock begränsad. Detsamma gäller kunskapen om stabilitet i långa familjehemsplaceringar, både i Sverige och internationellt. En genomgång av tidigare forskning har gjorts av Sallnäs och Vinnerljung och redovisas i bilaga 1.

Mot denna bakgrund har Socialstyrelsen fått i uppdrag av regeringen att genomföra en studie om oplanerade avbrott, så kallade sammanbrott, i familjehemsplaceringar av yngre barn och av långvarigt placerade barn. Syftet med studien är att undersöka förekomsten av sammanbrott samt att identifiera riskfaktorer för detta. Målet är att öka socialtjänstens möjligheter att förebygga oönskade sammanbrott i placeringar genom att öka deras möjligheter att tidigt identifiera relevanta riskfaktorer, och kunna vidta lämpliga åtgärder.

Definition av sammanbrott

Oplanerade avbrott i familjehemsplaceringar brukar betecknas *sammanbrott*, vilket är den benämning som används i studien. Sammanbrott definieras som en placering i dygnsvård som avslutas oplanerat, det vill säga på ett sådant sätt eller vid en sådan tidpunkt att det är uppenbart att detta inte var vad man tänkt sig från socialtjänstens sida. Vården upphör i dessa fall för att något i vårdmiljön inte fungerar, och inte för att målet med vården är uppnått. Studien skiljer på tydliga sammanbrott och – när det är svårt att avgöra om avbrottet i placeringen är att betrakta som ett sammanbrott eller inte – tveksamma respektive misstänkta sammanbrott (utförligare definition och exempel finns i bilaga 4):

- **Tydliga sammanbrott** definieras som sammanbrott där placeringen upphör på grund av att familjehemmet avbryter vården, ungdomen själv rymmer eller vägrar stanna kvar i familjehemmet, eller för att socialtjänsten avbryter placeringen på grund av missnöje med vårdmiljön.
- **Tveksamma sammanbrott** avser oplanerade avbrott där det av akterna hos socialtjänsten framgår att det finns konflikter eller missnöje med familjehemmet, eller där det framgår att barnet ur sitt perspektiv uppfattar situationen som att placeringen havererat.
- **Misstänkta sammanbrott** avser de fall då alla inblandade parter i stunden förefaller överens om att vården ska upphöra, men där det

ändå finns starka skäl att tro att det rör sig om en ”omdefiniering” av något som egentligen är ett sammanbrott.

I studien betraktas *vårdnadsöverflyttningar*, det vill säga då vårdnaden flyttas från de biologiska föräldrarna till familjehemsföräldrarna, inte som avbrott utan som fortsatt familjehemsvård. Definitionerna av sammanbrott har använts och prövats i tidigare svenska studier, bland annat i den nationella studien ”Sammanbrott vid tonårsplaceringar” från 2001 (se bilaga 1 för referenser till dessa studier).

En kort sammafattning av studien

Studien är uppdelad i två separata delar, en som rör yngre barn (0–10 år) och en som rör långvarigt placerade barn som bodde i familjehem när de var 12 år och som bott där i minst fyra år. Båda studierna är kohortstudier där barnen i tolv kommuner i Jönköpings län, alla länets kommuner utom en, har följts från placeringens början och fem år framåt i tiden. Data har samlats in genom aktstudier, det vill säga att socialsekreterare har läst akterna som ingick i urvalet och utifrån dem fyllt i ett insamlingsformulär (bilaga 4).

Studien har genomförts av Socialstyrelsen på uppdrag av regeringen. Professor Marie Sallnäs och professor Bo Vinnerljung, vid institutionen för socialt arbete vid Stockholms universitet, har varit vetenskapliga handledare i projektet och stått för analyserna av det insamlade materialet. Analyserna finns redovisade i en underlagsrapport (bilaga 1), där författarna Marie Sallnäs och Bo Vinnerljung ansvarar för innehållet. Insamlingsarbetet har genomförts av Regionförbundet Jönköpings län under ledning av Sofia Lager Millton. Detaljer kring studien, samt resultat och analyser, finns redovisade i sin helhet i bilagorna 1–4.

Urval

Urvalen är gjorda från Socialstyrelsens register över insatser för barn och unga i oktober 2011. I urvalet ingår både placeringar som beslutats enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och enligt lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (1990:52), LVU. I registret saknas information som kan användas för att skatta förekomst av sammanbrott. Sådan information finns bara i akterna som förvaras på socialkontoren. En studie av den här typen blir därför mycket resurskrävande då data måste samlas in manuellt från socialtjänstakterna. Av detta skäl har studien begränsats till tolv kommuner i Jönköpings län. Kommunerna är av olika karaktär och sju av SKL:s (Sveriges kommuner och landsting) nio kommungrupper finns representerade, det vill säga alla typer av kommungrupper utom storstadskommuner och glesbygdskommuner.

Yngre barn

Analyserna av de yngre barnen omfattar alla barn 0–10 år som placerades i familjehem i Jönköpings län (utom en kommun) åren 1999–2005, och där placeringar varade i minst tre månader (90 dagar).

Barn 0–10 år som placerades 1999 var således födda 1989–1999, de som placerades 2000 var födda 1990–2000, och så vidare. Sammantaget ingår därmed barn födda 1989–2005 som påbörjade en placering åren 1999–2005. Eftersom studien avser *placeringar* kan samma barn vara med flera gånger, om de varit placerade flera gånger under de aktuella åren. I hela riket omfattar urvalskriterierna cirka 7 800 placeringar (familjehemsplaceringar åren 1999–2005 av barn 0–10 år).

Barnen följdes via akterna i fem år från och med att placeringen inleddes. Exempelvis följdes en placering som inleddes i september 2005 till och med september 2010. Alla familjehemsplaceringar ingick, det vill säga oavsett om det är ett ”vanligt” familjehem (inklusive så kallade konsulentstödda familjehem), jourhem eller nätverkshem.

I studien, som begränsades till Jönköpings län, ingick 194 placeringar fördelade på 144 barn. Bortfallet var 1,4 procent och berodde på att några akter inte kunde lokaliseras i arkiven.

Långvarigt placerade barn

Analyserna av sammanbrott bland långvarigt placerade barn omfattar alla barn i Jönköpings län (utom en kommun) som befann sig i familjehemsvård när de fyllde tolv år och som hade bott i samma familjehem i minst fyra år. Dessa barn följdes via akterna från 12-årsdagen till 18-årsdagen. Urvalet omfattar barn födda 1980–1992. Barn födda 1992 följdes därmed från år 2004, då de fyllde tolv år, till år 2010, då de fyllde 18 år. Barn födda 1991 följdes från år 2003 till år 2009, och så vidare. Alla familjehemsplaceringar ingick oavsett typ av familjehem (som i studien av yngre barn). I hela riket omfattar urvalskriterierna cirka 3 600 barn (barn födda 1980–1992 som på sin 12-årsdag var placerade i familjehem och som hade varit det i minst fyra år). Studien, som begränsades till Jönköpings län, omfattade 136 barn och bortfallet var 3,5 procent.

Genomförande

Insamlingsblanketterna (se bilaga 4) och instruktioner för datainsamlingen utarbetades under hösten 2011. Insamlingsarbetet, som pågick under våren 2012, inleddes med en utbildningsdag. Kommunerna blev därefter tilldelade listor över vilka placeringar som ingick i respektive delstudie. Listorna förvarades i kommunerna och de ifyllda blanketterna sändes avidentifierade till Socialstyrelsen, som matade in uppgifterna i ett statistikprogram utan personidentifiering. Analyserna av det avidentifierade datamaterialet genomfördes av forskare vid Stockholms universitet under hösten 2012.

Resultat

Här ges en kort sammanfattning av resultaten som finns mer utförligt beskrivna i bilaga 1, tillsammans med analys, diskussion och genomgång av tidigare forskning.

Yngre barn

Bland de yngre barnen slutade 13 procent av placeringarna med ett tydligt sammanbrott. Inkluderades även tveksamma och misstänkta sammanbrott ökade andelen till 21 procent.

Det var oftast familjehemmet som tog initiativ till sammanbrottet (i 45 procent av fallen), och en riskfaktor för sammanbrott var att familjehemmet hade egna barn i samma ålder som det placerade barnet. Bland de yngre barnen var tät kontakt med den biologiska mamman också förenat med ökad risk för sammanbrott. Det var nästan lika vanligt att den biologiska mamman tog initiativ till sammanbrottet (i 38 procent av fallen) som att familjehemmet gjorde det.

Det var förenat med högre risk för sammanbrott om barnet varit med om tidigare sammanbrott i placeringar, och om placeringen skett till följd av omsorgssvikt, det vill säga problem eller brister som är relaterade till barnets hemmiljö (och som gällde i majoriteten av placeringarna), eller om det fanns indikation på olika former av beteendeproblem hos barnet (problem i förskola/skola eller BUP-utredningar och liknande). Att familjehemmet låg långt bort från föräldrahemmet (mer än tio mil) tenderade också att öka risken för sammanbrott.

Om barnet placerats under sina första levnadsår (0–2 år) var risken för sammanbrott låg, detsamma gällde om barnet var övergivet av de biologiska föräldrarna eller om föräldrarna hade avlidit.

Långvarigt placerade barn

Bland de barn som var långvarigt placerade var bilden delvis en annan. Till att börja med var risken för sammanbrott dubbelt så hög som bland de yngre barnen, 24 procent slutade med ett tydligt sammanbrott. Inkluderades även misstänkta fall ökade sammanbrottsfrekvensen till 26 procent.

Initiativet till sammanbrott kom lika ofta, som för de yngre barnen, från familjehemmet (i 44 procent av fallen). Däremot låg de biologiska föräldrarna sällan bakom sammanbrott som gällde långvarigt placerade barn. Istället kom initiativet många gånger från barnet (i 28 procent av fallen) eller så var det oklart vem som hade tagit initiativ till sammanbrottet (i 11 procent av fallen). Precis som för de yngre barnen så minskade risken för sammanbrott då barnet placerades som mycket ung (0–2 år), eller hade föräldrar som avlidit eller på annat sätt övergivit barnet.

En tydlig varningssignal till sammanbrott för långvarigt placerade barn var att familjehemmet eller barnet själv uttryckt missnöje med placeringen till socialtjänsten. Om sådana signaler förkom slutade placeringen i 60 procent av fallen med ett sammanbrott. Andra förhållanden som ökade risken för sammanbrott var att barnet hade biologiska syskon i familjehemmet, att barnet var placerat på grund av missbruk eller kriminalitet bland de vuxna i det biologiska föräldrahemmet, att barnet varit med om tidigare sammanbrott eller att det fanns indikation på olika former av beteendeproblem hos barnet (emotionella problem eller BUP-utredning och liknande före placeringen).

Situationen för de långtidsplacerade barnen ska också ses mot bakgrund av att medianåldern vid sammanbrotten var 14 år och att barnet i snitt (me-

dian) bott i samma familjehem i tio år. I drygt 20 procent av fallen var orsaken till sammanbrottet, enligt kommentarerna i akterna, att familjehemmet hade egna problem, exempelvis skilsmässa eller sjukdom, som gjorde att de inte ville eller ansåg sig kunna fortsätta som familjehem. Bland de långtidsplacerade barnen hade vartannat barn problem i skolan efter 12-årsdagen och mer än var tredje någon form av hälsoproblem under tonåren.

Akterna

Resultatredovisningen har kompletterats med reflektioner som gjordes under genomgången av socialtjänstakterna (bilaga 2). Den ger icke-kvantifierbar kunskap om familjehemsvården och framför allt om själva akthanteringen. En reflektion var att handläggarna inte alltid hade läst tidigare material i akten, vilket exempelvis märktes genom att de upprepade utredningar som redan var gjorda eller spekulerade om sådant som redan var utrett. Också det omvända kunde förekomma, det vill säga att tidigare handläggares spekulationer i akten senare togs som vederlagda sanningar av nytillkomna handläggare.

Datainsamlarna upplevde att barnen i akterna sågs ”som latenta bärare av sina föräldrars sociala problematik”. Beteenden som annars brukar betraktas som typiska för en viss ålder – exempelvis under tonåren – sågs hos dessa barn som tecken på ett socialt arv. En oro för att barnen skulle utvecklas i negativ riktning tycktes ständigt närvarande i akterna.

Informationen i akterna var också ofta knapphändig, något som inte bara innebär att informationsöverföringen mellan handläggare kan brista, utan som också är beklagligt med tanke på barnens framtida möjligheter att som vuxna blicka bakåt för att förstå vad som hände dem under barndomen. Dessutom förvarades många akter på ett sådant sätt som riskerade att omöjliggöra framtida läsning. Arkivbeständigt papper användes sällan. Genomgående verkade handläggarna, genom sättet de uttryckte sig på, bortse från att akterna i framtiden kan utgöra en viktig – ibland den enda – kunskapskälla till barndomen för personer som varit placerade. Vid genomgången av akterna syntes dock ett tydligt trendbrott när utredningsverktyget BBIC (barns behov i centrum) infördes, då omfattningen av information i akterna ökade markant.

Socialstyrelsens pågående arbete

Barn och unga i samhällsvård är en prioriterad målgrupp i Socialstyrelsens arbete. Myndigheten har under senare år intensifierat arbetet med att stärka skyddet för och omsorgen om placerade barn och unga. Här nedan görs en kortfattad beskrivning av en del av det arbete som pågår inom myndigheten. Samtliga aktiviteter och projekt som rör placerade barn och unga finns också presenterade på Socialstyrelsens externa webb.

Trygg och säker vård

I juni 2012 avrapporterade Socialstyrelsen regeringsuppdraget *Program för trygg och säker vård i familjehem och hem för vård eller boende* [1]. Uppdraget har beröringspunkter med andra projekt som pågår inom myndigheten, och som genomförs inom ramen för Socialstyrelsens inriktningsmål att på ett tydligt sätt förstärka skyddet för och omsorgen om placerade barn och unga. Programmet har delats in i tre delprojekt med mål att ta fram:

- Föreskrifter, allmänna råd och handbok om socialnämndens ansvar och uppgifter när barn och unga placeras utanför det egna hemmet.
- Vägledning om placerade barns och ungas utbildning och hälsa, tillsammans med Skolverket.
- Utbildningsmaterial för familjehem och jourhem.

Föreskrifter, allmänna råd och handbok

Socialstyrelsens nya föreskrifter och allmänna råd, som trädde i kraft den 1 oktober 2012 (SOSFS 2012:11), syftar till att vården av barn och unga i familjehem och HVB (hem för vård eller boende) ska vara trygg, säker, ändamålsenlig och präglas av kontinuitet. De innehåller bland annat regler om vad en utredning av ett familjehem ska omfatta samt hur socialnämnden ska planera och följa vården. I januari 2013 publiceras en tillhörande handbok som ska vara ett stöd för rättstillämpningen i placeringens olika skeden. I en särskild skrivelse till regeringen har Socialstyrelsen framfört att en obligatorisk kontroll i polisens misstanke- och belastningsregister bör ingå i alla familjehemsutredningar.

Socialstyrelsen anser också att frågan om familjehemmens rättsliga ställning behöver belysas ytterligare, framför allt ur ett barnperspektiv. Idag har familjehemmen en svag rättslig ställning och de har exempelvis inte rätt att komma till tals inför socialnämnden i beslut som rör det placerade barnet.

Vägledning

I januari 2013 kommer en ny vägledning som vänder sig till socialtjänsten, hälso- och sjukvården, tandvården och skolan. Den förtydligar varje parts del av ansvaret och beskriver hur verksamheterna kan samverka för att pla-

cerade barn och unga ska få sina behov av utbildning och hälso- och sjukvårdsinsatser tillgodosedda.

Socialstyrelsen anser att barn och unga i samband med en placering borde ha rätt till en noggrann hälsoundersökning. ”Den sammanvägda slutsatsen av projektet är den strategiska betydelsen av att en systematisk kartläggning av barn- och ungas psykiska och fysiska hälsa och en pedagogisk kartläggning görs i samband med placeringen. Kartläggningen syftar till att ligga till grund för planering och uppföljning av särskilda insatser som barnet har behov av inom dessa områden.”

Utbildningsmaterial

Utbildningsmaterialet för familjehem och jourhem avser att ge kommunerna förutsättningar att erbjuda en likvärdig utbildning av hög kvalitet. Erfarna familjehemsutbildare kommer att testa materialet under hösten 2012, och det beräknas bli klart för nationell spridning våren 2013.

Av de allmänna råd som Socialstyrelsen tagit fram följer att kommunen bör se till att familjehemsföräldrarna får handledning och fortbildning, som är anpassad till uppdragets karaktär. Forskning och beprövad erfarenhet tyder på att handledning och vidareutbildning under pågående placering är viktigare för utfallet av vården än enbart grundutbildning. Utbildning för familjehem bedöms vara ett viktigt utvecklingsområde.

Övrigt

Utöver en redovisning av själva uppdraget innehåller *Program för trygg och säker vård i familjehem och hem för vård eller boende* [1] bland annat en översikt av bestämmelser om socialnämndens ansvar för barn och unga i familjehem och HVB, samt en genomgång av forskning som haft betydelse för svensk familjehemsvård och vård i HVB. Rapporten listar också de brister som Socialstyrelsen har identifierat inom familjehemsvården, exempelvis:

- Att informationen om barnet eller den unge i samband med en placering många gånger är otillräcklig vilket senare kan leda till ett behov av omplacering.
- Att många familjehemsföräldrar upplever att de får alltför lite stöd i sitt arbete och att en minoritet av kommunerna erbjuder utbildning till familjehem.
- Att barn i familjehem som behöver långsiktighet i sin placering inte får tillräcklig trygghet när placeringen sker i frivillig form.

Standardiserad bedömningsmetod vid utredning av familjehem

På regeringens uppdrag har Socialstyrelsen utvecklat en standardiserad bedömningsmetod, BRA-fam (Bedömning vid Rekrytering av familjehem) för utredning av familjehem. BRA-fam bygger på kunskap från empirisk forskning och från professionellas erfarenheter. Bedömningsmetoden ska användas för att systematiskt hämta in grundläggande information om de familjer

som har anmält intresse av att bli familjehem. Syftet med bedömningsmetoden är att identifiera olämpliga presumtiva familjehem i ett tidigt skede i utredningen.

BRA-fam avser också att tydliggöra socialtjänstens förväntningar på familjehemmet och de åliggande som ingår i uppdraget. Det presumtiva familjehemmet ges därmed möjlighet att tidigt reflektera över uppdraget, vilket också bidrar till att familjehemmen blir bättre förberedda på uppgiften. Bedömningsmetoden innebär dessutom till att utredningarna görs på ett mer likartat och transaprent sätt.

BRA-fam har testats under kontrollerade former och ska nu prövas i reguljär verksamhet. Som ett viktigt led i kvalitetsarbetet kring bedömningsmetoder ansvarar Socialstyrelsen, i samarbete med kommunerna, för en stegvis introduktion i den reguljära verksamheten. Uppföljningen av BRA-fam kommer att ske under en tio-månaders-period och därefter sker eventuellt en revidering. Det är viktigt att poängtera att bedömningsmetoden ska ses som en del i en samlad professionell bedömning, där flera andra informationskällor behöver ingå i beslutsfattandet [2].

Barns behov i centrum – BBIC

Socialstyrelsen har sedan 1990-talet arbetat med att utveckla ett enhetligt handläggnings- och dokumentationssystem som ska vara ett verktyg för att stärka barns och ungas ställning och göra socialtjänsten mer kunskapsbaserad. Systemet har fått namnet BBIC, som står för barns behov i centrum, och det är från början en svensk anpassning av det engelska systemet Looking After Children (LACS). Målsättningen är att lyfta fram barnet i alla delar av det sociala barnavårdsarbetet. BBIC använder standardiserade bedömningsformulär inom sju behovsområden; hälsa, utbildning, känslo- och beteendemässig utveckling, identitet, familj och sociala relationer, socialt uppträdande och klara sig själv. Inom varje område bedöms barnets utvecklingsbehov och vad som behövs för att barnet ska utvecklas tillfredsställande [3].

I dag använder 286 kommuner BBIC, varav 165 har infört det fullt ut. Den uppföljning av placerade barns och ungas rättssäkerhet som Socialstyrelsen gjorde under året visar att såväl lagändringar som en ökad användning av BBIC har bidragit till en positiv utveckling inom området [4].

Tillsyn av verksamheter för barn och unga

Socialstyrelsen har i uppdrag att granska samtliga hem för vård eller boende (HVB) som tar emot barn eller unga. Inspektioner ska göras minst två gånger per år, varav åtminstone en inspektion ska vara oanmäld. I enlighet med uppdraget inspekterade Socialstyrelsen under 2011 alla verksamheter som tar emot barn och unga, både offentliga och enskilda HVB samt barn- och ungdomsboenden enligt 9 § 8 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS [4].

När det gäller familjehemmen, som är den vanligaste placeringsformen för barn i samhällsvård, har varje regional tillsynsenhet genomfört tillsyn utifrån de frågeställningar som de har bedömt är mest relevanta i regionen.

Tillsyn av socialtjänstens barnavård har också genomförts utifrån klagomål från enskilda. Någon systematisk tillsyn på nationell nivå har inte genomförts [5].

Tillsynsombud inom familjehemsvården

Socialstyrelsen driver en försöksverksamhet med tillsynsombud för barn och unga som är placerade i familjehem. Denna verksamhet pågår under perioden 2010–2013 och berör barn som är mellan fem och 18 år och som varit placerade i familjehem i högst två år. I början av 2012 deltog tio kommuner i försöket och sammantaget ingick 58 barn och unga [4].

Tillsynsombuden ska vara personer som barn och unga kan vända sig till direkt, och som ska vara stödjande och ha tid att lyssna på barnen. De ska också bilda sig en uppfattning om omhändertagandet och uppföljningen av placeringen. Projektets syfte är att se om det fungerar bättre för barnen som har ett tillsynsombud än för de barn som enbart är hänvisade till handläggaren i socialtjänsten [6].

Barn och unga kommer till tals

Socialstyrelsen tillämpar barnperspektivet vid tillsynen genom att bland annat samtala med barn och unga vid inspektionerna. Detta har visat sig mycket värdefullt, dels för att myndigheten fått del av information som varit användbar vid tillsynen, dels för att barnen och ungdomarna fått ökat inflytande på den egna tillvaron. Under 2011 samtalade Socialstyrelsens inspektörer med 2 600 barn och ungdomar [4].

Socialstyrelsen har också inrättat ett ungdomsråd med ungdomar i åldern 14 till 18 år som är eller har varit placerade i samhällsvård. Rådet har sammanträtt fem gånger och bland annat diskuterat skolgång, hälsa och tillsyn. Exempel på synpunkter som har framkommit är: att familjehemmet tillsammans med socialtjänsten måste se till att skolgången kommer i gång omedelbart i samband med placering, att familjehemmet behöver hjälpa till med läxläsning eller se till att eleven får hjälp med det på annat sätt och att ungdomarna behöver mer stöd när placeringen upphör. Ungdomarnas erfarenhet var att de i alldeles för hög grad var hänvisade till sig själva när placeringen upphörde. Planeringen för utflyttningen behöver starta tidigt och det är viktigt att klargöra hur ungdomen och familjehemmets relation ska se ut efter utflyttning. Ungdomarna måste också i högre grad få information om hur samhället fungerar.

Socialstyrelsen har tagit fram informationsmaterial till barn och unga som är placerade utanför hemmet. Materialet innehåller information om deras rättigheter och hur de kan komma i kontakt med Socialstyrelsen. Under 2011 ringde över 200 ungdomar till Socialstyrelsens direktnummer 020–120 06 06 för placerade barn och unga [4]. De gav uttryck för känslor av rättslöshet och av att de känner att de inte blir respekterade och lyssnade på. Ett mycket påtagligt önskemål var att de ville ha mer kontakt med sina socialsekreterare och att de ville ha betydligt mer information än de fått hittills.

Uppföljning och statistik

Under 2010 publicerade Socialstyrelsen för första gången öppna jämförelser för den sociala barn- och ungdomsvården, vilka utvecklats under 2011 och finns tillgängliga på Socialstyrelsens webbplats. Tillsammans med Skolverket har Socialstyrelsen tagit fram en indikator för utbildningsnivån hos barn som är placerade i samhällsvård. De öppna jämförelserna visar att placerade barn har låg utbildningsnivå och att den varierar kraftigt mellan landets kommuner. Fullföljd gymnasieutbildning är en viktig skyddsfaktor för att barn som har varit placerade i samhällsvård ska kunna få ett gott vuxenliv [7].

