

DEN PSYKISKA HÄLSAN HOS BARN OCH UNGDOMAR PLACERADE I
FAMILJEHEM

En kvantitativ studie på 38 familjehemsplacerade barn och ungdomar

Björn Kronvall

Nils-Axel Pihlblad

Psykologexamensuppsats Vol. VIII (2006):30

Handledare: Mats Fridell

Examinator: Per Johnsson

Kronvall, B., & Pihlblad, N.A. (2006). *Den psykiska hälsan hos barn och ungdomar placerade i familjehem*. Psykologexamensuppsats, Institutionen för Psykologi, Lunds Universitet. Vol. VIII (2006):30

Abstract

This study examines the mental health of a group of children placed in fostercare in a large city in southern Sweden. 42 children and youths ages 11-20 were selected from a cohort of 52 who at some point during 2005 were placed in fostercare.

The Youth Self Report (YSR) was administered to the children while one of their fosterparents filled out the Child Behavior Checklist (CBCL). The Teachers Report Form (TRF) was completed by the child's teacher. Additional data was collected from the social services archives.

On the CBCL and TRF total problem scales 23 % of the group were found to be within clinical range. On the YSR total problem scale however, only 9 % of the group were within clinical range.

The children were also found to consume healthcare for psychological problems in a larger extent than a normal group. Almost 1/3 of the group were subject to some kind of special education program.

Keywords: Fostercare, fosterhome, children, mental health, Youth self report, YSR, Child behavior checklist, CBCL, Teacher's report form, TRF.

Kronvall, B., & Pihlblad, N.A. (2006). *Den psykiska hälsan hos barn och ungdomar placerade i familjehem*. Psykologexamensuppsats, Institutionen för Psykologi, Lunds Universitet. Vol. VIII (2006):30

Sammanfattning

Denna studie undersöker och beskriver den psykiska hälsan hos en grupp barn och ungdomar placerade i familjehem i en större stad i södra Sverige. 42 barn och ungdomar i åldrarna 11 till 20 år valdes ut från en kohort bestående av 52 som vid något tillfälle under 2005 befann sig placerade i familjehem.

Till barnen administrerades Youth Self Report (YSR), till en av familjehemsföräldrarna Child Behavior Checklist (CBCL) och till barnens lärare Teacher's Report Form (TRF). Data från barnens socialakter samlades också in.

Totala problemskalorna för CBCL och TRF visade att andelen barn på klinisk nivå uppgick till 23 % medan motsvarande siffra för YSR var 9 %. Resultaten visade också att barnen i större utsträckning än normalgrupp förbrukade sjuk- och elevvård p.g.a. psykiska problem. Nästan 1/3 av gruppen hade någon form av särskilda stödinsatser i skolan.

Nyckelord: Familjehem, barn, psykisk hälsa, Youth self report, YSR, Child behavior checklist, CBCL, Teacher's report form, TRF.

Först ett tack till vår handledare Mats Fridell för hans vägledning i den kliniska forskningsvärlden. Vi vill tacka alla medverkande, inte minst barnen, vars deltagande gjort studien möjlig. Tack till ansvarig psykolog och vår uppdragsgivare i den berörda organisationen samt personal inom socialtjänsten utan vars hjälp studien aldrig hade blivit av. Författarna vill också tacka Bo Vinnerljung för värdefulla synpunkter. Avslutningsvis vill vi tacka våra familjer för visat tålamod och stöd under resans gång.

Innehåll

Teori	1
<i>Svenska studier</i>	1
<i>Utländska studier</i>	4
<i>Sammanfattning av tidigare forskning</i>	8
Syfte	8
Metod	8
<i>Urvalet</i>	8
<i>Upplägg</i>	9
<i>Implementering av studien</i>	10
<i>Spårning/Framtagande av kontaktinformation</i>	11
<i>Informationsbrev</i>	11
<i>Testinstrument</i>	12
<i>Intervjun med barnen</i>	16
<i>Intervjun med familjehemsföräldern</i>	16
<i>Inhämtande av lärarskattningen</i>	17
<i>Data från socialtjänstens akter</i>	17
Resultat	17
<i>Bortfall</i>	24
Diskussion	24
<i>Förslag till vidare forskning</i>	29
Referenser	30
Bilaga A-H	33

I en kunskapsöversikt av Marianne Cederblad, professor emeritus i barn- och ungdomspsykiatri vid Lunds Universitet, konstateras att 4-5 % av alla barn i Sverige någon gång under sin uppväxt varit placerade i social dygnsvård utanför det egna hemmet, vanligtvis i familjehem (Cederblad, 2005).

Statistik från Socialstyrelsen rörande socialtjänstinsatser för barn och ungdomar berättar att drygt 20 200 barn och unga i Sverige någon gång under 2004 var föremål för heldygnsinsatser. 10 200 av dessa fick vård med stöd av socialtjänstlagen (SoL), 4 500 fick vård enligt lagen om vård av unga (LVU) och nästan 200 barn och ungdomar blev akut omhändertagna enligt LVU (Socialstyrelsen, 2005a). Familjehem var den vanligaste placeringsformen. Vid ett givet datum under 2004 befann sig 2 925 (65 %) av de LVU vårdade och 7 854 (77 %) av de SoL vårdade barnen i familjehem. Detta innebär att totalt 10 779 barn och ungdomar i Sverige befann sig i familjehem vid detta mätillfälle 2004.

Teori

Psykisk hälsa kan bedömas utifrån flera olika perspektiv. Författarna har valt att definiera psykisk hälsa utifrån förekomsten av problem snarare än salutogena faktorer eller kompetensområden. Dessa problem är dels av beteendekaraktär såsom aggressivt och normbrytande beteende samt uppmärksamhetsproblematik. Den andra aspekten rör barnets inre mående; ångest, depressivitet, somatiserande, tillbakadragenhet samt relationella problem.

Svenska studier

Vid närmare granskning har författarna endast funnit enstaka studier från Sverige som specifikt undersökt den psykiska hälsan hos barn placerade i familjehem. Dessa studier har genomförts på små material och är av longitudinell typ. Författarna har inte funnit någon svensk studie baserad på de testinstrument som använts i detta arbete. Detta bekräftas också vid ett samtal med professor Bo Vinnerljung på Epidemiologisk Centrum (EpC), Socialstyrelsen i Stockholm (muntlig kommunikation, juni 2005 samt 060410). Vinnerljung har i ett flertal stora registerstudier samt i forskningsöversikter beskrivit svenska fosterbarns (äldre benämning på familjehemsplacerade barn) situation.

Vinnerljung undersökte specifikt i den s.k. Syskonstudien familjehemsbarnens situation i vuxen ålder avseende ett flertal variabler såsom hälsa, utbildningsnivå, egen försörjningsförmåga, kriminalitet och mortalitet m.fl. Han jämförde data med de placerade barnens syskon och halvsyskon som växt upp i familjen, men som inte blivit föremål för samhällsvård (Vinnerljung, 1996). Resultaten visade att både de placerade barnen och deras syskon, såväl pojkar som flickor, klarade sig sämre på ett flertal variabler med en svagare vuxenanpassning jämfört med normalpopulationen som följde. Avseende mortalitet fann han att de samhällsvårdade barnen i vuxen ålder hade en överdödlighet framförallt av skador och suicid. Slutsatsen av resultaten blev att långvarigt placerade fosterbarn som vuxna riskerar att bli lika marginaliserade och utsatta som sina icke-placerade syskon, trots att de samhällsvårdats under en stor del av sin uppväxt. I en nyligen publicerad registerstudie baserad på nästan 1 miljon svenskar fann man att samhällsvårdade barn löpte 5-8 gånger större risk än normalpopulation att ha vårdats inom sjukvården för allvarliga psykiska störningar i tonåren samt 4-5 gånger större risk att ha vårdats för suicidförsök något tillfälle under livet (Vinnerljung, Hjern & Lindblad, 2006).

I den s.k. Sammanbrottsstudien för familjehems- och institutionsplaceringar i tonåren (Vinnerljung, Sallnäs & Westermarck, 2001) fann man att 18 % av ungdomarna uppgavs ha psykiska problem, fördelat på 22 % av pojkarna och 14 % av flickorna. Gunvor Andersson följde under mer än 10 års tid 29 barn i åldrarna 0-4 år som placerades på Enebackens barnhem i Malmö mellan 1980 och 1981, (refererad i Cederblad, 2005, s 71). Utöver data från vistelsen på barnhemmet gjordes det uppföljningar 3 och 9 månader samt 2 år efter utskrivning samt efter 5 respektive 10 år. Forskningsfokus låg på anknytningen mellan mamma och barn samt barnets anpassningsprocesser d.v.s. dess anknytningsbeteende till personalen på barnhemmet. Tretton av barnen bedömdes ha en god kontakt med modern före och under vistelsen. Vid 3- respektive 9-månaders-uppföljningen efter utskrivning från barnhemmet fann Andersson att 15 av barnen bodde med modern, 16 hade placerats i familjehem. Av barnen i familjehemmen fungerade de bäst som hade kontakt med sina biologiska mödrar och där dessa samarbetade konfliktfritt med familjehemsföräldrarna. Vid 5-årsuppföljningen undersöktes 21 av de ursprungliga 29 barnen genom att modern och familjehemsmodern

skattade barnet med en symtomlista. Resultatet visade att barnen på gruppnivå inte avvek från en normalgrupp avseende beteendeproblem. Fyra barn hade höga poäng på symtomlistan och hade samtliga kontakt med barn – och ungdomspsykiatri eller psykologkontakt på barnavårdscentral. Vid 10-årsuppföljningen hade 7 barn stora beteendestörningsproblem och ett flertal hade måttligt höga poäng och beskrevs som beteendestörda och olyckliga. Andersson konstaterade att de som hade anknytning till såväl biologisk familj/släktingar som till familjehemmet, mådde bäst.

