



LUNDS
UNIVERSITET
Socialhögskolan

Familjehemsföräldrar –

Speglar de varandra och är de en avspegling av
andra familjer?

Hannah Harrishøj Christensen

Masteruppsats (SOAM 21)

HT 2021

Handledare: Martin Bergström

Abstract

Author: Hannah Harrishøj Christensen

Title: Foster parents - Are they a reflection of each other and do they reflect any other family?

[Translated title]

Supervisor: Martin Bergström

Assessor: Kerstin Svensson & Tove Harnett

The aim of this study was to examine the foster parents' characteristics, how the foster parents reflect on their own family and parental ability, their knowledge of the foster child's earlier trauma, if the parents report the same and if they differ from other groups. This study was a cross sectional study and based on a quantitative model. Background questions and the instruments BCFPI, FSS, CES-D, PSOC and LYLES-P was selected from a questionnaire. The results showed that there was almost no difference between the foster mothers and fathers regarding the sociodemographic variables, symptoms of depression, functioning and satisfaction of their family, their sense of competence as a parent and on their foster child's mental health and earlier trauma. The foster parents' perspective was interchangeable or acceptable regarding their foster child but not when it concerned their family. The results showed that the foster families are different from the reference groups regarding sociodemographic variables, they experience a better economic situation and a better sense of competence as a parent. The foster child's mental health is better, as well as the foster parents' mental health. Conclusively, the foster parents reflect each other but they are not a reflection of other families.

Key words: foster mother, foster father, foster parent, foster child

Förord

Att göra denna masteruppsats har varit en utmaning och under processen har jag lärt mig så mycket mer än vad jag någonsin kunde föreställa mig. Den här uppsatsen hade inte varit möjlig utan min handledare Martin Bergström, jag är tacksam för att du gav mig möjligheten att använda detta material till min uppsats, för allt som du har lärt mig och inte minst för din tid och tålamod.

Jag skulle även vilja tacka de forskare som jag har kontaktat för att de tog sig tiden att svara på mina frågor och bidrog med sina studier. Till sist skulle jag även vilja tacka min familj och mina vänner för ert stöd!

Innehållsförteckning

1	Inledning och problemformulering	1
2	Syfte och frågeställningar	4
3	Disposition och innehåll	5
4	Vad behöver ett barn?	6
4.1	<i>Barns behov utifrån lagarna</i>	7
4.2	<i>Anknytningsteori och familjehemsplacerade barn</i>	9
4.2.1	Anknytning	10
4.2.2	Möjliga anknytningsstilar hos familjehemsplacerade barn	11
5	Familjehemsföräldrar och deras hem	13
5.1	<i>Vad vet vi om familjehemsföräldrar?</i>	13
5.1.1	Ett annat föräldraskap	15
5.1.2	Sekundärtraumatisering	18
5.2	<i>Rekrytering av familjehem</i>	19
5.2.1	Att utreda och bedöma familjehem	20
5.3	<i>Connect for Foster Parents</i>	21
6	Metod	22
6.1	<i>Metod för denna studie</i>	22
6.1.1	Population och urval	23
6.1.2	Mätinstrument	25
6.1.3	Referensgrupper	28
6.1.4	Statistisk bearbetning och analys	32
6.2	<i>Metoddiskussion</i>	36
6.3	<i>Etiska överväganden</i>	36
6.3.1	Etikprövning	36
6.3.2	Etiska normer	37
7	Resultat	39
7.1	<i>Familjehemmens situation och bakgrund</i>	39
7.1.1	Familjehemsföräldrarna och mätinstrumenten	42

7.2	<i>Familjehemmen jämfört med referensgrupper</i>	45
7.2.1	Jämfört med den generella befolkningen.....	45
7.2.2	Jämfört med andra föräldrar som ska genomgå föräldrautbildning	46
7.2.3	Jämfört med undersökningar av specifika mätinstrument.....	49
8	Diskussion	51
8.1	<i>Familjehemsföräldrarna och deras familjer</i>	51
8.2	<i>En annorlunda familj</i>	55
8.3	<i>Klinisk implikation och fortsatt forskning</i>	58
8.4	<i>Metodologiska begränsningar</i>	58
8.5	<i>Slutsats</i>	59
9	Referenser	61

1 Inledning och problemformulering

Samhället har normer och en del förväntningar på föräldrar om hur de ska uppfostra och stödja sina barn. I vanliga fall, är det föräldrarna som ansvarar för att barnet får den omvårdnad, trygghet och uppfostran som barnet har rätt till fram tills att barnet fyllt 18 år (6 kap, §§1-2 Föräldrabalken 1949:381). Om föräldrarna behöver stöd i sin förmåga att vårda och tillgodose barnets behov, kan detta leda till att familjen blir aktuell inom socialtjänsten antingen genom ansökan eller anmälan. Socialtjänstens arbete grundar sig i att man utreder och identifierar om det finns någon form av problematik eller behov av stöd. Redan inledningsvis i Socialtjänstlagens första kapitel framgår det att socialtjänsten ska frigöra, utveckla och ge åtgärder samt att barnets bästa ska vara i fokus (1 kap. 1-2 §§ Socialtjänstlagen 2001:453). Om socialtjänsten kommer fram till att det behövs kompletterande stöd kan de erbjuda olika insatser med syfte att åtgärda eller minimera problematiken.

Insatser, åtgärder, placeringar och olika behandlingsprogram som kan erbjudas av socialtjänsten är olika former av interventioner, vilket är det begrepp som framöver kommer användas. Generellt med en intervention avses en medveten åtgärd som ska leda till en förväntad förändring och genomförs av en identifierad utförare (Midgley 2006; O’Cathain et al. 2019). Även om det är föräldrarna eller vårdnadshavarna som har ansvaret för omvårdnad, trygghet och uppfostran enligt Föräldrabalken, betyder inte det att det endast är vårdnadshavarna som måste utföra vården och uppfylla barnets behov (Prop. 1981/82:168). Bland olika interventioner som socialtjänsten kan erbjuda är placering i familjehem ett exempel och för de barn där familjehem blir aktuellt, så tar socialnämnden över ansvaret och ska bland annat se till att dessa barn som placeras i familjehem får god vård och fostran, utbildning och hälso- och sjukvård (6 kap. 1§ 7§ Socialtjänstlagen).

I förlängningen betyder detta att den dagliga vården och omsorgen i familjehemmet bör kunna likställas med vad som förväntas av föräldrar generellt, då det i grunden handlar om samma behov av vård och omsorg men ansvaret över detta har förflyttats. Det tredelade föräldraskapet är något som brukar nämnas när man pratar om ansvarsfördelningen för familjehemsplacerade barn och det innebär att vårdnadshavare, familjehem och socialtjänsten

har ett gemensamt ansvar för det barn som har placerats. Familjehemsföräldrarna ansvarar för den dagliga vården och omsorgen över barnet, men det övergripande helhetsansvaret vilar på socialtjänsten (Socialstyrelsen 2017; Socialstyrelsen 2020a). Familjehem bedrivs inte yrkesmässigt (3 kap. §2 Socialtjänstförordningen 2001:937) och familjehemsföräldrarna blir på så vis utvalda lekmän som utför den dagliga vården och omsorgen på uppdrag av socialnämnden.

Ett stort ansvar väntar dessa utvalda lekmän i rollen som familjehemsförälder för att kunna möta och hjälpa placerade barn och i detta ansvar uppstår det krav på deras föräldraförmågor. Tidigare forskning har visat på att barn som placerats utanför hemmet har avsevärt mer problem gällande sin fysiska och psykiska hälsa samt tandhälsa och att dessa barn har ett större vårdbehov än jämnåriga barn (Mattsson & Vinnerljung 2016; SBU 2018; Vinnerljung & Hjern 2018). Dessa barn är också vaccinerade i lägre utsträckning jämfört med jämnåriga barn i den generella befolkningen (SBU 2018). När familjehemsföräldrar tar emot placeringar så möter de barn som har varit utsatta för olika sorters av trauman (Dorsey et al. 2012; Greeson et al. 2011). Familjehemsföräldrarna själva riskerar att utveckla en sekundärtraumatisering på grund av den troliga traumahistorik de familjehemsplacerade barnen bär med sig (Bridger et al. 2020; Hannah & Woolgar 2018; Whitt-Woosley et al. 2020). Detta kan resultera i PTSD liknande symtom och därmed påverka familjehemsföräldrarnas psykiska hälsa.

Barns traumahistorik kan även påverka barnets anknytningsstil, då barn som har blivit utsatta för trauman av sina föräldrar kan uppvisa otrygga anknytningsstilar som ett resultat av traumatiseringen (Howe 2006). Om familjehemsmamman och familjehempappan ser tecken på olika anknytningsstilar, så har de också möjlighet att ge omsorg på olika sätt, vilket leder till att det är relevant att undersöka vad mammor och pappor ser. Man kan ställa sig undrande till om det är viktigt att de ser samma eller att de har en variation, en bredd på vad som kan anses vara farligt eller obehagligt och som triggar i gång anknytningssystemet. Familjehemsföräldrarna är som nämnt lekmän och anknytningsstilar kan vara svåra att se, men familjehemsföräldrarna borde kunna se tecken på tidigare trauma och omsorgsbrister genom tecken på psykisk ohälsa hos barnet.

Om barnet har varit utsatt av trauma och på grund av detta uppvisar någon form av otrygg anknytning och har en psykisk ohälsa, så kommer detta barn troligen behöva mer stöttning av

familjehemsföräldrarna och på så vis ställa andra krav på deras föräldraförmågor och föräldrakompetens jämfört med om det var ett barn med en trygg anknytning och god psykisk hälsa. Av dessa ovan nämnda anledningar skulle det vara relevant att undersöka hur familjehemsföräldrarna mår, hur nöjda de är med sina familjer, deras känsla av föräldrakompetens och kännedom om barnets psykiska hälsa samt tidigare trauman.

Socialtjänsten kan utöver interventionen placering i familjehem erbjuda föräldrautbildningar, men det är inte vanlig att det ges fler interventioner (exempelvis föräldrautbildning) under placeringstiden i familjehem (SBU 2017a). Normalt sätt, brukar föräldrautbildningar ges till biologiska föräldrar, vilket är den grupp som de flesta studier om föräldrautbildningar grundar sig på (Kaminski et al. 2008). Man kan därför ställa sig frågan om de föräldrar som blir utvalda att genomgå en föräldrautbildning liknar gruppen av familjehemsföräldrar som också ska delta i en föräldrautbildning. För att undersöka detta skulle biologiska föräldrar kunna användas som en referensgrupp för att jämföras med familjehemsföräldrar och på så sätt se hur lika dessa grupper är. Om jämförelser mellan dessa olika föräldrar ska kunna göras, måste föräldrautbildningarna vända sig till liknande problematik och båda föräldragrupperna borde ha samma grundläggande kompetens för att kunna ta till sig utbildningen och använda teknikerna gentemot barnet. När utbildningarna vänder sig till liknande problematik innebär detta att barnen hos dessa två föräldragrupper har liknande problematik och behov av omsorg och således ställer liknande krav på föräldrarnas föräldrakompetens.

I studien¹ denna uppsats hämtar sitt material ifrån ska interventionen föräldrautbildning ges till gruppen familjehemsföräldrar i stället för till biologiska föräldrar. Om man kan likställa förväntningarna på den dagliga vården och omsorgen inom det tredelade föräldraskapet, borde även förväntningar och krav på föräldrakompetens som finns på andra föräldrar att genomgå föräldrautbildning även kunna ställas på familjehemsföräldrar, i ett försök att kunna säkerställa att barnets behov av vård och omsorg verkligen tillgodoses. Detta innebär att dessa familjehemsföräldrar har två interventioner att utföra, dels interventionen att ta emot ett placerat barn och dels att utföra interventionen som lärs ut i föräldrautbildningen. Familjehemsföräldrarna i denna studie ska genomgå föräldrautbildningen Connect for Foster Parents. Aktiviteterna i föräldrautbildningen grundar sig i anknytningsteori och trauma samt

¹ materialet till denna uppsats kommer från ett pågående forskningsprojekt om familjehemsföräldrar, se metodavsnitt.

att dessa aktiviteter syftar till att engagera föräldrarna och stärka föräldraförmågor som kan utveckla en trygg anknytning (Moretti et al. 2019).

Utifrån ovanstående ställs det vissa krav på utförarna av denna intervention som de lekmän de är, för att kunna utföra interventionen och ge god vård och omsorg till de familjehemsplacerade barnen. Det som familjehemsföräldrarna ska utföra enligt Connect for Foster Parents ska ligga i linje med det som familjehemsföräldrarna (och alla andra föräldrar) förväntas ge sina barn enligt de förväntningar på vård och omsorg som beskrivs i lagstiftningen. Andersson (2001) avslutar sin artikel med att motivera att om familjehemsvården i Sverige ska kunna förbättras, så finns det ett behov av systematisk kunskap om familjehemsföräldrar och de familjehem som är involverade i denna intervention. Utifrån den litteratursökning jag har gjort, så anser jag att denna kunskapslucka fortfarande finns kvar gällande vilka familjehemsföräldrarna är, deras karakteristika och hur de ser på sin föräldraförmåga. Denna uppsats avser att bidra med kunskap om detta, men även om familjehemsmammor och familjehemspappor ser samma saker och om de ser samma saker om andra föräldrar gör. Skiljer sig familjehemmen från andra familjer som ska ge daglig vård och omsorg till sina barn?

2 Syfte och frågeställningar

I detta kapitel kommer uppsatsens syfte och frågeställningar att presenteras. För att besvara vissa av frågeställningarna har olika referensgrupper använts, så att jämförelser har kunnat genomföras. Dessa referensgrupper presenteras vidare i kapitel 6.1.3.

Syftet är att förstå vad som kännetecknar en grupp familjehemsföräldrar som erbjudits utbildning i föräldrautbildningsprogrammet Connect for Foster Parents. Detta sker genom sammanställning och analys av familjehemsföräldrarnas egna uppgifter om vissa sociodemografiska faktorer, personliga karakteristika och självskattning av föräldraförmågor. Syftet är därtill att förstå hur familjehemsföräldrar bedömer det barn de har placerat hos sig, i frågor om psykisk hälsa och tidigare trauman.

De frågeställningar som denna uppsats syftar till att besvara är:

- Vilka är familjehemsföräldrarna utifrån de sociodemografiska variablerna ålder, födelseort, civilstånd, utbildningsnivå och ekonomisk situation, samt utifrån depressiva symtom, funktion och nöjdhet över sin familj och deras känsla av kompetens som förälder?
- Hur skattar familjehemsföräldrarna det familjehemsplacerade barnets psykiska hälsa och tidigare trauma?
- Finns det skillnader mellan familjehemsmammor och familjehemspappor samt överensstämmer deras perspektiv med varandra?
- Är dessa familjehemsföräldrar en grupp av föräldrar som skiljer sig från andra (referensgrupper) gällande mående, deras känsla av kompetens som förälder, barnets psykiska hälsa samt utifrån de ovan nämnda sociodemografiska variablerna?

3 Disposition och innehåll

Denna uppsats är uppbyggd genom olika kapitel, som inleds med en introduktion över vad som kommer presenteras i det aktuella kapitlet. Därefter kommer själva kapitlet och på vissa ställen kortare sammanfattningar. Fram till metodkapitlet är uppsatsens disposition att uppsatsens kapitel är indelade efter teman, för att underlätta läsningen och undvika upprepning. Dessa teman fokuserar på krav på föräldrakompetens beskrivet genom barns behov av omsorg, familjehemsföräldrar och vad ett familjehem är. Under dessa teman finns lagar eller andra reglerande dokument sammanvävda med tidigare forskning och teori. Dessa teman finns i kapitel 4 och 5. Detta innebär att det inte finns specifika kapitel för exempelvis bakgrund och tidigare forskning då detta har vävts in i texten. Eftersom lagarna är generella gällande barns behov av omsorg kompletteras dessa med kunskap genom anknytningsteorin. Vid metodkapitlet (kapitel 6) och framåt byter uppsatsen sin disposition och följer det som normalt återfinns i kvantitativ metod för att presentera metod, resultat och diskussion, se till exempel Appelbaum et al. (2018).

Litteraturen och kunskapen i denna uppsats kommer från fyra olika källor. Den första källan är litteratur från de kurser och den utbildning som jag har fått via Socialhögskolan i Lund. Den andra källan är att jag har valt ut litteratur utifrån dess relevans för denna studie. När jag hittat relevant litteratur, har jag ibland kontaktat första författaren i den publicerade artikeln

och efterfrågat mer publicerad forskning eller om de har annan data att dela med sig av. Den tredje källan av litteratur kommer från den litteratursökning jag gjort. Jag har använt mig utav LUBsearch, en sökmotor från Lunds universitet för att hitta tidigare forskning om familjehemsföräldrar. Sökord var kombinationer av: foster parent*, foster care parent*, foster carer*, breakdown*, parenting program*, health*, stress*, satisfaction* och attachment*. Den fjärde och sista källan till litteratur var att jag använde mig av snöbollsmetoden, att jag läst i referenslistan i en artikel eller bok för att hitta mer relevant litteratur.