De öppna jämförelserna av socialtjänstens barn- och ungdomsvård 2011 visar på en del positiva förändringar jämfört med föregående år, men även på kvarstående problem. Fler kommuner uppger nu att socialtjänsten samverkar med bland annat skolan och barnhälsovården. Antalet kommuner som uppger att de har en socialjour som är bemannad dygnet runt med socionomutbildad personal har också ökat. Drygt två av tio kommuner saknar dock en sådan jour [7].

Socialstyrelsens slutsatser

Utifrån tidigare studier har Socialstyrelsen identifierat instabilitet som ett problem inom den sociala dygnsvården. Det har varit känt att förekomsten av sammanbrott är hög i tonårsplaceringar. Däremot har det varit oklart om problemet är lika omfattande bland yngre barn och bland långvarigt placerade barn. Det har också saknats systematisk kunskap om riskfaktorer för sammanbrott, vilka har betydelse för valet av insatser och aktörer.

Socialstyrelsens slutsatser av studien är att:

- Även bland yngre barn och långvarigt placerade barn är det relativt vanligt med sammanbrott. Bland de yngre barnen hade en tredjedel varit placerade tidigare och de långvarigt placerade barnen hade i snitt (median) varit placerade i tio år när placeringen bröt samman.
- Sammanbrotten föregås ofta av varningssignaler till socialtjänsten. Dessa signaler bör tas på allvar så att de föranleder åtgärder som är anpassade till situationen.
- Barnet, familjehemmet och de biologiska föräldrarna behöver få mer stöd för att förhindra att konflikter uppkommer, och i att lösa konflikter om de uppkommer.
- Varje barns psykiska och fysiska hälsa (inklusive tandhälsa), samt utbildningsbehov, bör undersökas i samband med en placering. Detta är en förutsättning för att familjehemmet och barnet ska få tillgång till de stöd och insatser de behöver och har rätt till.

Studien som redovisas här pekar mot att sammanbrott i placeringar av yngre barn (0–10 år) inte är lika vanliga som bland tonåringar. Ändå slutade mellan 13 och 21 procent med ett sammanbrott. Bland barn som vid 12 års ålder hade bott i samma familjehem minst fyra år (långvarigt placerade) slutade var fjärde placering med ett sammanbrott. En riskfaktor var att barnen redan tidigare varit med om ett eller flera sammanbrott. Bland de yngre barnen hade 31 procent av dem som ingick i studien varit placerade tidigare.

Studien ger en bild av att det är vanligt med konflikter i de placerade barnens omgivning, och att dessa alltför ofta får omfattande konsekvenser för barnen genom att placeringen bryter samman. I dagsläget är samhällets stöd inte tillräckligt för att ge den stabilitet i familjehemsvården som är önskvärd. De placerade barnen tillhör en mycket utsatt grupp och familjehemmen är en ovärderlig resurs för samhället. Stödet behöver därför förbättras och riktas till såväl barnen som familjehemmen.

Bland de yngre barnen visade studien att sammanbrotten ofta föregicks av konflikter mellan de biologiska föräldrarna (i huvudsak mamman) och familjehemmen. Detta är givetvis ett problem eftersom avbrotten definitionsmässigt inte var ett resultat av att situationen hos de biologiska föräldrarna förbättrats, utan av att placeringen omöjliggjordes genom konflikten. Här är

också en erfarenhet som framförs från praktiken att de biologiska föräldrarna ofta står utan stöd efter att barnen omhändertas. Då upphör eller avtar kontakten med socialtjänsten, som kan ha varit ganska tät innan barnet omhändertogs, och föräldern får sällan hjälp att klara av att utöva det förändrade föräldraskap som kommer av att barnet är placerat i familjehem.

För närvarande pågår flera projekt på familjehemsområdet som syftar till att minska riskerna för konflikter mellan parterna. I regeringens proposition (2012/13:10) om förändringar i socialtjänstlagen (2001:453) förslås att socialnämnden ska teckna avtal med familjehemmen som tydliggör respektive aktörs ansvarsområde och mandat, vilket kommer att gälla från den 1 januari 2013 om förslagen vinner laga kraft [8]. Detta skulle medföra noggrannare förberedelser, och ett klargörande av vilka förväntningar som finns på nämnden respektive familjehemmet.

Socialstyrelsen anser att familjehemmens rättsliga ställning behöver ses över, framför allt ur ett barnperspektiv. Som det är i dag har familjehem som har tagit hand om ett barn under mycket lång tid, kanske under merparten av uppväxten, inte rätt att komma till tals i exempelvis beslut hos socialnämnden som rör barnet. Detta bidrar sannolikt till den frustration som ofta framförs från familjehemmen över bristande stöd och förståelse från socialtjänstens sida.

Bland de långvarigt placerade barnen, som i studien var 12 år vid uppföljningsperiodens början, förekom ofta indikationer på konflikter mellan dem och familjehemsföräldrarna. Sådana indikationer var att de eller familjehemmet uttryckt missnöje med placeringen till socialtjänsten (frågorna 6.4–6.8 i insamlingsblanketten för de långvarigt placerade barnen, bilaga 4). Konflikter förekommer förstås också mellan icke-placerade barn och biologiska föräldrar, kanske särskilt i tonåren. För de placerade barnen riskerar dock konflikterna att få allvarliga konsekvenser, genom att en placering har konstruktionen av ett avtal som kan sägas upp med kort varsel. Här bedöms bland annat återkommande utbildningsinsatser vara ett viktigt utvecklingsområde i stödet till familjehemmen. Utbildningsinsatser riktade till familjehemmen under placeringens gång har visat sig ha större effekt på utfallet än enbart grundutbildningar, eftersom det ger bättre möjligheter till stöd i situationer som uppkommer under placeringens gång.

Socialstyrelsens försöksverksamhet med tillsynsombud avser också att minska konflikterna mellan barn och familjehemsföräldrar. Ombudens främsta uppgift är att bilda sig en uppfattning om hur barnet eller den unga har det i familjehemmet. Som barnets ombud kan de också stötta och agera språkrör i uppkomna konflikter. Många av de långvarigt placerade barnen har ett svagt familjenätverk. I studien hade bara 18 procent tät kontakt med sin mor (åtminstone flera gånger per halvår) och bara 10 procent med sin far. Genom tillsynsombuden får de placerade barnen tillgång till en vuxen person som de kan vända sig till för att få stöd när problem uppstår. Mer information och ökad kontakt med socialtjänsten har varit ett tydligt önskemål från de barn och unga som ringt till Socialstyrelsens direkttelefon.

I propositionen (2012/13:10) föreslås också att socialnämnden ska utse en särskild socialsekreterare som ska ansvara för kontakterna med barnet eller den unge. Den utsedda socialsekreteraren ska göra regelbundna besök och föra enskilda samtal med barnet eller den unge [8].

Den bedömningsmetod för familjehem – BRA-fam – som Socialstyrelsen för närvarande introducerar i reguljär verksamhet kan också bidra till att stabiliteten i familjehemsplaceringarna ökar. Metoden avser att i ett tidigt skede identifiera presumtiva olämpliga familjehem, samtidigt som den ger familjehemmen möjlighet till självreflexion kring uppdraget.

Familjehemmens insatser kan se mycket olika ut beroende på behoven hos det enskilda barnet. I den nya vägledningen som kommer i januari 2013 understryker Socialstyrelsen vikten av att inför en placering kartlägga varje barns behov, både hälsobehoven (inklusive tandhälsa) och utbildningsbehoven. Detta främst för att barnet ska få det stöd det behöver och har rätt till, men också för att familjehemmet ska få rätt stöd och ha relevant kunskap om barnets behov. I dagsläget brister familjehemsvården i båda dessa avseenden, vilket även var synbart i denna studie, där vartannat långtidsplacerat barn uppgavs ha problem i skolan och var tredje hade hälsoproblem.

I propositionen (2012/13:10) föreslås även att socialnämnden ska vara skyldig att tillhandahålla familjehemmet den utbildning som behövs för att klara av uppdraget att ta hand om det placerade barnet. Enligt förslaget ska socialnämnden också verka för att de barn och unga som placerats i ett familjehem, jourhem eller hem för vård eller boende (HVB) får den hälso- och sjukvård de behöver [8].

Socialstyrelsen har genomfört befolkningsstudier som visar att barn som växer upp i samhällets vård har mycket höga risker för ogynnsam utveckling över tid, och att skolmisslyckande är en av de enskilt viktigaste faktorerna för att förklara och förstå detta. Kraftfullt stöd under skolgången är därför en av de enskilt viktigaste åtgärderna för att förbättra placerade barns framtidsutsikter [9]. I detta sammanhang har Socialstyrelsen varit med och stöttat uppbyggnaden av SkolFam, som är ett projekt riktat till grundskolebarn som är placerade i familjehem. I dagsläget bedrivs sådana projekt på flera håll i landet, och de har visat mycket goda resultat. SkolFam bygger på att kartlägga barnets pedagogiska behov och anpassa skolinsatserna därefter. Kartläggningen har framför allt visat att många placerade barn har stora kunskapsluckor, som om de förblir oupptäckta riskerar att leda till skolmisslyckanden [10].

Skolan är också en viktig arena för barn av andra skäl. De tillbringar en stor del av sin tid där och den är därmed betydelsefull för deras välbefinnande. Hur barnet mår i skolan påverkar också hur barnet mår hemma. Insatser på skolområdet främjar därför också stabiliteten i familjehemsvården. Studien visade dessvärre att kunskapen om barnens behov många gånger var bristfällig, och att många barn och familjehem tycktes stå utan stöd även då det fanns uppgifter i akterna om exempelvis beteendeproblem. En observation från SkolFam-projekten har också varit att när barnens skolprestationer förbättras så blir relationerna med skolkamraterna bättre [10], vilket sannolikt har positiv inverkan på det allmänna välbefinnandet hos barnen.

Av studien framgick också att inga särskilda åtgärder eller förberedelser sattes in när uppgifter om missnöje med en placering kom till socialtjänsten. Resultaten visar att detta är att betrakta som en tydlig varningssignal om att placeringen riskerar att bryta samman. När barnet eller familjehemmet uttryckt missnöje eller negativa åsikter kring placeringen slutade den i 60 procent av fallen med sammanbrott. Sådana signaler bör därför tas på allvar av

socialtjänsten, och i de fall situationen inte kan förändras till det bättre, föranleda föreberedelser så att uppbrottet blir en mindre akut händelse (se bilaga 1).

En annan viktig iakttagelse från studien är att informationen i akterna ofta var knapphändig (se bilaga 2), vilket är problematiskt av flera skäl, inte minst med tanke på barnens framtida möjligheter att blicka bakåt och förstå vad som hände dem under barndomen.

Referenser

1. Program för trygg och säker vård i familjehem och hem för vård eller boende. Redovisning av regeringsuppdrag. www.socialstyrelsen.se juni 2012. Socialstyrelsen; 2012.
2. BRA-fam – en standardiserad bedömningsmetod vid rekrytering av socialtjänstens familjehem. www.socialstyrelsen.se september 2012. Socialstyrelsen; 2012.
3. En introduktion till Barns behov i centrum (BBIC) ett system för utredning, planering och uppföljning av barn i den sociala barnavården. Studiematerial. Socialstyrelsen; 2002.
4. Årsredovisning 2011. Socialstyrelsen; 2012.
5. Tillsynsrapport 2011. Hälso- och sjukvård och socialtjänst. www.socialstyrelsen.se maj 2011. Socialstyrelsen; 2011.
6. Socialstyrelsen gör försök med tillsynsombud för familjehemsplacerade barn. Hämtat från www.socialstyrelsen.se 2012-11-11.
7. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2012. www.socialstyrelsen.se februari 2012. Socialstyrelsen; 2012.
8. Stärkt stöd och skydd för barn och unga (prop 2012/13:10 s.1–2).
9. Vinnerljung B, Berlin M, Hjern A. Kapitel 7. Skolbetyg, utbildning och risker för ogynnsam utveckling hos barn. Social Rapport 2010. Socialstyrelsen; 2010.
10. Tideman E, Vinnerljung B, Hintze K, Aldenius Isaksson AA. Improving foster children's school achievements: Promising results from a Swedish intensive small scale study. Adoption & Fostering 2011;35(1): 44–56.

Bilaga 1. Underlagsrapport

Instabilitet i familjehemsvården – en regional studie om sammanbrott bland yngre barn och bland barn i långvarig familjehemsvård

Marie Sallnäs[1] Bo Vinnerljung[1]

Sammanfattning

Studien undersöker sammanbrott hos två grupper av familjehemsplacerade barn, dels yngre barn mellan 0 och 10 år, dels långvarigt placerade barn som bodde i familjehem när de var tolv år och då hade bott i samma familjehem minst fyra år.

Mellan var femte och var sjunde placering av barn 0–10 år slutade med sammanbrott inom fem år. Siffran beror på om vi använder en snäv eller en bred definition av sammanbrott. Sammanbrotten skedde vanligtvis relativt snart efter placeringen, mediantiden var sju månader.

Var fjärde barn som hade vistats i sitt familjehem minst fyra år på tolvårsdagen var med om att denna placering slutade med sammanbrott under tonåren. ”Genomsnittsammanbrottet” berörde ett 14-årigt barn som bott drygt tio år i sitt familjehem.

Bland de yngre barnen tenderade flickor att bli mer utsatta för sammanbrott än pojkar. Andra någorlunda robusta riskmarkörer (varningssignaler) var

- att barnet var äldre än två år vid placeringen
- tidiga indikationer på beteendeproblem
- konflikter mellan familjehem och barnets föräldrar

De viktigaste riskmarkörerna för de långtidsplacerade barnen var

- att barnet vid något tillfälle sagt till sin socialsekreterare att hon/han inte trivdes i familjehemmet (i 60 procent av fallen slutade detta med sammanbrott)
- upprepade negativa beskrivningar av barnet från familjehemsföräldrarna

[1] Båda författarna är professorer i socialt arbete vid Stockholms Universitet.

- att barnet var äldre än två år vid placeringen
- att det fanns indikationer på att barnet hade emotionella problem i tidig ålder, det vill säga före placeringen
- att barnet placerats med ett syskon i familjehemmet
- att barnet i tidig ålder – före den aktuella placeringen – redan varit med om att en annan placering slutade med sammanbrott

Potentiell instabilitet är ett reellt villkor för alla familjehemsplaceringar, oavsett barnets ålder. Detta får långtgående konsekvenser under tonåren för en stor grupp barn som växt upp i samma familjehem under större delen av sina liv, sedan tidig barndom. Långvarig familjehemsvård är följaktligen en mycket bräcklig uppväxtform eftersom placeringen kan upphöra med mycket kort varsel, exempelvis vid familjehemsföräldrarnas skilsmässa.

Rapporten baseras på ett regionalt urval om

- 194 familjehemsplaceringar av barn 0–10 år. Dessa följdes i sina socialtjänstakter i fem år.
- 136 barn som varit placerade minst fyra år i sina familjehem vid 12-årsdagen. Dessa följdes i sina socialtjänstakter till 18-årsdagen.

Eftersom det är ett regionalt och relativt begränsat urval är det okänt i vilken omfattning resultaten kan generaliseras till att gälla för hela landet.

Kapitel 1. Inledning

I rapporten redovisas två studier om sammanbrott bland placerade barn. Den ena avser yngre barn som placeras i familjehemsvård och den andra barn som har varit länge i familjehemsvård när de närmar sig tonåren.

Ett sammanbrott innebär att barn oplanerat och plötsligt flyttas från en vårdmiljö. Sammanbrott är en av faktorerna bakom den instabilitet som många samhällsvårdade barn upplever under sin uppväxttid. Ett sammanbrott är per definition oplanerat och oavsiktligt, men instabilitet kan också uppkomma på grund av planerade omflyttningar av barn, något som inte undersöks i denna studie. Med ”sammanbrott” och ”instabilitet” avses i denna text oplanerade flyttningar (se vidare längre fram i texten).

Det är väl känt att sammanbrott i en placering är problematiskt för dem som är berörda, inte minst för barnen. För dem innebär ett sammanbrott att de hastigt måste byta boendemiljö, ofta utan att det finns någon planering för var de ska ta vägen. Rent praktiskt är situationen alltså turbulent, men flera studier har framförallt rapporterat att barn kan fara mycket illa av sammanbrott. Många känner sig oönskade och utkastade. Flyttningarna (i värsta fall flera) kan också innebära att de blir utan stabila relationer till vuxna [1, 2]. Både för yngre barn och för barn som placeras för långvarig vård är stabilitet ett överordnat mål. En placering i dygnsvård är den mest ingripande barnavårdsinsatsen och innebär i sig att barn flyttar från en miljö till en annan. I sämsta fall innebär vården nya flyttningar, framkallade av att vården bryter samman. Sammanbrott är ett av de stora hoten mot möjligheten att nå målet om någorlunda stabila uppväxtförhållanden för placerade barn. Det är därför viktigt med praxisrelevant kunskap om hur samman-

brottsrisken ser ut för olika grupper och vad det är som påverkar den risken. Sådan kunskap kan användas av kommunerna i arbetet med att öka stabiliteten för placerade barn.

Det finns flera skäl att göra just de två studier som rapporteras här. Tidigare undersökningar visar med stor tydlighet att sammanbrott är ett vanligt fenomen i dygnsvården, både i familjehems- och i institutionsvård. I en nationellt representativ svensk studie slutade runt var tredje placering av en tonåring med sammanbrott. För ungdomar med beteendeproblem handlade det om varannan placering. Denna bild av avbrutna placeringar som ett omfattande problem gäller i första hand dem som placeras som tonåringar, men generaliseras ofta till att gälla även för yngre barn. I själva verket är våra kunskaper om förekomst av instabilitet i vården av yngre barn påtagligt begränsade, vilket också gäller vilka omständigheter som påverkar risken för sammanbrott vid placeringar av yngre barn. Sådan kunskap kan hjälpa praktiskt verksamma att arbeta för att motverka sammanbrott med alla dess negativa konskevenser.

Vi vet ännu mindre om förekomsten av instabilitet i långa familjehemsplaceringar, alltså i vilken mån barn som placeras i familjehem där det är tänkt att de skall stanna för längre tid är med om att de inte får (eller vill) vara kvar under tonåren. Också här är det nödvändigt att undersöka faktorer som har betydelse för risken för sammanbrott. Denna typ av placeringar berör cirka en procent i barnbefolkningen under uppväxten [3, 4], något färre än internationella adoptioner. De berör främst barn som är små när de placeras. Nära nog vartannat barn som kommer i dygnsvård före fyraårsdagen kommer att tillbringa mer än fem år under sin uppväxt i samhällelig vård. Hela 70 procent av alla barn med erfarenhet av lång vårdtid (mer än fem år sammanlagt) blir placerade i dygnsvård första gången i förskoleåldern [4]. Det är i dessa interventioner som samhället tar på sig det mest långtgående ansvaret för barns uppväxt. Under en given dag dominerar de dessutom sannolikt ”ärendelistan” med pågående familjehemsplaceringar för socialarbetare som arbetar med social dygnsvård för barn och ungdomar [3, 5].

Det finns många så kallade anekdotiska bevis från praktiker om att långa familjehemsplaceringar ”ofta” havererar i tonåren [6]. Barnen placeras som små, men när de kommer i tonåren fungerar det inte längre i familjehemmet. Trots att barnen varit större delen av sin uppväxt i familjen är inte banden tillräckligt starka när tonårstidens påfrestningar dyker upp. Det finns dock generellt mycket lite tidigare forskning på området och ingen i Sverige som visar hur stort problemet är. Också här är kunskap om vad som indikerar risk för sammanbrott viktig för att hitta vägar att förebygga den för alla parter så besvärliga situation som uppstår när långvarig familjehemsvård bryter samman.

För att genomföra uppdraget har två delstudier gjorts: 1) Sammanbrott i familjehemsvård av yngre barn, och 2) Sammanbrott i långa familjehemsplaceringar. De belyser problemet för två olika delpopulationer i familjehemsvården. Resultaten från delstudierna redovisas var för sig. Den avslutande diskussion om hur resultaten kan vägleda socialtjänsten är dock gemensam för båda undersökningarna.

Delstudierna

Studie 1. Sammanbrott i familjehemsvård av yngre barn

Den första studien gäller barn som placeras i familjehem i åldern 0–10 år (144 barn med 194 placeringar). Med denna åldersavgränsning berör undersökningen nästan enbart barn som placerats i vård på grund av föräldrarnas problem (inte på grund av egna beteendeproblem). Begränsningen till familjehemsvård motiveras av att den stora majoriteten av yngre barn vårdas i familjehem, om inte placeringen är tillfällig. Syftet med studien är att undersöka förekomsten av sammanbrott i familjehemsplaceringar av yngre barn och riskfaktorer/riskmarkörer för sammanbrott.

Socialtjänstens akter utgör underlag för uppföljning av ett regionalt kohorturval av barn från placeringens början och fem år framåt. Studien baseras på data om barn från alla kommuner utom en i Jönköping län. Från akterna har data inhämtats om barnet själv, skäl för placering, om föräldrarna, familjehemmet och om förekomst av sammanbrott.

Studie 2. Sammanbrott i långa familjehemsplaceringar

Studien ställer frågan om hur stabila långa familjehemsplaceringar är när barnen kommer i tonåren. Liksom i föregående studie undersöks vilka bakgrundsfaktorer som har samband med att placeringen slutar med sammanbrott.

I studien ingår samma kommuner som i studie 1. Urvalet utgörs av alla barn som på 12-årsdagen befann sig i ett familjehem och hade varit där minst fyra år. Sammanlagt 136 långtidsplacerade barn har följts i akterna fram till 18-årsdagen.

Rapportens uppläggning

Kapitel 2 är en summarisk genomgång av svensk och utländsk forskning om sammanbrott. I kapitel 3 beskrivs hur studien är genomförd och vilket material som använts. Resultat från båda studierna presenteras i kapitel 4. Nästa kapitel innehåller en sammanfattning av resultaten, diskussion, slutsatser och implikationer för praktiken. En särskild bilaga med titeln ”Det siffrorna inte kan berätta” (bilaga 2) innehåller reflektioner över aktförvaring och akternas innehåll, förmedlade av Torbjörn Kalin som har varit samordnare för den lokala datainsamlingen. Av läsbarhetsskäl redovisas deskriptiva data huvudsakligen i tabellerna 5–9 i bilaga 3.

Kapitel 2. Mycket tidigare forskning men inte om dessa grupper

Tidigare forskning om sammanbrott är omfattande, inte minst internationellt, men det finns tydliga kunskapsluckor avseende de grupper som rapporten handlar om. Mycket forskningsintresse har ägnats placeringar av äldre barn (tonåringar) medan vi vet betydligt mindre om de yngre barnen och nära nog ingenting om stabilitet under tonåren för de barn som vårdas under lång tid i familjehem.

Genomgången baseras på forskning som säger något om sammanbrott specifikt. Men instabilitet för placerade barn kan uppstå också på andra sätt, exempelvis genom planerade omflyttning i vårdsystemet. Forskningsgenomgången och de två empiriska studierna är emellertid avgränsade till instabilitet som utgörs av sammanbrott.

Vissa studier inkluderar flera vårdformer men här tas endast den forskning som berör familjehemsplaceringar upp. Studier om hur barn och andra inblandade personer upplever sammanbrott, vilka konsekvenser avbrutna placeringar kan få och andra näraliggande frågor behandlas inte.[2]

Sammanbrottsforskningen karakteriseras av stor variation avseende metodologi, undersökningspopulation, uppföljningstidens längd samt definition av sammanbrott och andra viktiga variabler. Det är ofta svårt att jämföra studier med varandra [1, 7, 8]. Viss kumulativitet finns dock i svensk forskning genom att två studier av både äldre och yngre barn till stor del använder samma ansats och definitioner [1, 9].

Sammanbrott kan ses som en företeelse där olika aktörer är inblandade. Riskfaktorer för sammanbrott kan delas upp i: faktorer som har att göra med a) barnen, b) föräldrarna, c) familjehemmet och d) socialtjänsten. Generellt är ”systemfaktorer”, det vill säga faktorer som har med socialtjänsten och dess arbete att göra, minst undersökta. Oftast utgör socialtjänstens akter den primära datakällan. Barns perspektiv på sammanbrott är generellt dåligt belysta [10]. Undantag är en nyligen gjord dansk kvalitativ undersökning av processerna bakom sammanbrott bland tonåringar [2]. Författarna använder både ungdomar och professionella som informanter och ser sammanbrott som en konsekvens av sociala processer på såväl system- och institutionsnivå som på relationsnivå.