Cederström (refererad i Cederblad, 2005, s 69) publicerade 1990 en longitudinell studie genomförd på 25 barn i åldrarna 4-12 år som i början av 1980-talet familjehemsplacerades i Malmö kommun. Hon undersökte relationen förälder- barn samt barnets utveckling och relation till familjehemmet. Hon konstaterade att trots ett gott omhändertagande hos familjehemsföräldrarna räckte inte detta till för att förbättra barnens utveckling, mycket beroende på att det negativa relationsmönstret upprepades i familjehemmet. Vid 2-årsuppföljningen befann sig 14 av de 25 barnen kvar i familjehemmet. Cederström fann att det var de mer välfungerande barnen som fanns kvar. Barnen med svårare känslomässiga problem hade återvänt till sina föräldrar. Cederström ansåg att det stora flertalet av de undersökta barnen var i behov av psykoterapi och att enbart familjehemsvistelsen i sig inte var tillräcklig för att ha en positiv inverkan på barnens utveckling.

Lindén undersökte 27 tonåringar i åldrarna 13 -16 år som placerades i familjehem 1981 – 1982, också i Malmö kommun. Vid 2-årsuppföljningen befann sig 7 av 27 ungdomar kvar i familjehemmen medan mer än hälften av placeringarna, 15 av 27, hade avbrutits i förtid. Återstående 5 placeringar hade fullföljts enligt planeringen. Det visade sig att de familjehem som bedömts vara mest empatiska vid den första undersökningen hade lyckats behålla ungdomen i placeringen. Lindén drog slutsatsen att ungdomarna efter 2 år i familjehem inte utvecklats emotionellt eller relationellt, men förbättrats socialt sett (refererad i Cederblad, 2005, s 69).

Vid ett pilotprojekt intervjuades 108 familjehemsplacerade barn i åldrarna 5-20 år av socialsekreterare i 4 storstadskommuner då frågebatteriet Looking after Children System (LACS) utvärderades (Bergman, 2000 refererad i Cederblad, 2005, s 78). Resultatet

visade att mer än 50 % av barnen hade skolproblem, 67 % hade hälsoproblem och 50 % uppvisade beteende- och känslomässiga problem.

I en svensk studie baserad på 34 barn i 30 familjehem undersökte Sundell och Thunell (1997) om olika former av rekrytering och utbildning av familjehem kunde relateras till de placerade barnens utveckling och familjehemmens upplevelser av sitt arbete.

I studien ingick en mätning av barnens psykosociala status med hjälp av Cederblad och Hööks Symtominventeringslista som fylldes i av familjehemsföräldrarna. Sundell och Thunell fann att 17 barn (50 %) översteg den kritiska nivån d.v.s. var i behov av professionell hjälp.

Med intentionen att skapa rutiner för återkommande undersökningar av den allmänna psykiska hälsan hos barn i Sverige, genomförde Socialstyrelsen under 2003 och 2004 en pilotstudie i 21 kommuner. Denna omfattade mer än 10 000 elever i årskurserna 6 till 9.

Man använde sig av ett sammansatt frågeformulär bestående av tre olika undersökningsinstrument; Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ / Styrkor och Svårigheter), Kidscreen samt ett frågeformulär gällande psykosomatiska besvär.

Ett av huvudfynden var att den psykiska hälsan varierade mellan olika stadsdelområden. I Göteborg fann man bl.a. att andelen ungdomar med besvär vara mer än dubbelt så hög i vissa stadsdelar jämfört med andra. Man fann också att flickor i större utsträckning än pojkar har psykosomatiska besvär samt att besvär av denna typ ökar med ungdomarnas ålder, något som gällde båda könen (Socialstyrelsen, 2005b).

Larsson och Frisk (1999) genomförde en svensk normering av 1991-års version av Child Behavior Checklist (CBCL) vilket är ett skattningsinstrument som mäter olika aspekter av barnets kompetenser samt problemområden. Se tabell 1, s. 12 för reliabilitets och validitetsdata för CBCL. CBCL administrerades åt föräldrarna till 1 308 skolbarn i åldrarna 6 -16 år. De fann att 2 % av dessa skolbarn under det senaste året fått någon form av sjuk- eller elevvård för psykiska problem.

Utländska studier

Gällande nordiska förhållanden finns det en studie från Norge, där man jämfört den psykiska hälsan hos två grupper barn i familjehem; släktingplacerade respektive inte-släktingplacerade (Holtan, Rønning, Handegård & Sourander, 2005). Man undersökte

bl.a. om det fanns skillnader mellan grupperna avseende tidigare antal placeringar, ålder vid första placering, familjehemmens sociala status och utbildningsnivå, hur kontakten med biologiska föräldrar såg ut samt om barnet placerats i nära anslutning till den biologiska familjens hemkommun. Barnens mående skattades genom att familjehemsföräldrarna fick fylla i CBCL. Den svenska normeringen för 1991 versionen av CBCL användes. Totalt kom 214 barn i åldrarna 4- 13 år att ingå i studien. 234 familjehemsföräldrar med släktinganknytning tillfrågades, av dessa medverkade 124 vilket motsvarar ett bortfall på 47 %. Motsvarande bortfall för familjehem utan släktinganknytning var 53 %. Forskarna fann att 35,8 % av de släktingplacerade barnen och 51,8 % av de inte- släktingplacerade barnen befann sig på gränsområdes- eller klinisk nivå (d.v.s. 60 T-poäng eller mer) på den totala problemskalan i CBCL. Man fann signifikanta samband mellan variablerna höga poäng på den totala problemskalan och manligt kön samt placering i familjehem geografiskt beläget utanför den biologiska familjens hemkommun. Man fann dock inget signifikant samband mellan släkting - kontra inte- släktingplacering och höga poäng på totala problemskalan. En svaghet i denna studie är dess höga bortfall vilket kan vara ett utslag av en selektionseffekt. Vad gäller utomnordiska studier har författarna funnit att merparten av dessa är amerikanska.

Leslie, Landsverk, Ezzet-Lofstrom, Tschann, Slymen, och Garland (2000) menar att befintliga studier, främst amerikanska, visar på att 35-85 % av de barn som tas om hand i fosterhem (foster care) har allvarliga problem med sin mentala hälsa. Då dessa problem är av olika art och mäts på olika vis i de olika studierna utgår man inte från någon samlad definition. De skriver också med hänvisning till tidigare studier (Swive & Kavalier, 1978; White, Benedict & Jaffe, 1987 refererad i Leslie m.fl., 2000, s 467) att barn placerade i fosterhem löper högre risk att utveckla psykopatologi jämfört med andra barn med liknande demografisk bakgrund.

Leslie m.fl. (2000) distribuerade CBCL och samlade in annan information bl.a. kring vårdkonsumtion för 480 barn (2-17 år) då de placerades i fosterhem i San Diego, USA. 45 % av barnen hade poäng på CBCLs totala problemskala som låg över normalnivån, d.v.s. 60 T-poäng eller mer. De fann att barnens vårdkonsumtion stadigt ökade med

åldern samt att de barn som placerats hos släktingar hade en mindre konsumtion av psykiatrisk vård än de som inte var placerade hos släktingar.

Leslie m.fl. (2000) argumenterar för användandet av CBCL, d.v.s. skattning utförd av vårdnadshavaren, snarare än självskattning när det gäller att mäta hur barnets hälsa kan relateras till konsumtionen av psykiatrisk vård. De menar att det i allmänhet är föräldrarna eller andra vuxna som avgör om barnets problem är så allvarliga att man måste söka hjälp.

Newton, Litrownik, och Landsverk (2000) studerade sambandet mellan beteende och omplaceringar för barn i fosterhem. 415 amerikanska barn i åldrarna 2-17 år deltog i studien. De hade alla varit placerade i minst 5 månader. CBCL distribuerades efter ca 5 månaders placering samt en andra gång efter ca 17 månader. 58 % av de barn som deltog i studien låg över normalnivån (d.v.s. 60 T-poäng eller mer) på någon av de tre CBCL skalorna internalisering, externalisering eller totala problemskalan vid första mättillfället. Antalet omplaceringar var för denna grupp barn högre. För de barn som ursprungligen låg inom normal nivå på CBCL skalorna fanns en positiv korrelation mellan mängden omplaceringar och deras senare resultat på dessa skalor ($r = .244- .260, p < .001$). Ingen korrelation fanns mellan antal omplaceringar och deras första CBCL resultat. Då man kontrollerade för resultatet vid första mättillfället med CBCL visade det sig att antal omplaceringar var en signifikant prediktor för CBCL resultatet i slutet av studien. Fler omplaceringar verkar alltså ha lett till mer problem.

Heflinger, Simpkins och Combs-Orme (2000) gör i sin artikel en översikt över ett antal studier som använt sig av CBCL för att undersöka hälsan hos familjehemsplacerade barn och ungdomar. Av dessa studier var 13 amerikanska, 2 kanadensiska och 1 belgisk. De olika studierna rapporterade sina CBCL resultat på olika vis. En del rapporterade hur stor andel av den undersökta gruppen som låg på klinisk nivå på testets olika skalor (total, internalisering och externalisering). Andra rapporterade medelvärden för de olika skalorna, antingen i T-poäng eller rå-poäng. Alla studierna presenterade inte resultat på alla de tre huvudskalorna. Några presenterade bara resultatet på den totala problemskalan medan andra bara rapporterade resultat på internalisering och externalisering. För de amerikanska studier som presenterade hur stor andel av den undersökta gruppen som befann sig på klinisk nivå, låg siffran mellan 31 % och 71 %.

Nämnvärt är att den studie som hade den högsta andelen klinisk nivå, d.v.s. 71 % (Bickman m.fl., 1997 refererad i Heflinger, Simpkins & Combs-Orme, 2000, s 61) genomfördes med en grupp barn och ungdomar som identifierats vara i behov av hjälp. Studien med den lägsta andelen, d.v.s. 31 % (Urquiza m.fl., 1994, refererad i Heflinger, Simpkins & Combs-Orme, 2000, s 60) genomfördes på en grupp utan tidigare identifierade problem. En av de kanadensiska studierna (Moffatt m.fl., 1985 refererad i Heflinger, Simpkins och Combs-Orme, 2000, s 58) rapporterade att 13 % av de testade barnen fick poäng på någon av CBCL skalorna som indikerade patologi. Den belgiska studien (Hellinckx & Grietens, 1994 refererad i Heflinger, Simpkins och Combs-Orme, 2000, s 60) rapporterade 41 % andel kliniska resultat på CBCLs totalskala, 21 % på internaliseringsskalan och 37 % på externaliseringsskalan. De sex amerikanska studier som presenterat medelvärden i T-poäng låg på medelvärden mellan 54 och 68 för den totala problemskalan samt 53-65 på internaliseringsskalan och 54-68 på externaliseringsskalan. Den studie som låg högst på internalisering (Clark m.fl., 1994, refererad i Heflinger, Simpkins och Combs-Orme, 2000, s 59) stack ut då den genomförts på barn som screenats för att ta ut dem som hade mentala problem.