4 Vad behöver ett barn?

Samhället har förväntningar på sina invånare och på vissa sätt hur de ska leva sina liv genom olika normer och regler. Vissa förväntningar bland normerna finns nedskrivna och formuleras i olika lagar, exempelvis kan vi i Sveriges rikes lag läsa om vilka lagar som finns för det svenska samhället samt konsekvenser om man inte följer dessa lagar. Barn har olika rättigheter, de har rätt till vård och omsorg och det är förväntat att föräldrar eller vårdnadshavare ska följa lagarna och således hur de ska uppfostra sina barn och se till att barnet får det som de enligt lagen har rätt till. Således kan man säga att lagen ställer krav på föräldrarnas föräldraförmågor och kompetens genom hur lagen definierar vilka behov hos barnet som föräldrarna ska tillgodose.

Många som arbetar med socialt arbete arbetar med någon form av myndighetsutövning, speciellt inom socialtjänsten. Denna myndighetsutövning grundar sig i kunskap om olika lagar och lagtexter men enbart kunskap om lagen är inte tillräckligt, utan det krävs även kunskap om det specifika område man arbetar inom för att kunna fatta beslut. Detta innebär att för en socialsekreterare finns det olika perspektiv att ta hänsyn till och en förmåga att kunna använda dessa samtidigt i en komplex arbetsvardag. Vidare är detta kapitel uppdelat i två delar, där den första delen kommer ha sin grund i svenska lagar och hur lagarna definierar ett barns behov av vård och omsorg. Den andra delen kommer att grundas i anknytningsperspektivet och delarna tillsammans bidrar med kunskap som kompletterar varandra om vilka krav det finns på föräldraförmågor så barnets behov av vård och omsorg tillgodoses. Ett barn som har placerats i familjehem ska få behovet av vård och omsorg tillgodosett och en föräldrautbildning som ges till familjehemsföräldrar bör även den ligga i linje med intentionerna som finns i lagen.

4.1 Barns behov utifrån lagarna

Barns behov av stöd för en sund utveckling finns i Sverige beskrivet i olika lagar och genom dessa lagar vilka förväntningar som finns på barnets vårdnadshavare eller på den som ska utföra den dagliga omsorgen. Det finns inte *en* övergripande lag som beskriver behoven för en sund utveckling och vad ett barn behöver för vård och omsorg. För föräldrar generellt är det Föräldrabalken (FB) som är den lag som beskriver och förklarar de ansvarsområden de har till sina barn (Föräldrabalken 1949:381). Med utgångspunkt i 6 kapitlet 1 § FB fastslås att barn har rätt till omsorg, trygghet och en god uppfostran. Barn ska behandlas med respekt för sin person och får inte utsättas för fysisk bestraffning eller annan kränkande behandling. I den andra paragrafen står det att den som har vårdnaden om ett barn är ansvarig för barnets personliga förhållanden och att barnets behov blir tillgodosedda enligt den första paragrafen. Vårdnadshavaren ansvarar även för att barnet får tillsyn med hänsyn till barnets ålder, utveckling och andra förutsättningar men också att barnet får tillfredsställande försörjning och utbildning (6 kap. §2 FB).

Att barn i Sverige har rätt att gå i skolan och förväntas genom skolplikten minst ha grundskoleutbildning bestäms genom skollagen (Skollag 2010:800), men att utbildning även nämns i FB gör att vikten av skolgång belyses och att det finns ett föräldraansvar för barnets utbildning. Föräldrabalken är den lag som används för att beskriva förväntningarna på vårdnadshavare i allmänhet. När vårdnadshavare inte uppfyller dessa förväntningar och socialtjänsten kommer in i bilden, kommer andra lagar att bli relevanta, nämligen SoL, Socialtjänstlagen (2001:453) och LVU, Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga. SoL och LVU är lagar som styr och reglerar hur och vad socialtjänsten ska bedöma, exempelvis om ett barns behov av vård och omsorg tillgodoses. Socialnämnden utreder och bedömer om vård från socialnämnden skulle kunna vara aktuellt genom ett delegerat uppdrag till socialtjänsten och dess socialsekreterare.

SoL börjar med en påminnelse om att barnets bästa ska stå i fokus när åtgärder berör ett barn, enligt 1 kapitlet §2. Socialnämnderna i de olika kommunerna har ett övergripande ansvar för att barn inte ska fara illa, enligt SoL 5 kapitel §1. En socialnämnd är en av kommunernas nämnder och är den nämnd som ansvarar för socialtjänstens uppgifter (2 kap. 4§ SoL). Socialnämndens ansvar för barn handlar exempelvis om att barn ska växa upp under trygga och goda förhållanden (5 kap. 1§ SoL). En utredning inleds om det kommer till

socialnämndens kännedom att ett barn inte får det stöd eller sina behov av vård och omsorg tillgodosett från vårdnadshavare som barnet behöver (11 kap. 1§ SoL). Kännedom om barns förhållanden kan komma till socialnämnden på två sätt, antingen via ansökan då vårdnadshavare själva ansöker om stöd eller att det kommer in en anmälan gällande barnet, från exempelvis skola, BVC och andra myndigheter som har anmälningsplikt enligt 14 kapitlet 1§ i SoL.

Om bedömning görs att barnet är i behov av vård, så kan denna vård ges med eller utan samtycke från vårdnadshavarna beroende på barnets situation och allvarlighetsgrad. När det finns samtycke till vård används SoL och när det inte finns något samtycke kan vården ges utan samtycke från vårdnadshavare med stöd från LVU. I LVU finns det vissa specifika faktorer som beskriver när vård kan vara aktuellt och den andra paragrafen förklarar att vård ska beslutas om det finns risk för barnets hälsa eller utveckling på grund av fysisk eller psykisk misshandel, bristande omsorg eller andra omständigheter i hemmiljön. I den tredje paragrafen i LVU förklarar att ett vårdbehov kan finnas om barnet självt riskerar sin hälsa och utveckling på grund av beroendeframkallande ämnen, brott eller annat socialt destruktivt beteende. Dessa lagrum används om samtycke inte ges av vårdnadshavare eller från ungdomen själv om denna har fyllt 15 år. Sammanfattningsvis innebär detta att socialnämnden kan göra stora ingrepp i familjer om förutsättningarna för vård finns, oberoende på om samtycke finns.

Vård utanför hemmet kan bli aktuellt för att tillgodose barnets behov av vård och omsorg om bedömning görs att vården inte kan ges i barnets hemmiljö. I 6 kapitlet § 1 SoL klargör att socialnämnden har ett ansvar att hjälpa barn som inte längre kan bo hemma och ordna med placering, exempelvis i familjehem. Socialnämnden har ett särskilt ansvar för placerade barn när det gäller deras behov av uppfostran, utbildning och hälsa som definieras i lagen (6 kap. §7 SoL). Familjehem är den vanligaste vårdformen utanför hemmet för barn och ungdomar i Sverige (Socialstyrelsen 2020b; SOU 2015:71) där socialnämnden ska vara förmedlare av den vård, omsorg och det stöd som behövs för ett barns utveckling och behov enligt de tidigare nämnda lagarnas intentioner. Socialtjänstförordningens 3 kapitel 2§ (2001:937) definierar ett familjehem som ett privat hem som tar emot barn på uppdrag från socialnämnden, för att ge dessa barn vård och uppfostran. Meningen med familjehem är att ge de barn som inte kan bo i sina hem en vård som är trygg, vårdande och konsekvent (Leathers et al. 2019). Det är här familjehemsföräldrar kommer in som utförare, utifrån det lagliga perspektivet att utföra den

vård och omsorg som inte har kunnat tillgodoses i barnets hemmiljö genom sitt uppdrag från socialnämnden att bli en del av det tredelade föräldraskapet.

Sammanfattningsvis visar de nämnda lagarna (FB, SoL, LVU) att ansvaret för barns behov av vård och omsorg ligger hos föräldrarna och när behovet inte tillgodoses kan socialnämnden gå in och exempelvis ge vård till barnet genom en familjehemsplacering för att barnets behov av vård och omsorg ska tillgodoses genom familjehemsföräldrar. LVU är den enda lag där det finns vissa specifika faktorer för den dagliga vården och omsorgen att tänka på vid bedömning och det är faktorer när omsorgen från vårdnadshavare eller eget beteende är vid den graden att socialnämnden måste ingripa. I övriga fall är de tre nämnda lagarna breda och inte specifika om exakt vad ett barn behöver och när eller om barnet behöver en placering. Det är upp till den aktuella utredningen av barnet genom socialtjänsten att avgöra om barnets behov av vård och omsorg inte tillgodoses och om en familjehemsplacering blir den intervention som ska få uppdraget att tillgodose behoven. Att ha kunskap om relevanta lagar för familjehemsvård är det inte enbart socialsekreterare som ska ha, utan även familjehemmen ska känna till dessa då det ingår i Socialstyrelsens utbildningsmaterial ”Ett hem att växa i” (Socialstyrelsen 2017).

Socialtjänsten genom socialnämnden, har precis som vårdnadshavare (som inte har sina barn placerade) ansvar för de behov som ett barn har, men lagen har enbart fastställt att ansvaret är deras och några stora behovskategorier som nämns i FB (till exempel uppfostran, hälsa, omsorg, trygghet) och frågan kvarstår, vad behöver ett barn? Lagarna ger en generell och övergripande bild av barns behov, men saknar detaljerade och specificerade beskrivningar av dessa behov, medan exempelvis anknytningsteori kan ge mer detaljerade beskrivningar av barns behov av vård och omsorg. Anknytningsteorin är således ett exempel på perspektiv som kan komplettera lagarna.

4.2 Anknytningsteori och familjehemsplacerade barn

Denna del av kapitlet kommer presentera krav på föräldrakompetens för barns behov av vård och omsorg utifrån ett anknytningsteoretiskt perspektiv. Detta perspektiv kommer att kunna bidra med mer specifik kunskap om vad barn behöver för att utvecklas.

Den trygga basen som skapas med anknytningsfiguren (personen som barnet har anknutit till) är en viktig del av att känna sig trygg när barnet utforskar nya händelser, som att gå i skolan. Skolan är en stor del i utvecklingen och inläringen samt att skolan kan vara en skyddsfaktor för barn, men för många av de barn som skulle kunna dra nytta av skolan tyckts den ofta vara utmanande (Daniel et al. 2010). När ett barn placeras i familjehem är det familjehemsföräldrarna som förväntas vara denna trygga bas och anknytningsfigur i det dagliga livet. Ett viktigt uppdrag för föräldrarna är att vara en bra förebild för sitt barn. Barnet behöver föräldrar som är accepterande och att det finns en bra och öppen kommunikation (Broberg et al. 2015). För familjehemsbarnets utveckling är det viktigt att barnet har familjehemsföräldrar, som precis som vanliga föräldrar är involverade och hjälper till med skolaktiviteter och läxor. Många familjehemsplacerade barn ligger efter i skolan och barnet kan därför behöva extra stöd med skolarbete från familjehemsföräldrarna (Tordön et al. 2020). Familjehemsföräldrar som själva har utbildning och studievänor kan ha en bättre möjlighet att hjälpa barnet att lyckas i skolan och fungera som en förebild för skolprestationer.

4.2.1 Anknytning

Målet med anknytningssystemet är att få föräldern till barnet eller barnet till föräldern, så föräldern får rollen som anknytningsfigur och trygg bas. Själva anknytningssystemet triggas i gång när barnet känner sig orolig, rädd, förvirrad eller känner sig övergiven och barnet signalerar nöd. Meningen med anknytning och anknytningssystemet är att skydda barnet när något farligt eller obehagligt uppstår (Howe 2006). Familjehemsplacerade barn kan sakna en trygg bas hos en anknytningsfigur, vilket gör upplevelsen att utforska världen svårare och mer skrämmande. Den biologiska föräldern behöver inte vara den person som barnet har sin anknytning till, utan det viktiga är att barnet har en trygg anknytning till minst en vuxen. Denna anknytning kan hjälpa familjehemsbarnet efter placeringen och kan hjälpa i andra aspekter, exempelvis i skolan (Daniel et al. 2010).

Precis som anknytningssystemet, kan familjehemsföräldrarnas uppdrag sägas ha syftet att skydda, oavsett om behovet av skydd kommer utifrån eller inifrån genom att det är barnets eget beteende som är anledningen till placering. Det är därför viktigt att familjehemsföräldrarna kan se tecken på anknytningsstilar och anknytningsbehov hos sitt familjehemsplacerade barn och se till att dessa behov tillgodoses under placeringen.

Anknytningsteorin blir på ett mer generellt plan, då den diskuterar föräldrar som en enhet och hur dessa kan bli anknytningsfigurer men det finns inte något specifikt gällande mammas eller pappas roller. Alla föräldrar eller anknytningsfigurer har själva olika anknytningsstilar och olika förutsättningar för att känna igen de olika stilarna samt att barnet kan uppvisa olika anknytningsstilar till olika anknytningsfigurer.

4.2.2 Möjliga anknytningsstilar hos familjehemsplacerade barn

Alla barn utvecklar en anknytningsstil till sin anknytningsfigur, vilket oftast är till barnets förälder. De barn som har blivit utsatta för olika sorters trauman, kan på grund av detta uppvisa andra anknytningsstilar till sin anknytningsfigur än vad barn generellt gör. Vidare behöver alla barn grundläggande fysisk omvårdnad, trygghet med stabilitet och rutiner, stimulering, fysisk och känslomässig tillgivenhet, vägledning, kontroll, ansvar och självständighet som passar för åldern (Daniel et al. 2010). Alla barn får inte dessa behov tillgodosedda och på grund av olika varianter av brister i omsorgen från föräldrarna, så kan detta påverka anknytningsstilen som barnet skapar till anknytningsfiguren.

Det finns fyra former av anknytningsstilar och den förväntade anknytningen för barn under normala omständigheter är en trygg anknytning till anknytningsfiguren. En trygg anknytning skapas när anknytningsfigurerna är tillgänglig och lyhörd för barnets olika former av behov, vilket också skapar en trygg bas (Howe 2006). Barnet kommer att känna sig älskat och att de själva är värda att känna sig älskade. Barn med trygg anknytning har sannolikt en hälsosam psykologisk utveckling, bättre social kognition, självkänsla, självförmåga och hanteringsförmåga (ibid.). Den trygga anknytningsstilen är målet för en placering i familjehem och att familjehemsföräldrarna ska kunna få en roll som en trygg anknytningsfigur. Det är därför viktigt att familjehemsföräldrarna är tillgängliga och lyhörda, men att de också finns där känslomässigt.

En otrygg-undvikande anknytning är ett resultat av när anknytningsfiguren är orolig och avvisar barnet i situationer när barnet behöver sin anknytningsfigur känslomässigt. Barn med otrygg-undvikande anknytning klarar sig genom att utesluta känslor som är baserade på anknytning. Otrygga barn blir oroliga och undvikande när de själva känner nöd, beroende, svaghet eller sårbarhet eller när de känner detta hos andra (Howe 2006). Speciellt för barn som har varit utsatta för misshandel är att de exempelvis kan ha lärt sig att söka säkerhet

ibland gör situationen värre och ibland kan göra så att anknytningsfiguren blir farligare samt att skydd och omsorg inte alltid är tillgängligt. När ett barn upplever stress, spänning och avvisning i relationen med sina föräldrar kan det leda till en försämrad tillväxt och psykisk hälsa (ibid.).

En otrygg-ambivalent anknytning är ett resultat av när anknytningsfigurerna är dåliga på att se barnets behov av omsorg eller anknytningssignaler och är inkonsekventa i att ge omsorg. Dessa barn använder strategierna att maximera sin nöd och andra anknytningsbeteende i hopp om att få uppmärksamhet. Barnens största rädsla och ångest är att bli ignorerat, övergivet eller bli lämnad ensam med sina känslor och otillgodosedda behov av vård och omsorg (Howe 2006). Den sista formen av anknytningsstil är den desorganiserade. Denna anknytningsstil är ett resultat av när anknytningsfiguren själv är orsaken till oron och rädsla, men samtidigt den förväntade lösningen på dessa känslor. Barn som blir traumatiserade av sina föräldrar genom att de blir misshandlade, hotade och övergivna eller att föräldrarna agerar hjälplöst när barnet behöver sina föräldrar, kan utveckla och uppvisa denna anknytningsstil. Barn med desorganiserad anknytning riskerar att utveckla beteendeproblem, psykopatologi och riskerar att placeras i familjehem. Barn till dessa föräldrar har svårt att skapa en anknytning som får anknytningsfigurernas fokus och tillgänglighet (ibid.).

För att barnet ska få bättre möjligheter att skapa en trygg anknytning till familjehemsföräldrarna och ha en positiv utveckling är det viktigt att familjehemmet är så fritt från stress och konflikter som möjligt. Stöd, tillsyn och säkra förhållanden är faktorer som familjehemsföräldrarna behöver ha för att kunna hantera anknytningsproblem och psykisk ohälsa hos familjehemsbarnet (Broberg et al. 2015). Sammanfattningsvis, så har barn i familjehem sannolikt upplevt trauman (Dorsey et al. 2012; Greeson et al. 2011) och orsakerna till placeringen i familjehem kan vara försummelse, olika former av övergrepp, våld i hemmet eller att barnet har blivit övergivet vilket inkluderar om föräldrarna har gått bort (Vinnerljung et al. 2017). Detta leder i sin tur till att barn i familjehem därför kan förväntas ha upplevt trauma och kan uppvisa olika former av otrygga eller desorganiserade anknytningsstilar som ett resultat av detta.