Här ges en kort presentation av tidigare svensk forskning om sammanbrott bland barn i alla åldrar. Sedan riktas blicken mot både utländska och svenska studier som säger något om undersökningsgrupperna i föreliggande rapport; barn som placeras i tidig ålder och barn i långvarig familjehemsvård.

Sammanbrott bland barn i alla åldrar – svenska studier

Fyra tidigare svenska aktstudier om sammanbrott bland barn i alla åldrar ger tillsammans en bild av hög förekomst av avbrutna placeringar. Håkan Jönssons [11] regionala studie från 1990-talet av 141 familjehemsplacerade barn 0–6 år, fann en sammanbrottsfrekvens på 52–54 procent inom fem år. Faktorer som ökade risken var att barnet var äldre, hade beteendeproblem, att barnet upplevt många tidigare flyttningar och att placeringen var frivillig.

I Vinnerljung, Sallnäs och Kyhle Westermarks [1] nationella, riksrepresentativa studie av 13–16 åringar (922 placeringar) slutade 31–40 procent - beroende på definition – av familjehemsplaceringarna med sammanbrott inom fem år (se även [15]). Riskökande faktorer var att tonåringen

[2] För aktuella studier om upplevelsen av sammanbrott utifrån de inblandade parterna perspektiv se [12], för barnens perspektiv se [2, 10] och för familjehemsföräldrars upplevelser se [13]. Sammanbrott (vid tonårsplaceringar) som prediktor (förutsägande faktor) för långsiktiga utfall i Sverige har undersökts av Vinnerljung och Sallnäs [14].

hade en historia av rymning/utstötning från hemmet, uppvisade antisocialt beteende och var placerad i ett kommunrektryterat familjehem (jämfört med släktinghem). Vissa kombinationer av riskmarkörer ökade sammanbrottsrisken dramatiskt. Det var mycket få familjehemsplaceringar av pojkar med kriminalitet tillsammans med psykiska problem som inte bröt samman [1]. Studien har replikerats med snarlika resultat i Norrköpings kommun (n=152) [16].

Skoogs [9] regionala studie av barn i alla åldrar (317 placeringar) visar en sammantagen sammanbrottsfrekvens på 24–29 procent (beroende på definition) inom två år, men med variation kopplad till ålder vid placering. För tonåringarna förekom sammanbrott i 35–39 procent av fallen.

Grovt sett visar alltså svensk forskning att sammanbrott inom 2–5 år förekommer i mellan en fjärdedel och hälften av placeringarna. Siffran varierar dock rejält mellan barn i olika åldrar.

Resultat från tidigare studier om barn som placeras i familjehem när de är små

I Jönssons studie [11] hade barn som var upp till 5 år vid placeringen en sammanbrottsfrekvens på 23 procent inom en femårsperiod, medan den ökade till 37 procent bland 5–11-åringarna. Sexton år senare fann Skoog [9] att bland yngre barn 0–6 år (n=43) och skolbarn 7–12 år (n=45) var det 28 respektive 18 procent av placeringarna som slutade med sammanbrott inom två år. Att barnen var i förskole- eller skolåldern minskade risken för sammanbrott, jämfört med en grupp tonåringsplaceringar som också ingick i studien. Författaren påpekar att bland förskolebarnen är planerade byten av vårdmiljö vanligare än sammanbrott, och är således något som bidrar till instabilitet för små barn (samma sak har visats i utländsk forskning [17]). Christiansen och medarbetare [18] fann i en sjuårsuppföljning av 70 norska barn som placerats i långvarig familjehemsvård när de var 7–12 år, att 39 procent var med om minst ett sammanbrott inom drygt 7 år. Nästan vart femte (17 procent) sammanbrott inträffade när barnet hade varit så länge som fyra år eller längre i samma familjehem.

I äldre utländska studier med uppföljningstid mellan 18 månader och fem år av yngre familjehemsplacerade barn rapporteras sammanbrottsfrekvenser i spannet 22–48 procent [19–22]. Triseliotis [23] sammanfattar resultaten från sex brittiska studier om förekomsten av sammanbrott. Inom 1–6 år hade drygt var femte placering av barn i förskoleåldern brutit samman. Men proportionen varierade kraftigt med främst längden på uppföljningstiden. För barn i 5–12-årsåldern var sammanbrottsfrekvensen högre i äldre studier (46–57 procent inom 3–5 år) men lägre i yngre studier, vilket enligt författaren kan bero på förbättringar i vårdsystemet.

Webster med kollegor [24] fann i en mycket stor studie (n=5 557) lägre sammanbrottssiffror bland släktinghem än bland övriga placeringar. Bland barnen som placerades före sex års ålder och som följdes upp i åtta år, hade en knapp tredjedel av de släktingplacerade barnen fått instabil vård, definierat som tre eller flera placeringar under åren (en konservativ definition av sammanbrott). Proportionen bland barn i ”vanliga” familjehem var drygt hälften. Sammanbrottsrisken var lägst för barn placerade som spädbarn och

högre för de som placerats i förskoleåldern. Störst risk för instabilitet löpte förskolebarn (placerade när de var 3–5 år) som var placerade i icke-släktinghem.

Rushton och Dance [25] följde 133 barn som placerades i långvarig familjehemsvård när de var 5–11 år. Inom sex år hade var tredje placering brutit samman. Lutman och kollegor [26] rapporterade marginellt lägre proportion avbrutna placeringar efter 10 år (27 procent) för en grupp släktingplacerade barn i samma ålder. Liknande resultat finns i en studie av Farmer och Moyers [27].

Resultat från studier om barn i långvarig familjehemsvård

I studie 2 ställs frågan om hur stabil långvarig familjehemsvård är när barnen kommer i tonåren. Vinnerljung [5] konstaterade för mer än 15 år sedan att socialarbetare ofta talade om de svårigheter som uppstår när barn som varit en längre tid familjehem blir tonåringar, men att det saknades forskning om detta. Ett par lokala uppföljningar pekade på problematiska sammanbrottsnivåer under tonårsperioden [28, 29], men på grund av urvalskonstruktion och urvalsstorlek gick det inte att dra några substantiella slutsatser från rapporterna.

I de studier av små barns placeringar som tidigare refereras var uppföljningstiderna för korta för att kunna säga något om hur det gått med placeringen när barnen kom i tonåren. Undantaget är Rushton och Dance's [25] brittiska studie av placeringar i långvarig familjehemsvård. Barnen placerades i åldern 5–11 år och var 11–16 år vid uppföljningen sex år senare. Författarna använde begreppet ”intakt placering” (intact placement) och avsåg att barnen var kvar i familjehemmet eller, i de fall de bodde på annan plats, betraktades som en del av familjen (”were treated as a continuing family member”). De som inte tillhörde denna kategori sågs som sammanbrott (disruption). Det är alltså en snävare definition än i de flesta andra liknande studier. Men med denna definition slutade en knapp tredjedel (29 procent) av placeringarna med sammanbrott och i en tredjedel av de intakta placeringarna var det stora problem (beteendeproblem hos barnen, svårigheter i relationerna i familjen). Författarna drog slutsatsen att även om det fanns samband mellan problem i familjehemmet/hos barnet och sammanbrott, fanns det också en grupp hem/barn som höll ut trots påfrestningar.

Riskfaktorer – barn i alla åldrar

Forskningen om sammanbrott pekar ut ett antal riskfaktorer (och några möjliga skyddande faktorer) men oftast gäller dessa placeringar av äldre barn. När studierna omfattar barn i alla åldrar görs sällan en specificering av vilka faktorer som är relevanta för barn i olika åldersgrupper.

I en metaanalys av 26 tidigare studier drog Oostermans och medarbetare [8] slutsatsen att trots mängden data (som täckte över 20 000 placeringar), var det svårt att göra en lista med starka riskfaktorer som var generellt giltiga. Många faktorer var kopplade till sammanbrott i bivariata analyser, men försvann i multivariata modeller. Den senare analysmetoden ger säkrare information om varje faktors unika påverkanskraft, men kan samtidigt dölja effekter av faktorer relaterade till placeringen på en tidslinje (distal and

proximal factors). Frånvaro av en katalog av konsistenta riskfaktorer gör enligt författarna att arbetet för att förhindra att placeringar avbryts i förtid måste rikta sig mot flera olika områden och involvera flera olika aktörer.

Vad gäller barnen finns ett konsistent återkommande samband med ålder. Ju äldre barnen är, desto större risk för sammanbrott. Bilden är dock inte helt entydig om det är ”mellangruppen” (9–12 år) eller tonåringarna som löper högst risk. Brittiska forskare fann i en äldre studie av långvariga placeringar att åldersskillnaderna var ganska små [30], vilket kan tolkas som att alla barn i långvarig vård löper hög sammanbrottsrisk [7]. Det råder forskningsmässigt enighet om starka samband mellan beteendeproblem och risk för sammanbrott. Men eftersom sammanbrott också kan skapa beteendeproblem hos barn, är det ofta svårt att veta vad som kom först bland barn som har varit med om flera placeringar [31]. Att ha varit med om tidigare sammanbrott är en entydig riskfaktor i såväl svensk som utländsk forskning [1, 32].

När det gäller faktorer som är kopplade till vårdmiljöerna konkluderas i de flesta studier och översikter att placering i släktinghem minskar risk för sammanbrott. Men det finns samtidigt studier som visar på små och över tid avtagande skillnader [8, 33]. Oosterman och kollegor [8] fann i en metaanalys att olika egenskaper hos familjehemmens visade samband med sammanbrott i enskilda studier, men att få studier undersökt samma egenskaper.

Några tydliga riskfaktorer som är kopplade till de biologiska föräldrarna har inte forskningen pekat ut. Strijker och Khort [34] visar dock i en intressant studie hur det som barnen hade med sig in i familjehemmen (barnens tidigare historia, föräldrarnas problem och relationen barn – föräldrar) hängde samman med barnets förmåga att anpassa sig i familjehemmet, vilket i sin tur påverkade sammanbrottsrisken.

Sammanfattning

De sammanbrottsfrekvenser som rapporterats för yngre barn (0–10 år) varierar stort. Nivåerna är beroende av definition, metodologi och längden på studiens uppföljningstid. De är därför svåra att jämföra. Vi har i forskningsgenomgången utgått från att begreppet sammanbrott beskriver en typhändelse som finns i alla länders barnavårdssystem. Grovt uttryckt kan man säga att någonstans mellan cirka var femte (20 procent) och vartannat barn (50 procent) som placeras i låg ålder (0–10 år) är med om att deras placering bryter samman inom fem år. De lägre nivåerna gäller i regel de yngsta barnen, medan de högre nivåerna oftare avser skolbarn. De flesta refererade studier pekar på att stabiliteten är större för placeringar i släktinghem (något som också är en vanlig slutsats i studier av dygnsvård för äldre barn [1, 7]). Det finns inget som tyder på det omvända, det vill säga att släktingplaceringar skulle öka risken för sammanbrott.

Huruvida tidiga familjehemsplaceringar håller när barnen kommer i tonåren är mycket lite undersökt. Den mycket begränsade forskning som finns pekar dock mot att tonårsperioden kan vara kritisk ur stabilitetsynpunkt.

Kapitel 3. Metod och material

Urval

Studierna baseras på regionala kohorturval. Datainsamlingen gjordes av de medverkande kommunerna som en del av deras egen uppföljning. För att underlätta sökningen av akter fick varje medverkande kommun utdrag om sina familjehemsplacerade barn från Socialstyrelsens register över insatser för barn och unga. Sallnäs och Vinnerljung har varit vetenskapliga handledare i projektet och har analyserat helt avidentifierade data.

Både studie 1 (yngre barn) och studie 2 (barn i långvarig vård) baseras på data om barn som placerats av alla kommuner utom en (Gislaved) i Jönköpings län under en viss tidsperiod. Studierna undersöker utvecklingen över tid för barn som är födda under vissa år. De utgör en kohort. I studie 1 (de yngre barnen) blir första ”möjliga” undersökningsgrupp de barn som är födda 1995–2005 och som kan följas i akterna till 2010. Sedan har ytterligare sex tidigare födelseårskullar (födda 1989–1994) tagits med för att få en rimligt stor undersökningsgrupp. Sammantaget består urvalet av 194 placeringar (för 144 barn födda 1989–2005) som gjordes när barnen var 0–10 år. Uppföljningstiden om fem år innebär att de äldsta var 15 år vid placeringens avslutning.

För studie 2 (barn i långvarig vård) blir den sista möjliga födelseårskullen barn som är födda 1992. De kan följas fram till 18-årsdagen 2010. Ytterligare tolv födelseår (1980–1991) har sedan lagts till för att komma upp i tillräckligt stor grupp. Urvalet består följaktligen av 136 barn födda 1980–1992 som på 12-årsdagen varit placerade i samma familjehem i minst fyra år. Uppföljning görs tills placeringen avslutas, dock längst till barnens 18-årsdag. Villkoret att barnen ska ha varit i samma familjehem i minst fyra år på 12-årsdagen innebär att de kom till familjen senast när de var åtta år.

Datainsamling

Båda studiernas underlag är en retrospektiv insamling av aktdata. Detta är ett vanligt förfarande i studier av vårdstabilitet/sammanbrott, och har både uppenbara fördelar men också nackdelar [1]. En av nackdelarna är att de data som samlas in har kommit till i ett myndighetssammanhang. Journaler och utredningar har producerats av tjänstemän inom socialtjänsten och innehåller i första hand de uppgifter som regelverk och lokala rutiner kräver. Materialet ger ett myndighetsperspektiv på varför barnens placerades, vilket slags familjehem de kom till och på vad som hände i familjehemmet. Eftersom studierna i rapporten berör i vilken utsträckning familjehemsvården faktiskt varit genomförbar, är det relevant att utgå från de data myndigheterna själva producerat.

Datainsamlingen har baserats på ett formulär som anger vilka uppgifter i varje barns akt som ska samlas in (se bilaga 4). Så långt som möjligt har studierna utnyttjat de frågekonstruktioner som använts i tidigare svenska studier [1, 9]. Dessa bygger i sin tur på tidigare forskning om vilka faktorer som har visat samband med risk för sammanbrott.

Datainsamlare i respektive kommun har gått genom akterna för barnen i sin kommun. För att garantera samstämmighet i bedömningarna har en per-

son samordnat datainsamlingen och lett löpande diskussioner bland datainsamlarna om tolkningar av informationen i akterna. Vid behov har gruppen rådgjort med de vetenskapliga handledarna (Sallnäs och Vinnerljung). När datainsamlarna varit osäkra på om ett placeringsavslut ska ses som ett sammanbrott eller ej har sådan rådgivning skett i fyra av de 194 placeringarna i studien av de yngre barnen och i ett fall (av 136) i studien av den långtidsplacerade gruppen. Det har med andra ord vanligtvis varit ganska klart i journalerna hur placeringen har avslutas. När datainsamlarna har kodat sammanbrott har det krävts citat ur akten som belägg för bedömningen. Dessa (avidentifierade) citat har sedan granskats av de vetenskapliga handledarna. Det resulterade inte i några ändringar av datainsamlarnas kodning.

Bortfall

Bortfallet blev mycket lågt. I studien om de yngre barnen var två akter inte tillgängliga av personskyddsskäl. Bortfallet blev 1,4 procent (2/146). I studien av de långtidsplacerade barnen var 5 barns akter bortgallrade eller gick inte att hitta, vilket innebär ett bortfall på 3,5 procent (5/141). Efter bortfallet återstod i den första studien 144 barn som hade varit med om 194 placeringar under undersökningsperioden. I undersökningen av de långtidsplacerade barnen återstod 136 barn. Bortfallet är så litet att det rimligen inte haft någon betydelse för studiens resultat.

Erfarenheter från datainsamlingen

Under arbetet med att lokalisera och läsa akter gjorde en av datainsamlarna erfarenheter som är viktiga att föra vidare. I rapporten har därför tillfogats en text författad av socionomen och projektsamordnaren Torbjörn Kalin som beskriver hans reflektioner om socialtjänstens akter och hanteringen av dem (se bilaga 2). Texten anknyter till den forskning som pekar på att akter är viktiga källor för personer som har varit placerade i samhällelig dygnsvård, och som senare vill få begriplighet i sitt liv genom att läsa vad som hände dem under uppväxten [35].

Definition av sammanbrott

Båda studierna utgår från tre begrepp som fångar in sammanbrott i en snävare respektive vidare mening: tydliga sammanbrott, definitionsmässigt tveksamma sammanbrott, samt misstänkta sammanbrott.

Definitionerna är desamma som i två tidigare svenska studier [1, 9]. Med sammanbrott menas att vården avslutas på ett sådant sätt att det är uppenbart att detta inte kan vara vad man tänkt sig från socialtjänstens sida. Vården upphör därför att något inte fungerar, inte därför att målet med placeringen är uppnått.

Tydliga sammanbrott föreligger när familjehemmet avbryter vården, barnet rymmer eller vägrar stanna kvar i familjehemmet, vilket leder till att placeringen upphör, eller när socialtjänsten avbryter på grund av missnöje med vårdmiljön.

Det finns ett antal situationer där det är tveksamt om det som lett till att vården upphör ska ses som ett sammanbrott eller ej. Dessa definieras på följande sätt.

Definitionsmässigt tveksamma sammanbrott avser de ofta svårbedömda fall där placeringen bygger på att föräldrarna samtyckt till vården, men sedan plötsligt ändrat sig och vill att placeringen upphör. Situationen kan i vissa fall ses som ett sammanbrott, men det beror i stor utsträckning på anledningen till att föräldrarnas ändrade uppfattning. Om det i akterna framgår att det finns konflikter med familjehemmet eller missnöje på annat sätt, kan det finnas anledning att se det som ett sammanbrott. Detta gäller också om det framgår att barnet ur sitt perspektiv uppfattar situationen som att placeringen havererat.

Misstänkta sammanbrott. Hit hör fall där inblandade parter enligt aktanteckningarna förefaller överens om att vården skall upphöra. Men det finns starka skäl att tro att det rör sig om en omdefiniering av något som egentligen är ett sammanbrott. Det kan exempelvis framgå att socialtjänsten en kort tid innan vården avbryts bedömt att barnet har behov av vård under en längre tid. Ett par månader senare har man radikalt ändrat sin bedömning och barnet flyttar hem under skenbar enighet mellan socialtjänst, föräldrar och familjehem. Detta är i formell mening inte ett avbrott i vården i strid med socialtjänstens aktuella planering, men omständigheterna är sådana att det är rimligt att misstänka att det i själva verket rör sig om en form av sammanbrott, exempelvis att familjehemmet inte vill att placeringen ska fortsätta. Det är troligt att socialtjänsten i denna situation ändrat den skrivna planeringen så att den passar ihop med realiteten.

Resultat om förekomst av sammanbrott presenteras utifrån både den snäva (bara tydliga sammanbrott) och den bredare definitionen (tydliga, definitionsmässigt tveksamma och misstänkta sammanbrott). Eftersom undersökningsgrupperna är relativt små används i första hand den breda definitionen i sambandsanalyserna.

Variabler i studierna

Till stor del är variablerna desamma för studie 1 och studie 2, men några är unika för respektive studie. Här presenteras först de gemensamma variablerna, därefter de som enbart förekommer i en av studierna. Variablerna presenteras enligt samma struktur som i datainsamlingsformuläret.

Gemensamma variabler

Allmänt

- Antal placeringar: avser hur många placeringar av barnet som ingår i studien (n).
- Placeringens inledning: när inleddes placeringen i familjehemmet (kalenderår).
- Ålder vid placering: barnets ålder vid placeringens inledning (år).
- Ålder vid avslutning: barnets ålder vid placeringens avslutning (år).

Barnet

- Kön
- Födelseår
- Födelseland: i Sverige/utanför Sverige
- Lagrum: var barnet a) vid placeringens inledning i familjehemsvård (de yngre barnen) eller b) vid 12 årsdagen (de långtidsplacerade) placerat enligt SoL eller LVU?
- Syskon i samma familjehem? Ja/nej

Barnets historia

- Missbruk i hemmet: flerårigt missbruk hos minst en vuxen i hemmiljön innan placering? Ja/nej.
- Psykisk sjukdom i hemmet: långvarig psykisk sjukdom hos minst en vuxen i hemmiljön innan placering? Ja/nej.
- Somatisk sjukdom i hemmet: långvarig somatisk sjukdom hos minst en vuxen i hemmiljön innan placering? Ja/nej.
- Handikapp i hemmet: var minst en vuxen i hemmiljön begåvningshandikappad? Ja/nej.
- Våld/misshandel i hemmet: har våld/misshandel enligt akten förkommit mellan föräldrar eller andra vuxna i hemmet innan placering? Ja/nej.
- Kriminalitet i hemmet: har barnet har bott tillsammans med minst en långvarigt kriminell vuxen eller en vuxen med grövre brottslighet? Ja/nej.
- Övergrepp: finns det tydliga anteckningar om konstaterade eller allvarligt misstänkta övergrepp (misshandel, sexuella övergrepp) mot barnet innan placering? Ja/nej.
- Tidigare sammanbrott: har barnet har varit med om sammanbrott i tidigare familjehem eller HVB? Ja/nej.

Motiv till dygnsvård: avser vad som framgår i beslutsunderlaget i akten om varför barnet placerades i vård.

- Omsorgsbrister i biologiskt hem: ja/nej.
- Övergrepp i biologiskt hem: ja/nej.
- Relationsproblem i biologiskt hem: ja/nej.
- Barnet utstött/rymt: ja/nej.
- Barnet övergivet (här ingår också de vars föräldrar avlidit): ja/nej.
- Eget beteende: ja/nej.
- Våld i hemmet: ja/nej.

Barnets förhållanden vid placering (tydlig förekomst av problem hos barnet)

- Psykisk störning, skall vara konstaterad: ja/nej.
- Emotionella problem: ja/nej. Definitionen är vid och avsåg framförallt barn som i akter/utredningar beskrevs som överdrivet ledsna,

nedstämda eller som känslomässigt störda. Även tvångsmässiga beteenden och ångest är inkluderade. Problemen skulle beskrivas som omfattande.

- Problem i förskola/skola: ja/nej.
- Beteendeproblem (aggressivitet o dyl.): ja/nej.
- Problem i kamratrelationer: ja/nej.
- Somatisk ohälsa: ja/nej.
- Barnpsykiatrisk utredning eller liknande: ja/nej. Avser utredning av BUP (barn- och ungdomspsykiatrin) eller av annan specialist (psykolog/psykiater) i samband med placering.

Planering

- Plan för placeringens längd: fanns det i akten en uppgift om hur länge placeringen skulle pågå, uttryckt i någorlunda tidsbestämda termer? Ja/nej.

Under placeringen:

- Problem i förskola (problemen ska vara avsevärda): ja/nej.
- Problem i skola (problemen ska vara avsevärda): ja/nej.
- Hälsoproblem (problemen – psykiska eller fysiska - ska vara avsevärda): ja/nej.
- Behandling BUP eller av annan specialist (psykolog, psykiater): ja/nej.
- Kontakt med biologisk mor. En bedömning har gjorts av huvudmönstret och kategoriserats som: a) tät (minst tre gånger/halvår), b) gles/sporadisk, c) inget mönster, d) ingen kontakt.
- Kontakt med biologisk far. En bedömning har gjorts av huvudmönstret och kategoriserats som: a) tät (minst tre gånger/halvår), b) gles/sporadisk, c) inget mönster, d) ingen kontakt.
- Biologiska syskon utanför familjehemmet: ja/nej.
- Kontakt med biologiska syskon. Med syskon avses hel- eller halvsyskon. En bedömning har gjorts av huvudmönstret och kategoriserats som: a) tät (minst tre gånger/halvår), b) gles/sporadisk, c) inget mönster, d) ingen kontakt.