I en nationellt övergripande studie från USA bestående av 462 fosterhemsplacerade barn i åldrarna 2-15 år fann forskarna att 47 % av barnen hade värden på eller över 64 T-poäng d.v.s. den kliniska cut-off nivån (Leslie, Hurlburt, Landsverk, Barth, & Slymen, 2004). Man fann att ungdomarna i åldergruppen 11-15 år utnyttjat psykiatrisk hjälp i större utsträckning än de yngre barnen.

I en studie på 302 barn i åldrarna 6-12 år, placerade i någon form av samhällsvård utanför det egna hemmet i Los Angeles området administrerades CBCL (Zima, Bussing, Freeman, Yang, Belin & Forness, 2000). Man fann att medelvärdena för hela gruppen på internaliseringsskalan var $T = 53$, på externaliseringsskalan $T = 55$ samt för den totala problemskalan $T = 55$. Man undersökte också barnens skolproblem och fann att 13 % av barnen gått om en eller flera årskurser.

Samtliga av de ovan nämnda studier som använt sig av CBCL har använt versionen från 1991.

Sammanfattning av tidigare forskning

Sammanfattningsvis konstaterar författarna att det råder en brist på svenska studier som använt sig av standardiserade instrument för att undersöka familjehemsbarns situation och som generellt tittat på den psykiska hälsan i denna grupp. Internationellt finns däremot ett antal större studier, främst amerikanska, av denna typ. Problemet är att dessa resultat är svåra att generalisera till svenska förhållanden. Dels p.g.a. kulturella olikheter, hur man ser på psykisk hälsa och ohälsa men också beroende på strukturella, organisatoriska och juridiska skillnader i hur man hanterar den här gruppen barn. En del av studierna är också behäftade med svagheter såsom stora bortfall eller troliga selektionseffekter. Författarna har inte funnit någon publicerad studie som använt sig av 3 informanternas bedömningar av familjehemsbarnens psykiska hälsa.

Syfte

Detta är en deskriptiv studie som syftar till att med standardiserade instrument systematiskt undersöka och beskriva den psykiska hälsan hos en grupp barn och ungdomar placerade i familjehem i en större stad i södra Sverige.

Metod

Urvalet

Kohorten bestod av 52 barn och ungdomar som vid något tillfälle under 2005 befann sig i familjehem i den aktuella stadsdelen. Av dessa vårdades 16 (31 %) enligt Lagen om Vård av Unga (LVU) och 36 (69 %) i vård enligt Socialtjänstlagen (SoL). Då testning av den yngre åldersgruppen hade krävt andra testverktyg uteslöts alla barn under 11 år, vilket var 10. Återstod gjorde således en grupp på 42 barn och ungdomar i åldrarna 11 till 20 år, fortsättningsvis kallad urvalet.

Urvalet (n = 42) bestod av 25 (60 %) flickor och 17 (40 %) pojkar. Av dessa vårdades 25 (60 %) barn enligt SoL och 10 (24 %) barn enligt LVU.

Under 2005 avslutades samhällsvården för 7 (17 %) av barnen. Av dessa flyttade 4 myndiga ungdomar till eget eller annat boende. Ett av barnen överfördes till annan

myndighetsutövande stadsdel och i 2 av fallen övertog familjehemsföräldrarna juridiskt sett vårdnaden om barnet. Det fanns 3 syskonpar i urvalet samt ett kusinpar.

Åtta ungdomar (19 %) var i juridisk mening myndiga, d.v.s. över 18 år vid studiens början. Som nämnts ovan, avslutade 4 av dessa under 2005 sin familjehemsplacering, resterande 4 ungdomar var alltjämt i samhällsvård.

Skäl för placeringarna var för det stora flertalet brister i omsorgen, ibland i kombination med misshandel av barnet.

Åtta av barnen (19 %) varav 6 från Afrika, 1 från Asien samt 1 från Europa, var placerade av humanitära skäl. De hade kommit till Sverige definierade som ensamt kommande flyktingbarn eller blivit övergivna av förälder som återvänt till hemlandet. Femton av de 42 barnen (36 %) var placerade i en s.k. släktingplacering, i det aktuella urvalet företrädesvis mormödrar eller mosttrar till barnet.

För 10 av de 42 barnen (24 %) var en eller båda föräldrarna avlidna, flertalet innan familjehemsplaceringen påbörjades.

Upplägg

Studien har utformats i samarbete med kliniskt verksamma psykologer samt utförts på uppdrag av den aktuella socialtjänstorganisationen. Författarna anställdes för att genomföra denna studie som ett led i uppföljningen av den pågående verksamheten. Som ansvarig står en legitimerad psykolog knuten till ovan nämnda organisation. En formell etikprövning av Etikprövningsnämnden i Lund har inte bedömts nödvändig, då författarna haft en formell anställning i organisationen samt hanterat alla data under tjänstemannaansvar.

Det bestämdes att resultatet i kartläggningen skulle redovisas anonymt på gruppnivå samt att ingen information om det enskilda barnet skulle återkopplas till barnet själv, biologiska föräldrar, familjehemsföräldrar eller berörda socialsekreterare.

Alla barn och ungdomar i urvalet inkluderades i kartläggningen oavsett placeringsanledning eller om de av socialtjänsten ansågs vara svårtestade eller oförmögna att medverka p.g.a. eventuella handikapp. Valet att testa alla barn i urvalet gjordes också för att försöka undvika någon form av systematik avseende vilka som inte skulle tänkas

ingå. Man visste därmed inte vid kartläggningens början om barnen av olika skäl inte skulle kunna medverka själva.

För att få en så komplett bild som möjligt av barnens psykiska hälsa ville författarna använda flera informanternas bedömningar. Det var också angeläget att barnen själva skulle få komma till tals. Valet av instrument föll på *ASEBA School-age forms and profiles*, skapade av Thomas Achenbach (Achenbach & Rescorla, 2001), som mäter beteendemässiga och emotionella problem hos barn och ungdomar. Dessa skalor bygger på omfattande forskning och har använts kliniskt i snart 30 år. Här innefattas tre formulär utformade för olika informanter. Alla barn i urvalet var tänkta att skatta sig själva genom att fylla i Youth Self Report (YSR). Familjehemsföräldrarnas skattning av de placerade barnen skedde genom Child Behavior Check List (CBCL). Barnets lärare fick fylla i Teachers Report Form (TRF). Se tabell 1, s. 12 för reliabilitets och validitetsdata för dessa test.

Till de 8 åldersmässigt myndiga barnen administrerades endast YSR då flertalet av dessa inte längre bodde kvar i familjehemmet eller befann sig i någon form av skolmiljö.

Författarna valde dessutom att använda YSR på denna grupp trots att flertalet av dem var äldre än vad formuläret föreskriver. Detta för att få ett enhetligt resultat.

Implementering av studien

En enkät med 9 frågor (bilaga A) delades ut vid två informationsträffar till berörda ärende- och familjevårdssekreterare i november 2005. Avsikten var att bilda ett informationsunderlag inför mötet med barnen och familjehemsföräldrarna. Vid träffarna informerades om syftet med kartläggningen och dess tillvägagångssätt. Det informerades om vilka barn/ungdomar som ingick i urvalet och de socialsekreterare som var vårdansvariga i respektive ärende och/eller som ansvarade för kontakten med familjehemsföräldrarna ombads att fylla i enkäten. Enkäterna samlades in av socialsekreterarnas närmaste chef. Gällande några barn kom enkäter in från båda grupperna av socialsekreterare. Inom en månad hade uppgifter om alla barn/ungdomar utom 3 kommit in. I några fall avrådde socialsekreterarna från att testa barnen, men i samråd med uppdragsgivaren beslutades att alla ändå skulle testas.

Spårning/Framtagande av kontaktinformation

Uppdragsgivaren ansvarade för att ta fram adresser och telefonnummer till utflyttade ungdomar i eget boende, berörda biologiska föräldrar och vårdnadshavare samt till familjehemmen. Ytterligare kompletteringar till denna lista gjordes av författarna via uppgifter från socialakterna. Till några biologiska föräldrar fanns det inga aktuella adresser att tillgå i socialakterna. Vid ett tillfälle var det nödvändigt att kontakta familjehemmet för att få upplysningar om den biologiska förälderns aktuella adress och telefonnummer.

Vid testning av de omyndiga barnen bestämdes i samråd med handledare att samtycke skulle inhämtas från de biologiska föräldrarna/vårdnadshavarna i de fall barnet samhällsvårdades enligt SoL.

Informationsbrev

Författarna utformade tillsammans med den ansvarige psykologen 4 informationsbrev med varierande formuleringar, att skicka till berörda biologiska föräldrar, vårdnadshavare, familjehem samt myndiga ungdomar.

- Ett brev riktat till biologiska föräldrar/vårdnadshavare då barnet vårdas enligt SoL (bilaga B)
- Ett brev riktat till biologiska föräldrar/vårdnadshavare då barnet vårdas enligt LVU (bilaga C)
- Ett brev riktat till myndig ungdom i pågående eller avslutad samhällsvård (bilaga D)
- Ett brev riktat till familjehemsföräldrarna (bilaga E)

I informationsbrevet beskrevs kartläggningens syfte och tillvägagångssätt i korthet. Här lämnades också telefonnummer som kunde användas vid eventuella frågor.

Först skickades breven till de myndiga ungdomarna (8 st.). Därefter breven till de biologiska föräldrarna till barn vårdade enligt SoL (14 st.), för att inhämta samtycke. Samtidigt skickades ett informationsbrev till biologiska föräldrar (10 st.) då barnet vårdades enligt LVU. Avslutningsvis skickades breven till familjehemmen.