5 Familjehemsföräldrar och deras hem

Detta kapitel fokuserar på utförarna av interventionen familjehemsvård, nämligen familjehemsföräldrarna. Kapitlet kommer inledningsvis presentera tidigare forskning om gruppen familjehemsföräldrar, hur detta föräldraskap skiljer sig från ett biologiskt föräldraskap och möjliga hälsoeffekter i form av sekundärtraumatisering. Därefter kommer kapitlet att fokusera på hur man blir ett familjehem och hur socialtjänsten väljer ut familjehem.

Familjehemsföräldrarna är de inom det tredelade föräldraskapet som dagligen ska finnas där för det familjehemsplacerade barnet och i detta fall kunna utföra den systematiska interventionen Connect utöver själva placeringen. Det är därför av vikt att veta vilka dessa föräldrar är och vilka förutsättningar de har för att kunna tillgodose behovet av vård och omsorg till barn samt kunna utföra och förmedla interventioner (Fraser & Galinsky 2010). I kapitlet kommer både äldre och tidigare forskning presenteras för att ge en bild över de karakteristika som man tidigare har kunnat hitta för familjehemsföräldrar samt nyare forskning, detta i sin tur för att se om denna bild stämmer överens med de karakteristika för de familjehemsföräldrar som ingår i denna studie.

5.1 Vad vet vi om familjehemsföräldrar?

Familjehemsforskningen i Sverige fokuserar oftast på det familjehemsplacerade barnet och inte på föräldrarna som ska utföra interventionen familjehemsvård (Andersson 2001). Även en ny avhandling från Lunds universitet poängterar att det endast är ett fåtal forskare i Sverige som belyser området (Linderot 2020). Detta leder till att den forskning som finns om svenska familjehemsföräldrar är väldigt begränsat och speciellt jämförelser mellan familjehemsmammor och familjehemspappor.

Äldre svensk forskning har visat att de flesta familjehemsföräldrar är från den lägre medelklassen eller arbetarklassen inklusive jordbrukare. Bilden har ibland varit att familjehemsbarn från lägre klasser eller socioekonomiska svagare familjer placeras i familjehem i högre samhällsklasser, men denna bild har blivit falsifierad och det har funnits påståenden om att familjehemsföräldrarna och de biologiska föräldrar har likheter när det gäller kultur och livsstil (Vinnerljung 1996). Familjehemsföräldrars sociodemografiska

faktorer har därmed förändrats under åren och det är därför relevant att veta vilka familjehemsföräldrarna är idag och om det finns likheter med andra föräldrar eller inte. Annan forskning beskriver familjehemsföräldrarna som heterosexuella par, att många bor på landsbygden, att mammorna ofta är hemma med barnen på deltid eller heltid och att familjerna fördelar sysslorna mellan mammorna och papporna väldigt traditionellt. Det beskrivs även att de är stora familjer med stor erfarenhet av barn och har ofta egna barn men att deras utbildningsnivå är låg (Andersson 2001).

Tidigare forskning har visat att de dominerande orsakerna till varför människor väljer att bli familjehemsföräldrar är okända, men de har funnit flera olika anledningar till varför detta val görs (Vinnerljung 1996). Vissa anledningar kan vara på grund av möjligheten att hitta arbete och av ekonomiska skäl som en del av beslutet att bli familjehemsförälder, eftersom det kan vara ett komplement till familjernas ekonomi. Familjehemsbarn kan även ge familjehemsföräldrar möjlighet att få fler barn och kan ses som ett alternativ till adoption. Andra familjehemsföräldrar har mer osjälviska eller medmänskliga anledningar för att bli familjehemsförälder. Egen erfarenhet av försummelse var ett mer ovanligt och personligt skäl för att bli familjehemsförälder (ibid.). En annan studie fann motiven för att bli familjehem var när släktingar kände ett ansvar för ett specifikt barn, par som inte kunde få egna biologiska barn, familjer där mamman ville stanna hemma och ta hand om både biologiska och familjehemsplacerade barn istället för arbete samt de familjer vars biologiska barn flyttat hemifrån och upplevde ett tomrum (Andersson 2001). Annan forskning visar att skäl för att bli familjehemsförälder kan vara att föräldrarna vill hjälpa samhället, fortsätta ha barn i sina hem när de egna har flyttat eller att de vill använda sina föräldrakunskaper (Höjer 2019).

Jag har endast funnit en studie där man jämfört familjehemsföräldrar med den generella befolkningen. Denna studie jämförde familjehemsföräldrar från tre län med en referensgrupp bestående av den generella befolkningen i Sverige (Wiklund & Sallnäs 2010). Resultatet i studien var att familjehemsföräldrarna har högre utbildningsnivå än referensgruppen. När det gäller de andra bakgrundsegenskaperna skilde sig grupperna inte åt. Resultatet med högre utbildningsnivå skiljer sig från tidigare resultat, som visat att familjehemsföräldrar har en lägre utbildningsnivå. När de jämförde materiella tillgångar och ekonomisk situation var resultatet att familjehemsföräldrarna hade en tendens att ha det bättre (ibid.). Om familjehemsföräldrarna i denna studie har samma karakteristika som tidigare nämnd studie, så

borde även dessa föräldrar vara högre utbildade och uppleva en bättre ekonomisk situation än referensgrupperna.

Den enda studie jag har funnit som jämför familjehemsmammor med familjehemspappor fokuserade på deras upplevelser av att vara familjehem och hur detta uppdrag påverkade deras familjer (Höjer 2004). Denna studie genomfördes genom att man skickade ut halva antalet enkäter till mammorna och andra halvan till papporna, vilket betyder att antingen mamman eller pappan i samma familjehem fick besvara enkäten samt att de genomförde vissa djupintervjuer. Studien kom fram till att uppdraget som familjehem gör att paren kommer varandra närmare och att även om idén om att bli familjehem oftast kommer från mammorna så blev papporna mer engagerade med tiden (ibid.).

Sammanfattningsvis finns det likheter som den tidigare forskningen har hittat gällande anledningarna till att bli familjehem, exempelvis skäl som rör arbete, alternativ till biologiska barn eller att familjerna önskar ha fler barn när deras egna biologiska har flyttat hemifrån. Det går även att säga att den tidigare forskningen snarare har haft fokus på motiv och anledningar till att ta uppdraget som familjehem och hur detta påverkar, snarare än att beskriva vilka dessa föräldrar är. Men vissa beskrivningar om gruppen går att hitta, så som att den äldre forskningen visar på att de har en lägre utbildningsnivå, medan nyare visar på att de har en högre utbildningsnivå och att de tenderar till att ha en bättre ekonomi.

5.1.1 Ett annat föräldraskap

Även om det finns begränsat med beskrivningar om vilka familjehemsföräldrarna är, så finns det viss forskning som beskriver hur denna föräldraroll skiljer sig från ett biologiskt föräldraskap. Att vara familjehemsförälder är en annan form av föräldraskap än det klassiska biologiska föräldraskapet, då föräldraskapet som familjehemsförälder är mer komplicerat och det finns osäkerheter som gör detta föräldraskap annorlunda (Höjer 2001).

Familjehemsföräldrar kan möta olika stressiga situationer som att placeringen plötsligt avbryts, de utsätts för olika anklagelser, det uppstår spänningar inom familjen eller svårigheter med kontakten med ursprungsföräldrar och socialtjänsten (Wilson et al. 2000).

Denna form av föräldraskap medför andra utmaningar för familjehemmen och är en del av de utmaningar som finns inom det tredelade föräldraskapet för ett familjehemsplacerat barn.

Detta annorlunda föräldraskap kan påverka familjehemmen, hur dessa familjer fungerar och detta gör att det är relevant att undersöka nöjdhet och funktion i dessa familjer.

I tidigare svensk forskning om familjehemsföräldrar gav dessa familjehemsföräldrar information om att deras föräldraskap i vardagen inte skiljer sig åt mellan placerade barn och biologiska barn, utan att skillnaden finns i andra aspekter än i den normala dagliga omsorgen (Höjer 2001). De biologiska aspekterna är en anledning till att föräldraskapet är annorlunda, på det sätt att vissa familjehemsmammor berättade att de inte kände att de hade samma föräldrakänslor till familjehemsbarnet, på grund av att de inte fött barnet.

Familjehemspapporna berättade också om de biologiska aspekterna som en orsak till det annorlunda föräldraskapet, men på det sätt att det berodde på familjehemsbarnets biologiska arv och att de visste mer om vad de kunde förvänta sig av sitt eget barn (ibid.). En annan faktor som påverkar föräldraskapet är att det är ett uppdrag, familjehemsföräldrarna får betalt och det finns ett kontrakt som säger att de ska ta hand om barnet. Några av familjehemsföräldrarna oroade sig för att barnen skulle se sig själva som oälskade och den enda anledningen till att de var i deras hem var för att familjehemsföräldrarna fick betalt (ibid.).

En viktig faktor som gör föräldraskapet som familjehemsförälder annorlunda är att de inte kan fatta beslut som rör barnet, på det sätt som en biologisk förälder fattar beslut för sitt eget barn (Höjer 2001). Familjehemsföräldrarna har i sitt uppdrag att ta hand om familjehemsbarnet, så de kan besluta om dagliga aspekter, som tider och utgångsförbud, läxor och kläder, men de biologiska föräldrarna har fortfarande vårdnaden om barnet, vilket innebär att familjehemsföräldrarna inte kan fatta några större beslut, till exempel om barnets framtid. Detta gör den viktiga delen som förälder, förmågan att fatta beslut för de barn som bor i sitt hem är icke-existerande för familjehemsföräldrarna. Familjehemsföräldrarna i den tidigare studien kände sig ansvariga för barnets utveckling men kände att de inte kunde fatta beslut som stödjer och påverkar utvecklingen och på så sätt satt fast i en paradoxal situation (ibid.). Detta resulterade i att familjehemsföräldrarna, speciellt mammorna kände sig maktlösa och denna maktlöshet tillsammans med ansvarskänslan resulterade i frustration. En annan effekt av denna brist på mandat att kunna fatta beslut är att familjehemsföräldrarnas känslor mot det familjehemsplacerade barnet inte utvecklades på samma sätt som för ett biologiskt barn (ibid.).

Denna skillnad i föräldraskapet, att inte kunna fatta beslut för de barn som bor i ens hem kan ses som en del av det tredelade föräldraskapet och de utmaningar som finns inom ansvarsfördelningen över ett familjehemsplacerat barn. Denna skillnad uppstår då det juridiska ansvaret och vårdnaden finns kvar på ursprungsföräldrarna medan ansvaret för den dagliga vården och omsorgen har överförts till familjehemsföräldrarna. Vidare är tidsaspekten en annan faktor som skiljer sig åt i föräldraskapet. Familjehemsbarnen behövde mycket mer tid och uppmärksamhet än föräldrarnas biologiska barn (Höjer 2001). Skälen till detta kan vara att familjehemsbarn har saknat att få uppmärksamhet från och kontakt med föräldrar och en gemensam inställning hos familjehemsföräldrarna var att familjehemsbarnet måste få ta den tid barnet behövde. Framtiden är också en aspekt som gör föräldraskapet annorlunda eftersom framtiden alltid är osäker. Målet med en placering är att barnet ska återvända till de biologiska föräldrarna och varken barnet, familjehemsföräldrarna eller de biologiska föräldrarna vet hur länge barnet kommer att stanna i familjehemmet (ibid.). Tidsfaktorn och osäkerheten kring hur länge barnet kommer vara familjehemsplacerat påverkar alla inom det tredelade föräldraskapet, eftersom placeringstiden är baserat på en bedömning av barnets behov av vård och omsorg och ingen på förhand kan ge besked på hur länge en familjehemsplacering kommer vara aktuellt.

En annan omständighet som familjehemsföräldrarna beskrev gjorde föräldraskapet annorlunda var att familjehemsföräldrarna behövde bli en annan version av en förälder och använda andra föräldrastategier (Höjer 2001). Familjehemsföräldrarna gillade inte alltid denna nya förälder som de hade blivit, men att det sågs som nödvändigt. De kände att de blev hårdare och striktare med att sätta gränser, de hade börjat tjata och det var nödvändigt att vara tydligare i föräldraskapet. Att de var tvungna att komma med nya strategier för föräldraskapet sågs inte bara som ett problem, utan också som en utmaning för deras kreativitet, kunskap och resulterade i att de kände sig skickligare som föräldrar (ibid.). En annan skillnad som familjehemsföräldrarna berättade om finns hos barnen. De biologiska barnen kan läsa av sina föräldrars beteende på ett sätt som familjehemsbarnen inte kan, på grund av bristen på tillräcklig föräldrakontakt och att de inte känner föräldrarna på samma sätt. Några av familjehemsföräldrarna kände sig misslyckade som föräldrar när barnet inte ville ta emot känslor av tillgivenhet, speciellt när föräldrarna kände att detta var vad barnet behövde och ville vara bra föräldrar. Det faktum att ett familjehem måste vara öppet för socialsekreterare, biologiska föräldrar som kommer på besök och ha ett hem öppet för utredning, gör att

familjehemmen är annorlunda än en vanlig familj som själva kan bestämma när och om de öppnar sitt hem för andra (ibid.).

Utifrån ovanstående skillnader i föräldraskap så borde man kunna anta att rollen som familjehemsförälder kan vara kämpigt. Familjehemsföräldrar och andra föräldrar som är i behov av föräldrautbildning, borde antas ha det kämpigt utifrån ett krävande föräldraskap och att detta kan påverka deras känsla av föräldrakompetens och att skulle kunna leda till depressiva symtom. Det som ovan har beskrivits är familjehemsföräldrarnas upplevelse av att vara en del av det tredelade föräldraskapet och hur detta delade ansvar över det placerade barnet kan upplevas.

5.1.2 Sekundärtraumatisering

I rollen som familjehemsförälder så kan deras psykiska hälsa påverkas av det familjehemsplacerade barnets traumahistorik, då barn som har placerats i familjehem kan som tidigare har nämnts ha blivit utsatta för olika sorters av trauman. Det är denna tidigare traumatisering hos det familjehemsplacerade barnet som kan påverka familjehemsföräldrarna och en studie har funnit resultat som visar på att sekundärtraumatisering, secondary traumatic stress (STS) och utbrändhet har hittats hos familjehemsföräldrar (Bridger et al. 2020). STS är en stressreaktion och har symtom som liknar PTSD som kan uppstå när man utsätts för någon annans trauma. Familjehemsföräldrar blir exponerade för det familjehemsplacerade barnets trauma och riskerar på så sätt STS (ibid.). När det gäller STS bland professionella, har de en möjlighet att kontrollera sin exponering, när de till exempel lämnar sitt arbete. Problemet för familjehemsföräldrar är att de inte har denna möjlighet. Deras slutsats är att STS är en signifikant risk för familjehemsföräldrar och familjehemsmammorna rapporterade högre nivåer av STS än vad familjehemspapporna gjorde. Egenvård är den variabel som bekräftas ha en indirekt effekt på STS och de belyser därför egenvård i interventioner för familjehemsföräldrar (ibid.).

En annan studie har också funnit att familjehemsföräldrar påverkas av STS och de föreslår olika strategier för att kunna hantera STS (Whitt-Woosley et al. 2020). De föreslår att familjehemsföräldrarna inte bör ha för många barn med omfattande traumahistorik eller för många barn med särskilda behov. Andra strategier kan vara att förbättra familjehemsföräldrarnas medkänsla (ibid.). En tredje studie fann att STS hos

familjehemsföräldrar är signifikant associerat med deras avsikt att fortsätta i rollen som familjehemsförälder. Föräldrarna som hade låga avsikter att fortsätta hade en signifikant högre STS, utbrändhet och signifikant lägre medkänsla än familjehemsföräldrarna med högre avsikter att fortsätta ta emot placeringar (Hannah & Woolgar 2018). Familjehemsföräldrar med låg arbetstillfredsställelse hade också signifikant högre STS och utbrändhet och deras medkänsla var signifikant lägre (ibid.). Då STS har PTSD liknande symtom kan dessa symtom exempelvis uttrycka sig i ångest, stress och depressionssymtom. Om dessa symtom hittas bland familjehemsföräldrarna i denna studie kan en anledning vara att detta beror på exponering från det familjehemsplacerade barnens tidigare trauman och att familjehemsföräldrarna riskerar att utveckla en STS.

5.2 Rekrytering av familjehem

Familjehemsföräldrarnas hem, alltså familjehemmen är själva kontexten där interventionen ska ske. Ur ett historiskt perspektiv har familjehemmet genomgått en förändring. Det har gått från att det skulle vara ett "ersättningshem" med ambitionen att arbeta som ett biologiskt föräldraskap, till idag, där familjehemmet är mer som ett "komplement-hem", med kort eller lång placeringstid. Det finns ingen tidsgräns för en placering, i stället styr behovet placeringens längd. Med denna förändring i synen på familjehemmets uppdrag är kraven på familjehemmet annorlunda, nu behöver familjehemmen arbeta tillsammans med socialtjänsten, biologiska föräldrar, släktingar och andra yrkesverksamma, till exempel personal inom Barn- och Ungdomspsykiatri (Rasmusson & Regnér 2013).