Sammanbrott

- Sammanbrott: a) ja tydligt, b) ja misstänkt c) ja definitionsmässigt tveksamt, d) nej)
- Placeringstid vid sammanbrott: vid sammanbrott, hur länge hade placeringen varat (år och månader)?
- Ålder vid sammanbrott: vid sammanbrott, hur gammalt var barnet (år)
- Vem avbryter? Vid sammanbrott anges vem det huvudsakligen är som avbryter placeringen: a) familjehemmet b) socialtjänsten c) barnet, d) föräldrarna, e) ingen tydlig huvudaktör)

Vårdens avslutning

- Typ av exit från placeringen. Var är barnet vid uppföljningstidens slut? a) kvar i vård, b) planerad flytt hem, c) omplacering men inte sammanbrott, d) sammanbrott men ej omplacering, e) sammanbrott och omplacering i ny vårdmiljö.

Familjehemmet

- Typ av familjehem: a) rekryterat av kommunen. b) nätverkshem men inte släkt, c) f d kontaktfamilj, d) konsulentstött familjehem, e) jourhem, f) släktinghem.
- Avstånd barnets hemort/familjehemmet: a) mindre än 10 mil, b) 10 mil eller mer.
- Utrett enligt särskild metod (om det tydligt framgår att familjehemmet är utrett enligt någon särkskild metod): a) ja, Kälvesten, b) ja, Pride, c) ja, annan, d) nej
- Tidigare placerade barn. Har man i hemmet haft barn placerade tidigare? Ja/nej.
- Egna yngre barn. Har familjehemmet egna barn som är mer än 3 år yngre än det placerade barnet? Ja/nej
- Egna jämnåriga barn. Har familjehemmet egna barn som är jämnåriga (plus eller minus 3 år) som det placerade barnet? Ja/nej.
- Modersmål. Har familjehemmet samma modersmål som barnet? Ja/nej.

Variabler som enbart förekommer i studie 1

- Placeringens kronologiska ordning (vid flera placeringar): 1–3.

Variabler som enbart förekommer i studie 2

- Barnet trivs inte. Har barnet framfört att han/hon inte trivs i familjehemmet? a) ja, före 12-årsdagen, b)ja, efter 12-årsdagen, c) ja, både före och efter 12-årsdagen, e) nej.
- Beteendeproblem i familjehemmet. Har familjehemmet framfört att de har återkommande problem med barnets beteende i hemmet? a) ja, före 12-årsdagen, b) ja, efter 12-årsdagen, c) ja, både före och efter 12-årsdagen, e) nej.
- Andra problem i familjehemmet. Har familjehemmet framfört att de har återkommande problem på annat sätt med barnet i hemmet? a) ja, före 12-årsdagen, b) ja, efter 12-årsdagen, c) ja, både före och efter 12-årsdagen, e) nej.
- Negativ påverkan från barnet. Har familjehemmet återkommande framfört att familjen påverkas negativt av att barnet är placerat hos dem? a) ja, före 12-årsdagen, b) ja, efter 12-årsdagen, c) ja, både före och efter 12-årsdagen, e) nej
- Barnet beskrivs i negativa termer. Har familjehemmet återkommande (under de senaste tre åren) beskrivit barnet i negativa termer?

a) ja, före 12-årsdagen, b) ja, efter 12-årsdagen, c) ja, både före och efter 12-årsdagen, e) nej.

- Socialtjänsten oroar sig. Finns anteckningar om att socialtjänsten oroar sig för hur barnet har det i familjehemmet? a) ja, före 12-årsdagen, b) ja, efter 12-årsdagen, c) ja, både före och efter 12-årsdagen, e) nej.
- Besök innan 12 år. Hur ofta har man socialtjänsten besökt barnet innan 12-årsdagen? En bedömning har gjorts av huvudmönstret. a) några ggr/år b) årligen c) enstaka gånger el inte alls d) varierar starkt).
- Besök efter 12 år. Hur ofta har man socialtjänsten besökt barnet efter12-årsdagen? En bedömning har gjorts av huvudmönstret. a) några ggr/år b) årligen c) enstaka gånger el inte alls d) varierar starkt).

Uppräkningarna ovan visar de ursprungliga kategoriseringarna av svaren i frågeformulären. Sedan har ofta olika kategorier slagits samman i variabelkonstruktionerna som används i analyserna.

Analys

Först visas deskriptiva data i frekvenstabeller, inklusive förekomsten av sammanbrott. I nästa steg analyseras samband mellan bakgrundsfaktorer och förekomst av sammanbrott med hjälp av bivariata analyser (varje bakgrundsfaktors korrelation med sammanbrott). Sambandens styrka har prövats med traditionella chi^2-tester. I ett tredje steg har olika typer av multivariata analyser använts för att undersöks varje bakgrundvariabels unika samband med utfallet (sammanbrott/ej sammanbrott), genom att andra bakgrundsfaktorer hålls konstanta [36]. De metoder som användes var: logistisk regression och Cox regression med a) konstant persontid b) placeringstid som time-to-event[3] variabel. I var och en av de två studierna har båda definitionerna av sammanbrott prövats i de multivariata analyserna.

Resultaten från de multivariata analyserna blev snarlika inom var och en av studierna oavsett analysmetod. Men eftersom urvalen är små producerade analyserna instabila modeller med breda osäkerhetsmarginaler (konfidensintervall). Flera variabler vandrade fram och tillbaka över signifikansgränserna beroende på metod, utfallsmått (snäv eller bred definition av sammanbrott) och konstruktion av modellerna. Därför redovisas inte några tabeller från dessa analyser. Punktestimat som kvantifierar överriskerna redovisas inte heller, av samma skäl. Konfidensintervallen var så breda att punktsiffror riskerar att bli missvisande genom att de ger sken av en exakthet som inte finns. Resultaten från de multivariata analyserna används när de pekar ut en tydlig riktning i resultaten och blir komplement till de bivariata analyserna. Regressionsmodellerna förklarade 20–30 procent av variansen i utfallet för studien av de yngre barnen (vilket är relativt lågt med tanke

[3] Tiden mellan placeringsdatum (studie 1) eller 12-årsdagen (studie 2) och sammanbrottsdatum eller uppföljningstidens slut.

på urvalsstorleken) och 50–60 procent av variansen för den långtidsplacerade gruppen (Nagelquerke psudo-r^2).

Kapitel 4. Resultat

Studien av de yngre barnen (studie 1)

Först presenteras i texten några valda deskriptiva data om de 144 barnen i studien, sedan för de 194 placeringar som ingår i analyserna. Fyrtiofem av 144 barn har mer än en placering och räknas följaktligen flera gånger i analyserna. I praktiken blir det små skillnader i deskriptiva data när placeringar istället för barn beskrivs. Tabeller med fullständig redovisning av deskriptiva data finns i bilaga 3 (tabellerna 5–7).

Könsfördelningen var jämn. Två av tre barn (69 procent) placerades för första gången före 6-årsdagen. Knappt en av tre (31 procent) hade mer än en placering som ingår i studien. Fyra av fem barn (79 procent) kom ursprungligen i vård på grund av omsorgsbrister i hemmet. Runt vart sjätte barn (17 procent) placerades på grund av det utsatts för övergrepp och ett av fyra (24 procent) på grund av våld inom familjen (se tabell 5 i bilaga 3). I fortsättningen utgår beskrivningen ifrån placeringar, inte barn.

I datainsamlingen sökte vi efter dokumenterade problem i ursprungshemmet (se tabell 6 i bilaga 3). Missbruk fanns med i bakgrundsbilden för en knapp majoritet av placeringarna (53 procent). Andra vanliga tillstånd var psykisk sjukdom hos någon av de vuxna i hemmet (41 procent) och våld i hemmet (34 procent). I nästan var tredje placering (29 procent) fanns det dokumenterade eller allvarligt misstänkta övergrepp mot barnen i bakgrundsbilden.

För majoriteten av placeringarna (54 procent) fanns inga allvarliga problem antecknade för barnet i aktmaterialet. Bland barnen med påstådda tidiga beteendeproblem hade en minoritet blivit utredda av specialister (visas ej i tabell). Det var ovanligt med en skriftlig tidsangiven plan för hur länge placeringen skulle vara, även med en vid tolkning av begreppet tidsplan. Det fanns bara för en av sex placeringar (16 procent). Trots sin låga ålder hade barnet i vart sjätte placering (17 procent) redan varit med om att en placering hade brutit samman.

Studiens data beskriver också olika aspekter av tiden under placeringen (se tabell 7 i bilaga 3). I runt var sjätte placering (18 procent) fanns anteckningar om att barnet hade problem i skolan eller i förskolan. Specialistinsatser från BUP eller annan specialist var ovanliga (13 procent av placeringarna). Av journalmaterialet att döma har den stora majoriteten av placeringar för dessa yngre barn pågått relativt problemfritt.

Det normala var att barnen hade någorlunda tät och regelbunden kontakt med sin mamma under vårdtiden. Men i nästan varannan placering (47 procent) hade socialtjänsten inte antecknat något om kontakten med pappan. Det var en liten minoritet (7 procent) som hade träffat sin pappa någorlunda tätt och regelbundet (se tabell 7 i bilaga 3).

I var tredje placering (34 procent) bodde barnet med ett biologiskt syskon i samma familjehem. Samtidigt var det normala att barnet hade syskon någon annanstans (62 procent). Vid placeringar där syskon bodde på olika

platser fanns det tät/regelbunden kontakt mellan dem i 40 procent av placeringarna och ingen kontakt alls i nästan 20 procent (19 procent). Men i var sjätte akt saknades uppgifter om syskonkontakter.

I tabell 1 visas data om vilken slags familjehem barnen var placerade i samt hur placeringen avslutades; med sammanbrott eller ej.

Tabell 1. Studien av yngre barn. Deskriptiva data. Familjehemmet, sammanbrott och vårdens avslutning. Procent (%) och antal (n). Totalt antal i studien: 194 placeringar.

	%	n		%	n
Typ av familjehem			**Sammanbrott**		
”Vanligt”	35	(67)	Nej	78	(152)
Konsulentstött	7	(14)	Tydligt sammanbrott	13	(26)
F.d. kontaktfamilj	13	(25)	Misstänkt eller tveksamt sammanbrott	8	(16)
Jourhem	11	(21)	**Vem utlöste sammanbrottet?**		(42)
Nätverk (ej släkt)	4	(8)	Familjehemmet	45	(19)
Släktinghem	25	(49)	Socialtjänsten	10	(4)
Framgår ej	5	(10)	Barnet	2	(1)
Avstånd mellan familjehem och barnets hemort: <10 mil	82	(160)	Föräldrarna	38	(16)
≥10 mil	18	(34)	Ingen tydlig huvudaktör	5	(2)
Familjehemmet			**Typ av exit från placeringen**		
Haft fosterbarn tidigare	34	(65)	Ingen exit, kvar i vård	37	(72)
Har egna yngre barn	9	(17)	Planerad flytt hem	30	(58)
Har egna barn i samma ålder	22	(42)	Planerad flytt till annan vård	11	(21)
Familjehemmet har annat modersmål än barnet	7	(13)	Sammanbrott: hem	12	(23)
Utredningmetod för familjehemmet			Sammanbrott: ny vårdmiljö	10	(19)
Kälvesten	32	(63)			**Median**
Pride eller annan metod	4	(7)	Placeringstid vid sammanbrott		5 mån
Ingen särskild metod	22	(43)	Ålder vid sammanbrott		7,5 år
Framgår ej	41	(80)			

Som framgår av tabell 1 fanns en relativ stor spridning mellan olika typer av familjehem i studien. Det var bara drygt vart tredje placering (35 procent) som hade gjorts i traditionella (”vanliga”) familjehem. Var fjärde placering var en så kallad släktingplacering, sedan var det mindre grupper av konsulentstödda familjehemsplaceringar, före detta kontaktfamiljer med mera. Den överväldigande majoriteten av familjehemmen (82 procent) fanns inom en tiomilaradie från barnets hemort. Det har varit svårt att utifrån akterna förstå hur familjehemmen har utretts. Data om detta saknades för en stor del av placeringarna (41 procent).

I grova drag bröt var femte placering (22 procent) samman under den femåriga uppföljningsperioden – om den breda definitionen på sammanbrott gäller. Med den smalare definitionen handlade det om betydligt färre, bara runt en av åtta placeringar (13 procent). Det fanns följaktligen en grupp oplanerat avslutade placeringar som var svåra att hantera definitionsmässigt, de hamnade i en slags gråzon. En ”sann” siffra för sammanbrott vid placeringar av små barn i detta material ligger sannolikt mellan 15 och 20 procent. I gråzonen fanns framförallt flera över tid upptrappade konflikter mel-

lan familjehem och barnens föräldrar som slutade med att placeringen upphörde – på någon av de vuxna parternas initiativ – i uppenbar strid med vad socialtjänsten önskade. Detta syns också i tabellen: 38 procent av sammanbrotten (bred definition) utlöstes av barnets föräldrars agerande. Det vanligaste var dock att familjehemmet ville att placeringen skulle upphöra (45 procent). I det typiska sammanbrottet var barnet sju år och hade varit placerad fem månader i familjehemmet, det vill säga under relativt kort tid. I fortsättningen används den breda definitionen av sammanbrott för att öka den statistiska kraften i analyserna.

Studien gav oss också information om vad som hände med placeringarna över tid. Efter fem år var barnen kvar i familjehemmet i 37 procent av placeringarna. Något fler placeringar slutade med att barnet återvände till föräldrarna (42 procent), 30 procent på ett ordnat sätt och ytterligare 12 procent efter att placeringen brutit samman. Runt var femte placering (21 procent) slutade med att barnet flyttade till ny vårdmiljö, häften av dessa på grund av sammanbrott (10 procent) och hälften (11 procent) som en del i socialtjänstens planering. Det var med andra ord bara en liten grupp mindre barn som flyttades runt ”inom systemet” på grund av att placeringar havererade.

Samband mellan sammanbrott och olika barngrundsfaktorer

I tabell 2a och 2b visas bivariata samband mellan olika bakgrundsfaktorer och sammanbrott. Sådana samband har bara undersökts när en egenskap i bakgrundsvariabeln har förekommit i minst 20 placeringar. Med tanke på att sammanbrotten var relativt få redovisas även tendenser till samband ($p<0,10$). För alla faktorer i tabellen har analyser gjorts med båda definitionerna av sammanbrott som beroende variabel. Med enstaka undantag ändrade det ingenting. Undantagen finns redovisade i kolumnen ”Kommentar” tillsammans med några iögonfallande tendenser och resultat.

Tabell 2a. Studien av yngre barn. Bivariata samband mellan sammanbrott (tydliga, tveksamma och misstänkta) och bakgrundsvariabler med n>20.

Bakgrundsvariabel	Samband	Kommentar
Födelseår	i.s.	
Kön	(*)	Högre risk för flickor (tendens)
Ålder vid placering	***	Högre risk för >2 år (27 vs 6 procent)
SoL vs LVU på 12-årsdagen	i.s.	
Biologiska syskon i familjehemmet	i.s.	
Problem i hemmet före placering		
Missbruk	i.s.	
Psykisk sjukdom	i.s.	
Somatisk sjukdom	i.s.	
Våld mellan vuxna	i.s.	
Kriminalitet	i.s.	
Övergrepp före placering	i.s.	
Tidigare sammanbrott	*	Ökar risk
Motiv till placering		
Omsorgssvikt	*	Ökar risk
Övergrepp	i.s.	
Relationsproblem	i.s.	
Övergivet barn inkl. död förälder	*	Minskar risk
Våld mellan vuxna	i.s.	
Tydliga problem hos barnet före placeringen		
Emotionella problem	i.s.	
Problem i förskola/skola	(*)	Ökar risk (tendens)
Beteendeproblem	i.s.	
Problem i kamratrelationer	i.s.	
Inget angivet	i.s.	
BUP-utredning eller liknande före placering	*	Ökar risk

*(*) p<0,10; * p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001, i.s. = icke signifikant resultat*

Tabell 2b. Studien av yngre barn. Bivariata samband mellan sammanbrott (tydliga, tveksamma och misstänkta) och bakgrundsvariabler med n>20.

Bakgrundsvariabel	Samband	Kommentar
Förhållanden under placering		
Problem i förskola/skola	(*)	Ökar risk (tendens)
Hälsoproblem	i.s.	
BUP-behandling eller liknande	i.s.	
Kontakt med mor	*	Mer kontakt ökar risk (ingen kontakt – inga sammanbrott)
Kontakt med far	i.s.	
Kontakt med syskon	i.s.	Ingen kontakt med syskon – inga sammanbrott
Familjehemmet		
Vanliga familjehem vs släkt	i.s.	Bara tydliga sammanbrott: tendens att släktingplacering ökar risk (*)
Vanliga familjehem vs f.d. kontaktfamilj	i.s.	Bara tydliga sammanbrott: f.d. kontaktfamilj ökar risk *
Vanliga familjehem vs jourhem	i.s.	
Avstånd mellan biologiskt hem och familjehem	(*)	≥10 mil ökar risk (tendens)
Familjehemmet har:		
haft fosterbarn tidigare	i.s.	
egna yngre barn	i.s.	
egna jämnåriga barn	*	Ökar risk
Utredningsmetod		
Kälvesten vs ingen särskild metod	i.s.	Svag tendens att Kälvesten ökar risk

*(*) p<0,10; * p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001, i.s. = icke signifikant resultat*

Som framgår av tabellerna finns det flera statistiskt signifikanta samband och tendenser till samband i dessa bivariata analyser. I följande avsnitt sammanfattas resultaten utifrån:

1. Faktorer som kan relateras till barnet
2. Faktorer som kan relateras till föräldrarna
3. Faktorer som kan relateras till familjehemmet
4. Faktorer som kan relateras till socialtjänstens arbete

Faktorer som kan relateras till barnet

Kön betydde något – placeringar av yngre flickor tenderade ($p<0,10$) att vara mer utsatta för sammanbrott än placeringar av yngre pojkar. När det fanns en ökad risk för sammanbrott knuten till någon faktor fanns det också en återkommande tendens till högre risk för flickor i undergruppen (exempelvis ”högre ålder vid placering”, visas ej i tabell).

Placeringar av barn som var äldre än två år vid placeringen hade högre risk för sammanbrott än placeringar av riktigt små barn. Detta var det starkaste sambandet i de bivariata analyserna.

Om barnet enligt akten hade tydliga problem i förskola/skola före placeringen tenderade detta att öka risken för sammanbrott. Placeringar av barn

som varit föremål för BUP- eller specialistutredning före placeringen hade signifikant högre risk för sammanbrott, jämfört med placeringar utan denna bakgrund. Det fanns också en tendens ($p<0,10$) till högre sammanbrottsrisk när barnet under placeringen haft tydliga problem i förskola/skola. Slutligen hade placeringar av barn som tidigare varit med om sammanbrott klart högre risk att bryta samman än placeringar av andra barn.

Faktorer som kan relateras till föräldrarna

Placeringar av små barn på grund av omsorgsvikt hade högre risk för sammanbrott än placeringar av andra skäl. Däremot hade så kallade ”övergivna barn”, inklusive de som placerats i vård på grund av att någon av föräldrarna dött, klart mindre risk att vara med om sammanbrott än barn som placerats av andra orsaker.

När barnet hade mycket kontakt med mamman ökade risk för sammanbrott i den bivariata analysen, jämfört med placeringar där kontaktfrekvensen var glesare. Bland de små barnen som inte hade någon kontakt alls med sin mor förekom det inga sammanbrott.

Föräldrakontakt är inte en faktor som enbart är relaterad till föräldrarna, i många fall speglar den också vad socialtjänsten och familjehemmet gör och inte gör. Trots det har vi kategoriserat det som en ”föräldrarelaterad faktor” i redovisningen för att underlätta läsningen.

Faktorer som kan relateras till familjehemmet

Släktingplaceringar hade inte lägre sammanbrottsrisk. När analysen utgick från den snäva definitionen av sammanbrott (”tydliga sammanbrott) fanns det till och med en tendens till högre risk än för placeringar i traditionella familjehem. Placeringar i före detta kontaktfamiljer hade en signifikant högre risk för sammanbrott än placeringar i ”vanliga familjehem” när analysen utgick från ”tydliga sammanbrott”.

Fler placeringar av små barn i hem där familjehemsföräldrarna hade egna jämnåriga barn (± 3 år) havererade jämfört med andra. Det fanns också en tendens mot högre risk för sammanbrott i hem som låg mer än 10 mil från barnets hemort jämfört med placeringar som tydligare följde närhetsprincipen.

I akterna angavs skilsmässa eller sjukdom i familjehemmet som skäl till att placeringen upphörde vid 5 av 42 sammanbrott.

Faktorer som är relaterade till socialtjänstens arbete

Under denna rubrik finns inga signifikanta resultat, inte heller några starka tendenser i något fall. Men observera att data från akterna om vad socialtjänsten gjort och inte gjort är påtagligt begränsade.

Resultat från multivariatanalyser

Urvalet är för litet för stabila multivariatanalyser. Flera analysmetoder testades där alla variabler som var signifikanta i den bivariata analysen ingick, samt variabler med en tendens till samband ($p<0,10$). Resultaten blev instabila modeller med breda osäkerhetsmarginaler (se metodavsnitt). Därför redovisas inte några tabeller från dessa analyser. Men essensen i analyserna var den samma, oavsett metod. När alla andra faktorer var lika

1. hade placeringar av yngre barn (<2 år) klart lägre risk för sammanbrott än placeringar av barn som var äldre än två år när de kom till familjehemmen
2. hade placeringar av flickor högre risk att bryta samman än placeringar av pojkar
3. hade placeringar av övergivna barn lägre (egentligen ingen) risk för sammanbrott, jämfört med placeringar som gjordes av andra skäl.

Två andra variabler låg runt signifikansgränserna i de flesta modeller:

- Placeringar av barn som före placeringen genomgått en BUP- eller specialistutredning tenderade att ha högre risk för sammanbrott
- Placeringar av barn i familjehem som låg mer än 10 mil från barnets hemort tenderade att ha högre risk för sammanbrott än placeringar närmare ursprungshemmet.

Studien av de långa placeringarna (Studie 2)

I denna studie var antalet barn (n=136) samma som antalet placeringar. Först redovisas valda deskriptiva data i texten samt i tabell 3. Fullständiga data finns i tabellerna 8–9 i bilaga 3. Bivariata samband mellan sammanbrott och olika bakgrundsfaktorer visas i tabellerna 4a och 4b.

Studien undersökte sammanbrott under tonåren bland barn som varit placerade i samma familjehem i minst fyra år vid 12-årsdagen. Det typiska barnet, ”medianbarnet”, placerades i sitt familjehem vid tre års ålder och hade följaktligen varit i samma hem i nio år när hon/han fyllde 12 år. Det handlar med andra ord mestadels om mycket långa placeringar. Hela 80 procent av barnen kom till sina familjehem före 7-årsdagen.

Deskriptiva data

Könsfördelningen var jämn (tabell 8 i bilaga 3). För två av tre barn (66 procent) fanns det uppgifter om missbruk i ursprungshemmet. Tre av fyra (75 procent) hade placerats i vård utom hemmet på grund av omsorgsbrister. De flesta (56 procent) hade inga i akten noterade egna problem vid placeringen. Men drygt var femte (21 procent) sades ha emotionella problem av något slag, redan i tidig ålder. En tidsangiven plan för hur länge placeringen skulle vara – även med en vid tolkning av begreppet ”tidsplan” – fanns bara för en liten minoritet: 8 procent.

Aktmaterialet berättade att vartannat barn hade problem i skolan efter 12-årsdagen (51 procent). Drygt en tredjedel (35 procent) hade någon form av hälsoproblem under tonåren. För nästan vartannat barn (45 procent) fanns det i journalerna anteckningar om att familjehemsföräldrarna vid upprepade tillfällen framfört att de hade problem med barnet. Däremot var det ovanligt (15 procent) att socialtjänsten utryckte oro för barnet eller för barnets utveckling. De flesta långtidsplacerade barn hade liten eller ingen kontakt med föräldrarna. Knappt ett av fem (18 procent) hade en någorlunda tät och regelbunden kontakt (definierat som minst tre gånger varje halvår) med sin mamma, samma gällde för ett av tio barn avseende kontakten med pappan

(10 procent). Av de drygt 100 barn som hade syskon utanför familjehemmet var det grovt räknat ett av fem barn (22 procent) som hade tät eller regelbunden kontakt med dessa.