Uppringning skedde ganska omgående, ett par dagar efter respektive utskick, för att minimera risken för bortfall. Fyra uppringsningsförsök, fördelat på olika tidpunkter på dygnet, bestämdes som gräns för hur många försök som skulle göras.

Barnen som var placerade enligt SoL exkluderades från vidare testning om biologisk förälder sa nej till medverkan. Av de 14 biologiska föräldrar/vårdnadshavare som gick att kontakta gav 9 sitt samtycke. Fem biologiska föräldrar gick inte att komma i kontakt med trots flera uppringsningsförsök. Efter samråd med handledare och ansvariga för kartläggningen inkluderades barnen till dessa föräldrar i studien, då detta tolkades som att samtycke inte vägrats. Samtliga brev skickades ut under december 2005 – februari 2006. De följande skattningarna och intervjuerna genomfördes och samlades in under perioden januari 2006 – april 2006. Träffarna skedde antingen i familjehemmen, i de äldre ungdomarnas egna hem, på Institutionen för Psykologi i Lund eller i uppdragsgivarens lokaler.

Testinstrument

Till barnen och ungdomarna administrerades självskattningsformuläret Youth Self Report (YSR). Familjehemsföräldrarna skattade barnen med Child Behavior Check List (CBCL) och barnens lärare skattade i förekommande fall barnen med Teachers Report Form (TRF). Samtliga skattningsformulär är översatta till svenska utifrån den amerikanska reviderade versionen från 2001. Ansvariga för den svenska versionen är institutionen för klinisk vetenskap, barn- och ungdomspsykiatri vid Umeå universitet.

YSR och CBCL består av två huvudskalor; en kompetensskala (förf. övers.) och en total problemskala (förf. övers.) med separata normeringar för flickor och pojkar samt för åldersgrupperna 6 – 11 år och 12 – 18 år. Vid denna kartläggning har författarna valt att inte redovisa resultaten från kompetensskalorna i linje med föregående definition av psykisk hälsa.

Totala problemskalan på både YSR och CBCL omfattar 120 frågor/påståenden och baseras på de sammanlagda resultaten av följande 9 delskalor; *Anxious/Depressed*, *Withdrawn/Depressed*, *Somatic Complaints*, *Social Problems*, *Thought Problems*, *Attention Problems*, *Rule-Breaking Behavior*, *Aggressive Behavior* samt *Other Problems*

som är tänkt att fånga upp beteenden som inte kan sorteras in under de övriga delskalorna.

Tre av dessa delskalor, *Anxious/Depressed*, *Withdrawn/Depressed* samt *Somatic Complaints* bildar tillsammans en underskala kallad *Internalizing* (hädanefter internalisering) som har en egen normering och transformering till T- värden.

Delskalorna *Rule-Breaking Behavior* och *Aggressive Behavior* bildar tillsammans underskalan *Externalizing* (hädanefter externalisering) som också har en egen normering och transformering till T- värden.

Råpoängen på de två underskalorna summeras med råpoängen på de kvarvarande delskalorna *Social Problems*, *Thought Problems*, *Attention Problems* och *Other Problems* och bildar den totala problemskalans poängsumma vilken har en separat normering samt transformering till T- värden.

TRF består av två huvudskalor; totala problemskalan samt *Adaptive functioning*. Vid denna kartläggning har författarna valt att inte redovisa resultaten från *Adaptive functioning* i linje med föregående definition av psykisk hälsa. Problemskalan består av 120 frågor/påståenden och samma 9 delskalor som YSR och CBCL, men med en indelning av delskalan *Attention Problems* i två underskalor; *Inattention* och *Hyperactivity-Impulsivity*. Liksom i de övriga formulären bildar de 9 delskalorna en internaliseringsskala, en externaliseringsskala och en skala med de kvarvarande underskalorna. Summan av alla delskalor bildar en total problemskala med en separat normering samt transformering till T-värden.

På samtliga frågor/påståenden finns det tre svarsalternativ; 0 = Stämmer ej, 1 = Stämmer någorlunda eller ibland och 2 = Stämmer mycket bra eller ofta. Frågorna berör i samtliga fall hur barnets situation varit under de senaste 6 månaderna.

Samtliga formulär delar in T-värden i 3 områden. Normalområdet (Normal range) innebär ett T-värde < 60. Gränsområdet (Borderline range) ligger mellan 60 och 63 T – poäng och det kliniska området (Clinical range) infaller vid 64 T-poäng och uppåt.

Om barnet på någon av de tre skalorna; internalisering, externalisering eller på den totala problemskalan skattas för 64 T-poäng eller högre (klinisk nivå), bedöms barnet ha så stora emotionella och beteendemässiga problem att dessa indikerar ett uppfyllande av

diagnoskriterier enligt DSM IV och därmed vara i behov av någon form av psykologiska eller psykiatriska insatser.

Det saknas en svensk normering för de nya reviderade Achenbachformulären från 2001. I denna studie har därför amerikanska normer använts för att överföra råpoäng till T-poäng.

I tabell 1 redovisas konsistens i form av Chronbachs alfa, test-retest koefficienter och stabilitet över tid för YSR, CBCL och TRFs internaliserings, externaliserings och totalskalar. Denna information är hämtad från Achenbachs och Rescorlas (2001) manual s. 101 och 105.

Tabell 1. Konsistens (Chronbachs alfa), test-retest och stabilitet för YSR, CBCL och TRF

		Konsistens	Test-retest 8-16 dagar	Stabilitet 7 mån	Stabilitet 12 mån	Stabilitet 4 mån
	Internalisering	,90	,80	,53	-	-
YSR	Externalisering	,90	,89	,59	-	-
	Totalskala	,95	,87	,58	-	-
	Internalisering	,90	,91	-	,80	-
CBCL	Externalisering	,94	,92	-	,82	-
	Totalskala	,97	,94	-	,81	-
	Internalisering	,90	,86	-	-	,48
TRF	Externalisering	,95	,89	-	-	,69
	Totalskala	,97	,95	-	-	,56

Samtliga av de studier som använt sig av YSR, CBCL eller TRF som finns redovisade eller refererad till i denna uppsats har använt sig av de äldre versionerna från 1991. Eftersom de senaste versionerna av dessa test (från 2001) använts i denna studie blir det viktigt att se hur väl versionerna från 1991 och 2001 stämmer överens med varandra. I tabell 2 redovisas korrelationer mellan 1991- och 2001- versionerna av samtliga tre tests internaliserings-, externaliserings- och totala problemskalar (Achenbach & Rescorla, 2001, s 167).

Tabell 2. Korrelationer mellan rå-poäng för YSR, CBCL och TRF versionerna från 1991 och 2001

	Internalisering	Externalisering	Totalskala
YSR	,99	,97	1,00
CBCL	,98	,99	1,00
TRF	,99	,98	1,00

Larsson och Frisk (1999) fann i sin svenska normeringsstudie av CBCL versionen från 1991 (n=1308) signifikanta skillnader relaterade till kön, ålder, socioekonomisk bakgrund och uppväxtmiljö (stad eller landsbygd). Dessa skillnader var dock små.

Forskarna fann att nivån av känslomässiga och beteendeproblem i deras studie låg i nivå med andra skandinaviska studier, men att den låg betydligt lägre än vad som rapporterats i studier från andra länder och kulturer.

Broberg, Ekeröth, Gustafsson, Hansson, Hägglöf, Ivarsson och Larsson (2001) distribuerade YSR till 2 522 svenska ungdomar i åldrarna 13-18 år. De fann små men signifikanta könsskillnader; flickorna fick högre resultat på internaliseringsskalan och den totala problemskalan än pojkarna. Åldersgruppen 15-16 fick högre resultat på den totala problemskalan än både de yngre och äldre barnen. De fann ett antal signifikanta huvudeffekter på YSR- resultaten av såväl ålder som kön och boendeförhållanden (stad eller landsbygd). Deras betydelse ansågs dock som liten.

Crijnen, Achenbach och Verhulst (1997) jämförde CBCL- resultat för barn i åldrarna 6-17 år från 12 olika länder, däribland Sverige och USA. Totalt deltog 13 697 barn i studien. Dessa barn kom från normalpopulation. De fann att kulturell tillhörighet signifikant påverkade resultatet på CBCLs totalskala samt på delskalorna. Den svenska gruppen låg signifikant under det totala medelvärdet för samtliga länder på alla de tre skalorna; internalisering, externalisering och totala problemskalan. För hela materialet fann man att resultaten på total- och externaliseringsskalorna sjönk med åldern samtidigt som resultaten på internaliseringsskalan ökade. Den svenska gruppen bröt dock mot denna trend. De svenska resultaten på total- och externaliseringsskalan var högre för gruppen 15-17 år än för yngre barn.

Den amerikanska gruppen låg signifikant över det totala medelvärdet för externaliseringsskalan.

Intervjun med barnen

Till samtliga barn och ungdomar administrerades först YSR, därefter Becks Ungdomsskalor (som inte redovisas inom ramen för detta arbete) och sist den semistrukturerade intervjun.

Då några av frågorna i YSR är mer känsliga än andra bestämdes att dessa skulle följas upp med följdfrågor. Om barnet i någon mening svarade jakande på fråga 18; ”Jag försöker medvetet göra mig själv illa eller ta livet av mig”, eller på fråga 91; ”Jag tänker på att ta livet av mig”, följdes detta upp ytterligare för att avgöra hur pass allvarliga och långtgående tankar barnet hade, som en form av suicidriskbedömning.

Då ifyllandet av skattningsformulären är att betrakta som en form av intervention för barnet och familjehemsföräldrarna utformades en semistrukturerad intervjuguide; en för barnen (bilaga F) och en till familjehemsföräldrarna (bilaga G). Dessa omfattande ca.10 frågor tänkte att ställas efter ifyllandet av skattningsformulären. Främsta syftet med dessa frågor var att checka av hur det upplevts att svara på frågorna, få kompletterande information, förstärka fokus på här och nu och framåt, samt avrunda en eventuellt påfrestande testsituation i en mjukare atmosfär.

Intervjun med familjehemsföräldern

För att undvika snedfördelning av familjehemsföräldrarnas skattningar av barnen bestämdes att endast skattning från en familjehemsförälder skulle tas med. Detta med tanke på att medelvärdet för hela gruppen sannolikt påverkas då vissa barn skulle bli skattade två gånger. I några familjehem fanns det dessutom bara en förälder.