Det finns två typer av familjehem, släkting eller nätverksfamiljehem och vanliga familjehem. Det finns också på ett sätt, två olika tillvägagångssätt att bli familjehemsförälder. Det första sättet, släkting eller nätverksfamiljehemmet, är att familjen känner barnet och/eller familjen och väljer att ta emot detta kända barn. Det kan till exempel vara släktingar, familjevänner, grannar eller lärare som blir familjehem. Denna typ av familjehem ser sig själva normalt inte som ett familjehem (Vinnerljung 1996). Det andra tillvägagångssättet för att bli familjehemsförälder är att familjen väljer specifikt att vara familjehem och tar emot barn från socialtjänsten. I det här fallet kan rekryteringen skilja sig åt, några av dem kontaktar socialtjänsten och informerar om sitt intresse för att bli familjehem. Andra svarar på annonser från socialtjänsten och vissa rekryteras av andra aktiva familjehem (ibid.).

I litteraturöversikten av Luke och Sebba (2013) granskade de instrument som valde ut, bedömde och godkände familjehem. De inkluderade 25 publikationer och forskningen kom från USA, Storbritannien, Sverige, Australien och Portugal. Av dessa 25 publikationer mätte endast 11 av dem egenskaper och placeringsresultat med statistisk analys (ibid.). När det gäller mätinstrumentet för att välja familjehemsföräldrar i Sverige, har detta instrument sitt fokus på att identifiera risker hos föräldrar och som därmed kommer att vara olämpliga för uppdraget. Instrumentet heter BRA-fam och kommer från Socialstyrelsen.

Litteraturöversikten visar att det inte finns någon information om validitet och reliabilitet för detta instrument hos Socialstyrelsen, men att instrumentet har fått positiv feedback från socialsekreterare och familjehemsföräldrar (ibid.).

Sammanfattningsvis drar de slutsatsen i litteraturöversikten att den tillgängliga evidensen är begränsad för detta område. Ett av deras resultat är att instrumenten inte bör vara den enda informationskällan, utan att instrumenten och andra informationskällor bör användas tillsammans och göra godkännandeprocessen bredare (Luke & Sebba 2013). I en systematisk översikt fann man ingen studie som hade undersökt om instrumentet för att välja ut familjehemsföräldrar påverkade resultatet för det familjehemsplacerade barnet och att instrumenten för att välja familjehemsförälder i Sverige saknar empiriskt stöd för resultatet av placeringen (Bergström et al. 2020).

5.2.1 Att utreda och bedöma familjehem

I Sverige har vi flera olika metoder för att välja ut vilka föräldrar som blir utförare av familjehemsvården (SBU 2017a). Detta innebär att det finns flera olika sätt att välja ut vem som ska få vara en del av det tredelade föräldraskapet och få detta dagliga ansvar över familjehemsplacerade barn. Att granskas, bedömas och godkännas för att bli familjehem har mer eller mindre alltid varit en reglering för familjer som vill bli familjehem. Men frågan om vad ett bra hem innebär har alltid diskuterats och det finns inga regleringar i lagen om vilken standard familjerna behöver uppfylla (Rasmusson & Regnér 2013). Under årens lopp, har olika statliga utredningar föreslagit att det ska finnas bestämt i lagen om innehållet i en familjehemsutredning och att familjehemsföräldrar behöver utbildning (ibid.).

Även om det inte finns någon reglering i lagen, så har Socialstyrelsen i sin förordning SOSFS 2012:11 vad man ska tänka på när socialtjänsten utreder potentiella familjehem. I fjärde

kapitlets 3§ bestämmer vad utredningen ska innehålla, såsom information om familjens bakgrund, sammansättning och situation samt om deras hem och miljö. Utredningen ska också innehålla information om de personliga förutsättningarna, kapaciteten och förmågan att ta hand om barn och attityden för uppdraget hos de blivande familjehemsföräldrarna (SOSFS 2012:11). Metoden BRA-fam skapades av Socialstyrelsen som svar på diskussionen om bristen på regleringar för rekrytering och bedömning av familjehem, eftersom kommunerna har en stor frihet i lagen att fatta beslut om hur de vill organisera sig och därmed även i valet av metoder för rekrytering och bedömning av familjehem. BRA-fam är en metod för att samla in information från familjer som vill bli familjehem och fokuserar på familjesammansättning, boendesituation, hälsa och om det finns någon historia av missbruk, kriminalitet och/eller våld i hemmet (Socialstyrelsen 2014). Det är vanligt att familjehemsföräldrar bedöms genom BRA-fam i Sverige (SBU 2017a).

Kälvesten är den vanligaste bedömningsmetoden för potentiella familjehem i Sverige (Höjer 2019; Rasmusson & Regnér 2013; SBU 2017a). Kälvesten innehåller olika steg som handlar om att; få kontakt med det potentiella familjehemmet, orientering i familjen med hembesök, intervjuer samt uppföljning och tolkning av intervjuerna. Därefter får familjen ett beslut om de kan bli ett familjehem eller inte (Rasmusson & Regnér 2013).”Nya Kälvesten” är en version av Kälvesten, systematiserad och anpassad till Socialstyrelsens material "Manual till BRAfam" och "Barn och unga i familjehem och HVB" (Höjer 2019).

Sammanfattningsvis utifrån den SOSFS och de metoder som ovan har presenterats för att välja ut lämpliga familjehem borde vissa karakteristika kunna urskiljas. Efter denna utredningsprocess borde de som får ett uppdrag som familjehem och vara utförare av denna intervention, vara familjer och föräldrar som är välfungerande och de därmed borde ha en god familjefunktion och vara nöjda med sina familjer. Familjehemsföräldrarna borde även vara vid god hälsa, uppleva att de har en god kompetens som förälder samt ha en god ekonomisk situation exempelvis utifrån frågor om boendesituation.

5.3 Connect for Foster Parents

Familjehemsföräldrarna i denna studie ska genomgå en föräldrautbildning och denna del av kapitlet avser att ge en kort presentation av föräldrautbildningen. Syftet med en intervention kan vara att förbättra något, exempelvis förbättra välmående och hälsa eller att man vill

minska något, exempelvis reducera en sjukdomsbild och problem som kommit som en följd (Gottfredson et al. 2015). Interventionen Connect ska ge stöd till familjehemsföräldrarna i att reparera den eventuellt otrugga anknytning barnet uppvisar och stödja familjehemsföräldrarna i att skapa en trygg anknytningsstil mellan dem och barnet. Connect är ett manualbaserat program som innehåller olika aktiviteter som ska engagera föräldrarna och stärka föräldraförmågor som kan utveckla en trygg anknytning (Moretti et al. 2019).

Utbildningen sker i grupp och är psykoedukativ där avsikten är att föräldrarna ska lära sig tekniker för att kunna stötta sitt barn att utvecklas, vilket betyder att under utbildningen går de igenom olika övningar och reflektioner som ska öka föräldrarnas förståelse för barnets trauma, anknytning och psykiska hälsa. Föräldrarna utvecklar sin förmåga till att hantera sina egna känslor, empati, vara lyhörd, gränssättning, säkerhet och nå mål samt hur de tillsammans med sitt barn kan jobba mot detta (Moretti et al. 2019). Connect for Foster Parents är anpassad för familjehemsföräldrar, till skillnad från versionen av Connect för biologiska föräldrar. Denna version innehåller en fördjupning i trauma, psykisk hälsa och anknytning så att familjehemsföräldrarna får en ökad förståelse över hur trauma kan påverka beteenden och vilka olika strategier familjehemsplacerade barnen kan använda sig utav för att uttrycka anknytningsbehov (ibid).

6 Metod

I detta kapitel ligger fokus på studiens metodologiska aspekter. Kapitlet inleds med en presentation av använd metod, urvalet och mätinstrumentet. Därefter presenteras referensgrupper, de statistiska bearbetningarna och analyserna. Kapitlet avslutas med diskussion om metoden och etiska överväganden.

6.1 Metod för denna studie

Studien är en delrapport i projektet "Effektiviteten av ett anknytningsbaserat föräldrautbildningsprogram för familjehem: en randomiserad studie". För detta projekt finns det inget som tidigare är publicerat, utan denna uppsats är det första som publiceras med studiens material. Forskningsprojektets utformning bygger på en kvantitativ modell med syftet att samla in statistisk information. Informationen samlades in under 2016–2018, då

forskningsprojektet var aktivt. Ett frågeformulär konstruerades för att samla in informationen från familjehemsföräldrarna. Detta frågeformulär består av bakgrundsfrågor, 14 olika mätinstrument och omfattar 317 frågor. Forskningen bygger på en randomiserad experimentell design och har 3 mätpunkter (T1, T2, T3). Det första testet, T1 gjordes när familjehemsföräldrarna inkluderades i studien, innan randomisering och start av föräldrautbildningen eller sedvanlig vård.

I denna studie används data från projektet som en tvärsnittsstudie, alltså en studie som använder data från en punkt och endast mäter vid den specifika tidpunkten (SBU 2017b). Jag har valt att använda data som samlats in vid den första mätpunkten (T1), där familjehemsföräldrarna är utvalda att vara utförare av interventionen men inte har påbörjat föräldrautbildning i Connect. Från frågeformuläret har jag valt ut de bakgrundsfrågor och 5 mätinstrument som jag anser behövdes för att besvara denna studies syfte och frågor. Dessa frågor och mätinstrument och deras ändamål presenteras under avsnitt 6.1.2. Detta urval av materialet gjordes för att hålla fokus på familjehemsföräldrarna och frågor/mätinstrument som har valts bort har exempelvis haft fokus på det familjehemsplacerade barnets skolgång, känslor och konflikter. Datan som används är information från familjehemsföräldrarna om sig själva och deras familjehemsplacerade barn. I den här studien används primärdata som samlats in av en projektassistent. Jag har inte varit en del av forskningspersonalen för detta större forskningsprojekt, men jag fick tillgång till materialet för att skriva vad jag ville och fick tillgång av forskningsledaren Martin Bergström. Denna studie har genomgått en etisk prövning och blivit godkänd och bygger på frivillighet och informerat samtycke.

6.1.1 Population och urval

Populationen för denna studie är familjehem i Sverige. Familjehemmen rekryterades från ett etablerat privatföretag som bedriver familjehemsvård i Sverige. Samtliga familjehem inom denna organisation har utretts via registerutdrag från polis och socialtjänst, hembesök, BRA FAM-intervju från Socialstyrelsen och nya Kälvesten innan de har blivit kontrakterade. Organisationen arbetar med totalt cirka 600 familjehem, men långt ifrån alla dessa 600 uppfyller inkluderingskriterierna för denna studie. Deltagandet i denna studie innebär att familjerna frivilligt har valt att delta i ett föräldrautbildningsprogram, de har själva bestämt och valt att vara en del av forskningen och gett ett informerat samtycke, samt att under studien har familjehemmen fått denna information minst två gånger.

6.1.1.1 Inkludering och exkluderingskriterier

Inkluderingskriterierna är:

- Familjehemsföräldrarna talade svenska.
- Familjehemsföräldrarna har genomgått en familjehemsutredning och var godkända.
- Att familjehemsföräldrarna hade ett familjehemsbarn i ålder 10–19 år och som hade varit placerad hos dem minst 1 månad.
- Att familjehemsföräldrarna hade möjlighet att delta i en föräldrautbildning med uppföljning.

Exkluderingskriterierna är:

- Familjehem som hade placerade barn med kända allvarliga psykiska problem, till exempel psykos eller suicidproblematik.
- Familjehemsföräldrar som hade kända allvarliga psykiska problem, till exempel diagnostiserad depression.

6.1.1.2 Urvalet

För detta forskningsprojekt rekryterades 66 familjehem, men på grund av exkludering ($n=5$) och avhopp var det 61 familjehem som bidrog till studien. Samtliga exkluderingar berodde på att man i efterhand upptäckte att man inte uppfyllde inkluderingskriterierna. Dessa 61 familjer består av 53 familjehemsmammor och 34 familjehemspappor. Medelåldern för familjehemsmammorna var 52,5 ($sd=7,45$) år och för familjehemspapporna var medelåldern 54,1 ($sd=8,92$) år. De flesta familjehemsföräldrarna var gifta eller hade en partner och var födda i Norden. Hos både mammorna och papporna var gymnasieutbildning den vanligaste som högsta utbildningsnivå. De flesta familjehem hade erfarenhet av att vara familjehem i över ett år innan de gick in i studien. När det gäller de familjehemsplacerade barnen var barnen mestadels pojkar, både hos familjehemsmammorna och familjehemspapporna. Nästan uteslutande var alla placeringar i reguljära familjehem, det vill säga få eller inga nätverksplaceringar eller släktingplaceringar.

Tabell 1. De 61 familjehemmen.

	Mammor (n)	Pappor (n)
Totalt antal	53	34
Gifta/sammanboende, varav;	40	31
Parförhållande (partner med i studien)	26	26
Parförhållande (partner ej med i studien)	14	5
Ensamstående	12	3
Annat civilstånd	1	0

I tabell 1 presenteras hur de 61 familjehemmen var sammansatta genom beskrivningar av familjehemsföräldrarnas civilstånd. Inga av familjehemmen bestod av samkönade föräldrapar. Att bara den ena partnern var med i studien beror antingen på inkludering och exkluderingskriterierna eller att denna partner inte samtyckte till att delta i studien. Detta innebär att det finns ett bortfall i beräkningarna när de beräknas som par, då familjehemsföräldrarna som befinner sig i parrelationer men inte har sin partner med i studien inte kan jämföras gentemot hur sin partner har svarat. Jag har gjort en bortfallsanalys genom att jämföra mammorna med partner i studien med mammorna utan partner i studien och detsamma gällande papporna. Analysen visar på att det endast är en av samtliga variabler som har en skillnad och den är för familjehemspapporna. Denna variabel är en delskala i BCFPI som sedan inte har en skillnad när den används inom summerande delskalor för mätinstrumentet. Detta innebär att analysen visade på att det övervägande inte finns några skillnader mellan om partnern deltog i studien eller inte.

6.1.2 Mätinstrument

I detta kapitelavsnitt presenteras de mätinstrument som använts från frågeformuläret. I instrumentens olika presentationer beskrivs vad de mäter, hur de poängsätts och varför de har valts ut. Informationen för varje instrument kommer att avslutas med värdet på ett reliabilitetsmått (Cronbachs alfa) och eventuellt ett kliniskt gränsvärde (poängsumman där ett värde över poängen anses sannolikt indikera på en stor problemtyngd).

6.1.2.1 Bakgrund

Frågeformuläret börjar med frågor som utformats för studien, för att samla in bakgrundsegenskaper hos respondenterna. Dessa frågor konstruerades i ett samarbete med en erfaren socialsekreterare med lång erfarenhet av familjehemsvård. Frågorna handlar om sociodemografiska aspekter, om familjehemsföräldern eller familjehemmet, frågor om det placerade barnet och barnen som finns i familjehemmet. Exempel på dessa frågor är de olika

sociodemografiska frågorna såsom ålder, födelseort, civilstånd och utbildningsnivå, men även frågor om deras erfarenhet av att vara familjehem och hur många familjehemsplacerade barn familjerna har.

6.1.2.2 BCFPI

BCFPI, the Brief Child and Family Phone Interview, mäter depression hos föräldrar, familjefunktion, psykiatriska problem hos barnet, barnets sociala färdigheter, relationer och skolprestationer (Cunningham et al. 2006). I studien ingår delskalorna om informantens nedstämdhet, familjefunktion och psykisk hälsa, totalt 51 frågor. Frågorna på delskalorna om psykisk hälsa handlar om det familjehemsplacerade barnet. Detta instrument valdes på grund av att det mäter familjehemsföräldrarnas perspektiv på deras eget humör, hur deras familj fungerar och hur de upplever sitt familjehemsbarns psykiska hälsa. Desto högre värde på de olika delskalorna, desto högre problemtygnd har familjehemsföräldrarna rapporterat.

Delskalorna om informantens nedstämdhet och familjefunktion består av 6 frågor var och besvaras på en 4-punktsskala (kodas 0–3). Delskalan om psykisk hälsa är uppdelade i underskalor och namnen inom parentes är motsvarande diagnosnamn i den amerikanska DSM-IV, vilket resultaten kommer att presenteras i. Dock är BCFPI inget diagnostiserande instrument. Underskalorna är uppmärksamhetsstörning/hyperaktivitet (ADHD), trottsyndrom (ODD), uppförandestörning (CD), separationsångest (SAD), generaliserat ångestsyndrom (GAD), humörhantering och självskadebeteende. Delskalorna består av 6 frågor på en 3-punktsskala (kodas 0-2), förutom självskadebeteende som har 3 frågor (Cunningham et al. 2006). Större depressiva episoder (MDD) består av 9 frågor och är en sammanslagning av delskalorna humörhantering och självskadebeteende. Den externaliserande beteendeskalan består av ADHD, ODD samt CD och internaliseringsbeteendeskalan består av SAD, GAD samt humörhantering. Skalan för totala problem består av en sammanslagning av externaliserande beteendeskalan och internaliseringsbeteendeskalan (ibid.).