Runt två av tre långtidsplacerade barn (68 procent) fanns i ett traditionellt familjehem, medan släktplaceringarna var relativt få (15 procent; se tabell 3). En av fyra placeringar slutade med sammanbrott efter 12 årsdagen, oavsett vilken definition av sammanbrott som användes (24 eller 26 procent; se tabell 3). ”Mediansammanbrottet” berörde ett 14-årigt barn som bott i familjehemmet i drygt tio år, det vill säga i tre fjärdedelar av sitt liv. Det var huvudsakligen familjehemsföräldrarna som utlöste sammanbrottet (44 procent av alla sammanbrott) eller barnet (28 procent). Bara i ett enstaka fall skylldes sammanbrotten på föräldrarna. Efter ett sammanbrott var det vanliga att barnet omplacerades till ny vårdmiljö (institution eller annat familjehem; runt 80 procent) medan få återvände hem till någon av föräldrarna (ca 20 procent).

Tabell 3. Studien av de långtidsplacerade barnen. Deskriptiva data. Familjehemmet, sammanbrott och vårdens avslutning. I procent (avrundat) och antal (n). N=136.

	%	n		%	n
Familjehemmet			**Sammanbrott** [4]		
”Vanligt”	68	(92)	Nej	74	(100)
Konsulentstött familjehem	1	(1)	Tydligt sammanbrott	24	(33)
F.d. kontaktfamilj	7	(10)	Misstänkt sammanbrott	2	(3)
Nätverk (ej släkt)	2	(2)	**Vem utlöste sammanbrottet?**		(36)
Släkthem	15	(21)	Familjehemmet	44	(16)
Framgår ej	7	(10)	Socialtjänsten	14	(5)
Avstånd mellan familjehem och			Barnet	28	(10)
barnets hemort: <10 mil	68	(93)	Föräldrarna	2	(1)
≥10 mil	32	(43)	Ingen tydlig huvudaktör	11	(4)
Familjehemmet			**Typ av exit från placeringen**		
Haft fosterbarn tidigare	43	(59)	Ingen exit, kvar i vård	69	(94)
Har egna yngre barn	14	(19)	Planerad flytt hem eller till		
Har egna barn i samma ålder	29	(39)	eget boende	4	(6)
Familjehemmet har annat			Sammanbrott: hem/eget boende	5	(7)
modersmål än barnet	9	(12)	Sammanbrott: ny vårdmiljö	21	(29)
Ensamstående familjehems-					
förälder (vid 12-årsdagen)	5	(7)			**Median**
Utredningmetod för familjehemmet			Placeringstid vid sammanbrott		10,2 år
Kälvesten	13	(17)	Ålder vid sammanbrott		14 år
Pride	0	(0)			
Annan metod	1	(1)			
Ingen särskild metod	43	(58)			
Framgår ej	44	(60)			

[4] I denna delstudie fanns inga ”tveksamma sammanbrott”.

Samband mellan sammanbrott och olika bakgrundsfaktorer

I tabellerna 4a och 4b visas bivariata samband mellan olika bakgrundsfaktorer och sammanbrott. Som för placeringarna av de yngre barnen har vi bara tagit med samband där förekomsten av en egenskap (variabelvärde) har gällt minst 20 placeringar. Med tanke på det lilla urvalet redovisas även tendenser till samband ($p<0,10$). För alla faktorer i tabellerna har analyser gjorts med båda definitionerna av sammanbrott som beroende variabel, men det har i inget fall ändrat resultaten. I kolumnen ”Kommentarer” visas även procentsiffror för sammanbrott när detta tal överstiger eller närmar sig 50 procent.

Som framgår av tabellerna 4a och 4b finns det en rad statistiskt signifikanta samband och tendenser till samband i de bivariata analyserna. I följande avsnitt sammanfattas resultaten utifrån

1. Faktorer som kan relateras till barnet
2. Faktorer som kan relateras till föräldrarna
3. Faktorer som kan relateras till familjehemmet
4. Faktorer som kan relateras till socialtjänstens arbete

Faktorer som kan relateras till barnet

Det fanns inga samband, eller tendenser till samband, mellan kön och sammanbrott under tonåren för de långtidsplacerade barnen. Däremot hade ålder vid placering betydelse. Barn som placerades när de var 0–2 år hade lägre sammanbrottsrisk än barn som kom till familjehemmet efter tvåårsåldern. Om det fanns biologiska syskon till barnet i samma familjehem ökade risken för sammanbrott påtagligt. De få barn som varit med om ett tidigare sammanbrott (före den placering som undersökts) hade en klart förhöjd risk för att den nuvarande placeringen skulle haverera i tonåren. Detta skedde för nästan vartannat barn i denna lilla grupp (44 procent). En rejält förhöjd risk för sammanbrott hade barn som före den oftast mycket långa placeringen hade ”emotionella problem” (55 procent av dessa placeringar slutade med sammanbrott). I samma anda fanns det en tendens till högre sammanbrottsrisk för barn som varit föremål för utredning av barnpsykiatrin eller annan specialist före placeringen, medan det fanns en tendens till minskad risk för de placeringar där det saknades anteckningar om att barnet hade någon form av ”problem” innan placeringen. För barn som behandlats inom barnpsykiatrin (eller av annan specialist) efter 12-årsdagen fanns en förhöjd risk för sammanbrott. Slutligen och kanske viktigast: om det i akten fanns anteckningar om att barnet före eller efter 12-årsdagen sagt sig inte trivas i familjehemmet, då slutade placeringen med sammanbrott i 60 procent av fallen.

Faktorer som kan relateras till föräldrarna

Barn som kom från hem där det förekommit missbruk eller/och kriminalitet hade förhöjda risker för sammanbrott, jämfört med andra barn. Nära nog vartannat barn (47 procent) från hem med föräldrakriminalitet fick vara med om ett sammanbrott efter 12-årsdagen. Däremot var det ovanligt med sammanbrott för barn som placerats på grund av att de blivit utan vår-

dare/föräldrar (”övergivna barn”), exempelvis efter att någon av föräldrarna dött.

Faktorer som kan relateras till familjehemmet

Om familjehemsföräldrarna vid upprepade tillfällen uppgav att de hade problem med barnet eller om de beskrev barnet i påtagligt negativa termer (enligt akterna,) var det hög sannolikhet att placeringen skulle sluta med samanbrott (45 och 60 procent). Annars fanns det inga karakteristika av familjehemmet, exempelvis förekomst av jämnåriga barn eller typ av familjehem, som visade några nämnvärda tendenser till samband med sammanbrott. Däremot visade aktanteckningar att skilsmässa eller sjukdom i familjehemmet kunde leda till att placeringen upphörde – detta angavs som skäl vid 8 av 36 sammanbrott.

Faktorer som kan relateras till socialtjänstens arbete

Anteckningar om att socialtjänsten varit orolig för hur barnet hade det i familjehemmet eller för hur barnet utvecklades hade ett relativt svagt samband (bara en tendens) med ökad sammanbrottsrisk. Däremot var risken klart lägre för barn som inte hade någon kontakt med sina syskon utanför familjehemmet, jämfört med placerade barn som hade regelbunden kontakt med syskon utanför placeringsmiljön. Eftersom syskonumgänge under placeringen rimligen är socialtjänstens ansvar hamnar denna bakgrundsfaktor här i redovisningen.

Tabell 4a. Studien av de långtidsplacerade barnen. Bivariata samband mellan sammanbrott (tydliga, och misstänkta) och bakgrundsvariabler med n>20.

Bakgrundsvariabel	Samband	Kommentar
Födelseår	i.s.	
Kön	i.s	
Ålder vid placering	*	Lägre risk för placering 0–2 år
SoL vs LVU på 12-årsdagen	i.s.	
Biologiskt syskon i familjehemmet	*	Ökar risk
Problem i hemmet innan placering		
Missbruk	*	Ökar risk
Psykisk sjukdom	i.s.	
Våld mellan vuxna	i.s.	
Kriminalitet	**	Ökar risk (47 procent sammanbrott)
Övergrepp före placering	i.s.	
Tidigare sammanbrott	*	Ökar risk (44 procent sammanbrott)
Motiv till placering		
Omsorgsbrister	i.s.	
Övergivet barn inkl. död förälder	*	Minskar risk
Våld mellan vuxna	i.s.	
Tydliga problem hos barnet innan placeringen		
Emotionella problem	***	Ökar risk (52 procent sammanbrott)
Beteendeproblem	i.s.	
Inget angivet	(*)	Minskar risk (tendens)
BUP-utredning eller liknande före placeringen	(*)	Ökar risk (tendens)

*(*) p<0,10; * p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001, i.s.= icke-signifikant resultat*

Tabell 4b. Studien av de långtidsplacerade barnen. Bivariata samband mellan sammanbrott (tydliga och misstänkta) och bakgrundsvariabler med n>20.

Bakgrundsvariabel	Samband	Kommentar
Förhållanden under placering		
Skolproblem efter 12 år	i.s.	
Hälsoproblem efter 12 år	i.s.	
BUP-behandling eller liknande efter 12 år	*	Ökar risk
Barnet trivs ej i familjehemmet (någon gång)	***	Ökar risk (60 procent sammanbrott)
Återkommande problem med barnet efter 12 år, enligt familjehemmet	***	Ökar risk (45 procent sammanbrott)
Familjehemmet beskriver barnet negativt, efter 12 år	***	Ökar risk (60 procent sammanbrott)
Socialtjänsten oroliga för barnet	(*)	Ökar risk (tendens)
Socialtjänsten besök i familjehemmet:		
före 12 år	i.s.	
efter 12 år	i.s.	
Kontakt med:		
mor	i.s.	
far	i.s.	
biologiskt syskon utanför familjehemmet	*	Ingen kontakt minskar risk
Familjehemmet		
”Vanligt” familjehem vs släktinghem	i.s.	
Avstånd mellan biologiskt hem och familjehem	i.s.	
Familjehemmet har haft fosterbarn tidigare	i.s.	
Familjehemmet har egna barn, yngre eller i samma ålder som fosterbarnet	i.s.	

*(*) p<0,10; * p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001, i.s. icke signifikant resultat.*

Resultat från multivariata analyser

I de multivariata analyserna ingick alla faktorer som hade ett signifikant samband (eller tendens till statistiskt signifikant samband, p<0,10) med sammanbrott i de bivariata analyserna. Som i studien av de yngre barnen uppstod problem med svag statistisk kraft (”power”) på grund av litet urval (n=136). Regressionsmodellerna blev instabila. Framförallt blev osäkerhetsmarginalerna (konfidensintervallerna) mycket breda, oavsett analysmetod och definition av utfallet (bred eller snäv definition av sammanbrott). Därför redovisas bara i text vilka faktorer som ökade risken för sammanbrott, och risktalen kvantifieras ej. Men de huvudsakliga resultaten är de samma, oavsett analysmetod och utfallsmått.

1. Barn som placerades i familjehemmet när de var mycket små (högst två år) hade påtagligt lägre risk att vara med om ett sammanbrott under tonåren än barn som placerats senare – givet att alla andra bakgrundsfaktorer var lika.
2. Om det i akten fanns anteckningar om att barnet någon gång under placeringen sagt att hon/han inte trivdes i familjehemmet – då ökade risken för sammanbrott under tonåren radikalt. Detta var det starkaste sambandet i alla analyser.

3. Barn som placerats i ett familjehem tillsammans med syskon hade högre risk att vara med om ett sammanbrott under tonåren än barn som placerats utan syskon, när alla andra bakgrundsfaktorer i modellerna hölls konstanta.

Det fanns andra faktorer som befann sig i gränslandet till statistisk signifikans i analyserna. I vissa modeller var de signifikanta – men inte i alla.

a. Risken för sammanbrott tenderade att öka påtagligt när familjehemsföräldrarna vid upprepade tillfällen berättat om att det placerade barnen hade problem. Samma gällde de barn som i akten beskrevs i negativa ordalag av familjehemmet.
b. Barn som varit med om tidigare sammanbrott – före den aktuella placeringen – tenderade starkt att ha högre risk.
c. Om aktmaterialet innehöll anteckningar om att barnet redan före den aktuella placeringen hade emotionella problem tenderade risken för sammanbrott att öka jämfört med barn som inte hade sådana anteckningar i sina akter.
d. Barn med kriminella föräldrar tenderade mer än andra barn att vara med om sammanbrott under tonåren.

Kapitel 5. Diskussion

Rapporten baseras på två kohorturval från Jönköpings län:

- 194 familjehemsplaceringar (144 barn) av yngre barn, 0–10 år, födda 1989–2005 (Studie 1).
- 136 barn födda 1980–1992 som varit placerade i långvarig familjehemsvård, definierat som minst fyra år i samma familjehem på 12-årsdagen (Studie 2).

Med hjälp av barnens akter i hemkommunerna undersöktes förekomst av oplanerat avslutade placeringar, så kallade sammanbott, samt riskfaktorer som visade samband med sammanbrott. Alla de yngre barnen följdes i akterna under fem år. Den äldre gruppen följdes från 12-årsdagen till myndighetsdagen (18 år).

Studien av de yngre barnen

De allra flesta barnen i den första studien hade placerats i dygnsvård före 6-årsdagen. Så gott som alla hade omhändertagits av samhället på grund av allvarliga omsorgsbrister i föräldrahemmet, en mindre grupp även på grund av övergrepp (misshandel, sexuella övergrepp). Missbruk hos föräldrarna fanns med i bakgrunden för en knapp majoritet, andra vanligt förekommande problem var psykisk sjukdom hos någon förälder och våld i hemmet. Det var ovanligt att det fanns en tidsangiven plan för hur länge placeringen skulle vara. Den stora majoriteten av dessa placeringar verkar ha pågått relativt problemfritt, det vill säga det fanns sällan anteckningar i akterna om att dessa små barn har varit problematiska för familjehemmen. De flesta barn hade en någorlunda tät kontakt med sin mamma under tiden i familjehemmet, men betydligt färre med pappan. Majoriteten hade minst ett syskon

boende utanför familjehemmet men det var en minoritet (40 procent) som hade en någorlunda tät kontakt med dessa.

Mellan 13 och 21 procent av dessa placeringar slutade med sammanbrott, beroende på vilken definition som användes. Det fanns med andra ord en grupp oplanerat avslutade placeringar som hamnade i en slags gråzon, ofta som en konsekvens av konfliker mellan föräldrar och familjehem. En ”sann” siffra finns sannolikt mellan 15 och 20 procent, det vill säga mellan var femte och var sjunde placering av små barn. Sammanbrotten ägde vanligtvis rum efter relativt kort tid, i medianfallet fem månader efter placeringens början, och berörde ett sjuårigt barn. I nära nog fyra av tio sammanbrott var det barnets föräldrar, ofta efter långa konflikter med familjehemmet, som ville avsluta placeringen. Något fler (45 procent) sammanbrott skedde på initiativ från familjehemmen.

Flera faktorer ökade statistiskt sett risken för sammanbrott. I fortsättningen kallas dessa faktorer för riskmarkörer, inte riskfaktorer. De utgör en slags varningssignal om att placeringar som innehåller dessa faktorer har högre sannolikhet att sluta med sammanbrott än andra. En sammanfattning av de många analyserna pekar på att följande riskmarkörer var tydligast för de yngre barnen.

1. Placeringar av flickor hade högre risk för sammanbrott än placeringar av pojkar. Detta gällde även i undergrupper av placeringar med andra karakteristika som ökade risken för sammanbrott.
2. Placeringar av barn äldre än två år vid placeringen hade en större sannolikhet att bryta samman än placeringar av yngre barn.
3. Placeringar av övergivna barn, exempelvis på grund av föräldrars dödsfall, ledde inte i något fall till sammanbrott under den fem år långa uppföljningstiden.
4. Placeringar som hade föregåtts av en barnpsykiatrisk utredning eller liknande tenderade att ha högre risk än andra placeringar. Föga överraskande fanns det en tendens i materialet att barn med olika indikationer i akten på tidiga beteende- eller psykologiska problem hade högre risk än andra barn att vara med om sammanbrott.
5. Avstånd verkade ha betydelse. Placeringar på längre avstånd från barnens hemort (>10 mil) tenderade också att visa samband med högre risk, även efter kontroll för andra bakgrundsfaktorer.
6. En någorlunda tät och regelbunden kontakt med mamman ökade risken för sammanbrott, men bara i de bivariata analyserna. Detta kan förklaras av att långvariga konflikter mellan mamman och familjehemmet förekom huvudsakligen i placeringar där barn och mamma hade tät kontakt.

Studien av de långtidsplacerade barnen

Studien handlar om mycket långa placeringar. Det typiska barnet hade blivit placerat i sitt familjehem vid tre års ålder och hade varit kvar där i nio år vid sin 12-årsdag, när uppföljningen började.

Nästan alla hade kommit i samhällelig vård på grund av omsorgsbrister i föräldrahemmet, en mindre grupp på grund av övergrepp. Missbruk i föräldrahemet fanns med i bakgrundsbilden för två av tre barn. Enligt akterna

hade runt vart femte barn någon form av ”emotionella problem” redan före placeringen, trots den då låga åldern. Begreppet täcker dock många tillstånd, varav en del kan ha varit tillfälliga.

De flesta barn hade liten eller ingen kontakt med sin ursprungsfamilj. Knappt ett av fem barn hade någorlunda tät och regelbunden kontakt med sin mamma, och ett av tio med sin pappa. Kontakter med syskon som bodde utanför familjehemmet var marginellt vanligare än kontakter med mamman.

I akterna fanns tydliga tecken på att de tidiga tonåren blev turbulenta för många av dessa barn. Enligt journalanteckningarna hade vartannat barn problem i skolan efter 12-årsdagen, i högstadiet. Mer än vart tredje barn hade någon form av hälsoproblem under tonåren, en del somatiska, andra psykiska. För nästan vartannat barn fanns det i akterna noterat att familjehemsföräldrarna vid upprepade tillfällen (räknat på en treårsperiod) framfört till socialtjänsten att de hade allvarliga problem med barnet. Runt vart tredje barn beskrevs i tydligt negativa ordalag av familjehemsföräldrarna vid upprepade tillfällen i kontakter med socialtjänsten efter 12-årsdagen. I avsevärt färre fall (15 procent) fanns det några anteckningar om oro från socialtjänsten över barnet eller placeringen.

En av fyra placeringar slutade med sammanbrott, oavsett vilken definition som användes (24 eller 26 procent). Det var huvudsakligen familjehemsföräldrarna och – i mindre grad – barnet själv som utlöste sammanbrotten (44 respektive 28 procent av alla sammanbrott). I akterna var det bara i något enstaka fall som sammanbrottet skylldes på föräldrarnas agerande. ”Mediansammanbrottet” berörde ett 14-årigt barn som bott mer än tio år i sitt familjehem.

En sammanfattning av de många analyserna pekat på att de viktigaste – av varandra någorlunda oberoende – riskmarkörerna för sammanbrott under tonåren var:

1. Att barnet vid något tillfälle sa till socialtjänsten att hon/han inte trivdes i familjehemmet. Det slutade med sammanbrott i 60 procent av fallen.
2. Likaså var upprepade negativa beskrivningar av barnet från familjehemsföräldrarna efter barnets 12-årsdag en allvarlig varningssignal. I majoriteten av dessa fall (60 procent) slutade placeringen med sammanbrott. Upprepade uppgifter till socialtjänsten från familjehemmet om att de hade problem med barnet ledde till sammanbrott i nära nog vartannat fall (45 procent).
3. Barn som placerats när de var mycket små (två år eller yngre) hade påtagligt lägre risk för att vara med om sammanbrott under tonåren jämfört med barn som placerats efter tvåårsdagen.
4. Om barnet placerats med ett biologiskt syskon i samma familjehem, ökade sannolikheten för sammanbrott.
5. Barn som redan före placeringen – oavsett ålder – redan hade varit med om ett tidigare sammanbrott tenderade att ha högre risk än andra barn.
6. Om barnet före placeringen enligt anteckningarna hade någon form av emotionella problem medförde det en tendens till ökad risk för sammanbrott under tonåren.

7. Slutligen tenderade barn som kom från hem med minst en kriminell förälder att ha högre risk för sammanbrott jämfört med barn som inte hade denna bakgrund.

Resultaten jämförda med tidigare studier

I detta avsnitt jämförs resultaten från rapportens två studier med tidigare relevant forskning, i den mån det är möjligt. Det är viktigt att påminna om att variation i resultat kan ha att göra med olikheter i urvalsstorlek och studiedesign. Framförallt har längden på uppföljningstid varierat stort i tidigare studier. Även om risken för sammanbrott är störst i början av en placering innebär varje års förlängd uppföljningstid fler sammanbrott.

I studier från andra länder finns ett grovt spann som sträcker sig från att ungefär var femte till knappt hälften av barnen riskerar att vara med om att placeringen spricker under en tre- till femårsperiod. Småbarnsstudiens sammanbrottsiffror på mellan cirka 15 och 20 procent ligger med andra ord i ett nedre intervall i förhållande till andra resultat, trots att vi har lång uppföljningstid (fem år). Den mest direkta jämförelsen kan göras med Skoogs [9] svenska studie, där sammanbrottsiffrorna var något högre; mellan 18 och 28 procent för de yngre barnen efter två år.

Att barn som placeras som riktigt små löper relativt sett lägst sammanbrottsrisk har framkommit i en rad tidigare studier, även i svenska undersökningar. Det tycks med andra ord vara ett tydligt mönster i såväl svensk som utländsk familjehemsvård.

Småbarnsstudien fann att det är en riskmarkör att vara flicka. Enligt Egelund [7] är kön en variabel som i de flesta studier, oavsett barns ålder, har liten eller inget samband med sammanbrott. Men bilden är inte entydig. Webster och medarbetare [24] fann dock i sin stora registerstudie av barn som placeras som små, att pojkar löpte större sammanbrottsrisk. Sannolikt är kön en faktor som får olika betydelse beroende på kombinationer med andra variabler.

Att barnens tidiga problem kan vara en indikator på förhöjd sammanbrottsrisk visas i småbarnsstudien. Rushton och Dance [25] fann ingen skillnad i tidigare förekomst av beteendeproblem mellan placeringar som var ”intact and unhappy” och de som hade brutit samman. De drog slutsatsen att problembeteende hos barnen påverkade många placeringars utfall, men bara en del bröt samman. I studier av barn i alla åldrar är barns beteendeproblem en tydlig riskfaktor, men bilden är otydligare för de yngsta barnen.

För resultaten i studien av de långvarigt placerade barnen finns få jämförelsepunkter. I två utländska studier, som är svåra att jämföra med denna, framkom högre sammanbrottssiffror [24, 25]. Vi fann också att syskonplaceringar löpte högre sammanbrottsrisk än andra vilket inte bekräftas av tidigare forskning. Släktingplaceringar har i flera studier visat sig stabilare än placeringar i ”vanliga” familjehem, men i en färsk metaanalys har denna bild ifrågasatts. Inte i någon av rapportens två delstudier, framkom signifikanta skillnader mellan placeringar i släktinghem och i andra hem. Men i en av analyserna rörande de yngre barnen fanns en tendens till ökad sammanbrottsrisk för släktingplaceringar när vi använde en snäv definition av sammanbrottsbegreppet. Här är alltså bilden splittrad.

Att tidigare sammanbrott är en riskmarkör för nya sammanbrott har visats tydligt i svenska och utländska studier, men främst för andra åldersgrupper. Webster med medarbetare [24] har emellertid visat att detta samband också gäller för barn som tidigt i livet placerats långvarig i familjehemsvård. Denna studie pekar på samma sak, även efter många års vistelse i familjehemmet.

Två föräldrarelaterade faktorer var i analyserna av de äldre barnen markörer för ökad sammanbrottsrisk. Långvarigt placerade barn som kom från hem med kriminalitet eller missbruk i bakgrunden tenderade att ha högre risk för sammanbrott under tonåren än andra barn. Tidigare forskning har inte visat på tydliga föräldrarelaterade riskmarkörer, men Strijker och Khort [34] menar att man kan tala om ett allmänt samband mellan barns problembeteende i familjehemmet och deras hemsituation, något som i nästa led påverkar risken för sammanbrott. De fann också att mödrar med negativ inställning till placeringen ökar barnens problematiska beteende, vilket påverkar sammanbrottsrisken.