Till den av familjehemsföräldrarna som ansåg sig stå närmast barnet administrerades först CBCL, därefter den semistrukturerade intervjun.

I de flesta fallen administrerades testerna till barnet och familjehemsföräldern vid samma tillfälle. De fick dock fylla i formulären var för sig i separata rum. Vanligtvis träffade en av oss barnet och de myndiga ungdomarna och den andre endast familjehemsföräldrarna för att minimera eventuella testledarbias i administreringarna, vid förtydliganden och

förklaringar av vissa frågor samt i hur den semistrukturerade intervjun genomfördes. I några fall träffade en av oss både barn och familjehemsförälder ensam vid samma tillfälle. De familjehem som befann sig geografiskt längst bort besöktes av den ansvarige psykologen för kartläggningen eller så fick familjehemmen formulären skickade till sig.

Inhämtande av lärarskattningen

I samband med testtillfället bads om samtycke att kontakta den av barnets lärare eller mentorer som bedömdes känna barnet bäst för att inhämta en lärarskattning. Uppgifter om telefonnummer och adress till denne lärare inhämtades också. Kravet för att kunna skatta barnet med TRF är enligt manualen (Achenbach & Rescorla, 2001) att läraren träffat barnet regelbundet under det senaste halvåret. Berörd lärare ringdes därefter upp och informerades kort om kartläggningen utan att det faktum att barnet befann sig i familjehemsvård avslöjades. Därefter skickades TRF- formuläret med svarsadress samt telefonnummer vid eventuella frågor, till läraren.

Data från socialtjänstens akter

Ur de placerade barnens akter i socialtjänstens arkiv, inhämtades uppgifter om den nuvarande placeringen; orsak, längd, lagrum etc. Vidare intresserade sig författarna för eventuella tidigare placeringar i samhällsvård, ålder vid första placeringen, antalet placeringar, längden på dessa samt uppgifter om de biologiska föräldrarnas nuvarande situation.

En placering definieras här som en vistelsemiljö utanför barnets biologiska förälders hem, efter beslut av socialtjänsten, i minst 1 månad. Författarna har därmed inte räknat med s.k. LVU i hemmet, där barnet bor med hemma med biologiska föräldrar under speciella betingelser, trots att barnet rent juridiskt befinner sig i samhällsvård.

Resultat

Deskriptiva data plockades fram för hela den grupp familjehemsplacerade barn och ungdomar som deltog i studien ($n = 38$). Dessa data presenteras i tabellerna 3 och 4. Här har också den nämnda gruppen delats in efter kön för att se om några könsskillnader

föreligger. I tabell 3 presenteras också data för bortfallet, den grupp som var med i urvalet men som inte deltog i studien, $n = 4$ (9,5 %). Samtliga av de fyra som utgjorde bortfallsgruppen var flickor.

Tabell 3. Deskriptiva data för familjehemsbarn

	Hela testade gruppen $n=38$		Pojkar $n=17$		Flickor $n=21$		Bortfall $n=4$	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Ålder	15,3	2,53	16,0	2,40	14,8	2,56	16,0	2,16
Antal placeringar	1,9	1,43	1,5	1,18	2,2	1,57	3,5	2,52
Ålder vid första placeringen	7,8	4,87	9,2	4,13	6,6	5,19	8,5	6,56
Längd nuvarande/sista placeringen (antal år)	5,8	4,05	5,6	4,32	5,9	3,92	5,15	4,48
Tid i samhällsvård (antal år)	7,1	4,16	6,6	4,34	7,5	4,06	na	na
Andel av livet i samhällsvård	0,47	0,27	0,40	0,26	0,52	0,28	na	na

Variabeln *antal placeringar* som återfinns i tabell 3 anger hur många placeringar (definierat som heldygnsinsatser) på minst en månad som de olika grupperna haft vid testtillfället. Man ser här att bortfallsgruppen utmärker sig med ett högt medelvärde och standardavvikelse. Nämnvärt i detta sammanhang är också att en majoritet av den grupp som deltog (63,2 %) bara hade 1 placering bakom sig, fördelat på 76,5 % av pojkarna och 52,4 % av flickorna.

Tid i samhällsvård anger hur många år barnen sammanlagt spenderat i samhällsvård. Här har författarna valt att räkna bort eventuella avbrott mellan placeringar. Denna tid har sen dividerats med barnets ålder för att skapa variabeln *andel av livet i samhällsvård* som också återfinns i tabell 3. Här anges hur stor del av sina liv barnen vid testtillfället hade spenderat i samhällsvård.

Tabell 4. Deskriptiva data för familjehemsbarn, fördelning över olika grupper

		Hela gruppen	Pojkar	Flickor
Kön <i>n</i> =38	Pojkar	44,7%	100%	-
	Flickor	55,3%	-	100%
Typ av placering <i>n</i> =38	SoL	60,5%	64,7%	57,1%
	LVU	26,3%	23,5%	28,6%
	Avslutad	13,2%	11,8%	14,3%
Släktingplacering <i>n</i> =38		39,5%	47,1%	33,3%
Gått om minst en årskurs <i>n</i> =30		13,3%	23,1%	5,9%
Polisanmälan/dom <i>n</i> =38		13,2%	23,5%	4,8%
Född utanför Sverige <i>n</i> =38		26,3%	29,4%	23,8%
Föräldrars ursprung <i>n</i> =37	Båda svenska	43,2%	43,8%	42,9%
	En från annat land	5,4%	6,3%	4,8%
	Båda från annat land	51,4%	50%	52,4%
	Vanlig	61,3%	64,3%	58,8%
Skolform (för de omyndiga) <i>n</i> =31	IV	6,5%	7,1%	5,9%
	SÄR	6,5%	7,1%	5,9%
	SUG	16,1%	14,3%	17,6%
	Annan anpassad	9,7%	7,1%	11,8%
Har psykiatrisk diagnos <i>n</i> =37		10,8%	11,8%	10%
Har stöd p.g.a. psykiska problem <i>n</i> =37		27%	11,8%	40%

De n-tal som står angivna i den vänstra kolumnen i tabell 4 anger hur många av de som deltagit i studien som de olika typerna av information har samlats in för. Helt kompletta data finns alltså inte tillgängligt för samtliga 38 barn.

Typ av placering anger hur stor del av gruppen som vid testtillfället var placerade enligt SoL och LVU. Här anges också hur stor andel som inte längre var placerade enligt någondera av dessa lagrum.

Släktingplacering anger till vilken andel gruppen var placerade hos en släkting i sin nuvarande eller sista placering. Här ser man att nästan hälften av pojkarna (47,1 %) men bara 1/3 av flickorna var släktingplacerade.

Andelen pojkar som gått om minst en årskurs i skolan (23,1 %) var nästan fyra gånger så stor som andelen flickor som gått om (5,9 %).

Informationen om förekomst av polisanmälan eller dom hämtades från socialakterna, inte polisregistret. Andelen pojkar som polisanmälts eller som var dömda (23,5 %) var nästan fem gånger så stor som andelen för flickor (4,8 %).

Vad det gäller barnens och deras föräldrars ursprung bör det nämnas att ursprung från alla länder annat än Sverige, även andra nordiska länder räknats som utländskt ursprung.

Under *skolform* ser man att 67,8 % av hela gruppen som gick i skola befann sig i vanlig grund och gymnasieskola. Av dessa gick 6,5 % av hela gruppen individuellt val (IV).

Nästan 1/3 av gruppen (32,3 %) hade någon form av särskilda stödinsatser i skolan; 6,5 % gick i särskola (SÄR), 16,1 % gick i särskild undervisningsgrupp (SUG) och 9,7 % hade någon annan form av anpassad undervisning.

Den andel av flickorna som hade stöd p.g.a. psykiska problem (40 %) var mer än tre gånger så stor som andelen pojkar (11,8 %).

I tabell 5 presenteras medelvärden och standardavvikelser på de tre Achenbachskalornas vardera 3 huvudskalor: internalisering, externalisering och den totala problemskalan.

Samtliga värden är i T-poäng. Normeringsgruppens medelvärde ligger alltså på T=50 med SD=10. T-värden på upp till 59 poäng utgör normalresultat. T= 60-63 räknas som gränsområde medan T-poäng på 64 eller mer räknas som kliniska resultat.

Medelvärden för råpoängen på testens olika subskalor finns redovisade i bilaga H.

Tabell 5. T-poäng för YSR, CBCL och TRF resultat för familjehemsbarn

		Hela gruppen		Pojkar		Flickor	
		M	SD	M	SD	M	SD
		<i>n=34</i>		<i>n=16</i>		<i>n=18</i>	
YSR	Internalisering	51,44	12,46	47,50	10,88	54,94	13,01
(själv-	Externalisering	51,94	10,88	53,06	9,81	50,94	11,94
skattning)	Total	50,56	11,72	48,88	10,33	52,06	12,94
		<i>n=30</i>		<i>n=13</i>		<i>n=17</i>	
CBCL	Internalisering	55,07	9,19	51,31	10,40	57,94	7,20
(förälder-	Externalisering	52,40	9,66	53,31	10,06	51,71	9,60
skattning)	Total	53,93	9,78	52,62	10,82	54,94	9,11
		<i>n=26</i>		<i>n=9</i>		<i>n=17</i>	
TRF	Internalisering	54,42	8,05	52,67	7,45	55,35	8,41
(lärar-	Externalisering	57,00	9,53	57,33	8,97	56,82	10,08
skattning)	Total	56,12	8,56	55,78	8,67	56,29	8,76

Gränsområde T= 60-63, kliniskt område T= 64-

Inga av de medelvärden som finns redovisade i tabell 5 kommer upp till vare sig gräns- eller kliniskt område.

Notera att för samtliga medelvärden på YSR så ligger dessa lägre än medelvärdena på de korresponderande skalorna i både CBCL och TRF.

Flickornas medelvärde på internalisering och totalskala ligger för samtliga tre test högre än pojkarnas medelvärde. Vad det gäller externalisering ligger däremot pojkarnas medelvärde högre i samtliga fall. Samtliga av dessa skillnader är dock små.