Cronbachs alpha (α) för varje delskala i denna studie är för familjehemsmammorna ($n=53$): informantens nedstämdhet ($\alpha= 0,83$), familjefunktion ($\alpha= 0,80$), ADHD ($\alpha= 0,84$), ODD ($\alpha= 0,92$), CD ($\alpha= 0,77$), SAD ($\alpha= 0,75$), GAD ($\alpha= 0,85$), humörhantering ($\alpha= 0,87$), självskadebeteende ($\alpha= 0,97$), MDD ($\alpha= 0,88$), externaliserande beteende ($\alpha= 0,92$), internaliseringsbeteende ($\alpha= 0,87$) och totala problem ($\alpha= 0,92$). För familjehemspapporna

(n=34), är Cronbachs alpha: informantens nedstämdhet ($\alpha= 0,91$), familjefunktion ($\alpha= 0,77$), ADHD ($\alpha= 0,87$), ODD ($\alpha= 0,92$), CD ($\alpha= 0,96$), SAD ($\alpha= 0,58$), GAD ($\alpha= 0,78$), humörhantering ($\alpha= 0,75$), MDD ($\alpha= 0,70$), externaliserande beteende ($\alpha= 0,90$), internaliseringsbeteende ($\alpha= 0,82$) och totala problem ($\alpha= 0,90$). För delskalan självskadebeteende kan Cronbachs alfa inte beräknas eftersom det inte finns någon varians i familjehemspappornas svar.

6.1.2.3 FSS

FSS, Family Satisfaction Scale, är ett instrument som mäter hur mycket familjen känner sig lycklig och nöjd med varandra, mätt genom tillfredsställelsen utifrån sammanhållning, flexibilitet och kommunikation (Olson 2010). Detta instrument användes för att undersöka familjehemsföräldrars uppfattning om tillfredsställelse inom familjen. Instrumentet har totalt 10 frågor. Frågorna besvaras på en 5-punktsskala (kodas 1–5), från mycket missnöjd till extremt nöjd. Poängen är den totala summan av alla frågor. Desto högre värde, desto högre nöjdhet har familjehemsföräldrarna med sina familjer. Cronbachs alfa i denna studie var 0,88 för familjehemsmammor (n=53) och 0,83 för familjehemspappor (n= 34).

6.1.2.4 CES-D

CES-D, the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, är ett instrument som mäter symtom på depression genom en kort självrapporterings-skala (Radloff 1977). Detta instrument valdes ut och användes för att mäta symtom på depression eller psykisk sjukdom hos familjehemsföräldrarna. Instrumentet består av 20 frågor. För att svara på varje fråga finns det en 4-punktsskala, som går från inte alls till ofta och kodas 0–3. Desto högre poäng, desto fler tecken på depression, vilket innebär att för vissa frågor är kodningen omvänd (ibid.). Poängen är summan av alla frågor och om totalsummans värde är vid 16 och över ses som en risk för klinisk depression och är instrumentets kliniska gränsvärde. Totalsumman har sedan delats på antal frågor. Cronbachs alfa i denna studie var 0,80 för familjehemsmammorna (n=53) och 0,88 för familjehemspapporna (n= 34).

6.1.2.5 PSOC

PSOC, Parenting Sense of Competence Scale, är ett instrument som mäter självkänsla i föräldraskapet utifrån tillfredsställelse i föräldraskap och effektivitet (Johnston & Mash 1989). Detta instrument användes för att mäta hur familjehemsföräldrarna upplever sin egen

kompetens som förälder. Detta instrument har totalt 16 frågor. Svaren besvaras på en 6-punktsskala (kodar 1–6) som går från håller absolut inte med till håller absolut med om det. Desto högre poäng, desto högre självkänsla hos föräldern och vilket innebär att för vissa av dessa frågor är poängsättningen omvänd. Poängen är summan av alla frågor (ibid.). Den totala poängsumman har sedan delats på antal frågor. Cronbachs alfa i denna studie var 0,75 för familjehemsmammorna (n=53) och 0,71 för familjehemspapporna (n= 34).

6.1.2.6 LYLES-P

LYLES, Linköping Youth Life Experiences Scale är ett instrument som mäter traumahistoria (Nilsson et al. 2010). Detta instrument användes för att undersöka hur många traumatiska händelser det familjehemsplacerade barnet har upplevt enligt familjehemsföräldrarna. Instrumentet består av 23 huvudteman och som i sin tur är uppdelade i specifika frågor som besvaras med ett nej eller ja (kodar 0–1). Totalt består därmed instrumentet av 41 specifika frågor. Dessa frågor är indelade i tre delskalor, där 18 frågor är icke-interpersonella (nIPE), 13 frågor interpersonella (IPE) och 10 frågor handlar om svåra livsomständigheter (ACC). Poängen är summan för de olika delskalorna, vidare är den totala problematiken summeringen av dessa delskalor och blir skalan polytraumatisering (ibid.). I denna studie användes föräldraversionen av instrumentet, LYLES-P.

Cronbachs alpha (α) i denna studie var för mammorna (n=53) på delskalorna: nIPE ($\alpha= 0,54$), IPE ($\alpha= 0,76$) och ACC ($\alpha= 0,72$). För papporna (n=34), var Cronbachs alpha: nIPE ($\alpha= 0,72$), IPE ($\alpha= 0,77$) och ACC ($\alpha= 0,81$). För instrumentet LYLES-Y är det kliniska gränsvärdet satt vid 85 %. Det kliniska gränsvärdet och det normerade antalet traumatiska händelser är för delskalorna: 10 för nIPE, 3 för IPE och 2 för ACC.

6.1.3 Referensgrupper

Jag har använt mig utav tre olika typer av svenska referensgrupper i jämförelserna som jag har beräknat för att undersöka om det finns signifikanta skillnader mellan dessa och familjehemsföräldrarna i denna studie. I denna del av kapitlet kommer jag att presentera hur jag har konstruerat variabler från de olika referensgrupperna som jag har använt i jämförelserna. Den första typen av referensgrupp som jag har använt är statistik om den generella befolkningen i Sverige. För att få en variabel så lik som min som möjligt har jag gjort olika kombinationer och detta gäller exempelvis för variabeln om civilstånd. De andra

två typerna av referensgrupp kommer från tidigare studier och där har datan samlats in från artiklar. I kommande avsnitt kommer jag att presentera varje typ av referensgrupp djupare och hur variabler har konstruerats eller använts från varje referensgrupp.

Sammanfattningsvis har jag använt mig utav tre typer av referensgrupper och konstruerat variabler från följande:

- Referensgrupp gällande statistik från SCB om den generella befolkningen i Sverige.
- Referensgrupp om föräldrar som ska genomgå föräldrautbildning.
- Referensgrupp från undersökningar av specifika mätinstrument.

Jag har valt att använda mig utav svenska referensgrupper och hålla mig inom den svenska kontexten. Detta har jag gjort för att forskning visar på att olika länder rapporterar olika gällande barns problematik på grund av kulturella skillnader och Sverige är bland de länder som rapporterar lägst problematik (Rescorla et al. 2012). För att kunna arbeta runt de kulturella skillnaderna behöver man använda andra mätmetoder. Man hade då behövt transformera värdena utifrån fördelningen av en generell befolknings normalfördelningskurva för varje land och räknat ut exempelvis staninvärden (Tyler 1973), för att kunna göra jämförelser med svar som inte grundar sig i socialt önskvärda resultat. I dagsläget är detta inte möjligt då det bygger på att det ska finnas en normalfördelning för den generella befolkningens värden i Sverige och det land man tänkt jämföra med för det aktuella mätinstrumentet.

6.1.3.1 Variabler byggda från SCB

Jag har skapat olika variabler för den generella befolkningen i Sverige genom att kombinera olika variabler från SCB. Detta har jag gjort för att variablerna ska motsvara mina bakgrundsvariabler. Jag samlade in statistiken via deras hemsida och deras statistik finns tillgänglig för alla att använda (SCB 2020). Jag har gjort jämförelser angående födelseort för familjehemsföräldrarna och den generella befolkningen. Statistiken och variablerna från SCB gällande födelseort är över andel kvinnor och män som är födda i Sverige eller utanför Sverige. För variabeln *födelseort* har jag inte gjort någon kombination, utan enbart inhämtat statistik över andelar.

För att jämföra civilstånd med den generella befolkningen och familjehemsföräldrarna har jag sökt statistik om olika typer av hushåll i Sverige. För dessa variabler finns det ingen statistik som är specifik för kvinnor och män, eftersom det är statistik över det totala antalet personer i Sverige som bor i dessa olika typer av hushåll. Hushåll som består av personer som är gifta eller bor med en partner finns under variabler som kallas "sammanboende".

- För variabeln *gift eller sammanboende* har jag kombinerat variablerna "sammanboende utan barn", "sammanboende med barn 0–24 år" och "sammanboende med barn 25+ år".
- För variabeln *ensamstående* har jag kombinerat variablerna "ensamstående utan barn", "ensamstående med barn 0–24 år" och "ensamstående med barn 25+ år".
- För variabeln civilstånd gällande *annat* har jag kombinationen variablerna "övriga hushåll utan barn", "övriga hushåll med barn 0–24 år" och "övriga hushåll med barn 25+ år".

För att göra jämförelserna om utbildningsnivå har jag kombinerat variabler från SCB för att konstruera variabler som liknar mina. För dessa variabler är statistiken uppdelad efter kön, vilket innebär att det finns statistik för kvinnor att jämföra med familjehemsmammorna och statistik för män att jämföra med familjehemspapporna.

- För variabeln *grundskola* har jag kombinerat variablerna "förgymnasial utbildning kortare än 9 år" och "förgymnasial utbildning, 9 (10) år".
- För variabeln *gymnasium* har jag kombinerat variablerna "gymnasial utbildning, högst 2 år" och "gymnasial utbildning, 3 år".
- För variabeln *högskole- och universitet* har jag kombinerat variablerna "eftergymnasial utbildning, mindre än 3 år", "eftergymnasial utbildning, 3 år eller mer" och "forskarutbildning".

6.1.3.2 Föräldrar som ska gå föräldrautbildning

Denna referensgrupp bygger på variabler som är inhämtade från en studie där föräldrar ska delta i föräldrautbildning (Stattin et al. 2015). Denna studie har undersökt föräldrar, vilka de är och hur de ser på olika faktorer som har undersökts. Studien innehåller flera olika föräldrautbildningsprogram, där Connect är ett av dem men samtliga föräldrautbildningar i studien vänder sig till liknande problematik. Studien har inte vänt sig till familjehemsföräldrar, så föräldrarna i den studien är biologiska föräldrar (ibid.). I studien

inkluderade de föräldrar som hade barn i åldrarna 3–12 år och barn som inte hade en autismdiagnos. När författarna rapporterade sina resultat valde de den primära respondenten genom att välja den förälder som har deltagit i flest sessioner och om det var lika många valde de mamman som respondent. Detta resulterar i att mammor oftast var den primära respondenten i studien. Denna studie har resultat från 794 föräldrar (ibid.).

Eftersom familjehemsföräldrarna i min studie också ska gå in i ett föräldrautbildningsprogram, som föräldrarna i referensgruppen, är båda grupperna i behov av extra föräldrastöd och skiljer sig på så sätt från den normativa befolkningen. Båda grupperna är föräldrar i Sverige och med antagandet om att barnen i grupperna är relativt likartade, på grund av behovet av föräldrautbildning och den liknande problematik som dessa föräldrautbildningar vänder sig till. Skillnaden blir således vem som utför interventionen, en familjehemsförälder eller en biologisk förälder. Av dessa anledningar fungerar föräldrarna från denna studie som en referensgrupp i jämförelser med mina familjehemsföräldrar. För att använda variabler från denna referensgrupp har jag använt svar som samlats in i för-testerna, innan några utbildningsprogram har startat. För att göra några av jämförelserna har jag räknat samman svaren för de olika utbildningsprogrammets för-test till ett totalt medelvärde. Detta medelvärde har sedan jämförts med svaren från familjehemsföräldrarna. För andra jämförelser har jag använt den procentandel som presenteras i artikeln. Jämförelser mellan dessa två grupper har gjorts gällande sociodemografiska variablerna ålder, födelseort, civilstånd, utbildningsnivå, ekonomisk stress samt för instrumenten CES-D och PSOC.

6.1.3.3 Referensgrupp från undersökningar av mätinstrument

Denna typ av referensgrupp bygger på variabler som är inhämtade från studier där man har undersökt ett specifikt mätinstrument. Detta har jag gjort för instrumenten LYLES-P och BCFPI. För LYLES-P finns det inget normerat värde för instrumentet och på grund av detta har jag använt det normerade kliniska gränsvärdet för LYLES-Y. De familjehemsplacerade barnen i min studie har medelåldern på ett barn som går på högstadiet. Därför valde jag att använda mig utav de kliniska gränsvärdena för LYLES-Y för barn på högstadiet (Barnafrid 2020).

För jämförelserna som är gjorda för instrumentet BCFPI använde jag variabler från en studie av Andersson et al. (2018). Från den studien använde jag deras variabler för barn i åldrarna 13–17, eftersom detta är det alternativ som är närmast de familjehemsplacerade barnens

åldrar. Studien använder endast delskalorna om psykisk hälsa och inte delskalorna om informantens nedstämdhet eller familjefunktion. Barnen och ungdomarna som är i fokus i studien av Andersson et al. (2018) var barn som rekryterades från Barn- och Ungdomspsykiatri (BUP) i Sverige. Det innebär att barnen i studien inte representerar en generell population, utan är en selekterad grupp som förmodligen har någon form av eller misstänks ha psykiatrisk problematik, annars skulle de inte vara aktuella inom BUP. I min studie vet jag inte om de familjehemsplacerade barnen har kontakt med BUP. Variabler från denna studie används i både jämförelser med familjehemsmammorna och familjehemspapporna.

6.1.4 Statistisk bearbetning och analys

En presentation av variablernas egenskaper och de statistiska tester som har använts i denna studie kommer att presenteras i denna del av kapitlet. De statistiska analyserna gjordes i IBM SPSS Statistics version 26.0. I denna studie gjordes statistiska analyser genom att använda frekvenser och beskrivande statistik. Den insamlade statistiken användes sedan för att beräkna t -test och Chi^2 -test, för att undersöka om det fanns statistisk signifikans ($p < 0,05$).

Det material jag fick tillgång till bestod av en obearbetad råfil. Denna råfil har jag tvättat och preparerat inför de olika statistiska analyserna som jag har genomfört. Ibland sker det mekaniska fel vid inmatningen av svar i en fil och som leder till att ett svar inte blir korrekt kodat. Jag har därför tagit reda på hur varje fråga ska vara kodat och kontrollerat vilka värden som har kodats in för samtliga frågor. När jag upptäckte fel i kodningen för de olika mätinstrumenten gick jag tillbaka till källan, med andra ord till de skriftligen besvarade frågeformulären för att hämta rätt svar. Detta innebär praktiskt att jag letade efter svaren i frågeformulären i pappersform i arkivet på Socialhögskolan i Lund och därefter kunde skriva in rätt kodning i SPSS-filen. Jag har efter tvättningen av filen övergått till att preparera den inför de statistiska beräkningarna, vänt kodningen för de frågor det varit aktuellt för och har kombinerat olika frågor för att skapa de olika skalorna som mätinstrumenten består utav.

När jag har preparerat filen och upptäckt internt bortfall, det vill säga när respondenten inte har svarat på samtliga frågor i ett mätinstrument, har jag hanterat detta på följande sätt. Jag hanterade detta genom att undersöka hur många frågor som respondenten har missat att svara på en skala. Det jag tittade efter var antal svar på den aktuella delskalan eller skalan som

helhet om det inte fanns delskalor för det aktuella mätinstrumentet. Om det saknades max 10 % av svaren, ersatte jag bortfallet med det genomsnittliga svaret av de besvarade frågorna för skalan. Om respondenten har missat att svara på över 10 % av frågorna på en skala, har jag tagit den respondentens svar som ett bortfall, vilket har ändrat det totala n för den aktuella skalan.

I LYLES-P hittade jag ett systematiskt fel när respondenterna svarade på fråga 19B. Det här felet består av information att denna fråga enbart ska besvaras om 19A är ett ja. De aktuella frågorna är 19A ”Har barnet upplevt skilsmässa?” och 19B ”Om ja: har de vuxna grälat och bråkat mycket efter skilsmässan?”. Felet är att SPSS räknar alla B-frågor som inte besvaras som ett bortfall och räknar bort alla de föräldrar som inte har svarat på denna fråga i den totala beräkningen av medelvärdet på delskalan, oavsett om denna fråga skulle ha besvarats eller inte. I studien innebär detta att endast 34 av 87 familjehemsföräldrar hade svarat på denna fråga. För denna fråga bestämde jag mig för att använda det genomsnittliga svaret inte skulle vara det bästa sättet att hantera bortfallet på. Det logiska svaret skulle vara att om familjehemsföräldern hade svarat att A-frågan inte var något som barnet hade upplevt (besvarat med ett nej), skulle svaret på B-frågan också besvaras som ett nej, eftersom detta är en följdfråga. Ett svar med ett nej ändrar inte heller den totala poängsumman, då ett nej kodas som 0. Om jag hade använt ett genomsnittligt svar för delskalan, skulle det kunna vara ett värde över 0 som ersatte bortfallet, vilket i sin tur skulle kunna ha påverkat den totala poängen när den inte borde ha påverkats. Men när jag i stället använde detta logiska sätt att ersätta bortfallet, ändrar jag inte den totala summan av poängen för familjehemsföräldrarna och SPSS-programmet kommer inte att utelämna dessa föräldrars svar på hela delskalan.