Resultaten från båda delstudierna om att de som placeras som riktigt små löper lägst sammanbrottsrisk är i överensstämmelse med tidigare forskning. Här är bilden tydlig och utan motsägelser. Samma sak gäller för tidigare sammanbrott när det gäller de långvarigt placerade. Det är en tydlig riskmarkör i denna studie och även i andra. Huruvida släktingplaceringar har lägre sammanbrottsrisk för andra grupper än tonåringar förblir en öppen fråga på grund av motsägelsefulla resultat i forskningen. Det är inte heller klart hur man ska tolka sambanden mellan beteende- och emotionella problem hos barnen före placeringen och framtida sammanbrott. Beteendeproblem före placeringen har pekats ut som riskindikator i tidigare forskning och var det också i småbarnsstudiens analyser. I studien av långtidsplacerade barn var det emotionella problem i tidig barndom som visade samband med ökad sammanbrottsrisk. Möjligen kan skillnaderna i förhållande till annan forskning ha att göra med hur man definierar problemen.

De viktiga resultaten i studie 2 om att barns uppgifter om att de inte trivs, och att familjehemsföräldrars klagomål på barnen kan ses som ett vanligt förspel till sammanbrott, har inte rapporterats i tidigare studier.

Resultatens generaliserbarhet

Frågor om validitet och reliabilitet i aktstudier har diskuterats ingående i en tidigare omfattande Socialstyrelsebaserad studie av sammanbrott vid placeringar av tonåringar [1]. Det mesta som skrevs för 11 år sedan om dessa frågor gäller fortfarande och den intresserade hänvisas till denna rapport. Men i vilken omfattning kan resultaten från rapportens regionala studier generaliseras till hela landet? Det är svårt att säga. Mot bakgrund av den begränsade regionala variation som undersökningen av tonårsplaceringar fann för tio år sedan - men som inte redovisades i rapporten [1] – är det troligt att stora delar av mönstret i resultaten är generaliserbart – men inte de exakta siffrorna i tabellerna.

Lärdomar och slutsatser

I detta avsnitt pekas på några övergripande slutsatser från studierna som blir närmast orimligt att bortse från.

För det första är det problematiskt att planera familjehemsplaceringar, oavsett barnens ålder vid placeringen. Instabilitet är en ofrånkomlig förutsättning för dessa administrativa konstruktioner av ”familj”. Det gäller även placeringar av små barn. Mellan var femte och sjunde placering av barn 0–10 år slutade med sammanbrott, vanligtvis inom ett år.

För det andra är långvariga familjehemsplaceringar en bräcklig uppväxtgrund under tonåren. Var fjärde av dessa långa placeringar – som varat i snitt i tre fjärdedelar av barnens liv – ”sprack” i tonåren. Ibland skedde det efter händelser som för andra barn sällan eller aldrig skulle medföra att de förlorade båda sina föräldrar, exempelvis vid en skilsmässa. Här är det intressant – som ett tankeexperiment – att göra en jämförelse med adoptioner. Vad hade hänt om Sveriges internationella adoptioner avbröts oplanerat under tonåren i samma utsträckning som långvariga familjehemsplaceringar? Men adoption är en familjerättslig konstruktion som inte kan upphävas av någon part. Långa familjehemsplaceringar baseras däremot på administrativa beslut inom en kommuns verksamhet och de bygger i första hand på familjehemmets vilja att fortsätta med sitt åtagande. Den juridiska uppväxtgrunden för barnen är ett svagt reglerat avtal mellan vårdansvarig kommun, familjehemmet och – eftersom de flesta placeringar pågår jämlikt Socialtjänstlagens frivilligparagrafer – barnets vårdnadshavare. I praktiken kan detta avtal sägas upp med omedelbar verkan av både familjehemmet, kommunen och av föräldrarna, eller av barnet själv om det är 15 år eller äldre. I den offentliga diskussionen överdrivs oftast föräldrarnas agerande som ett hot mot stabilitet i långa familjehemsplaceringar. Men det är mycket ovanligt, vilket framkommit i denna och i en rad andra studier. För det mesta är det beslut från familjehemmet som utlöser sammanbrott, eller att de placerade barnen själva under tidiga tonår tar initiativ till vad som blir sammanbrott. Däremot visar studien av de yngre barnen att det är relativt vanligt att dessa placeringar avbryts oplanerat på föräldrarnas initiativ, men då vanligtvis efter relativt kort tid.

För det tredje finns det en del tydliga riskmarkörer – främst för de långvariga placeringarna – som varnar för sammanbrott. Men det finns idag inga utvärderade verksamma metoder för att hantera dessa risker så att sannolikheten minskar. Det kanske mest ambitiösa försöket ägde rum i Storbritannien. Familjehemsföräldrar fick en manualbaserad utbildning i grunderna för kognitiv beteendeterapi. Syftet var att hjälpa dem få ett förhållningssätt mot placerade barns beteendeproblem som antogs minska risken för sammanbrott, ungefär på samma sätt som föräldrautbildningar baserade på social inlärningsteori [37]. Projektet utvärderades med experimentell design men forskarna fann inga effekter [38]. I försök med så kallad Multi-Treatment Foster Care (MTFC) har flera studier – även svenska – noterat lägre sammanbrottsfrekvenser än i traditionell familjehemsvård [39]. Men dessa placeringar har berört äldre barn med allvarliga beteendeproblem och har varit omgärdade av en mycket omfattande och dagligen aktiv extern stödapparat [40] – något som inte är realistiskt att replikera i placeringar av yngre barn. Det finns med andra ord inte mycket hjälp från forskningen till

de socialarbetare som tvingas hantera hot om sammanbrott i sitt dagliga arbete – om de efterfrågar specifika förebyggande metoder som har visat sig ge resultat.

Vad kan praktiken lära av resultaten?

Kanske de mest handfasta lärdomarna från studierna utgörs av en del av de riskmarkörer som visat sig ha tydliga samband med framtida sammanbrott. Om socialtjänsten tar en del av dessa på allvar som varningssignaler – på ett hyggligt systematiskt sätt – kan sammanbrott bli mindre av akuta händelser och mer av skeenden som socialtjänsten har förberett sig på.

När det gäller de yngre barnen är det svårare än med den långtidsplacerade gruppen – bland annat av det välkomna skälet att sammanbrott är mindre vanliga. Att flickor och barn som var äldre än två år vid placeringen har rejält högre risk än pojkar och de yngsta barnen är kunskap som kanske kan vara användbar om kommunen har få placeringar. Men den är troligen svår att omsätta i någon form av beredskap i större kommuner. Det blir helt enkelt för många barn i ”riskgrupperna”. Kanske den mest matnyttiga tolkningen av resultaten för de yngre barnen är att konflikter mellan föräldrar och familjehem ofta verkar sluta med sammanbrott – oavsett vilken part som utlöser det. Men det är knappast en nyhet för erfarna socialarbetare. I frånvaro av specifika program för att förebygga sammanbrott, är det kanske mer allmän kunskap om hur konflikter kan trappas ner som är mest matnyttig (exempelvis från familjeterapin [41]). Vid placeringar av barn kan det finnas genuina konflikter mellan föräldrar och familjehem om var barnet skall bo, hur det ska uppfostras med mera. De finns mer eller mindre inbyggda i svensk familjehemsvård, eftersom barnen så gott som aldrig adopteras, men det är inte givet hur konflikterna hanteras. Gunvor Andersson [42, 43] har visat att även om det finns en genuin intressekonflikt mellan familjehemmet och barnets föräldrar är det möjligt att uppnå en samarbetsrelation som gynnar barnet. Rapportens delstudie 1 pekar mot att förbättrad konflikthantering kan vara ett sätt att arbeta mot sammanbrott, inte minst för de små barnen. Mycket längre än så kommer vi inte med inte resultaten från småbarnsstudien.

Däremot finns det flera rejäla varningstecken för framtida sammanbrott i studien av de långtidsplacerade barnen. Om barnet säger att det inte trivs i familjehemmet verkar det leda till sammanbrott i majoriteten av fallen. Liknande höga sammanbrottssiffror märks när familjehemsföräldrar beskriver barnet negativt eller klagar på att de har problem med barnet. Barn med tidigare sammanbrott före den aktuella placeringen är – oavsett när dessa skedde – en också högriskgrupp i tonåren. Runt vartannat sådant barn kommer att vara med om sammanbrott, om resultaten från denna studie inte avviker radikalt från hur det ser ut i andra regioner. Samma sak gäller barn som före placeringen – alltså i mycket låg ålder – hade dokumenterade emotionella problem. Det senare resultatet kan vara en selektionseffekt. Barn som redan i tidiga år hade exempelvis sådana problem kan möjligen i ökad utsträckning ha blivit placerade i mer ”kvalificerade” familjehem, som sedan kan ha varit mer benägna att säga upp placeringsavtalet, exempelvis familjehemsföräldrar som såg sig som mer professionella än andra (jfr [44]).

Men detta är bara en hypotes. Barn som är placerade med minst ett syskon i samma familjehem har påtagligt högre risk att vara med om sammanbrott under tonåren än andra barn, även efter justeringar för andra variabler. Därmed inte sagt att denna typ av placeringar bör undvikas – tvärtom av många goda skäl – men det är rimligt utifrån dessa resultat att ha en förhöjd beredskap för stöd familjehemmet i tonåren.

För chefer och politiker inom socialtjänsten kan våra siffror användas som grova hållpunkter i verksamhetsplaneringen. Om kommunen gör x antal placeringar av yngre barn under ett kalenderår, kan man förmoda att mellan 15–20 procent slutar med sammanbrott, de allra flesta inom tolv månader. Många av dessa barn flyttar tillbaka till föräldrarna när placeringen havererar. Men det sker sällan vid sammanbrott under tonåren i långa placeringar. Har kommunen y antal långa familjehemsplaceringar vid ett visst tillfälle kan man räkna med att runt var fjärde kommer att sluta med sammanbrott, vanligen under de tidiga tonåren. Konsekvensen blir oftast att kommunen måste ta fram ett nytt placeringsalternativ för barnet, ett annat familjehem eller en plats på en institution. Observera att långtidsplacerade barn är en stor grupp i de flesta kommuners aktuella ärenderullor vid en given dag.

Slutligen reser studiens resultat – framförallt för de långtidsplacerade barnen – frågor om hur ett för alla parter (framförallt för barnet) *rimligt* avtal mellan kommunen och familjehemmet ska se ut. Är det exempelvis rimligt att familjehemsföräldrar har möjlighet att med kort varsel ”skilja sig” från ett barn som har funnits i familjen i tio år, ett barn som i praktiken kanske inte har en annan familj över huvud taget?

Studiernas viktigaste begränsningar och implikationer

De viktigaste begränsningarna är att studierna baseras på regionala och på relativt små urval. Utfallet – sammanbrott – har berört en ganska liten grupp i båda undersökningarna. Detta har resulterat i låg statistisk kraft (power) vilket märks tydligt i de instabila multivariata analyserna. Kanske är detta en förklaring till att vissa resultat avviker från annan forskning på området, framförallt från studier i andra länder. Det är långt från säkert att förhållandena visar sig vara påtagligt annorlunda i svensk familjehemsvård om vi gör jämförelser mellan stora studier (jfr [45, 46]).

Författarna har tidigare gjort en sådan stor studie om sammanbrott bland drygt 900 tonårsplaceringar från över 200 kommuner, ett riksrepresenativt urval [1]. Resultaten räckte gott och väl till att skapa stabila regressionsmodeller där varje bakgrundsvariabels (riskmarkör) unika samband med sammanbrott kunde undersökas och avtäckas.

En av lärdomarna från den studien och de två undersökningarna som presenterats i denna rapport är kort och gott att större urval är bättre än små. Vill vi veta mer säkert hur vanligt sammanbrott är i de grupper som studerats och vill vi ha säkrare kunskap om vilka riskmarkörer som är hyggligt robusta – då måste det till större undersökningsgrupper. Ett sätt vore att replikera rapportens studier på andra regionala urval, med samma definitioner och variabler. Data kunde då samlas in i varje kommun på samma sätt som i rapporten och analyseras gemensamt av en eller två forskare. Lokal data-

insamling har uppenbara fördelar när man gör aktstudier. Kännedomen om hur man finner gamla akter är vanligtvis god – vilket är avgörande för att minska bortfallet. Det vore också en kostnadsbesparande väg att gå, jämfört med om en forskargrupp utanför den lokala socialtjänsten skulle söka efter akter i ett stort antal kommuner. Författarna till denna rapport använde just den ansatsen i studien av tonårsplaceringarna för drygt tio år sedan [1]. Det tog mycket längre tid att genomföra datainsamlingen jämfört med studierna i föreliggande rapport, bortfallet blev avsevärt större och studien blev självfallet också rejält mer kostnadskrävande.

Referenser

1. Vinnerljung B, Sallnäs M, Kyhle Westermark P. Sammanbrott vid tonårsplaceringar – om ungdomar i fosterhem och på institution. Stockholm: CUS/Socialstyrelsen; 2001.
2. Egelund T, Jakobsen T B, Hammen I, Olsson M, Høst A. Sammenbrud i anbringelser af unge. Erfaringer, forklaringer og årsagerne bag. Köpenhamn: SFI/Socialforskningsinstituttet; 2010.
3. Vinnerljung B. Fosterbarn som vuxna. Akad. avhandl. Lund: Arkiv förlag; 1996.
4. Vinnerljung B, Langlet P, Zaar A K, Gunnarson T. Prevalens av långa vårdtider m.m. bland barn som placerats i dygnsvård – en kohortstudie. I: SOU 2000:77 Omhändertagen. Samhällets ansvar för utsatta barn och unga. Betänkande av LVU-utredningen. Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer; 2000. s 289–98.
5. Vinnerljung B. Svensk forskning om fosterbarnsvård. En översikt. Stockholm: CuS/Socialstyrelsen och Liber Utbildning; 1996.
6. Dumaret A. IQ, scholastic performance and behaviour in sibs raised in contrasting environments. Journal of Child Psychology and Psychiatry 1985;26:553–80.
7. Egelund T. Sammenbrud i anbringelser. En forskningsmæssig belysning. Köpenhamn: SFI/Socialforskningsinstituttet; 2006.
8. Oosterman M, Schuengel C, Wim Slot N, Bullens Ruud A R, Doreleijers T. Disruption in foster care: A review and meta-analys. Children and Youth Services Review 2007;29:53–76.
9. SkoogV. Sammanbrott i samhällsvård – En studie om barns placeringsmönster. FOU-Västernorrland; 2011.
10. Unrau Y. Research on placement moves: Seeking the perspective of foster children. Children and Youth Services Review 2007;29:122–37.
11. Jönsson H, Sammanbrott i familjehem. SoS-rapport 1995:9. Stockholm: Socialstyrelsen; 1995.
12. Rostill-Brookes H, Larkin M, Toms A, Churchman C. A shared experience of fragmentation: Making sense of foster placement breakdown. Clinical Child Psychology and Psychiatry 2011;16(1):103–27.

13. Brown J, Bedner L. Foster parent perceptions of placement breakdown. Children and Youth Services Review 2006;28:1497–1511.
14. Vinnerljung B, Sallnäs M. Into adulthood: a follow-up study of 718 youths who were placed in out-of-home care during their teens. Child and Family Social Work 2008;13:144–55.
15. Sallnäs M, Vinnerljung B, Kyhle Westermark P. Breakdown of teenage placements in Swedish foster and residential care. Child & Family Social Work 2004;9:141–52.
16. Wånge I. Norrköpingsbarn i samhällets vård. Opubl paper. Linköpings Universitet: Inst. för samhälls- och välfärdsforskning; 2002.
17. Ward H. Patterns of instability: Moves within in the care system, their reason, contexts and consequences. Children and Youth Services Review 2009;31:1113–8.
18. Chistiansen Ø, Havik T, Andessen N. Arranging stability for children in long-term out-of-home care. Children and Youth Services Review 2010;32:913–21.
19. Cautly P. New Foster Parents. The First Experience. New York:Human Sciences Press; 1980.
20. Fein E, Maluccio A. Children leaving foster care. Outcomes of permanency planning. Child Abuse & Neglect 1984;8:425–31.
21. Kelly G. Foster Parents and Long-Term Placements: Key Findings form a Northern Ireland Study. Children & Society 1995;9:19–29
22. Parker R. Decision in Child Care. A Study of Prediction in Fostering. London: George Allen & Unwin; 1996.
23. Triseliotis J. Long-term foster care or adoption? The evidence examined. Child and Family Social Work 2002;7:23–33.
24. Webster D, Barth R, Needell B. Placement Stability for Children in Out-of-Home Care: A Longitudinal Analysis. Child Welfare 2000; 69:614–32.
25. Rushton A, Dance C. The outcomes of late placements. The adolescents years. Adoption & Fostering 2004;28:49–58.
26. Lutman E, Hunt J, Waterhouse S. Placement stability for children in kinship care. A long-term follow-up of children placed in kinship care through care proceedings. Adoption & Fostering 2009;33:28–39.
27. Farmer E, Moyers S. Kinship Care: Fostering effective family and friends placements. London: Jessica Kingsley; 2008.
28. Vinnerljung B. Fosterhemsförvalningen. Lund: Meddelanden från Socialhögskolan 1989:3. Lunds universitet; 1989.
29. Hansson B, Knutsson M. Åtgärd familjehemsplacering. Helsingsborgs kommun; 1987.
30. Berridge D, Cleaver H. Foster Home Breakdown. Oxford: Basil Blackwell; 1987.
31. Newton R, Litrownik A, Landsverk J. Children and youth in foster care: disentangling the relationship between problem behaviours and number of placements. Child Abuse & Neglect 2000;24:1363–74.

32. Stijker J, Knorth E, Knot-Dickscheit J. Placement History of Foster Children: A Study of Placement History and Outcomes in Long-Term Family Foster Care. Child Welfare 2008;87:107–24.
33. Koh E, Testa M. Propensity Score Matching of Children in Kinship and Nonkinskip Foster Care: Do Permanency Outcomes Still Differ? Social Work Research 2008;32:105–16.
34. Strijker J, Knorth E. Factors Associated With the Adjustment of Foster Children in the Netherlands. American Journal of Orthopsychiatry 2009;3:421–29.
35. Humphreys C, Kertesz M. Putting the heart back into the record. Personal records to support young people in care. Adoption & Fostering 2012;36:27–39.
36. Tabachnick B, Fidell L. Using multivariate statistics. Third ed. New York: Harper-Collings College Publisher; 1996.
37. Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: SBU; 2010.
38. MacDonald G, Turner W. An experiment in helping foster-carers manage challenging behavior. British Journal of Social Work 2005;35: 1265–82.
39. Kyhle Westermark P, Hansson K, Vinnerljung B. Does Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC) reduce placement breakdown in foster care? International Journal of Child and Family Welfare 2008;4: 155–71.
40. Kyhle Westermark P. MTFC – en intervention för ungdomar med beteendeproblem. Akad. Avhandl. Lund: Lunds Universitet, Lund; 2009.
41. Hansson K. Familjebehandling på goda grunder. En forskningsbaserad översikt. Stockholm: Cus/Gothia; 2001.
42. Andersson G. Family relations, adjustment and well-being in a longitudinal study of children in care. Child and Family Social Work 2005;10: 43–56.
43. Andersson G. Foster children: a longitudinal study of placements and family relationships. International Journal of Social Welfare 2008;18: 13–26.
44. Kyhle Westermark P, Hansson K, Vinnerljung B. Foster parents in Multidimensional Treatment Foster Care: How do they deal with implementing standardized treatment components? Children and Youth Services Review 2007;29:442–59.
45. Vinnerljung B, Öman M, Gunnarson T. Återplacering av barn i dygnsvård (I): – hur vanligt är det? Socialvetenskaplig Tidskrift 2004;11:54–75.
46. Vinnerljung B, Hjern A, Öman M. Återplaceringar av barn i dygnsvård (II): - vad ökar eller minskar risken? Socialvetenskaplig Tidskrift 2004; 11:150–67.
47. Horrocks C, Goddard J. Adults who grew up in care. Constructing the self and accessing care files. Child and Family Social Work 2006;11: 264–72.

48. Ames N. Social Work Recording. A New Look at an Old Issue. Journal of Social Work Education 1999;35:227–38.
49. Franzén E, Vinnerljung B. Foster children as young adults. Many motherless, fatherless or orphaned. A Swedish national cohort study. Child and Family Social Work 2006;11:254–63.
50. Vinnerljung B. Socialt arv. I V. Denvall. & T. Jacobson (Red.), Vardagsbegrepp i socialt arbete. Ideologi, teori och praktik, s. 21–44. Stockholm: Norstedts juridik; 1998.

Bilaga 2. Det siffrorna inte kan berätta – en rapport från socialtjänstens arkiv[5]

Under vintern 2011/2012 och våren 2012 besökte jag en lång rad arkiv och socialkontor för insamlingen av data till studien som presenteras i rapporten. Jag var en av fyra personer som kontrakterades för datainsamlingen, där jag tjänstgjorde på heltid. Sammanlagt läste jag socialtjänstakterna för drygt hälften av de barn födda 1980–2005 som ingick i de båda delstudierna. Under studien förde jag parallellt med arbetet anteckningar rörande det som jag nedan kommer att redogöra för. Gruppen som gjorde datainsamlingen förde även återkommande samtal kring problemen som uppstod. Därför kan jag stå för en helhetsbild av erfarenheterna från datainsamlingen.

Hur ser det ut i våra arkiv?

Som tidigare redovisat har studien ett lågt bortfall. Men det är ett resultat av datainsamlingsgruppens skicklighet och uppfinningsrikedom, samt enskilda tjänstemäns behjälplighet, snarare än ansvarsfull arkivhantering. I de flesta arkiv vi besökte var arkivhanteringen beklämmande. Akterna fick hanteras med varsam hand för att inte trilla i bitar. Det var intorkade plastmappar och hopklibbade akter, som försiktigt fick dras isär. Gem och häftklamrar hade färgat av sig över sidorna. Arkivbeständigt papper var ovanligt. De flesta akterna förvarades någorlunda systematiskt inne i arkiven.

En del akter föranledde dock mer detektivarbete. Några akter återfanns i ett arkivskåp som stod inne i en enskild socialsekreterares rum. Socialsekreteraren hade aldrig öppnat arkivskåpet under sin tjänstgöring och trodde att det innehöll ett gammalt uppdragstagararkiv, vilket bara delvis var fallet. Några akter letade en av datainsamlarna upp i ett kommunarkiv efter att ha fått två negativa besked från tjänstgörande personal om att akterna inte fanns i kommunarkivet. Ett mindre antal akter lästes enbart på dator eftersom den fysiska akten var försvunnen. En akt lästes enbart i form av ett datagallringsundantag utskrivet i en enstaka kolumn (med bredden av ett kassakvitto) som blev till ett par hundra A4-ark. En del akter, som använts mycket under längre tid förvarades på mer eller mindre besynnerliga vis, i skokartonger, gamla lådor för kopieringspapper och i högar av pärmar.

Precis som erfarenheterna från tidigare studier [1][6] var det ibland svårt att hitta akter beroende på vem som hade angetts som registerledare och på vilket personnummer akten var insorterad. Men det förekom även att vi ini-

[5] Reflektioner av Torbjörn Kalin, socionom och samordnare för den lokala datainsamlingen.

[6] För referenser i bilaga 2, se referensförteckning i bilaga 1 (underlagsrapporten).

tialt enbart fick tillgång till en del av akten då registerledaren bytt namn, sambo eller maka/make.

För vårt begränsade syfte har akterna i huvudsak varit tillräckliga. För ett före detta familjehemsplacerat barn som söker svar på viktiga frågor om sin barndom är sannolikheten att finna det han/hon söker starkt skiftande. Vi har läst akter för barn som varit placerade från spädbarnsåren till vuxen ålder där akten bestod enbart av ett tiotal sidor. Omfattningen av utredningarna som låg till grund för placering varierade ofta beroende på om det var en frivillig placering eller en tvångsplacering, i de senare fallen fanns det vanligen avsevärt mer dokumentation i akten. Ett tydligt trendbrott syntes vid införandet av BBIC där akternas innehållsmässiga omfattning ökade markant (jfr [35, 47]).

Akternas språk: en arbetsrelation

I de utdrag av akterna som dokumenterar förekomst av sammanbrott i placeringen framgår att beskrivningen av familjehemsuppdraget, oavsett längd, präglas av en arbetsterminologi. Detta är också det generella intrycket från läsningen av aktmaterialet. Sammanbrotten dokumenterades ofta i termer av att familjehemmet hörde av sig och ”önskade säga upp sig”, ”säga upp sitt avtal” eller ”avsluta sina åtaganden”. Här är ett exempel:

> ”/..XX0131 meddelar familjehemmet att de vill säga upp sitt uppdrag avseende Jonas[7]. Detta utifrån att de inte kan möta Jonas behov./…/ XX0201 fattas beslut om att Jonas ska flytta hem. /…/”

Samtidigt följde sällan sammanbrotten någon avtalsrättslig gång, där exempelvis uppsägningstiden i familjehemsavtalet beaktades. Terminologin verkade användas mer som ett sätt att distansera sig från faktumet att det var ett barn som familjehemmet sade upp sig ifrån.