I tabellerna 6 och 7 redovisas fördelningen över normal-, gräns- och klinisk grupp på de tre skalorna internalisering, externalisering och total problemskala för samtliga tre Achenbach test. Tabell 6 redovisar fördelningen över hela gruppen medan tabell 7 visar fördelningen för pojkar respektive flickor.

Tabell 6. Fördelning i normal, gräns och klinisk grupp över hela gruppen för YSR, CBCL och TRF resultat för familjehemsbarn

		Hela gruppen		
		Normal	Gräns	Klinisk
		<i>n=34</i>		
YSR (själv- skattning)	Internalisering	67,6%	14,7%	17,6%
	Externalisering	67,6%	17,6%	14,7%
	Total problemskala	67,6%	23,5%	8,8%
		<i>n=30</i>		
CBCL (förälder- skattning)	Internalisering	73,3%	6,7%	20%
	Externalisering	73,3%	6,7%	20%
	Total problemskala	70%	6,7%	23,3%
		<i>n=26</i>		
TRF (lärar- skattning)	Internalisering	84,6%	3,8%	11,5%
	Externalisering	61,5%	19,2%	19,2%
	Total problemskala	61,5%	15,4%	23,1%

På den totala problemskalan visar CBCL och TRF på ungefär lika stora andelar, 23,3 % respektive 23,1 % medan YSR visar på en relativt liten klinisk grupp jämfört med de andra testen (8,8 %).

YSR tenderar att visa på en större gränsområdes grupp och en mindre klinisk grupp än de andra testen. Det ger bilden att YSR resultaten inte visar på lika stora problem som CBCL och TRF resultaten. De två undantagen från detta är jämfört med TRF som har en lite större gränsgrupp på externalisering och en mindre klinisk grupp på internalisering. CBCL resultaten ger den största kliniska gruppen på alla tre skalorna jämfört med de andra två testen. Däremot är gränsområdes gruppen på CBCL-skalorna liten jämfört med de andra två.

För TRF, var den grupp som kom över normalnivån på externalisering relativt stor jämfört med de andra testen, medan den grupp som kom över normalnivån på internalisering var relativt liten. TRF verkar alltså ha gett ett relativt stort utslag på externalisering men ett ganska litet på internalisering. Även på den totala problemskalan var gruppen med TRF resultat över normalnivån relativt stor jämfört med de andra.

Tabell 7. Fördelning i normal-, gräns- och klinisk grupp för flickor respektive pojkar avseende YSR-, CBCL- och TRF-resultat för familjehemsbarn

		Pojkar			Flickor		
		Normal	Gräns	Klinisk	Normal	Gräns	Klinisk
		<i>n=16</i>			<i>n=18</i>		
YSR (själv- skattning)	Internalisering	75%	18,8%	6,3%	61,1%	11,1%	27,8%
	Externalisering	68,8%	12,5%	18,8%	66,7%	22,2%	11,1%
	Total problemskala	75%	25%	-	61,1%	22,2%	16,7%
		<i>n=13</i>			<i>n=17</i>		
CBCL (förälder- skattning)	Internalisering	76,9%	7,7%	15,4%	70,6%	5,9%	23,5%
	Externalisering	69,2%	7,7%	23,1%	76,5%	5,9%	17,6%
	Total problemskala	69,2%	7,7%	23,1%	70,6%	5,9%	23,5%
		<i>n=9</i>			<i>n=17</i>		
TRF (lärar- skattning)	Internalisering	88,9%	11,1%	-	82,4%	-	17,6%
	Externalisering	55,6%	22,2%	22,2%	64,7%	17,6%	17,6%
	Total problemskala	66,7%	11,1%	22,2%	58,8%	17,6%	23,5%

Tabell 7 visar att samtliga test gav en större andel kliniska resultat på internalisering för flickorna medan den kliniska gruppen för externalisering var större för pojkarna på samtliga test.

Förutom externalisering verkar det som om pojkarna på YSR i allmänhet skattat sig som problemfria i större utsträckning än flickorna. På YSRs totala problemskala var det ingen av pojkarna som kom upp i klinisk nivå.

Vad det gäller TRF kom nästan 45 % av pojkarna upp över normalnivå på externalisering. Ingen av pojkarna kom däremot upp i klinisk nivå på TRFs internaliseringsskala.

Bortfall

Bortfall gällande barnens självskattningar förekom i 8 fall. Två barn avböjde att medverka. I ett annat fall genomfördes inte självskattningen på grund av familjehemsföräldrarnas sjukdom. Ett av barnen exkluderades p.g.a. utvecklingsstörning. En av de myndiga ungdomarna kom inte till avtalade testtillfällen. Två av ungdomarna återvände hastigt under datainsamlingsperioden till sina biologiska föräldrar. I samråd med uppdragsgivaren valdes att inte testa dessa båda ungdomar på grund av den rådande situationen. Ett barn placerades i november 2005 i familjehem men denna information nådde oss för sent för att skattningsformulären skulle hinna administreras. Barnet ingår ändå i urvalet.

Bortfallet i familjehemsförälderskattningarna var 4. Tre familjehemsföräldrar avböjde att medverka. Familjehemmet med det sent placerade barnet hann aldrig kontaktas.

Gällande bortfallet för lärarskattningarna bedömdes 2 av ungdomarna befinna sig i en skolsituation där lärarna inte kunde ge en valid bedömning. En av ungdomarna motsatte sig att kontakt skulle tas med dennes lärare, vilket hörsammades. Barnet, vars placering författarna inte fick information om i tid, blev av förklarliga skäl inte heller skattat av sin lärare.

Diskussion

Studiens huvudfynd är resultatet avseende andelen barn som uppnår kliniska nivåer på CBCL och TRF, ca 23 %. Detta är i jämförelse med de flesta amerikanska och europeiska studier en låg siffra. De familjehemsplacerade barnen i föreliggande studie förefaller på gruppnivå uppvisa färre kliniska beteenden och må bättre än utländska familjehemsbarn.

En möjlig förklaring till detta skulle kunna vara att kvalitén på familjehemsvården är högre i Sverige än i andra länder. En annan förklaring kan vara att en majoritet av barnen och ungdomarna i denna studie har långa och stabila placeringar. Det kan också vara så som tidigare svensk forskning visat (Lindén i Cederblad, 2005), att det är de välfungerande barnen som stannar kvar i familjehemmen.

Dessutom befann sig en stor andel av barnen (40 %) i släktingplaceringar. Tidigare nordisk forskning har visat att släktingplacerade barn i allmänhet mår bättre än icke-släkting placerade familjehemsbarn (Holtan m.fl., 2005).

Tittar man på skillnaderna mellan flickor och pojkar ligger resultaten i linje med vad andra internationella studier visat. Flickorna skattas högre än pojkarna på internaliseringsskalan och det omvända förhållandet råder för externaliseringsskalan. Pojkarnas högre medelvärde på externaliseringsskalan kopplar författarna till resultatet att 23,5 % av pojkarna har varit föremål för polisanmälan eller dömts i tingsrätt. Sedan tidigare vet man att det råder tydliga könsskillnader när det gäller utagerande och normbrytande beteenden även i en normalpopulation barn och ungdomar. Forskningen säger att detta beteende är 3-4 gånger vanligare hos pojkar än hos flickor (Andershed & Andershed, 2005). En intressant vinkling på temat externaliserade symtom redovisas i Sundell och Thunell (1997), där de diskuterar om dessa symtom under en övergångsperiod kan ses som något positivt, att barnen knutit an till familjehemsföräldrarna och därmed vågar uttrycka mer känslor. Utifrån ett objektrelations teoretiskt perspektiv är denna tanke helt rimlig.

Ingen av pojkarna kom i självskattningen med YSR upp i klinisk nivå, inte heller de som skattats på kliniska nivåer av förälder eller lärare. Skall detta då tolkas som att pojkarna underskattar sina egna problem eller att familjehemsförälder och lärare överskattar deras symtom?

I föreliggande studie fick 27 % av barnen stöd av barnpsykiatri, psykolog eller skolkurator. Noterbart är de stora könsskillnaderna. Av flickorna hade 40 % en stödkontakt mot endast 12 % av pojkarna. Är det så att flickornas mående uppmärksammas mer eller är de själva bättre på att skaffa sig stöd? Eller är det kanske så att samhällets stöd är mer inriktat och utformat att möta problem hos ungdomar som återspeglas på internaliseringsskalan än mer utagerande problematik?

I den ovan nämnda gruppen barn med någon form av stödkontakt ingår samtliga av de barn som hade en psykiatrisk diagnos (11 %). Vinnerljung m.fl. (2001) fann i sin sammanbrottsstudie gällande ungdomar i ett flertal former av samhällsvård att 18 % av barnen hade psykiska problem. Dessa siffror kan jämföras med vad Larsson och Frisk (1999) fann i en normalgrupp svenska skolbarn där motsvarande andel var 2 %. Det förefaller alltså som om familjehemsbarnen har ett större behov av insatser och stöd från sjuk- och elevvården.

Att nästan 1/3 av barnen är föremål för någon form av stödinsats eller annan specialpedagogisk insats i skolan är anmärkningsvärt. Författarna tolkar detta som ett uttryck för de dokumenterade skolproblem som också påvisats av Vinnerljung (1996). Om det finns något positivt att säga om dessa siffror, är det att de kanske är ett uttryck för att skolan faktiskt har uppmärksammat barnens skolvårigheter och aktivt strävar efter att åtgärda dem. Samma resonemang kan föras kring det faktum att denna grupp barn i så pass stor utsträckning får hjälp och stöd för psykiska problem.

Inte något av medelvärdena på de olika skalorna i denna studie når upp till vare sig gränsområdes- eller klinisk nivå. Detta skulle kunna tolkas som att gruppens problem inte avviker signifikant från en normalgrupp. Denna slutsats går inte att dra, eftersom testen som använts utgått från en amerikansk normeringsgrupp som jämförelse. Det är sannolikt att en svensk normalgrupp skulle ha ett lägre medelresultat än den amerikanska normeringsgruppen, åtminstone på CBCL. Detta ligger i linje med vad Crijnen, Achenbach och Verhulst (1997) fann då de jämförde normeringar för olika länder, avseende CBCL-versionen från 1991. Författarna tror att den undersökta gruppen skulle få ett mer avvikande resultat i klinisk mening i jämförelse med en svensk normalgrupp. Denna jämförelse hade kunnat göras med ett test normerat utifrån svenska förhållanden eller genom jämförelse med en kontrollgrupp.