6.1.4.1 Variablernas egenskaper

I sökandet efter samband är tanken att en variabel påverkar en annan variabel. För att definiera vilken variabel som påverkar och den som påverkas används termerna oberoende (x) och beroende (y) variabler. Den oberoende variabeln är variabeln som orsakar effekten och den beroende variabeln är variabeln som påverkas (Djurfeldt et al. 2018). I beräkningarna som gjorts i denna studie är den oberoende variabeln kön, med andra ord variablerna familjehemsmammorna eller familjehemspapporna.

Variablerna kan delas in i fyra olika skalor beroende på deras egenskaper. På nominalskalan kategoriseras variablerna men rangordnas inte (Djurfeldt et al. 2018). På den här skalan finns

till exempel familjehemsföräldrarnas kön, födelseort, civilstånd och frågor med ja eller nej svar. På nästa skala, på ordinalskalan rangordnas variablerna, till exempel familjehemsföräldrarnas utbildningsnivå, erfarenheten som familjehemsförälder och ekonomisk stress. I de olika mätinstrumenten svarar familjehemsföräldrarna på frågor som finns på ordinalskalan, när de till exempel svarar på hur mycket de håller med eller inte håller med om ett specifikt påstående. Dessa två skalor är för kvalitativa variabler (ibid).

De kvantitativa variablerna är uppdelade på två skalor, intervall och kvot. Intervallskalan exemplifieras ofta med temperatur, exempelvis Celsius och variabler på denna skala används inte i denna studie. Den sista skalan, kvotskalan är numeriska variabler och där nollan har en betydelse (Djurfeldt et al. 2018). På denna skala finns variabler om familjehemsföräldrarnas eller de familjehemsplacerade barnens ålder och antal placerade barn.

6.1.4.2 Statistiska analyser

När de olika frågorna har kombinerats ihop till de olika skalorna i mätinstrumenten, har dessa sedan använts för att göra statistiska analyser. Detta gjorde genom att undersöka frekvenser och beskrivande statistik. Med denna statistik gjordes olika beräkningar i form av t -test, Chi^2 -test och bivariata korrelationer. T -test är ett test som används för bivariata analyser och testar skillnader när det finns en kvalitativ x-variabel (i denna studie variabeln kön) och en kvantitativ y-variabel. Testet kan användas för att se om det finns en skillnad i medelvärdet i två olika grupper (Djurfeldt et al. 2018). Jag har beräknat gruppvisa oberoende t -tester och utöver dessa har parvisa t -tester gjorts i jämförelserna mellan familjehemsmammorna och familjehemspapporna, för att undersöka om signifikanta resultat kan hittas beroende på om man räknar föräldrarna på gruppnivå eller som par där fokus blir på samma barn och familj. Jag har gjort dessa två olika t -tester för att vid de gruppvisa har jag fler svar i analyserna och får på så sätt mer statistisk power medan de parvisa ger en statistisk analys över samma barn eller familj.

Chi^2 används för variabler på nominalskalan och ordinalskalan och testar samband i korstabeller för kvalitativa variabler. När man använder Chi^2 -test anger man även frihetsgrader (df, från engelskans degree of freedom) som innebär friheten för de oberoende värdena att variera på grund av slumpen (Djurfeldt et al. 2018). I denna studie har jag använt

mig utav Chi²-test när jag har jämfört olika andelar eller olika kategoriserande variabler, exempelvis kön, civilstånd, utbildningsnivå och frågor med ja och nej svar.

Bivariata korrelationer användes för att undersöka inter-rater reliabiliteten mellan familjehemsmammorna och familjehemspapporna. Med inter-rater reliabilitet menas om det finns en enighet mellan personerna som besvarar en fråga samt hur mycket dessa personer graderar och bedömer på samma sätt (Vogt 2005). Värdet som avgör om familjehemsmammorna och familjehemspappornas perspektiv skulle vara utbytbara med varandra är att korrelationen måste vara över 0,90 ($r > ,90$) och ett accepterat värde för inter-rater reliabiliteten är en korrelation med ett värde över 0,60 ($r > ,60$) (Bergström & Baviskar 2020). Om värdet är över 0,90 innebär detta att familjehemsmammorna och familjehemspapporna skulle vara utbytbara, vilket innebär att information från någon av dem skulle räcka (ibid.). När värdet av korrelationen presenteras, är värdet som presenteras det absoluta värdet och korrelationsriktningen anges inte.

6.1.4.3 Att mäta reliabilitet

Termen reliabilitet innebär om frågorna är tillförlitliga snarare än om de är relevanta och kan beskrivas som hur de mäts. För reliabiliteten är en viktig faktor att en mätning med samma instrument ska kunna replikeras och ge samma resultat (Djurfeldt et al. 2018). Termen validitet innebär om de frågor som ställs i studien besvarar forskningsfrågan. Detta kan beskrivas som vad som mäts (ibid.). Reliabiliteten och validiteten är förknippade med varandra i ett instrument, men reliabiliteten är inte beroende av instrumentets validitet. När det gäller att mäta reliabiliteten för ett instrument är Cronbachs alfa det mest använda (Tavakol & Dennick 2011). Cronbachs alfa mäter instrumentets interna konsistens och mäter om instrumentets frågor mäter samma koncept. Detta innebär att Cronbachs alfa uppskattar hur mycket instrument felar (ibid.).

Resultatet av Cronbachs alfa är ett tal mellan 0 och 1 (Tavakol & Dennick 2011). Ett accepterat värde på Cronbachs alfa är mellan 0,70 och 0,95, men rekommendationer säger att ett värde över 0,90 kan vara ett tecken på att vissa frågor inte är nödvändiga och intervallet bör ligga mellan 0,70 och 0,90. När ett instrument innehåller olika begrepp, är det kanske inte meningsfullt att presentera ett alfavärde för hela testet och alfat istället ska beräknas för de olika begreppen (ibid.). Med detta i åtanke, har jag beräknat Cronbachs alfa på delskalor, om

ett instrument innehåller delskalor. Cronbachs alfa för de olika mätinstrumenten i denna studie är presenterade under mätinstrumentpresentationen.

6.2 Metoddiskussion

Jag har i denna studie valt att använda mig utav en metod där jag själv inte har samlat in materialet. Inom forskning är det vanligt att använda material som redan är insamlat, i exempelvis registerstudier eller att använda sig utav olika dokument. När man arbetar med ett redan insamlat material (exempelvis nationella register) eller som i mitt fall en obearbetad råfil, handlar det om att skaffa sig en förståelse om vad materialet innehåller och ta reda på vilka frågor som är möjliga att ställa till materialet. Att använda mig utav denna metod gör att jag som student har tillgång till ett mycket större material och med en population och urval, som jag annars skulle ha svårigheter att komma åt.

6.3 Etiska överväganden

I detta kapitel diskuteras de etiska aspekterna av studien. Den första delen av kapitlet fokuserar på den etikprövning som har gjorts och vad lagen säger om etik inom forskning. Den sista delen av kapitlet kommer att diskutera etiken utifrån normer samt hur etiken har använts ur en praktisk synvinkel i denna studie.

6.3.1 Etikprövning

Forskningsstudien och dess data har etiskt granskats samt är prövat och godkänt av Regionala Etikprövningsnämnden i Lund, protokollnummer 2016/3 (Dnr 2016/164). I Sverige har vi en lag som definierar när en etisk prövning av ett forskningsprojekt behövs göras. När och för vilken typ av forskning en etikprövning behövs definieras i den tredje och fjärde paragrafen (Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor). Etikprövning behövs om forskningen inkluderar fysiska ingrepp, om metoden påverkar fysiska eller psykiska aspekter på forskningsdeltagaren eller om det finns en risk för skada för forskningsdeltagarnas fysiska eller psykiska hälsa. Andra anledningar kan vara om projektet använder biologiskt material, om det innehåller känslig personinformation eller information om brott (ibid.). Med lagen i åtanke, är anledningen till att denna forskning behövde en etikprövning för att den innehåller känslig personinformation och det finns frågor som rör forskningsdeltagarnas hälsa. Denna uppsats täcks av etikprövningen på det sätt att denna uppsats är en beskrivning

och analys av vilka som ingår i studien, vilket blir grunden inför fortsatta analyser av materialet.

6.3.2 Etiska normer

I varje forskningsprojekt måste projektets etiska aspekter reflekteras över. Men vad är etik och hur vet vi om forskningen är "tillräckligt bra" ur ett etiskt perspektiv? Moral är något som varje person har inom sig. Denna moral kan visas i hur vi beter oss och i de val vi gör. Skillnaden mellan moral och etik är att moralen existerar utan någon tanke, medans för etiken måste vi vara medvetna och reflektera över våra handlingar (Vetenskapsrådet 2017). Ett sätt att försöka förklara etik, kan vara att etik är en medveten, motiverad och reflekterad moral och etiken är en teori för moralen (ibid.).

Merton konstruerade fyra principer som han tänkte var ett moraliskt samförstånd inom vetenskapen. Dessa principer är kända som CUDOS-kraven (Communism, Universalism, Disinterestedness and Organised Scepticism) (Vetenskapsrådet 2017, s. 13). Det första kravet, Communism, innebär kort sagt att resultatet av forskningen måste spridas till samhället och forskarsamhället (ibid.). Resultaten av forskningsprojektet kommer till exempel att publiceras i olika forskningspublikationer (här: exempelvis uppsats). Ett etiskt perspektiv på att denna forskning kommer publiceras är att resultaten presenteras på gruppnivå och inga enskilda svar singlas ut. Familjehemsföräldrarna i studien har fått information om att den insamlade informationen kommer att användas i olika vetenskapliga publikationer.

Det andra kravet universalism innebär att forskningsresultaten endast ska bedömas utifrån vetenskapliga kriterier och inte av till exempel forskarens kön eller ursprung.

Disinterestedness, det tredje kravet handlar om forskarens eget motiv och att detta inte ska vara något annat än att bidra med ny kunskap (Vetenskapsrådet 2017). Att bidra med kunskap om familjehemsföräldrar är avsikten med denna studie och masteruppsats. Det sista kravet från Merton är Organised Scepticism. Med detta menar han att forskaren bör titta på resultaten med en kritisk syn och vänta med att ge en bedömning tills det finns tillräckligt med forskningsbevis (ibid.). Vilka andra forskningsetiska normer finns utöver CUDOS? Dessa normer kan handla om information och samtycke eller om att forskningen inte ska göra skada och att den ska vara av begränsad risk för forskningsdeltagarna. Men etiska normer

handlar även om när forskningen är över, med fokus på publicering och arkivering av det insamlade materialet (Vetenskapsrådet 2017).

Familjehemsföräldrarna fick information om forskningsprojektet och att det är frivillig minst två gånger, första gången från organisationen och andra gången från forskningspersonal, både i muntlig och skriftlig form. Föräldrarna hade möjligheten att läsa frågeformuläret med alla frågor innan de gick med i forskningsprojektet och informerades om att resultaten skulle komma att avrapporteras i olika sammanhang i vilka deras identitet var dold. Samtycket från föräldrarna samlades in skriftligt. I studien har information om det familjehemsplacerade barnet samlats in via familjehemsföräldrarna, så att barnens identitet har hållits konfidentiellt för forskningspersonal för att så få som möjligt ska känna till den. För att kunna samordna det insamlade materialet till rätt familjehemsförälder gjordes en kod för varje förälder.

Kodnyckeln, alltså koden och personuppgifterna på föräldrarna, finns bara på en papperskopia som lagras i en låst säkerhetsbox på ett låst kontor och endast forskningspersonal har tillgång till kodnyckeln. Kontoret är bemannat under kontorstid och återstående timmar är kontoret vaktat av ett säkerhetsföretag. Kodnyckeln och de insamlade frågeformulären förvaras på olika platser. Helt enligt etikprövningens godkännande.

Enligt min åsikt handlar den största etiska frågan om det ansvar vi som samhälle har gentemot dessa barn som vi placerar i familjehem. Om vi tar över den dagliga vården och omsorgen och placerar barn i familjehem, är det inte vårt ansvar att ha kunskap om vilka vi låter ta hand om dem? Om vi ska lära oss av vår historia, då vet vi att alla barn som placerats i familjehem inte har tagits om hand ordentligt, då familjehemsföräldrarna har försummat, vanvårdat och barnen har blivit utsatta för olika former av övergrepp (SOU 2011:61). Sedan den första januari 2020 är barnkonventionen en lag i Sverige och denna lag stärker barns rättigheter (Regeringen 2020). Under 2019 var familjehem den vanligaste placeringsformen och under detta år placerades 20 400 barn och unga i familjehem i Sverige (Socialstyrelsen 2020b). Med denna konvention som lag som stöder barns rättigheter, vi vet vad som hänt tidigare och det är många barn som placeras i familjehem, hur kan det vara etiskt av oss att inte forska om familjehemsföräldrarna? Är det inte vårt etiska ansvar att forska om detta?

7 Resultat

I detta kapitel presenteras resultaten från de statistiska analyserna. Kapitlet är indelat i två huvuddelar. Den första delen handlar om familjehemsföräldrarna i urvalet och jämförelser mellan familjehemsmammorna och familjehemspapporna. Den andra delen handlar om familjehemsföräldrarna och jämförelser med de olika referensgrupperna. Resultaten gäller om den oberoende variabeln kön (familjehemsmammor och familjehemspappor) kommer att påverka de olika beroende variabler som används i denna studie. Det mesta av statistiken kommer att presenteras i tabellform.

7.1 Familjehemmens situation och bakgrund

Nedan kommer en presentation gällande bakgrundsvariablerna som samlats in från familjehemsföräldrarna och jämförelserna mellan mammorna och papporna. På variabler där det är relevant, kommer korrelationen om inter-rater reliabilitet presenteras för att se om familjehemsföräldrarnas perspektiv är utbytbar med varandra.

Tabell 2. Familjehemsföräldrarna.

	Mammor n = 53	Pappor n = 34	Chi ² eller <i>t</i> -test (p/df)	parvis <i>t</i> -test (p) n=26
Sociodemografiska variabler hos familjehemsföräldrarna				
Ålder	M (sd) 52,5 (7,45)	M (sd) 54,1 (8,92)	0,90 (0,368)	1,50 (0,145)
Födelseort	n (%)	n (%)		
Norden	36 (67,9)	27 (79,4)	1,37 (0,242/1)	
Utanför Norden	17 (32,1)	7 (20,6)		
Civilstånd				
Gift/sammanboende	40 (75,5)	31 (91,2)	4,12 (0,127/2)	
Ensamstående	12 (22,6)	3 (8,8)		
Annat	1 (1,9)	0 (0,0)		
Utbildningsnivå				
Grundskola	3 (5,7)	7 (20,6)	8,36 (0,015/2)	
Gymnasium	32 (60,4)	14 (41,2)		
Högskola/Universitet	18 (34,0)	13 (38,2)		

	M (sd)	M (sd)		
Ekonomisk stress	3,43 (0,57)	3,38 (0,55)	0,41 (0,687)	0,70 (0,490)
Erfarenhet som familjehemsförälder				
	n (%)	n (%)		
Erfarenhet som familjehem				
Mindre än ett år	11 (20,8)	8 (23,5)	3,82 (0,148/2)	
Mer än ett år/ mindre än 5 år	21 (39,6)	11 (32,4)		
Mer än 5 år	21 (39,6)	15 (44,1)		
Uppfostrad av föräldrar som var familjehemsföräldrar				
Ja	9 (17,0)	3 (8,8)	1,16 (0,282/1)	
Fått familjehemsutbildning				
Ja	48 (90,6)	27 (79,4)	2,17 (0,141/1)	

Fet stil på Chi² /t-test värde = signifikant skillnad.

Familjehemsmammorna och familjehemspapporna var mer lika varandra än olika (tabell 2). Deras medelålder var strax över 50 år, även om den yngsta föräldern var en mamma på 30 år och den äldsta var en pappa på 74 år. Majoriteten av föräldrarna är båda födda i Norden och är i ett parförhållande (gift eller sammanboende). De flesta familjehemsföräldrarna hade en gymnasieutbildning som högsta utbildning, men signifikant fler mammor än pappor hade högre utbildningsnivåer. De flesta familjehemsföräldrarna bekymrade sig sällan eller var aldrig bekymrade för att deras inkomst inte skulle täcka deras utgifter, oavsett om det var en mamma eller pappa. Erfarenheten hos både mammorna och papporna av att vara ett familjehem var ganska hög. Majoriteten hade varit familjehem i över fem år samt att många också hade varit familjehem i minst ett men ännu inte nått över fem år. Endast 14 % av föräldrarna uppfostrades av föräldrar som också var familjehem och nästan alla (86 %) föräldrar hade genomgått en familjehemsutbildning.

Tabell 3. Familjehemsföräldrarnas barn.