Var kommer barnen in?

Den sociala dokumentationen fyller för placerade barn ett vidare syfte än att enbart utgöra underlag för en rättsäker myndighetsutövning. Dokumentationen utgör en viktig del i barnens livsberättelse [35, 47, 48].

Tidigare forskning visar att en förfärligt hög andel familjehemsplacerade barn har som unga vuxna förlorat minst en biologisk förälder – eller båda – på grund av dödsfall [49]. Det innebär att för många finns det få eller kanske ingen som kan berätta deras livshistoria för dem.

I det hänseendet utgör akterna generellt en dyster historieskrivning. Merparten av akterna hade relativt utförliga utredningar, även om det förekom undantag. Men när väl placeringen var genomförd tunnades beskrivningarna ut. I de äldre akterna kunde journalanteckningar bestå av inget nytt att rapportera i flera års tid. Runt 1990 börjar akterna fyllas med halvårsvis återkommande överväganden där kvalitén varierade stort. Det var vanligt förekommande att också dessa överväganden präglades av andemeningen ”inget nytt att rapportera”, vilket oftast tog sig uttryck i ett nytt övervägande som

[7] Fingerat namn

var identiskt med det föregående. Att det under ett halvår i ett barns liv inte finns något nytt att rapportera förefaller orimligt. Formuleringar, såväl troligen rimliga som olyckliga sådana, kunde fortplanta sig i akterna i flera års tid utan att något egentligt nytt lades till. Så återkom exempelvis en beskrivning av en femårings fascination över en barnbokskaraktär fem år senare för ett nu tio år gammalt barn.

Att tala utan publik

Vem som är den tilltänkta läsaren av akterna framgår sällan. Allt för ofta tycks det snarare vara så att det inte finns någon tilltänkt läsare överhuvudtaget, och framförallt inte det placerade barnet.

Trots olika barnavårdskontexter tycks forskningen från andra länder, exempelvis Australien och Storbritannien, peka åt samma håll. Den sociala dokumentationen ses som ett nödvändigt ont, det är en börda för socialarbetarna snarare än ett instrument. Det tvetydiga syftet med dokumentationen gör att frågan om vad som ska dokumenteras och varför kan besvaras på flera olika vis. Det kan handla om defensiv dokumentation för att skydda och belägga socialtjänstens presumtiva korrekta handlanden, likväl som det kan handla om att dokumentera för att tjäna administrativa syften [47, 48].

Flertalet av akterna hade en förhållandevis neutral dokumentation, där det framgick någorlunda tydligt vad som var ”fakta” och vad som bestod av socialsekreterarens egna bedömningar. I vissa akter flöt dock ”fakta” och bedömningar samman till ett textflöde av moraliserande. Inledningsvis handlade det mest om föräldrarna men ju äldre barnen blev desto mer kom fokus att ligga på dem. För barnets ålder relativt ”normala” incidenter blev ofta omkonstruerade till indikationer på allvarliga problem eller misskötsamhet. Ett tydligt exempel var en 15-årig flicka som blev ertappad av sina fosterföräldrar med att ha sin första sexuella relation. Socialsekreteraren skrev utförligt i akten om hur han/hon hade förklarat för flickan att denna satt sin heder på spel genom sådana hemskheter.

Användningen av informationen i akterna verkade ofta diffus, vilket blev särskilt tydligt när barnen bytte socialsekreterare. I en akt återfann vi inte mindre än tre barnpsykiatriska utlåtanden under en tioårsperiod där barnet fått en och samma tydliga diagnos. Första gången fastställdes diagnosen uppmärksamhetsstörning med hyperaktivitet. Detta var under tidigt 90-tal och diagnosen föranledde inga specifika åtgärder. Ett socialsekreterarbyte senare – i mitten av 90-talet – skickades samma barn på utredning för misstänkt DAMP. Barnpsykiatrin konstaterade att barnet inte hade DAMP (barnet saknade motoriska svårigheter). Istället fick barnet en ADHD-diagnos. Detta ledde heller inte till någon åtgärd, varken från barnpsykiatrin eller från socialtjänsten. Ytterligare ett socialsekreterarbyte senare remitteras samma barn för ny utredning (i början av 2000-talet). Även denna gång blir diagnosen ADHD, och nu resulterar utredningen/diagnosen i flera åtgärder för barnet. Inget i akten tyder på att de nya socialsekreterarna varit medvetna om att diagnosen redan varit ställd tidigare trots att dokumentationen fanns tillgänglig i akten.

Vi (datainsamlarna) såg flera tydliga exempel på ofullständiga genomläsningar av tidigare dokumentation, något som fick problematiska konsekven-

ser. Det fanns flera exempel på att en socialsekreterare i akten spekulerat i att ett barn skulle *kunna ha* en viss psykiatrisk diagnos, vilket av den nästkommande socialsekreteraren uppfattades som ett faktum. Detta påverkade hur barnet bemöttes av socialtjänsten, och sannolikt även av familjehemsföräldrarna. Olika beteenden kom att ”sjukdomsförklaras” utan att barnpsykiatrin var involverad.

Det sociala arvets logik

Utredningarna i akterna utgjorde oftast en dokumentation över föräldrarnas leverne och person, med en underförstådd ton om hur detta påverkade barnet i fråga. I de tidiga akterna förekom ofta en slags agrikulturell terminologi om att placerade barn skulle ”omplanteras” i nya familjer eller att de skulle” slå rot” i en familj med ett rent socialt arv i ”en god jordmån”. Allt eftersom åren gick försvann denna terminologi från akterna. Dock verkade det som att andan, teorin om det sociala arvet, stannat kvar i akterna. De placerade barnens beteende stod under ständig observation med hänvisning till en befarad ärftlighet av sociala problem. Barnen sågs som latenta bärare av sina föräldrars sociala problematik, där varje uttryck för ett någorlunda normalt utagerande för barnets specifika ålder kunde ses som indikatorer på det sjuka, det avvikande. Därför fick ofta, för åldern vardagliga incidenter ett stort utrymme i dokumentationen. Oron för att saker och ting kunde eskalera verkade vara ständigt närvarande (jfr [50]).

Framställningar av barnen som patologiska kan rimligtvis hjälpa oss att förstå de brister som syns i den sociala dokumentationen. Det förefaller helt enkelt irrelevant att dokumentera framsteg och framgångar, inget nytt att rapportera kan istället vara ett uttryck för att så vitt vi vet så har inget dåligt hänt. Akterna är i sin essens som en person som tittar upp mot himlen en strålande solskensdag och tänker att det nog snart blir regn.

Bilaga 3. Deskriptiva data

Tabell 5. Studien av yngre barn. Deskriptiva data om barnen som ingår i studien. Procent (%) och antal (n). Totalt antal i studien: 144 barn.

	%	n		%	n
Födelseår			**Antal placeringar per barn**		
1990–1994	26	(38)	En placering	69	(99)
1995–1999	47	(68)	Två placeringar	27	(39)
2000–2005	26	(38)	Tre placeringar	4	(6)
Kön			**Motiv till 1:a placering**		
Flicka	48	(69)	Omsorgsbrister	79	(154)
Pojke	52	(75)	Övergrepp	17	(33)
Ålder vid 1:a placering			Relationsproblem i familjen	11	(21)
0–2 år	27	(39)	Barnet övergivet inkl. död		
3–5 år	40	(57)	förälder	18	(34)
6–10 år	33	(48)	Eget beteende	6	(11)
Födelseland			Våld i hemmet	24	(46)
Sverige	89	(128)			
Annat land	7	(10)			
Framgår ej	4	(6)			

Tabell 6. Studien av yngre barn. Deskriptiva data/före placeringen. Procent (%) och antal (n). Totalt antal i studien=194 placeringar.

	%	n		%	n
Ålder vid placering			**Tydliga problem hos barnet**		
0–2 år	26	(51)	Emotionella problem	21	(41)
3–5 år	36	(70)	Problem i förskola/skola	17	(33)
6–9 år	38	(73)	Beteendeproblem	25	(49)
Lagrum vid placeringens början			Problem i kamratrelationer	12	(24)
SoL	64	(135)	Somatisk ohälsa	9	(18)
LVU	36	(69)	Inget angivet	54	(102)
Problem i biologiskt hem					
Missbruk	53	(102)	BUP-utredning el liknande		
Psykisk sjukdom	41	(80)	före placeringen	22	(42)
Somatisk sjukdom	16	(32)	Någon tidsangiven plan	16	(31)
Begåvningshandikapp	9	(18)	Tidigare sammanbrott	17	(33)
Våld i hemmet	34	(65)			
Kriminalitet	29	(57)			
Övergrepp mot barnet	29	(57)			

Tabell 7. Studien av yngre barn. Deskriptiva data. Vid och under placeringen, i procent (%) och antal (n). Totalt antal i studien=194 placeringar.

	%	n		%	n
Problem i förskola/skola	18	(24)	Syskon i familjehemmet	34	(66)
Hälsoproblem	12	(23)	Syskon utanför familjehemmet	62	(121)
BUP-behandling eller liknande	13	(26)			
Kontakt med mor			**Kontakt med syskon utanför familjehemmet**		(121)
Tät (minst flera ggr/halvår)	62	(120)	Tät	40	(48)
Gles/oregelbunden	21	(41)	Gles/oregelbunden	24	(29)
Ingen kontakt	13	(26)	Ingen kontakt	19	(23)
Framgår ej	4	(7)	Framgår ej	17	(21)
Kontakt med far					
Tät	7	(14)			
Gles/oregelbunden	41	(80)			
Ingen kontakt	4	(8)			
Framgår ej	47	(92)			

Tabell 8. Studien av de långtidsplacerade barnen. Deskriptiva data. Före placeringen och lagrum vid 12-årsdagen. Procent (%) och antal (n). Totalt antal i studien: 136 barn/placeringar.

	%	n		%	n
Födelseår			**Motiv till dygnsvård**		
1980–1983	26	(35)	Omsorgsbrister	75	(102)
1984–1987	32	(43)	Övergrepp	12	(16)
1988–1992	43	(58)	Övergivet inkl. döda föräldrar	36	(49)
Kön			Våld i hemmet	18	(24)
Flicka	51	(70)	**Tydliga problem hos barnet före placering**		
Pojke	49	(66)	Psykisk störning	1	(2)
Ålder vid placering i familjehemmet			Emotionella problem	21	(29)
0–2 år	45	(61)	Funktionsnedsättning	8	(11)
3–5 år	25	(34)	Beteendeproblem	16	(22)
6–9 år	30	(41)	Somatisk ohälsa	19	(18)
Lagrum vid 12-årsdagen			Inget angivet	56	(76)
SoL	62	(84)			
LVU	38	(52)	Tidigare sammanbrott	15	(20)
Förekomst av problem i biologiskt hem före placering			BUP-utredning eller liknande före placeringen	22	(30)
Missbruk	66	(90)	Någon tidsangiven plan	8	(11)
Psykisk sjukdom	39	(53)			
Somatisk sjukdom	11	(15)			
Begåvningshandikapp	7	(9)			
Våld mellan vuxna	32	(42)			
Kriminalitet	22	(30)			
Övergrepp före placering	15	(20)			

Tabell 9. Studien av de långtidsplacerade barnen. Deskriptiva data. Under placeringen, i procent (%) och antal (n). Totalt antal i studien: 136 barn/placeringar.

	%	n		%	n
Barnet har någon gång framfört att hon/han inte trivs i familjehemmet	27	(37)	**Kontakt med mor**		
Efter 12 års ålder			Tät (minst flera ggr/halvår)	18	(25)
Skolproblem	51	(69)	Gles/oregelbunden	50	(68)
Hälsoproblem	35	(48)	Ingen kontakt	29	(39)
BUP-behandling	27	(37)	Framgår ej	3	(4)
Återkommande problem med barnet enligt familjehemmet	45	(61)	**Kontakt med far**		
Familjehemmet beskriver barnet negativt	29	(39)	Tät (minst flera ggr/halvår)	10	(13)
Socialtjänsten uttrycker oro för barnet	15	(21)	Gles/oregelbunden	24	(33)
Socialtjänstens besök före 12 år			Ingen kontakt	65	(88)
Flera gånger per år	54	(73)	Framgår ej	1	(2)
Årligen	35	(48)	**Syskon**		
Enstaka eller inga besök	4	(6)	I familjehemmet	33	(45)
Framgår ej	7	(9)	Utanför familjehemmet	77	(105)
Socialtjänstens besök efter 12 år			**Kontakt med syskon utanför familjehemmet**		(105)
Flera gånger per år	55	(75)	Tät (minst flera ggr/halvår)	22	(23)
Årligen	31	(42)	Gles/oregelbunden	44	(46)
Enstaka eller inga besök	10	(13)	Ingen kontakt	17	(18)
Framgår ej	4	(6)	Framgår ej	17	(18)

Bilaga 4. Insamlingsformulär

Studie **1** Placeringar

Sammanbrott i dygnsvård vid placeringar av **barn 0-10 år** (födda 1989-2005)

Denna sida rivs av och förvaras hos kommunen

Identifieringskod: 1 ⌊__⌋⌊__⌋ ⌊__⌋⌊__⌋
Kommun Id

Kommun: _____

Barnets personnummer: _____

Barnets namn: _____

Person som läser akten: _____

Kommunkoder:
04 Aneby
17 Gnosjö
42 Mullsjö
43 Habo
62 Gislaved
65 Vaggeryd
80 Jönköping
82 Nässjö
83 Värnamo
84 Sävsjö
85 Vetlanda
86 Eksjö
87 Tranås

1. Allmänt

1.1 Identifieringskod: **1** ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ (1-6)
Kommun Id

1.2 Person som läser akten: _____ (7)

1.3 Barnet har ⌊_⌋⌊_⌋ **antal placeringar som ingår i studien.** (8-9)

1.4 Denna placering är i kronologisk ordning nr ⌊_⌋⌊_⌋ (10-11)

1.5 När inleddes placering i detta familjehem? ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ (12-15)
År Månad

1.6 Pågår placeringen fortfarande vid uppföljningstidens slut (5 år efter inledning)?

(16)
☐ 1. Nej, avslutades ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ (17-20)
År Månad

☐ 2. Ja

☐ 3. Framgår inte

1.7 Barnets ålder vid denna placerings: Inledning ⌊_⌋⌊_⌋ (21-22) **Avslutning** ⌊_⌋⌊_⌋ (23-24)

Barnets ålder anges i närmaste jämna år
(t.ex. 5 år och 4 månader blir 5 år,
7 år och 9 månader blir 8 år). I de fall barnet
är kvar i vård anges inte ålder vid avslut.

1.8 Ungefärlig tid i dygnsvård *innan* denna placering? År ⌊_⌋⌊_⌋ (25-26) **Månader** ⌊_⌋⌊_⌋ (27-28)

2. Barnet

2.1 Kön

(29)
☐ 1. Pojke

☐ 2. Flicka

2.2 Barnets födelseår (1989–2005) ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ (30-33)

2.3 Födelseland

(34)
☐ 1. Barnet född i Sverige

☐ 2. Barnet född utanför Sverige

☐ 3. Framgår inte

2.4 Tvång/frivillighet (vid placeringens inledning).

(35)
☐ 1. Barnet är placerat enligt SoL

☐ 2. Barnet är placerat enligt LVU

☐ 3. Framgår inte

2.5 Har barnet syskon som är/har varit placerat i samma familjehem?

(36)
☐ 1. Nej

☐ 2. Ja, antal ⌊__⌋ (37-38)

☐ 3. Framgår inte

3. Barnets historia enligt akt

3.1 Finns tydliga anteckningar om något av följande innan denna placering:

		Nej	Ja
a)	Flerårigt missbruk hos de vuxna i hemmiljön	(39) ☐ 1.	☐ 2.
b)	Långvarig psykisk sjukdom hos de vuxna i hemmiljön	(40) ☐ 1.	☐ 2.
c)	Långvarig somatisk sjukdom hos de vuxna i hemmiljön	(41) ☐ 1.	☐ 2.
d)	Begåvningshandikapp hos de vuxna i hemmiljön	(42) ☐ 1.	☐ 2.
e)	Våld/misshandel mellan föräldrar/vuxna i hemmiljön	(43) ☐ 1.	☐ 2.
f)	Att barnet bott tillsammans med vuxen som varit kriminell (långvarig och/eller grövre brottslighet)	(44) ☐ 1.	☐ 2.

3.2 Finns tydliga anteckningar om konstaterade eller allvarligt misstänkta övergrepp mot barnet (misshandel, sexuella övergrepp) innan denna placering?

Flera svar kan anges.

(45)
☐ 1. Nej

(46)
☐ 1. Ja, i biologiskt hem

(47)
☐ 1. Ja, utanför hemmiljön

3.3 Förekomst av tidigare sammanbrott innan denna placering?

Flera svar kan anges.

(48) ☐ 1. Nej

(49) ☐ 1. Ja, i familjehem

(50) ☐ 1. Ja, i HVB

(51) ☐ 1. Framgår ej/osäkert

3.4 Huvudsakliga motiv i akten till att barnet kom i dygnsvård? Det som anges i beslutsunderlaget. *Flera svar kan anges.*

(52) ☐ 1. Omsorgssvikt i biologiskt hem

(53) ☐ 1. Övergrepp i biologiskt hem

(54) ☐ 1. Relationsproblem i biologisk familj

(55) ☐ 1. Barnet utstött/rymt

(56) ☐ 1. Barnet övergivet (inkl. förälder avliden)

(57) ☐ 1. Särskilt omsorgsbehov, t ex ADHD

(58) ☐ 1. Eget beteende

(59) ☐ 1. Familjerättslig konflikt

(60) ☐ 1. Våld i hemmet

(61) ☐ 1. Annat

(62) ☐ 1. Framgår ej/osäkert

4. Förhållande vid placering enligt akt

4.1 Tydlig förekomst av problem <u>hos barnet</u> (vid denna placerings inledning)?

Flera svar kan anges.

(63) ☐ 1. Psykisk störning/diagnos (konstaterad)

(64) ☐ 1. Emotionella problem

(65) ☐ 1. Problem i förskola/skola

(66) ☐ 1. Funktionsnedsättning / begåvningsnedsättning / särskilt omsorgsbehov

(67) ☐ 1. Beteendeproblem (aggressivitet, stökighet o dyl)

(68) ☐ 1. Problem i kamratrelationer

(69) ☐ 1. Somatisk ohälsa

(70) ☐ 1. Annat, vad? _____

_____ (72-102)

(71) ☐ 1. Inget angivet

4.2 Barnpsykiatrisk utredning gjord i samband med denna placering?

(103)

☐ 1. Nej

☐ 2. Ja, av specialistpsykiatri (ej privatpraktiserande)

☐ 3. Ja, av extern (t.ex. privatpraktiserande eller på institution)

☐ 4. Framgår ej/osäkert

5. Planering enligt akt

5.1 Finns planering för hur länge placeringen ska vara uttryckt i tidsbestämbara termer?

(104)

☐ 1. Nej

☐ 2. Ja, angivet i antal år ⌊__⌋ (105-106) månader ⌊__⌋ (107-108)

☐ 3. Ja, angivet på annat sätt (ange hur) _____

_____

_____

6. Under placeringen enligt akt

6.1 Barnet har avsevärda problem i …

		Ja	Nej	Framgår ej/osäkert	Går ej i skola/ förskola
a)	… förskola eller motsvarande	(109) ☐1.	☐2.	☐3.	☐4.
b)	… skolan	(110) ☐1.	☐2.	☐3.	☐4.
c)	… fritidshem	(111) ☐1.	☐2.	☐3.	☐4.

6.2 Har barnet avsevärda problem med sin hälsa (psykisk eller fysisk)?

(112)
- ☐1. Nej
- ☐2. Ja
- ☐3. Oklart

6.3 Har barnet fått behandling vid barnpsyk/BUP eller motsvarande under placeringen?

(113)
- ☐1. Nej
- ☐2. Ja, vid barnpsyk/BUP
- ☐3. Ja, hos annan specialist
- ☐4. Oklart

6.4 Hur ofta träffar barnet sin <u>biologiska mor</u> under placeringen (gör en bedömning av hur huvudmönstret ser ut)?

(114)
- ☐1. Mycket tät kontakt (träffas minst varje vecka)
- ☐2. Tät kontakt (träffas varje månad/flera gånger per halvår)
- ☐3. Gles/sporadisk kontakt (några gånger per år eller mer sällan)
- ☐4. Mycket omväxlande, går inte att se något huvudmönster
- ☐5. Träffas inte alls
- ☐6. Framgår ej/osäkert

6.5 Hur ofta träffar barnet sin biologiska far under placeringen (gör en bedömning av hur huvudmönstret ser ut)?

(115)

☐ 1. Mycket tät kontakt (träffas minst varje vecka)

☐ 2. Tät kontakt (träffas varje månad/flera gånger per halvår)

☐ 3. Gles/sporadisk kontakt (några gånger per år eller mer sällan)

☐ 4. Mycket omväxlande, går inte att se något huvudmönster

☐ 5. Träffas inte alls

☐ 6. Framgår ej/osäkert

6.6 Har barnet syskon (biologiska hel- eller halvsyskon) utanför familjehemmet?

(116)

☐ 1. Nej → Gå vidare till fråga 7.1

☐ 2. Ja

☐ 3. Framgår ej/osäkert → Gå vidare till fråga 7.1

6.7 Hur ofta träffas syskon (biologiska hel- eller halvsyskon) under placeringen (gör en bedömning av hur huvudmönstret ser ut)? Om barnet har flera syskon, ange mönstret för det syskon som barnet träffar oftast.

(117)

☐ 1. Mycket tät kontakt (träffas varje vecka)

☐ 2. Tät kontakt (träffas varje månad/flera gånger per halvår)

☐ 3. Gles/sporadisk kontakt (några gånger per år eller mer sällan)

☐ 4. Mycket omväxlande, går inte att se något huvudmönster

☐ 5. Träffas inte alls

☐ 6. Framgår ej/osäkert

7. Sammanbrott enligt akt

7.1 Slutade placeringen med sammanbrott? Se definitioner på sista sidan.

(118)

☐ 1. Nej, inget sammanbrott

☐ 2. Ja, tydligt sammanbrott

☐ 3. Ja, misstänkt sammanbrott, ad hoc typ

☐ 4. Ja, definitionsmässigt tveksamt sammanbrott (föräldrar tar tillbaka samtycke)

7.2 Om sammanbrott, hur länge hade placeringen varat när sammanbrottet skedde?

År ⌊__⌋ (119-120) **Månader** ⌊__⌋ (121-122)

7.3 Barnets ålder när sammanbrottet skedde? ⌊__⌋ (123-124)

Barnets ålder anges i närmaste jämna år (t.ex.
5 år och 4 månader blir 5 år, 7 år och 9 månader blir 8 år).

7.4 Om sammanbrott i någon form, belägg med ordagrant citat ur aktmaterial, ange också källa och datum.

7.5 Sammanbrottstolkning till handledningssamtal/konsensussamtal?

(125)

☐ 1. Nej

☐ 2. Ja

Anteckningar från handledningssamtal/konsensussamtal

7.6 Om sammanbrott, vem är det – huvudsakligen – som avbryter placeringen?

(126)

☐ 1. Familjehemmet

☐ 2. Socialtjänsten

☐ 3. Barnet

☐ 4. Föräldrarna

☐ 5. Ingen tydlig (eller ensam) huvudaktör

8. Vårdens avslutning enligt akt

8.1 Vart gick barnet efter placeringens avslutande?

(127)

☐ 1. Hem

☐ 2. Annat familjehem

☐ 3. HVB

☐ 4. Annat

☐ 5. Framgår ej/osäkert ☐ 6. Kvar i vård

8.2 Typ av exit från placeringen?

(128)

☐ 1. Ingen exit, kvar i vård vid uppföljningstiden slut

☐ 2. Planerad flytt hem (ej sammanbrott eller omplacering)

☐ 3. Omplacering men ej sammanbrott (planerad flyttning till annan vårdmiljö)

☐ 4. Sammanbrott i någon form men ej omplacering (gick hem eller till eget boende)

☐ 5. Sammanbrott i någon form och omplacering/placerades i ny vårdmiljö

9. Familjehemmet enligt akt

9.1 Typ av familjehem?

(129)

☐ 1. Familjehem rekryterat av kommunen

☐ 2. Nätverkshem men inte släkt

☐ 3. Före detta kontaktfamilj (ej släkt/nätverk)

☐ 4. Konsulentstött familjehem eller liknande

☐ 5. Jourhem

☐ 6. Släktinghem

☐ 7. Framgår inte/osäkert

9.2 Avstånd mellan familjehemmet och barnets hemort (den kommun som placerade):

(130)

☐ 1. Mindre än 10 mil

☐ 2. 10–29 mil

☐ 3. 30 mil eller mer

☐ 4. Framgår inte/osäkert

9.3 Är familjehemmet utrett enligt särskild metod?