Författarna vill här lyfta fram de olika miljöer som barnet befinner sig i som den huvudsakliga förklaringen till den bristande samstämmigheten i resultaten och som också motiverar valet av testinstrument och tankarna med flera informanter. Barnets beteenden och samspel med de olika informanterna varierar troligtvis mycket, både över tid och i olika kontexter. Familjehemsföräldern befinner sig förhoppningsvis i en känslomässig mer nära relation till barnet som kan innebära ett överseende för vissa beteenden.

Det går inte att helt utesluta att några föräldraskattningar i resultatet till viss del återspeglar hur föräldern kanske vill att barnet ska vara och mindre hur barnet faktiskt beter sig.

Det är lärarna som tillskriver barnen det högsta medelvärdet i studien, 57 T- poäng på externaliseringsskalan. De rapporterar också det lägsta medelvärdet på internaliseringsskalan av alla informanter. Läraren ser barnet i andra sammanhang; klassrumssituationen och i samspel med andra barn och har troligen en lägre grad av känslomässig anknytning till det enskilda barnet. En förklaring till detta kan vara att skolmiljön kräver en större förmåga till självreglering hos barnet. Det är förmodligen detta som leder till att lärarna i högre grad uppmärksammar barnens externaliserade symtom än de internaliserade.

Det går av förklarliga skäl inte att generalisera studiens resultat till att gälla alla familjehemsplacerade barn i Sverige. Dels är antalet barn i urvalet för litet, dels har studiens omfattning begränsats då barn under 11 år inte inkluderats.

Det är viktigt att påpeka att det inte går att säga att resultaten återspeglar hur familjehemsbarn placerade i storstadsmiljö mår. Trots att myndighetsplaceringen utgått från en storstad bor de facto flera av barnen på landsbygden eller på mindre orter och har gjort det under lång tid. Dessutom visade rapporten från Socialstyrelsen (2005b) att det kan förekomma stora skillnader mellan barns mående från en stadsdel till en annan i en och samma storstad.

Då studien utgått från en ettårskohort kan man inte utesluta att skillnader i metod och arbetssätt samt organisationsförändringar i den aktuella socialtjänstorganisationen kan ha påverkat resultatet. Vid årsskiftet 2005/2006 skedde just en sådan förändring då de socialsekreterare som tidigare träffat barnen fick andra uppgifter och ersattes av annan personal.

Däremot vill författarna hävda, att om den deskriptiva datan ligger i linje med vad annan forskning samt stora registerstudier påvisat, går det möjligen påstå att resultaten kan ses som representativa för gruppen. Därmed skulle en viss generaliserbarhet för resultaten skapas.

För 24 % av barnen i studien var en eller båda föräldrarna avlidna. Detta överensstämmer väl med vad en svensk registerstudie på 35 550 f.d. familjehemsplacerade barn visade,

(26 %), då dessa kontrollerades för en avliden förälder vid 18-årsålder (Franzén & Vinnerljung, i tryck).

En stor andel barn i föreliggande studie, 13 %, har gått om ett skolår. Detta är samma siffra som Zima m.fl. (2000) redovisar för en grupp amerikanska familjehemsbarn. Som en svensk jämförelse hade 25 % av samtliga ungdomar som under 2003 togs in på ungdomshem i Statens institutionsstyrelses (SiS) regi, någon gång gått om en årskurs (ADAD- fakta, 2003). Författarna har via Skolverket inte lyckats få fram statistik över hur vanligt förekommande detta är i normalpopulationen.

En tänkbar anledning till att resultaten visar på en lägre andel barn på kliniska nivåer, jämfört med flera andra utländska studier, skulle kunna vara det låga bortfallet. Flera av de internationella studierna har ett bortfall uppemot 20 - 50 %. Med så höga bortfall ökar risken för selektionseffekter som t.ex. att de med större problem kanske är mer angelägna att rapportera dessa.

Även med denna studies bortfall på 9,5 % går det inte att utesluta selektionseffekter. Det som utmärker bortfallsgruppen i föreliggande studie är det höga antalet placeringar i jämförelse med de medverkande barnen, samt det faktum att de alla är flickor. Det är möjligt att flera av flickorna i bortfallsgruppen, med sin stora mängd placeringar, varit mer illa och kanske upplevt kontakten med sociala myndigheter som mer konfliktfylld. Detta skulle kunna vara grunden till beslutet att inte delta.

Det går inte att bortse från att barnet förmodligen funderar över om svaren kan komma att påverka deras nuvarande situation. Även om de fyller i formuläret under premissen att de är anonyma inför socialtjänsten har säkert många av barnen med sig tidigare erfarenheter av att ha lämnat ut personlig information om sig själva eller sina biologiska föräldrar, vilket kan ha inneburit stora konsekvenser. Samma resonemang bör gälla för familjehemsföräldrarna, kanske framförallt de som är släktingar till barnet. Det kan finnas en rädsla hos familjehemsföräldern att svaren skulle kunna leda till en förändring av den nuvarande placeringen. Man kan därför fundera om resultatet hade blivit annorlunda om barnen och familjehemsföräldrarna hade fyllt i formulären under ännu mer anonymiserade former.

En annan felkälla kan vara familjehemsföräldrarnas och kanske framförallt lärarens bristande möjligheter att skatta barnets mående och beteende om de inte träffats tillräckligt mycket eller regelbundet under den senaste tiden.

Förslag till vidare forskning

Som framgår av teoridelen saknas svensk forskning rörande familjehemsbarns psykiska hälsa som genomförts med standardiserade instrument. Denna studie är så vitt författarna vet den första av sin typ som genomförts i Sverige. Det behövs mer kunskap om denna utsatta grupps kompetenser och problemområden. På ett större material skulle man kunna undersöka sambanden mellan variabler som t.ex. ålder vid första placering, andel av livet i samhällsvård, kontakt med biologisk förälder etc. och barnets psykiska hälsa.

Studiens resultat pekar på vikten av inhämtande av information från flera informanter för att kunna ge en så komplett bild som möjligt av barnens psykiska hälsa. Detta bör utforskas vidare under svenska förhållanden.

En svensk normering på de översatta och reviderade versionerna av Achenbach skalorna hade varit värdefull då det i nuläget faktiskt inte med säkerhet går att uttala sig om hur denna grupp barn skiljer sig från en normalpopulation svenska barn.

Denna studie har utifrån sin definition av psykisk hälsa fokuserat på barnens problem. Det behövs också forskning kring de positiva aspekterna av psykisk hälsa. Man får inte glömma att majoriteten av barnen trots sin brokiga historia verkar må relativt bra.

Referenser

- Achenbach, T. M. & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- ADAD-Fakta. (2003). *Faktablad från SiS*. Statens institutionsstyrelse. Stockholm.
- Andershed, H. & Andershed, A-K. (2005). *Normbrytande beteende i barndomen. Vad säger forskningen?* Stockholm: Gothia.
- Broberg, A. G., Ekeröth, K., Gustafsson, P. A., Hansson, K., Hägglöf, B., Ivarsson, T. & Larsson, B. (2001). Self-reported competencies and problems among Swedish adolescents: a normative study of the YSR. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10, 186-193.
- Cederblad, M. (2005). *Svensk social barn- och ungdomsvård i ett utvärderingsperspektiv. En kunskapsöversikt*. Statens offentliga utredningar. SOU 2005:81.
- Crijnen, A. A. M., Achenbach, T. M. & Verhulst, F. C. (1997). Comparisons of problems reported by parents of children in 12 cultures: Total problems, externalizing, and internalizing. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 1269-1277.
- Franzén, E. & Vinnerljung, B. (i tryck, 2006). Foster children as young adults: Many motherless, fatherless or orphaned. A Swedish national cohort study.
- Heflinger, C. A., Simpkins, C. G., & Combs-Orme, T. (2000). Using the CBCL to determine the clinical status of children in state custody. *Children and youth services review*, 1, 55-73.

- Holtan, A., Rønning, J. A., Handegård, B. H. & Sourander, A. (2005). A comparison of mental health problems in kinship and nonkinship foster care. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 4, 200-207.
- Larsson, B. & Frisk, M. (1999). Social competence and emotional/behavior problems in 6-16 year-old Swedish school children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 8, 24-33.
- Leslie, L. K., Landsverk, J., Ezzet-Lofstrom, R., Tschann, J. M., Slymen, D. J. & Garland, A. F. (2000). Children in foster care: factors influencing outpatient mental health service use. *Child abuse & neglect*, 4, 465-476.
- Leslie, L. K., Hurlburt, M. S., Landsverk, J., Barth, R. & Slymen, D. J. (2004). Outpatient mental health services for children in foster care: a national perspective. *Child Abuse & Neglect*, 28, 697-712.
- Newton, R. R., Litrownik, A. J. & Landsverk, J. A. (2000). Children and youth in foster care: disentangling the relationship between problem behaviors and number of placements. *Child abuse & neglect*, 10, 1363-1374.
- Socialstyrelsen (2005a) Rapport 8851.
[Http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2005/8851/Sammanfattning.htm](http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2005/8851/Sammanfattning.htm)
- Socialstyrelsen (2005b) Rapport 8630.
[Http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2005/8630/Sammanfattning.htm](http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2005/8630/Sammanfattning.htm)
- Sundell, K. & Thunell, M. (1997). *Att arbeta som familjehem: En undersökning av familjehemsvården*. Stockholms stad: FoU-rapport 1997:4.
- Vinnerljung, B. (1996). *Fosterbarn som vuxna*. Lund:Arkiv förlag.

Vinnerljung, B., Sallnäs, M. & Kyhle-Westermarck, P. (2001). *Sammanbrott vid tonårsplaceringar – om ungdomar i fosterhem och på institution*. Stockholm: CUS - Socialstyrelsen.