	Mammor n = 53	Pappor n = 32-34	Chi2 eller <i>t</i> -test (p/df)
Barn i familjehemmet			
	n (%)	n (%)	
Familjehemsplacerade barnets kön			
Flicka	20 (37,7)	12 (37,5)	0,00 (0,983/1)
Pojke	33 (62,3)	20 (62,5)	
	M (sd)	M (sd)	
Familjehemsplacerade barnets ålder	14,8 (2,07)	14,4 (2,20)	0,84 (0,402)
Antal placerade barn i familjehemmet	2,23 (1,28)	2,18 (1,14)	0,19 (0,853)
	n (%)	n (%)	
Egna barn som bor hemma			
Ja	28 (52,8)	19 (55,9)	1,49 (0,475/2)
Nej, alla flyttat/ bor inte hemma	22 (41,5)	14 (41,2)	
Nej, har inga egna barn	3 (5,7)	1 (2,9)	
Familjehemsföräldrarnas anknytning till det placerade barnet			
Intresserade av adoption			
Ja	13 (24,5)	6 (18,8)	0,38 (0,536/1)
Funderat på att flytta det placerade barnet			
Ja	6 (11,3)	1 (3,1)	1,77 (0,183/1)
Pratat om att flytta det placerade barnet			
Ja	5 (9,4)	1 (3,1)	1,21 (0,271/1)

När det gäller barnen hos familjehemsföräldrarna var dessa mer lika än olika (inga signifikanta skillnader, se tabell 3), vilket föräldrarna borde vara överens om då det handlar om samma barn eftersom de flesta lever i parförhållande. Barnet var oftast en pojke på runt 14 år och i genomsnitt var det två placerade barn i varje familjehem. Barnen hos mammorna var i åldern mellan 10 och 19 år och barnen hos papporna var i ålder 10 till 17 år. Antal barn som var placerade hos mammorna var mellan 1 och 6 barn medan papporna hade mellan 1 och 4

placerade barn. De flesta mammor och pappor hade egna barn som bodde i hemmen och mycket få (5 %) hade inga barn på egen hand. I den sista delen av tabell 3 presenteras resultaten om familjehemsmammornas och familjehemspappornas anknytning till det placerade barnet genom frågorna om adoption och flytt och även här var föräldrarna mer lika än olika (inga signifikanta skillnader). Totalt vill endast 22 % av föräldrarna adoptera det placerade barnet om det är möjligt. Under den senaste månaden funderade totalt 8 % av föräldrarna på att flytta det familjehemsplacerade barnet och totalt 7 % pratade om att flytta det familjehemsplacerade barnet från familjehemmet.

Sammanfattningsvis är familjehemsmammorna och familjehemspapporna väldigt lika, då det bara finns en mindre skillnad mellan dem och det är gällande utbildningsnivå där mammorna har signifikant högre utbildningsnivå. För de övriga variablerna (nämnda bakgrundsvariabler och om familjehemmets barn) skiljer det sig inte mellan familjehemsmammorna och familjehemspapporna.

7.1.1 Familjehemsföräldrarna och mätinstrumenten

Denna del av kapitlet fokuserar på familjehemsmammornas och familjehemspappornas resultat på instrumenten BCFPI, FSS, CES-D, PSOC och LYLES-P. *T*-test och korrelationer har beräknats för att se om det finns någon signifikant skillnad mellan mammorna och papporna samt hur mycket deras svar korrelerar.

Tabell 4. Mätinstrument som fokuserar på familjehemsföräldrarna.

	Mammor n = 52-53	Pappor n = 34	<i>t</i> -test (p)	parvis <i>t</i> -test (p) n=26	Korrelation n=26
	M (sd)	M (sd)			
BCFPI					
Informantens nedstämdhet	15,57 (2,93)	16,03 (2,91)	0,72 (0,476)	0,29 (0,772)	
Familjefunktion	2,26 (2,38)	1,82 (1,88)	0,91 (0,365)	0,16 (0,878)	0,23
FSS	36,74 (4,84)	38,53 (4,25)	1,76 (0,081)	0,94 (0,357)	0,40
CES-D	0,42 (0,31)	0,35 (0,34)	0,99 (0,325)	0,90 (0,377)	
PSOC	4,68 (0,55)	4,67 (0,49)	0,09 (0,931)	0,14 (0,893)	

I tabell 4 presenteras resultaten för instrumenten BCFPI (de delskalor som handlar om föräldrarna själva) FSS, CES-D och PSOC. På dessa instrument är mammorna och papporna överens eller lika i hur de mår, ser på sin familjefunktion, hur nöjda de är med sina familjer och deras upplevda föräldrakompetens (inga signifikanta skillnader). För delskalan familjefunktion och instrumentet FSS presenteras värdet gällande inter-rater-reliabilitet och denna visar att korrelationer som är så låga att de inte når upp till nivån för acceptabelt värde ($r > ,60$).

Tabell 5. Mätinstrument som fokuserar på det familjehemsplacerade barnet.

	Mammor n = 51-53	Pappor n = 30-34	<i>t</i> -test (p)	parvis <i>t</i> -test (p) n=24-26	Korre- -lation n=24- 26
	M (sd)	M (sd)			
BCFPI					
ADHD	4,81 (3,24)	4,50 (3,06)	0,44 (0,664)	0,34 (0,740)	0,83
ODD	5,09 (3,70)	3,97 (3,44)	1,39 (0,169)	0,83 (0,417)	0,73
CD	0,77 (1,44)	0,47 (1,48)	0,92 (0,360)	0,41 (0,685)	0,15
SAD	1,98 (2,00)	1,41 (1,48)	1,50 (0,137)	0,89 (0,380)	0,80
GAD	4,13 (2,98)	3,34 (2,52)	1,25 (0,214)	1,03 (0,315)	0,78
Humörhantering	3,47 (2,84)	2,16 (2,00)	2,49 (0,015)	2,62 (0,015)	0,69
Självskade- beteende	0,34 (1,09)	0,00 (0,00)		1,00 (0,328)	
MDD	3,81 (3,47)	2,16 (2,00)	2,78 (0,007)	2,79 (0,010)	0,67
Externaliserings- beteende	10,68 (7,21)	8,94 (6,26)	1,13 (0,261)	0,60 (0,555)	0,79
Internaliserings- beteende	9,58 (6,01)	6,91 (4,62)	2,16 (0,034)	1,99 (0,059)	0,76
Totala problem	20,26 (11,08)	15,84 (9,19)	1,90 (0,061)	1,57 (0,131)	0,78
LYLES-P				n=20-24	n=20- 24
nIPE	2,81 (2,03)	2,33 (2,35)	0,98 (0,331)	0,72 (0,479)	0,83
IPE	2,49 (2,39)	2,09 (2,36)	0,75 (0,455)	2,89 (0,008)	0,91
ACC	2,54 (2,17)	2,28 (2,41)	0,51 (0,612)	2,38 (0,027)	0,98
Polytraumatisering	7,90 (5,24)	6,93 (5,97)	0,76 (0,447)	2,81 (0,011)	0,95

Fet stil på *t*-test värde = signifikant skillnad.

För delskalorna i BCFPI om det familjehemsplacerade barnets psykiska hälsa (tabell 5), har familjehemsföräldrarna till största del och totalt sett rapporterat lika gällande det familjehemsplacerade barnet. Den skillnad som finns är på delskalan om humörhantering både för gruppvisa och parvisa *t*-test, där mammorna rapporterar ett signifikant högre värde än papporna. Mammorna har rapporterat signifikant högre värden än papporna på de summerande delskalorna MDD och internaliseringsbeteende, när MDD har beräknats både med gruppvis och parvis *t*-test medan internaliseringsbeteende endast visar skillnad på gruppvis *t*-test. För både delskalorna MDD och internaliseringsbeteende finns delskalan humörhantering med i grunden och att det är på skalan som den signifikanta skillnaden finns mellan mammorna och papporna.

Inter-rater reliabiliteten för BCFPI testades genom korrelationer. Korrelationerna var mestadels acceptabla ($r > ,60$), men inte för delskalan CD då korrelationen inte uppnådde värdet för acceptans. Ingen av delskalorna visar på en korrelation som tyder på att mammornas och pappornas rapportering skulle kunna vara utbytbar mot varandra. För delskalan om självskadebeteende kunde inget gruppvis *t*-test eller korrelation genomföras, detta på grund av att det inte finns någon varians på pappornas svar.

För instrumentet LYLES-P och dess olika delskalor rapporterar mammorna och papporna lika (inga signifikanta skillnader) om antal traumatiska händelser för det familjehemsplacerade barnet när *t*-testen beräknas gruppvis (tabell 5). När parvisa *t*-tester har beräknats och fokus är på samma barn, finns det signifikanta skillnader på delskalorna IPE, ACC och polytraumatisering och mammorna har rapporterat fler traumatiska händelser än papporna. Eftersom polytraumatisering är den summerande delskalan, finns skillnaderna i rapportering i grunden på delskalorna IPE och ACC. Gällande inter-rater reliabiliteten för LYLES-P är korrelationen olika för de olika delskalorna. För delskalan nIPE är korrelationen acceptabel ($r > ,60$) och för delskalorna IPE, ACC och polytraumatisering har mammorna och papporna så hög korrelation, att den visar på att deras svar skulle vara utbytbara ($r > ,90$).

Sammanfattningsvis fortsätter familjehemsmammorna och familjehemspapporna rapportera liknande svar när de olika mätinstrumenten har använts. Det finns vissa mindre skillnader i hur mammorna har rapporterat jämfört med papporna om det familjehemsplacerade barnet när det gäller psykisk hälsa (BCFPI) och antal traumatiska händelser som det familjehemsplacerade barnet har upplevt (LYLES-P) och då har mammorna rapporterat

signifikant högre värden. På delskalorna IPE, ACC och polytraumatisering på instrumentet LYLES-P är mammorna och papporna så pass överens att deras svar skulle vara utbytbara med varandras.

7.2 Familjehemmen jämfört med referensgrupper

I denna del av kapitlet presenteras jämförelserna mellan familjehemsföräldrarna och referensgrupperna för att se om familjehemmen skiljer sig från andra familjer. I jämförelserna används både bakgrundsvariablerna, mätinstrumenten och kliniska gränsvärden.

Presentationen är sorterat utifrån vilken referensgrupp som har använts i de olika jämförelserna.

7.2.1 Jämfört med den generella befolkningen

I detta avsnitt presenteras resultatet av de statistiska analyserna för jämförelserna mellan familjehemsföräldrarna och referensgruppen gällande statistik inhämtat från SCB om den generella befolkningen i Sverige.

67,9 % av familjehemsmammorna är födda i Norden och från den generella befolkningen är 82,1 % av kvinnorna födda i Sverige, det finns en signifikant skillnad ($\chi^2 = 5,34$, $p = 0,021$, $df = 1$). För familjehemspapporna är 79,4 % födda i Norden jämfört med 82,3 % av männen i Sverige, ingen signifikant skillnad ($\chi^2 = 0,26$, $p = 0,609$, $df = 1$). Detta innebär att familjehemsmammorna skiljer sig från den generella befolkningen, då färre familjehemsmammor är födda i Sverige, medan det inte finns någon skillnad mellan papporna och den generella befolkningen gällande födelseort.

Signifikant fler ($\chi^2 = 4,30$, $p = 0,038$, $df = 1$) familjehemsmammor (75,5 %) är gifta eller sammanboende än den generella befolkningen (61,9%). Det finns ingen signifikant skillnad ($\chi^2 = 0,30$, $p = 0,583$, $df = 1$) när det gällde ensamstående hushåll när man jämförde familjehemsmammor (22,6 %) med den generella befolkningen (25,9 %). Signifikant färre ($\chi^2 = 8,06$, $p = 0,005$, $df = 1$) familjehemsmammor (1,9 %) har annat arrangemang som civilstånd än den generella befolkningen (12,2 %). Signifikant fler ($\chi^2 = 23,91$, $p = 0,000$, $df = 1$) familjehemspappor (91,2 %) är gifta eller sammanboende än den generella befolkningen (61,9 %). Det finns också signifikant färre ($\chi^2 = 10,22$, $p = 0,001$, $df = 1$) familjehemspappor (8,8 %) som har ett ensamstående hushåll än den generella befolkningen

(25,9 %). Detta innebär att det oftast finns en skillnad mellan familjehemsföräldrarna och den generella befolkningen när det handlar om civilstånd. Både mammorna och papporna är oftare gifta eller sammanboende, färre mammor har annat som civilstånd och färre pappor hade ensamhushåll än den generella befolkningen. Endast för civilståndet ensamhushåll för familjehemsmammorna liknade mammorna den generella befolkningen.

I jämförelsen om utbildningsnivå, har signifikant färre ($\chi^2=9,10$, $p=0,002$, $df=1$) familjehemsmammor (5,7 %) grundskola som högsta utbildning än den generella befolkningen (20,0 %) och för familjehemspapporna (20,6 %) finns det ingen signifikant skillnad ($\chi^2=0,08$, $p=0,779$, $df=1$) jämfört med den generella befolkningen (22,2 %). Signifikant fler ($\chi^2=7,32$, $p=0,007$, $df=1$) familjehemsmammor (60,4 %) har gymnasium som högsta utbildningsnivå än den generella befolkningen (41,3 %) och för familjehemspapporna (41,2 %) finns det ingen signifikant skillnad ($\chi^2=0,49$, $p=0,482$, $df=1$) jämfört med den generella befolkningen (46,1 %). För den sista utbildningsnivån högskola/universitet, finns det ingen signifikant skillnad ($\chi^2=0,49$, $p=0,483$, $df=1$) för familjehemsmammor (34,0 %) jämfört med den generella befolkningen (38,8 %) och ingen signifikant skillnad ($\chi^2=0,95$, $p=0,331$, $df=1$) för familjehemspapporna (38,2 %) jämfört med den generella befolkningen (31,6 %). Detta innebär att familjehemspapporna liknar den generella befolkningen när det handlar om utbildningsnivå. Mellan familjehemsmammorna och den generella befolkningen finns det oftast en skillnad när det gäller utbildningsnivå och grupperna är endast lika när det gäller utbildning på högskola eller universitet, i övrigt har familjehemsmammorna en högre utbildningsnivå än den generella befolkningen.

Sammanfattningsvis finns det oftast en skillnad mellan familjehemsmammorna och den generella befolkningen när det gäller födelseort, civilstånd och utbildningsnivå. Familjehemspapporna liknar oftast den generella befolkningen när det handlar om födelseort och utbildningsnivå, men det finns skillnad när det gäller civilstånd.

7.2.2 Jämfört med andra föräldrar som ska genomgå föräldrautbildning

Detta avsnitt kommer att presentera resultatet för de statistiska analyserna som är gjorda mellan familjehemsföräldrarna och den referensgrupp om föräldrar som ska genomgå föräldrautbildning. Jämförelser har gjorts gällande sociodemografiska variabler samt mätinstrumenten CES-D och PSOC.

Tabell 6. Jämförelser gällande sociodemografiska variabler mellan familjehemsföräldrarna och föräldragruppen från Stattin et al. (2015).

	Familjehemsmammor n=53 Familjehemspappor n=34	Referensföräldragrupp n = 794	Chi ² eller <i>t</i> -test (p/df)
	M (sd)	M (sd)	
Ålder			
Familjehemsmammor	52,5 (7,45)	38,00 (5,98)	13,87 (0,000)
Familjehemspappor	54,1 (8,92)	38,00 (5,98)	10,42 (0,000)
Barnets ålder			
Familjehemsmammor	14,8 (2,07)	7,70 (2,60)+	23,89 (0,000)
Familjehemspappor	14,4 (2,20)	7,70 (2,60)+	14,40 (0,000)
	%	%	
Andel mammor	61	86	16,04 (0,000/1)
Födelseort			
Norden			
Familjehemsmammor	67,9	89	13,17 (0,000/1)
Familjehemspappor	79,4	89	3,46 (0,063/1)
Civilstånd			
Gift/sammanboende			
Familjehemsmammor	75,5	74	0,06 (0,807/1)
Familjehemspappor	91,2	74	10,29 (0,001/1)
Utbildningsnivå			
Familjehemsmammor			
Grundskola	5,7	9	0,80 (0,371/1)
Högskola/Universitet	34,0	45,5	2,76 (0,097/1)
Familjehemspappor			
Grundskola	20,6	9	5,34 (0,021/1)
Högskola/Universitet	38,2	45,5	1,09 (0,295/1)
	M (sd)	M (sd)	
Ekonomisk stress			
Familjehemsmammor	3,43 (0,57)	2,73 (0,71)	8,51 (0,000)
Familjehemspappor	3,38 (0,55)	2,73 (0,71)	6,66 (0,000)

+n=908 barn. Fet stil på Chi² /*t*-test värde = signifikant skillnad.

Familjehemsföräldrarna var mer olika än lika i jämförelserna med referensgruppen (tabell 6).