(131)

☐ 1. Ja framgår tydligt att Kälvesten-metoden använts

☐ 2. Ja, framgår tydligt att Pride-metoden använts

☐ 3. Ja, framgår tydligt att annan metod använts. Vilken? _____ (132-152)

☐ 4. Nej, framgår tydligt att ingen särskild metod använts

☐ 5. Framgår ej/osäkert

9.4 Har familjehemmet haft fosterbarn tidigare?

(153)

☐ 1. Nej

☐ 2. Ja

☐ 3. Framgår ej/osäkert

9.5 Har familjehemmet egna barn som är mer än 3 år yngre än fosterbarnet?

(154)

☐ 1. Nej

☐ 2. Ja

☐ 3. Framgår ej/osäkert

9.6 Har familjehemmet egna barn i samma ålder som fosterbarnet (± 3 år)?

(155)

☐ 1. Nej

☐ 2. Ja

☐ 3. Framgår ej/osäkert

9.7 Har familjehemmet samma modersmål som barnet?

(156)

☐ 1. Nej

☐ 2. Ja

☐ 3. Framgår ej/osäkert

Definition av sammanbrott

Observera att **vårdnadsöverflyttningar** betraktas som fortsatt familjehemsvård.

Med sammanbrott menar vi att **en placering i dygnsvård avslutas oplanerat.** Kärnpunkten är att vården avslutas på ett sådant sätt och ibland vid en sådan tidpunkt att det är uppenbart att detta inte är vad man tänkt sig från social-tjänstens sida. Vården upphör därför att något i vårdmiljön inte fungerar, inte därför att målet med vården är uppnått.

Tydliga sammanbrott föreligger när någon av vårdgivarna (fosterhem eller institution) avbryter vården, ungdomen själv rymmer eller vägrar stanna kvar i vård vilket leder till att den upphör, eller när socialtjänsten avbryter på grund av missnöje med vårdmiljön.

Det finns ett antal situationer där det är tveksamt om det som lett till att vården upphör kan ses som ett sammanbrott eller ej.

Definitionsmässigt **tveksamma sammanbrott:** Till denna grupp förs de ofta svårbedömda fall där placeringen bygger på att föräldrarna samtyckt till vården, men där de sedan plötsligt har ändrat sig och vill att vården upphör. Situationen kan i vissa fall ses som ett sammanbrott, men det beror i stor utsträckning på anledningen till att föräldrarnas ändrade uppfattning. Om det i akterna framgår att det finns konflikter med vårdgivaren eller missnöje på annat sätt, kan det finnas anledning att se det som ett sammanbrott. Detta gäller också om det framgår att barnet ur sitt perspektiv uppfattar situationen som att placeringen havererat.

Misstänkta sammanbrott: Hit hör de fall där alla inblandade parter i stunden förefaller överens om att vården skall upphöra, men det finns starka skäl att tro att det rör sig om en ”omdefiniering” av något som egentligen är ett sammanbrott. Det framgår av akten att socialtjänsten en kort tid innan vården avbryts, bedömt att barnet hade stort behov av vård under en längre tid. Ett par månader senare har man snabbt och radikalt ändrat sin bedömning och barnet flyttar hem under skenbar enighet från socialtjänst, barnet själv, föräldrar och vårdgivare. Det är inte i formell mening ett avbrott i vården i strid med socialtjänstens aktuella planering, men omständigheterna i ärendet är sådana att man kan misstänkas att det i själva verket är ett sammanbrott. Det är troligt att man i denna situation ändrat planeringen så att den skall passa ihop med det som redan är ett faktum, nämligen att vården måste avbrytas. Det som i akten beskrivs som att alla vill att vården skall upphöra är en ad hoc-lösning, som döljer att vårdgivare eller socialtjänst i realiteten ”gett upp” eller på annat sätt brutit den ursprungliga planeringen.

Studie 2 Barn

Sammanbrott i dygnsvård bland barn som varit placerade i familjehem **minst 4 år på 12-årsdagen** (födda 1980-1992)

Denna sida rivs av och förvaras hos kommunen

Identifieringskod: 2 |__|__| |__|__|
Kommun Id

Kommun: _____

Barnets personnummer: _____

Barnets namn: _____

Person som läser akten: _____

Kommunkoder:
04 Aneby
17 Gnosjö
42 Mullsjö
43 Habo
62 Gislaved
65 Vaggeryd
80 Jönköping
82 Nässjö
83 Värnamo
84 Sävsjö
85 Vetlanda
86 Eksjö
87 Tranås

1. Allmänt

1.1 Identifieringskod: 2 ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ (1-6)
Kommun Id

1.2 Person som läser akten: _____ (7)

1.3 När inleddes placering i detta familjehem? ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ (8-11)
År Månad

1.4 Pågår placeringen fortfarande vid uppföljningstidens slut (5 år efter inledning)?

(12)
☐ 1. Nej, avslutades ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ (13-16)
År Månad

☐ 2. Ja

☐ 3. Framgår inte

1.5 Barnets ålder vid denna placerings: Inledning ⌊_⌋⌊_⌋ (17-18) **Avslutning** ⌊_⌋⌊_⌋ (19-20)

Barnets ålder anges i närmaste jämna år
(t.ex. 5 år och 4 månader blir 5 år,
7 år och 9 månader blir 8 år). I de fall barnet
är kvar i vård anges inte ålder vid avslut.

1.6 Ungefärlig tid i dygnsvård *innan* denna placering? År ⌊_⌋⌊_⌋ (21-22) **Månader** ⌊_⌋⌊_⌋ (23-24)

2. Barnet

2.1 Kön

(25)
☐ 1. Pojke

☐ 2. Flicka

2.2 Barnets födelseår (1980–1992) ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ (26-29)

2.3 Födelseland

(30)
☐ 1. Barnet född i Sverige

☐ 2. Barnet född utanför Sverige

☐ 3. Framgår inte

2.4 Tvång/frivillighet på 12-årsdagen?

(31)
☐ 1. Barnet är placerat enligt SoL

☐ 2. Barnet är placerat enligt LVU

☐ 3. Framgår inte/osäkert

2.5 Har barnet syskon som är/har varit placerat i samma familjehem?

(32)
☐ 1. Nej

☐ 2. Ja, antal ⌊__⌋
(33-34)

☐ 3. Framgår inte

3. Barnets historia enligt akt

3.1 Finns tydliga anteckningar om något av följande innan denna placering:

		Nej	Ja
a)	Flerårigt missbruk hos de vuxna i hemmiljön	(35) ☐ 1.	☐ 2.
b)	Långvarig psykisk sjukdom hos de vuxna i hemmiljön	(36) ☐ 1.	☐ 2.
c)	Långvarig somatisk sjukdom hos de vuxna i hemmiljön	(37) ☐ 1.	☐ 2.
d)	Begåvningshandikapp hos de vuxna i hemmiljön	(38) ☐ 1.	☐ 2.
e)	Våld/misshandel mellan föräldrar/vuxna i hemmiljön	(39) ☐ 1.	☐ 2.
f)	Att barnet bott tillsammans med vuxen som varit kriminell (långvarigt och/eller grövre brottslighet)	(40) ☐ 1.	☐ 2.

3.2 Finns tydliga anteckningar om konstaterade eller allvarligt misstänkta övergrepp mot barnet (misshandel, sexuella övergrepp) innan denna placering?

Flera svar kan anges.

(41)
☐ 1. Nej

(42)
☐ 1. Ja, i biologiskt hem

(43)
☐ 1. Ja, utanför hemmiljön

3.3 Förekomst av tidigare sammanbrott innan denna placering?

Flera svar kan anges.

(44) ☐ 1. Nej

(45) ☐ 1. Ja, i familjehem

(46) ☐ 1. Ja, i HVB

(47) ☐ 1. Framgår ej/osäkert

3.4 Huvudsakliga motiv i akten till att barnet kom i dygnsvård? Det som anges i beslutsunderlaget. *Flera svar kan anges.*

(48) ☐ 1. Omsorgssvikt i biologiskt hem

(49) ☐ 1. Övergrepp i biologiskt hem

(50) ☐ 1. Relationsproblem i biologisk familj

(51) ☐ 1. Barnet utstött/rymt

(52) ☐ 1. Barnet övergivet (inkl. förälder avliden)

(53) ☐ 1. Särskilt omsorgsbehov, t ex ADHD

(54) ☐ 1. Eget beteende

(55) ☐ 1. Familjerättslig konflikt

(56) ☐ 1. Våld i hemmet

(57) ☐ 1. Annat

(58) ☐ 1. Framgår ej/osäkert

4. Barnets förhållande vid placering

4.1 Tydlig förekomst av problem <u>hos barnet</u> enligt beskrivning i akt (avser vid denna placerings inledning)?

Flera svar kan anges.

(59) ☐ 1. Psykisk störning/diagnos (konstaterad)

(60) ☐ 1. Emotionella problem

(61) ☐ 1. Problem i förskola/skola

(62) ☐ 1. Funktionsnedsättning / begåvningsnedsättning / särskilt omsorgsbehov

(63) ☐ 1. Beteendeproblem (aggressivitet, stökighet o dyl)

(64) ☐ 1. Problem i kamratrelationer

(65) ☐ 1. Somatisk ohälsa

(66) ☐ 1. Annat, vad? _____

_____ (68-98)

(67) ☐ 1. Inget angivet

4.2 Barnpsykiatrisk utredning gjord i samband med denna placering?

(99) ☐ 1. Nej

☐ 2. Ja, av specialistpsykiatri (ej privatpraktiserande)

☐ 3. Ja, av extern (t.ex. privatpraktiserande eller på institution)

☐ 4. Framgår ej/osäkert

5. Planering enligt akt

5.1 Finns planering som är aktuell vid 12-årsdagen, för hur länge placeringen ska vara uttryckt i tidsbestämbara termer?

(100) ☐ 1. Nej

☐ 2. Ja, angivet i antal år ⌊__⌋ (101-102) månader ⌊__⌋ (103-104)

☐ 3. Ja, angivet på annat sätt (ange hur) _____

_____

_____

6. Under placeringen (de tre senaste åren innan 12-årsdagen) enligt akt

6.1 Har barnet avsevärda problem i skolan?

(105)

☐ 1. Nej

☐ 2. Ja, före 12-årsdagen

☐ 3. Ja, efter 12-årsdagen

☐ 4. Ja, både före och efter 12-årsdagen

☐ 5. Framgår ej/osäkert

6.2 Har barnet avsevärda problem med sin hälsa (psykisk eller fysisk)?

(106)

☐ 1. Nej

☐ 2. Ja, före 12-årsdagen

☐ 3. Ja, efter 12-årsdagen

☐ 4. Ja, både före och efter 12-årsdagen

☐ 5. Oklart

6.3 Har barnet fått behandling vid barnpsyk/BUP eller motsvarande?

(107)

☐ 1. Nej

☐ 2. Ja, barnpsyk/BUP före 12-årsdagen

☐ 3. Ja, barnpsyk/BUP efter 12-årsdagen

☐ 4. Ja, barnpsyk/BUP både före och efter 12-årsdagen

☐ 5. Ja, annan specialist före 12-årsdagen

☐ 6. Ja, annan specialist efter 12-årsdagen

☐ 7. Ja, annan specialist både före och efter 12-årsdagen

☐ 8. Oklart

6.4 Har barnet framfört att han/hon inte trivs i familjehemmet?

(108)

☐ 1. Nej

☐ 2. Ja, före 12-årsdagen

☐ 3. Ja, efter 12-årsdagen

☐ 4. Ja, både före och efter 12-årsdagen

☐ 5. Framgår ej/osäkert

6.5 Har familjehemmet framfört att de har/det är återkommande problem med barnets beteende i familjehemmet?

(109)

☐ 1. Nej
☐ 2. Ja, före 12-årsdagen
☐ 3. Ja, efter 12-årsdagen
☐ 4. Ja, både före och efter 12-årsdagen
☐ 5. Framgår ej/osäkert

6.6 Har familjehemmet framfört att de har/det är återkommande problem på annat sätt med barnet i familjehemmet?

(110)

☐ 1. Nej
☐ 2. Ja, före 12-årsdagen
☐ 3. Ja, efter 12-årsdagen
☐ 4. Ja, både före och efter 12-årsdagen
☐ 5. Framgår ej/osäkert

6.7 Har familjehemmet framfört att familjen återkommande påverkas negativt av att barnet är placerat hos dem?

(111)

☐ 1. Nej
☐ 2. Ja, före 12-årsdagen
☐ 3. Ja, efter 12-årsdagen
☐ 4. Ja, både före och efter 12-årsdagen
☐ 5. Framgår ej/osäkert

6.8 Har familjehemmet återkommande beskrivit barnet i påtagligt negativa termer under de senaste tre åren innan 12-årsdagen?

(112)

☐ 1. Nej
☐ 2. Ja, före 12-årsdagen
☐ 3. Ja, efter 12-årsdagen
☐ 4. Ja, både före och efter 12-årsdagen
☐ 5. Framgår ej/osäkert

6.9 Finns dokumenterat i akten att familjehemmet är ekonomiskt krävande (återkommande krav som rör ekonomisk ersättning, konflikter om ekonomi)?

(113)

☐ 1. Nej
☐ 2. Ja, före 12-årsdagen
☐ 3. Ja, efter 12-årsdagen
☐ 4. Ja, både före och efter 12-årsdagen
☐ 5. Framgår ej/osäkert

6.10 Finns dokumenterat i akten att man från socialtjänstens sida oroar dig för hur barnet har det i familjehemmet?

(114)

☐ 1. Nej

☐ 2. Ja, före 12-årsdagen

☐ 3. Ja, efter 12-årsdagen

☐ 4. Ja, både före och efter 12-årsdagen

☐ 5. Framgår ej/osäkert

6.11 Hur ofta träffar barnet sin <u>biologiska mor</u> under placeringen (gör en bedömning av hur huvudmönstret ser ut)?

(115)

☐ 1. Mycket tät kontakt (träffas minst varje vecka)

☐ 2. Tät kontakt (träffas varje månad/flera gånger per halvår)

☐ 3. Gles/sporadisk kontakt (några gånger per år eller mer sällan)

☐ 4. Mycket omväxlande, går inte att se något huvudmönster

☐ 5. Träffas inte alls

☐ 6. Framgår ej/osäkert

6.12 Hur ofta träffar barnet sin <u>biologiska far</u> under placeringen (gör en bedömning av hur huvudmönstret ser ut)?

(116)

☐ 1. Mycket tät kontakt (träffas minst varje vecka)

☐ 2. Tät kontakt (träffas varje månad/flera gånger per halvår)

☐ 3. Gles/sporadisk kontakt (några gånger per år eller mer sällan)

☐ 4. Mycket omväxlande, går inte att se något huvudmönster

☐ 5. Träffas inte alls

☐ 6. Framgår ej/osäkert

6.13 Har barnet syskon (biologiska hel- eller halvsyskon) utanför familjehemmet?

(117)

☐ 1. Nej → Gå till fråga 6.15

☐ 2. Ja

☐ 3. Framgår ej/osäkert → Gå till fråga 6.15

6.14 Hur ofta träffas syskon (biologiska hel- eller halvsyskon) under placeringen (gör en bedömning av hur huvudmönstret ser ut)? Om barnet har flera syskon, ange mönstret för det syskon som barnet träffar oftast.

(118)

☐ 1. Mycket tät kontakt (träffas varje vecka)

☐ 2. Tät kontakt (träffas varje månad/flera gånger per halvår)

☐ 3. Gles/sporadisk kontakt (några gånger per år eller mer sällan)

☐ 4. Mycket omväxlande, går inte att se något huvudmönster

☐ 5. Träffas inte alls

☐ 6. Framgår ej/osäkert

6.15 Hur ofta har man från socialtjänstens sida besökt familjehemmet innan barnets 12-årsdag (gör en bedömning av hur huvudmönstret ser ut)?

(119)

☐ 1. Några gånger per år

☐ 2. Årligen

☐ 3. Enstaka gånger eller inte alls

☐ 4. Varierar starkt

☐ 5. Framgår ej/osäkert

6.16 Hur ofta har man från socialtjänstens sida besökt familjehemmet efter barnets 12-årsdag (gör en bedömning av hur huvudmönstret ser ut)?

(120)

☐ 1. Några gånger per år

☐ 2. Årligen

☐ 3. Enstaka gånger eller inte alls

☐ 4. Varierar starkt

☐ 5. Framgår ej/osäkert

7. Sammanbrott enligt akt

7.1 Slutade placeringen med sammanbrott? Se definitioner på sista sidan.

(121)

☐ 1. Nej, inget sammanbrott

☐ 2. Ja, tydligt sammanbrott

☐ 3. Ja, misstänkt sammanbrott, ad hoc typ

☐ 4. Ja, definitionsmässigt tveksamt sammanbrott (föräldrar tar tillbaka samtycke)

☐ 5. Ja, definitionsmässigt tveksamt sammanbrott (barn från 15 år tar tillbaka samtycke)

7.2 Om sammanbrott, hur länge hade placeringen varat när sammanbrottet skedde?

År ⌊__⌋ (122-123) **Månader** ⌊__⌋ (124-125)

7.3 Barnets ålder när sammanbrottet skedde? ⌊__⌋ (126-127)

Barnets ålder anges i närmaste jämna år (t.ex.
5 år och 4 månader blir 5 år, 7 år och 9 månader blir 8 år).

7.4 Om sammanbrott i någon form, belägg med ordagrant citat ur aktmaterial, ange också källa och datum.

7.5 Sammanbrottstolkning till handledningssamtal/konsensussamtal?

(128)

☐ 1. Nej

☐ 2. Ja

Anteckningar från handledningssamtal/konsensussamtal

7.6 Om sammanbrott, vem är det – huvudsakligen – som avbryter placeringen?

(129)

☐ 1. Familjehemmet

☐ 2. Socialtjänsten

☐ 3. Barnet

☐ 4. Föräldrarna

☐ 5. Ingen tydlig (eller ensam) huvudaktör

8. Vårdens avslutning enligt akt

8.1 Vart gick barnet efter placeringens avslutande?

(130)

☐ 1. Hem
☐ 2. Annat familjehem
☐ 3. HVB
☐ 4. Annat
☐ 5. Framgår ej/osäkert
☐ 6. Kvar i vård

8.2 Typ av exit från placeringen?

(131)

☐ 1. Ingen exit, kvar i vård vid uppföljningstiden slut
☐ 2. Planerad flytt hem eller till eget boende (ej sammanbrott eller omplacering)
☐ 3. Omplacering men ej sammanbrott (planerad flyttning till annan vårdmiljö)
☐ 4. Sammanbrott i någon form men ej omplacering (gick hem eller till eget boende)
☐ 5. Sammanbrott i någon form och omplacering / placerades i ny vårdmiljö

9. Familjehemmet (vid barnets 12-årsdag) enligt akt

9.1 Typ av familjehem?

(132)

☐ 1. Familjehem rekryterat av kommunen
☐ 2. Nätverkshem men inte släkt
☐ 3. Före detta kontaktfamilj (ej släkt/nätverk)
☐ 4. Konsulentstött familjehem eller liknande
☐ 5. Jourhem
☐ 6. Släktinghem
☐ 7. Framgår inte/osäkert

9.2 Avstånd mellan familjehemmet och barnets hemort (den kommun som placerade):

(133)

☐ 1. Mindre än 10 mil
☐ 2. 10–29 mil
☐ 3. 30 mil eller mer
☐ 4. Framgår inte/osäkert

9.3 Är familjehemmet utrett enligt särskild metod?

(134)

☐ 1. Ja, framgår tydligt att Kälvesten-metoden använts

☐ 2. Ja, framgår tydligt att Pride-metoden använts

☐ 3. Ja, framgår tydligt att annan metod använts. Vilken? _____ (135-155)

☐ 4. Nej, framgår tydligt att ingen särskild metod använts

☐ 5. Framgår ej/osäkert

9.4 Bestod familjehemmet av en ensamstående vuxen (vid barnets 12-årsdag)?

(156)

☐ 1. Nej

☐ 2. Ja

☐ 3. Framgår ej/osäkert

9.5 Har familjehemmet haft andra fosterbarn tidigare (vid barnets 12-årsdag)?

(157)

☐ 1. Nej

☐ 2. Ja

☐ 3. Framgår ej/osäkert

9.6 Har familjehemmet egna barn som är mer än 3 år yngre än fosterbarnet?

(158)

☐ 1. Nej

☐ 2. Ja

☐ 3. Framgår ej/osäkert

9.7 Har familjehemmet egna barn i samma ålder som fosterbarnet (± 3 år)?

(159)

☐ 1. Nej

☐ 2. Ja

☐ 3. Framgår ej/osäkert

9.8 Har familjehemmet samma modersmål som barnet?

(160)

☐ 1. Nej

☐ 2. Ja

☐ 3. Framgår ej/osäkert

Definition av sammanbrott

Observera att **vårdnadsöverflyttningar** betraktas som fortsatt familjehemsvård.

Med sammanbrott menar vi att **en placering i dygnsvård avslutas oplanerat.** Kärnpunkten är att vården avslutas på ett sådant sätt och ibland vid en sådan tidpunkt att det är uppenbart att detta inte är vad man tänkt sig från social-tjänstens sida. Vården upphör därför att något i vårdmiljön inte fungerar, inte därför att målet med vården är uppnått.

Tydliga sammanbrott föreligger när någon av vårdgivarna (fosterhem eller institution) avbryter vården, ungdomen själv rymmer eller vägrar stanna kvar i vård vilket leder till att den upphör, eller när socialtjänsten avbryter på grund av missnöje med vårdmiljön.

Det finns ett antal situationer där det är tveksamt om det som lett till att vården upphör kan ses som ett sammanbrott eller ej.

Definitionsmässigt **tveksamma sammanbrott:** Till denna grupp förs de ofta svårbedömda fall där placeringen bygger på att föräldrarna samtyckt till vården, men där de sedan plötsligt har ändrat sig och vill att vården upphör. Situationen kan i vissa fall ses som ett sammanbrott, men det beror i stor utsträckning på anledningen till att föräldrarnas ändrade uppfattning. Om det i akterna framgår att det finns konflikter med vårdgivaren eller missnöje på annat sätt, kan det finnas anledning att se det som ett sammanbrott. Detta gäller också om det framgår att barnet ur sitt perspektiv uppfattar situationen som att placeringen havererat.

Misstänkta sammanbrott: Hit hör de fall där alla inblandade parter i stunden förefaller överens om att vården skall upphöra, men det finns starka skäl att tro att det rör sig om en ”omdefiniering” av något som egentligen är ett sammanbrott. Det framgår av akten att socialtjänsten en kort tid innan vården avbryts, bedömt att barnet hade stort behov av vård under en längre tid. Ett par månader senare har man snabbt och radikalt ändrat sin bedömning och barnet flyttar hem under skenbar enighet från socialtjänst, barnet själv, föräldrar och vårdgivare. Det är inte i formell mening ett avbrott i vården i strid med socialtjänstens aktuella planering, men omständigheterna i ärendet är sådana att man kan misstänkas att det i själva verket är ett sammanbrott. Det är troligt att man i denna situation ändrat planeringen så att den skall passa ihop med det som redan är ett faktum, nämligen att vården måste avbrytas. Det som i akten beskrivs som att alla vill att vården skall upphöra är en ad hoc-lösning, som döljer att vårdgivare eller socialtjänst i realiteten ”gett upp” eller på annat sätt brutit den ursprungliga planeringen.