Vinnerljung, B., Hjern, A. & Lindblad, F. (i tryck, 2006). Suicide attempts and severe psychiatric morbidity among former child welfare clients – a national cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.

Zima, B.T., Bussing, R., Freeman, S., Yang, X., Belin, T.R., & Forness, S.R. (2000). Behavior problems, academic skill delays and school failure among school-aged children in foster care: Their relationship to placement characteristics. *Journal of Child and Family studies*, 1, 87-103.

Bilaga A.

Familjehemsplacerade barn Kartläggning 2005

Informationsunderlag från berörda socialsekreterare

1. Hur lång tid har barnet bott i det aktuella familjehemmet ?
2. Finns det andra biologiska eller familjehemsplacerade barn i familjehemmet ?
3. Hur pass informerat bedömer Du att barnet är om anledningar till placeringen ?
4. Hur pass informerat bedömer Du att barnet är att familjehemsföräldrarna inte är barnets biologiska föräldrar ?
5. Hur ser barnets eventuella kontakt med de biologiska föräldrarna ut i nuläget ?
6. Om ingen kontakt med de biologiska föräldrarna föreligger, vad är skälet till detta ?
7. Är det något Du anser att vi behöver veta mer specifikt om barnet ? Exempel på detta kan vara brister i språklig förståelse eller kommunikationsförmåga, rastlöshet eller andra problem som kan tänkas påverka mötet med barnet.
8. Är det något Du anser att vi behöver veta om familjehemsföräldrarna som kan tänkas påverka mötet med dessa ? Exempel på detta kan vara tidigare erfarenheter av samarbetssvårigheter, viss motvilja att träffa myndighetspersoner eller dylikt.
9. Något annat Du tycker vi bör känna till inför mötet med barn och familjehemsföräldrar?

Bilaga B.

Till vårdnadshavare för

.....

___ har beslutat att följa upp barn som är familjehemsplacerade avseende deras allmänna psykiska hälsa. Jag är anställd som psykolog i ___ och ansvarar för uppföljningen. Till min hjälp har jag två psykologer från Institutionen för Psykologi vid Lunds universitet.

Bakgrunden är ___ ansvar och strävan att ge barnen bästa möjliga stöd för sin utveckling. Uppföljningen syftar inte till att förändra det enskilda barnets aktuella situation. Resultaten kommer att oidentifieras och redovisas i en forskningsrapport. Då vi har forskningssekretess kommer inga uppgifter om enskilda personer att redovisas.

Vi kommer att vilja träffa ert barn samt ansvarig pedagog/klasslärare för att få den information som krävs för att få så mycket kunskap som möjligt om ert barn. Dessutom vill vi att familjehemsföräldrarna fyller i ett frågeformulär om ert barn. Vi kommer inom kort att ta kontakt med er per telefon och hoppas då kunna få ert samtycke till att genomföra uppföljningen. Detta kommer att ske inom en månads tid från och med dagens datum.

Bilaga C.

Till vårdnadshavare för

.....

___ har beslutat att följa upp barn som är familjehemsplacerade avseende deras allmänna psykiska hälsa. Jag är anställd som psykolog i ___ och ansvarar för uppföljningen. Till min hjälp har jag två psykologer från Institutionen för Psykologi vid Lunds universitet.

Bakgrunden är ___ ansvar och strävan att ge barnen bästa möjliga stöd för sin utveckling. Uppföljningen syftar inte till att förändra det enskilda barnets aktuella situation. Resultaten kommer att aidentifieras och redovisas i en forskningsrapport. Då vi har forskningssekretess kommer inga uppgifter om enskilda personer att redovisas.

Vi vill därför informera er om att vi kommer att träffa ert barn samt ansvarig pedagog/klasslärare för att få den information som krävs. Dessutom kommer familjehemsföräldrarna att fylla i ett frågeformulär om ert barn.

Bilaga D.

Till

.....

___ har beslutat att följa upp de ungdomar som någon gång under år 2005 bott i familjehem. Jag är anställd som psykolog i ___ och ansvarar för uppföljningen. Till min hjälp har jag två psykologer från Institutionen för Psykologi vid Lunds universitet.

Bakgrunden är ___ ansvar och strävan att ge barn och ungdomar bästa möjliga stöd för sin utveckling. Eftersom du under året bor eller har bott i ett familjehem är vi intresserade av hur du har det nu.

Om du väljer att medverka kommer den information som du ger användas i en forskningsrapport om en hel grupp barn och ungdomar med erfarenheter av att ha bott i ett familjehem. Det kommer inte att gå att identifiera dig eller någon annan i denna forskningsrapport, eftersom vi har forskningssekretess.

Någon av oss kommer att ta kontakt med dig per telefon för att få ditt samtycke.

Bilaga E.

Till

Familjehemsföräldrar för

.....

___ har beslutat att följa upp barn som är familjehemsplacerade avseende deras allmänna psykiska hälsa och skolgång. Jag är anställd som psykolog i ___ och ansvarar för uppföljningen. Till min hjälp har jag två psykologer från Institutionen för Psykologi vid Lunds universitet.

Bakgrunden är ___ ansvar och strävan att ge barnen bästa möjliga stöd för sin utveckling. Uppföljningen syftar inte till att förändra det enskilda barnets aktuella situation. Resultaten kommer att avidentifieras och redovisas i en forskningsrapport. Då vi har forskningssekretess kommer inga uppgifter om enskilda personer att redovisas.

Vi kommer att vilja träffa barnet samt ansvarig pedagog/klasslärare för att få den information som krävs för att få så mycket kunskap som möjligt om barnets aktuella situation. Dessutom vill vi att ni fyller i ett frågeformulär om barnet. Vi kommer ta kontakt med er per telefon för att boka en tid då vi kan träffa er och barnet tillsammans. Detta kommer att ske inom en månads tid från och med dagens datum.

Bilaga F.

Frågor till barnen

Hur kändes det att fylla i de här papperna?

Hur tycker du det är att bo här?

Vad tänker du kring framtiden/ vad vill du ska hända i din framtid?

Vad skulle du vilja bli/syssla med när du är vuxen?

Vad tycker du om skolan?

Hur tycker du att kontakten med socialtjänsten har varit?

Hur skulle någon som känner dig bra beskriva dig?

När var du senast hos tandläkaren? Hur var tänderna då?

Vad är du bra på?

Om inget svar: Vad tycker du om att göra ?

Är det något som du tycker är viktigt för mig att veta om dig som inte har kommit fram här?

Bilaga G.

Frågor till familjehemsföräldrarna

Hur var det att fylla i de här papperna?

Vad tänker ni kring framtiden för X ?

Hur tror ni att er relation till X kommer att se ut i framtiden/efter att placeringen är avslutad?

Är det någonting som ni tycker att jag borde veta om X som inte har kommit fram här?

När var X senast hos tandläkaren? Hur var tänderna då?

Hur är X relation till hans/hennes biologiska föräldrar?

Hur tycker ni att er relation till X är?

Vad har X för positiva egenskaper?

Vad har hon/han för sämre egenskaper?

Hur har ni upplevt kontakten med socialtjänsten?

Bilaga H.

Resultat i rå-poäng för hela den testade gruppen på YSR, CBCL och TRF subskalor

	M	SD	
	N=34		
YSR	Anxious/depressed	4,91	4,95
	Withdrawn/depressed	2,97	2,74
	Somatic complaints	3,97	4,23
	Social problems	2,82	2,89
	Thought problems	3,12	3,25
	Attention problems	4,71	2,9
	Rulebreaking behavior	4,44	3,51
	Aggressive behavior	6,97	4,24
	Other problems	4,03	2,99
	N=30		
CBCL	Anxious/depressed	3,77	3,08
	Withdrawn/depressed	2,83	2,02
	Somatic complaints	2,13	2,57
	Social problems	2,4	2,77
	Thought problems	1,87	2,27
	Attention problems	5	3,94
	Rulebreaking behavior	3,07	3,1
	Aggressive behavior	5,1	4,84
	Other problems	3,73	3,58
	N=26		
TRF	Anxious/depressed	3,15	3,16
	Withdrawn/depressed	1,92	2,45
	Somatic complaints	0,65	1,2
	Social problems	2	2,5
	Thought problems	0,54	1,45
	Attention problems	11,04	10,2
	Rulebreaking behavior	2,58	3,42
Aggressive behavior	5,73	7,46	
Other problems	1,04	1,22	

Resultat i rå-poäng för pojkar respektive flickor på YSR, CBCL och TRF subskalor

		Pojkar		Flickor	
		M	SD	M	SD
		N=16		N=18	
YSR	Anxious/depressed	2,81	2,61	6,78	5,81
	Withdrawn/depressed	1,56	1,68	4,22	2,92
	Somatic complaints	2,63	3,14	5,17	4,78
	Social problems	1,94	1,88	3,61	3,42
	Thought problems	2,56	2,25	3,61	3,93
	Attention problems	4,44	2,31	4,94	3,39
	Rulebreaking behavior	5,44	3,71	3,56	3,17
	Aggressive behavior	6,5	3,6	7,39	4,8
	Other problems	3,5	2,1	4,5	3,6
		N=13		N=17	
CBCL	Anxious/depressed	3,31	3,82	4,12	2,45
	Withdrawn/depressed	1,85	1,41	3,59	2,12
	Somatic complaints	0,92	2,02	3,06	2,59
	Social problems	2,31	2,9	2,47	2,76
	Thought problems	1,85	2,64	1,88	2,03
	Attention problems	5,54	4,68	4,59	3,36
	Rulebreaking behavior	3,08	2,93	3,06	3,31
	Aggressive behavior	6,38	6,01	4,12	3,62
	Other problems	4,46	3,93	3,18	3,3
		N=9		N=17	
TRF	Anxious/depressed	2,89	3,22	3,29	3,22
	Withdrawn/depressed	1,11	1,45	2,35	2,78
	Somatic complaints	0,44	0,88	0,76	1,35
	Social problems	2,33	3,2	1,82	2,13
	Thought problems	1	2,29	0,29	0,69
	Attention problems	15,44	10,61	8,71	9,47
	Rulebreaking behavior	2,67	2,74	2,53	3,81
	Aggressive behavior	7,56	9,11	4,76	6,52
	Other problems	0,67	1	1,24	1,3