Både familjehemsföräldrarna och de familjehemsplacerade barnen hade signifikant högre

medelålder, dock var det förväntat att barnen skulle vara äldre på grund av inkluderingskriterium. Majoriteten av föräldrarna i referensgruppen bestod av mammor. Familjehemsmammorna liknade referensgruppen när det gäller civilstånd och olika utbildningsnivåer men det fanns signifikant skillnad när det gäller födelseort, då färre familjehemsmammor är födda i Norden än i referensgruppen. Familjehempapporna var olik referensgruppen när det handlar om civilstånd och grundskoleutbildning, då signifikant fler familjehempappor var gifta eller sammanboende och fler hade grundskoleutbildning än referensgruppen. De likheter som fanns mellan familjehempapporna och referensgruppen är om födelseort och utbildning på högskola eller universitet.

I jämförelserna gällande den ekonomiska stressen i familjerna innebär ett lägre medelvärde en högre ekonomisk stress. Det fanns en skillnad mellan familjehemsföräldrarna, oavsett om det var mammorna eller papporna och referensgruppen när det gäller familjens ekonomiska situation. Familjehemsföräldrarna är olik referensgruppen då de upplever en signifikant bättre ekonomisk situation och upplever mindre ekonomisk stress.

Tabell 7. Familjehemsföräldrarna jämfört med föräldragruppen från Stattin et al. (2015) med mätinstrument.

	Familjehemsmammor n=53 Familjehempappor n=34	Föräldragrupp n= 794	<i>t</i> -test (p)
	M (sd)	M (sd)	
CES-D			
Familjehemsmammor	0,42 (0,31)	0,95 (0,60)	11,13 (0,000)
Familjehempappor	0,35 (0,34)	0,95 (0,60)	9,67 (0,000)
PSOC			
Familjehemsmammor	4,68 (0,55)	3,81 (0,66)	11,00 (0,000)
Familjehempappor	4,67 (0,49)	3,81 (0,66)	9,86 (0,000)

Fet stil på *t*-test värde = signifikant skillnad.

Familjehemsföräldrarna, oavsett om det är mammorna eller papporna, är mer olika än lika referensgruppen när det gäller depressiva symtom och upplevd föräldrakompetens (tabell 7). Familjehemsföräldrarna rapporterar signifikant färre depressiva symtom och signifikant högre kompetenskänsla som förälder än vad referensgruppen har gjort.

Sammanfattningsvis är familjehemsföräldrarna mer olik referensgruppen än lik. Skillnaderna finns gällande mammornas födelseort, pappornas civilstånd och pappornas utbildningsnivå. De skiljer sig också mot referensgruppen när det gäller ekonomisk situation, depressiva symtom och upplevd föräldrakompetens.

7.2.3 Jämfört med undersökningar av specifika mätinstrument

I detta avsnitt kommer resultaten gällande jämförelserna mellan familjehemsföräldrarna och referensgrupper från undersökningar av specifika mätinstrument och kliniska gränsvärden.

Tabell 8. Familjehemsföräldrarna jämfört med referensgruppen för BCFPI från Andersson et al. (2018).

	Familjehemsmammor n = 53 Familjehemspappor n = 32	Referensgrupp n=113	t-test (p)
	M (sd)	M (sd)	
ADHD			
Familjehemsmammor	4,81 (3,24)	6,54 (3,07)	3,33 (0,001)
Familjehemspappor	4,50 (3,06)		3,32 (0,001)
ODD			
Familjehemsmammor	5,09 (3,70)	6,93 (3,27)	3,24 (0,001)
Familjehemspappor	3,97 (3,44)		4,47 (0,000)
CD			
Familjehemsmammor	0,77 (1,44)	1,10 (1,73)	1,21 (0,230)
Familjehemspappor	0,47 (1,48)		1,87 (0,063)
SAD			
Familjehemsmammor	1,98 (2,00)	2,31 (2,46)	0,92 (0,360)
Familjehemspappor	1,41 (1,48)		2,58 (0,012)
GAD			
Familjehemsmammor	4,13 (2,98)	5,27 (3,11)	2,23 (0,027)
Familjehemspappor	3,34 (2,52)		3,22 (0,002)
MDD			
Familjehemsmammor	3,81 (3,47)	6,19 (3,35)	4,22 (0,000)
Familjehemspappor	2,16 (2,00)		8,51 (0,000)
Externaliseringsbeteende			
Familjehemsmammor	10,68 (7,21)	14,67 (6,23)	3,66 (0,000)
Familjehemspappor	8,94 (6,26)		4,59 (0,000)

Internaliseringsbeteende			
Familjehemsmammor	9,58 (6,01)	13,78 (6,74)	3,87 (0,000)
Familjehemspappor	6,91 (4,62)		6,65 (0,000)

Fet stil på *t*-test värde = signifikant skillnad.

Mellan familjehemsföräldrarna, både mammorna och papporna, var det oftast skillnader i jämförelsen med referensgruppen i hur föräldrarna hade rapporterat den psykiska hälsan hos sina barn, då familjehemsföräldrarna oftast hade rapporterat signifikant lägre värden (tabell 8). Föräldragrupperna liknade varandra när det gäller hur de hade rapporterat på delskalan CD. När det gäller rapportering på delskalan SAD liknade familjehemsmammorna referensgruppen, medan familjehemspapporna hade skillnader.

CES-D har det kliniska gränsvärdet 16 och högre. Bland familjehemsmammorna (n=53) har 9 av dem poängen 16 eller mer. För familjehemspapporna (n=34) är 5 av dem på eller över det kliniska gränsvärdet. Totalt ligger 16 % av familjehemsföräldrarna på eller över det kliniska gränsvärdet. Mellan mammorna och papporna finns det ingen signifikant skillnad ($\chi^2=,08$, $p=,778$, $df=1$). Detta innebär att det inte finns några skillnader mellan hur många av mammorna och papporna som ligger på en risknivå för klinisk depression.

I jämförelserna mellan LYLES-P och de kliniska gränsvärdena, är det kliniska gränsvärdet för delskalan nIPE 10. En av familjehemsmammorna (n=53) har rapporterat över det kliniska gränsvärdet, men ingen av familjehemspapporna (n=30) har rapporterat att de har ett familjehemsplacerat barn som är över det kliniska gränsvärdet, ingen signifikant skillnad finns mellan dem ($\chi^2= 0,57$, $p=0,449$, $df=1$). För delskalan IPE är det kliniska gränsvärdet 3. På denna delskala rapporterade mammorna (n=53) att 17 familjehemsplacerade barn låg över värdet och papporna (n=32) svarade att 6 barn låg över värdet, ingen signifikant skillnad finns ($\chi^2= 1,80$, $p=0,180$, $df=1$). På delskalan ACC är det kliniska gränsvärdet 2. På denna delskala rapporterade flest mammor och pappor att de hade ett familjehemsplacerat barn som låg över det kliniska gränsvärdet. Mammorna (n=51) rapporterade att 27 barn låg över värdet och papporna (n=32) rapporterade att 12 placerade barn låg över värdet, ingen signifikant skillnad finns ($\chi^2= 1,88$, $p=0,170$, $df=1$). Detta innebär att familjehemsmammorna och familjehemspapporna var överens gällande i hur många barn som låg över de kliniska gränsvärdena för antal traumatiska händelser på de olika delskalorna i LYLES-P.

Sammanfattningsvis, skiljer sig oftast familjehemsföräldrarna från referensgruppen i hur de har rapporterat den psykiska hälsan hos sina barn. Familjehemsföräldrarna, mammorna och papporna, rapporterar liknande värden när deras rapportering jämförs med kliniska gränsvärden gällande risk för klinisk depression och normerat antal traumatiska händelser för det familjehemsplacerade barnet.

8 Diskussion

Familjehemsmammorna och familjehempapporna har ett viktigt uppdrag och de spelar en viktig roll för de familjehemsplacerade barnen. Familjehemsföräldrarna representerar även en tredjedel av det tredelade föräldraskapet och ansvarar för den dagliga vården och omsorgen för det placerade barnet. Denna studie har ämnat att bidra med kunskap om vilka dessa föräldrar är och ge en bild över vilka det är som är utvalda att bli utförare av interventionerna familjehem och Connect for Foster Parents. Familjehemsföräldrar i denna studie liknar varandra, både gällande de undersökta sociodemografiska variablerna och hur de har rapporterat i de olika mätinstrumenten. Dessa familjehemsföräldrar skiljer sig åt jämfört med referensgrupperna gällande de undersökta sociodemografiska variablerna, de har färre depressionssymtom och en högre känsla av kompetens som förälder samt att deras familjehemsplacerade barn upplevs ha en bättre psykisk hälsa än referensgruppen.

8.1 Familjehemsföräldrarna och deras familjer

Familjehemsföräldrar är de lekmän som får uppdrag av socialnämnden att vara utförare av interventionen familjehemsvård. Frågan har varit vilka dessa lekmän är och vilken problematik de ser hos barnet men även specifikt vilka familjehemsföräldrar det är som har blivit utvalda att vara utförare av två interventioner, familjehemsvård och Connect. Den genomsnittliga familjehemsföräldern och utförare av interventionerna i denna studie är en förälder som strax över 50 år gammal, född i Norden, gift eller sammanboende, har lägst gymnasieutbildning och bekymrar sig sällan eller aldrig över sin ekonomi.

Familjehemsmammorna och familjehempapporna är väldigt lika varandra och för de undersökta sociodemografiska variablerna och de olika bakgrundsvariablerna var nästan alla utan signifikanta skillnader. Den enda variabel där det finns en skillnad mellan mammorna

och papporna är gällande utbildningsnivå, där mammorna har en högre utbildningsnivå. Familjehemsföräldrarna fortsätter att rapportera lika när deras symtom på depression, familjefunktion, familjenöjdhet och upplevda föräldrakompetens undersöks genom de aktuella mätinstrumenten (BCFPI, FSS, CES-D, PSOC). När inter-rater reliabiliteten har undersökts hur familjehemsföräldrarna ser på samma familj genom delskalan familjefunktion i BCFPI och instrumentet FSS, visar analysen en väldigt låg korrelation som inte når upp till gränsen för acceptans. Detta innebär att även om familjehemsföräldrarna rapporterar lika, så är inte deras svar utbytbara när det gäller hur de upplever sina familjer.

När fokus har flyttats från familjehemsföräldrarna själva till det familjehemsplacerade barnet i deras familjer för att belysa krav som ställs på deras föräldraförmågor, så fortsätter familjehemsföräldrarna till största delen att likna varandra i hur de har rapporterat om barnets psykiska hälsa och traumahistorik genom de aktuella mätinstrumenten (BCFPI, LYLES-P). Den skillnad som finns mellan mammorna och papporna i hur de har rapporterat den psykiska hälsan hos det familjehemsplacerade barnet (BCFPI) försvinner om man tittar på resultatet för den summerande skalan om totala problem. Detta innebär att om man kollar totalt sett, så är familjehemsföräldrarna överens med varandra gällande den psykiska hälsan hos det familjehemsplacerade barnet. Vidare i instrumentet BCFPI, på delskalan om självskadebeteende saknar denna varians i pappornas svar och detta kan ses som ett förväntat värde. Detta på grund av att om det placerade barnet hade allvarliga problem med tankar, planer och självmordsförsök är det inte säkert att en placering i familjehems är rätt intervention och att denna problematik även är ett skäl för exkludering i studien.

Även om familjehemsföräldrarna till största del är överens om den psykiska hälsan hos barnet, visar analysen av inter-rater reliabiliteten att deras svar inte är utbytbara med varandra. När familjehemsföräldrarna har rapporterat deras kännedom om traumahistorik för det familjehemsplacerade barnet, är föräldrarna som sagt mestadels överens. Analyserna på gruppnivå visar att föräldrarna är överens, men om analysen görs parvis där familjehemsföräldrarna ska rapportera om samma barn, finns det mestadels skillnader i hur de har rapporterat. Detta innebär att när familjehemsföräldrarna svarar med samma barn i fokus, så är de inte överens om barnets traumahistorik. Detta resultat är intressant, för trots att deras svar har skillnader så visar inter-rater reliabiliteten att deras svar mestadels är utbytbara med varandra när det gäller traumahistoriken. Vidare betyder detta att de måste vara överens eftersom det hade räckt att fråga någon av dem då deras svar är utbytbara.

Sammanfattningsvis är familjehemsföräldrarna väldigt lika varandra i denna studie och på så vis är det en specifik grupp av föräldrar som har blivit bedömda kompetenta att utföra interventionerna till de familjehemsplacerade barnen. Familjehemsföräldrarna har rapporterat till största del en samsyn, då de till största del har varit överens. En följdfråga hade blivit om resultatet visat tvärtom och att de till största delen hade skillnader och inte varit överens. På detta sätt skulle de kunna anses ha en kompletterande syn till varandra om de observerade och uppmärksammade olika saker. Om de hade sett olika, någon av föräldrarna hade sett mer problematik och den andra mindre, vem hade man valt skulle delta i en föräldrautbildning om bara en fick delta? Den som ser mer eller färre problem? Vid detta testtillfälle vet jag inte heller om någon av föräldrarna deltog på fler sessioner av föräldrautbildningen än den andra och på så vis om det finns samband mellan vilken problematik man som förälder fångar upp och deltagande i utbildningen. En annan synvinkel på detta skulle kunna vara att om de såg olika, skulle de kunnat bemöta barnet på olika sätt och komplettera varandra i att tillgodose barnets olika behovsområden av vård och omsorg och skapa anknytningar till det familjehemsplacerade barnet.

Familjehemsföräldrarna är förväntade att ta rollen som en säker anknytningsfigur och bli en trygg bas för barnet som placerats i deras hem. När anknytningen mellan familjehemsföräldrarna och det familjehemplacerade barnet undersöktes genom proxyvariablerna om adoption och frågorna om man tänkt eller pratat om att flytta barnet, så var föräldrarna överens i hur de tänkte om sitt barn. Att få familjehemsföräldrar har tänkt eller pratat om att flytta barnet kan ses som ett tecken på att det finns en anknytning till barnet och att familjehemsföräldrarna har tagit rollen som den säkra anknytningsfiguren. Detta leder till att det familjehemsplacerade barnet får fördelarna med en säker anknytning som hälsosam psykologisk utveckling, bättre social kognition, självkänsla, självförmåga och hanteringsförmåga men också den viktiga faktorn att känna sig älskad (Howe 2006).

De flesta av familjehemsföräldrarna var inte intresserade av att adoptera barnet, vilket kan ses som att anknytningen kanske inte är tillräckligt stark. Att föräldrarna inte vill att barnet ska flytta från deras hem, pekar på att det finns en anknytning men att föräldrarna inte vill adoptera och ha ett livslångt engagemang. De flesta barn i denna studie är ungdomar och frågan är om resultaten visar på att de flesta föräldrar inte vill adoptera ett äldre barn och om de hade svarat annorlunda om det gällde ett yngre barn. En annan synvinkel på detta är att familjehemsföräldrarna i och med att de flesta inte vill att barnet ska flytta ifrån deras hem,

fortsatt är intresserad av att vara familjehemsförälder, trots de utmaningar som finns i denna roll och föräldraform och på så vis är måna om den anknytning de har skapat mellan dem och barnet. Tecken på otrygga anknytningsstilar har undersökts genom symtom för psykisk ohälsa hos de familjehemsplacerade barnen, på grund av att om de innan placering har varit utsatta för vanvård, försummelse och andra trauman så bör detta ha påverkat deras psykiska hälsa.

Om man ser psykisk ohälsa som ett tecken på otrygga anknytningsstilar, så är familjehemsföräldrarna totalt sett överens om barnets psykiska hälsa och således den anknytning barnet kan uppvisa som kan ställa krav på deras förädrakompetens. Familjehemsföräldrarna skiljer sig från referensgruppen som också har besvarat barns psykiska hälsa med instrumentet BCFPI, då familjehemsföräldrarna till största del har rapporterat färre symtom på psykisk ohälsa. Vidare kan man ställa sig frågande till om detta resultat visar på att de familjehemsplacerade barnen har tryggare anknytning än barnen i referensgruppen, då de inte har lika många symtom på psykisk ohälsa eller om detta resultat beror på att referensgruppen består av barn från BUP som troligtvis har en psykisk ohälsa.

Den desorganiserade anknytningsstilen kan barn som blivit traumatiserade av sina föräldrar uppvisa (Howe 2006). När familjehemsbarnens traumahistorik jämförs med kliniska gränsvärden, så har vissa av de familjehemsplacerade barnen utsatts för mer trauma än vad som är normerat, då de ligger över detta kliniska gränsvärde. Detta skulle kunna leda till att några av dessa barn uppvisar eller tidigare har uppvisat en desorganiserad anknytning eller har varit i en risk för att utveckla denna anknytningsstil och kan ställa högre krav på föräldrarnas förädrakompetens. Familjehemsföräldrarna kommer i föräldrautbildningen Connect få tekniker och stöd i att kunna hjälpa det familjehemsplacerade barnet med sin anknytning och får utbildning som kan stärka deras förädrakompetens. Detta innebär att med stödet från interventionen skulle eventuella otrygga och desorganiserade anknytningsstilar som barnen kan uppvisa förändras och ersättas med en trygg anknytning.

Familjehemsföräldrar riskerar att utveckla STS på grund av deras exponering av det familjehemsplacerade barnets traumahistorik och få PTSD liknande symtom (Bridger et al. 2020; Hannah & Woolgar 2018; Whitt-Woosley et al. 2020). PTSD liknande symtom är former av psykisk ohälsa och psykisk ohälsa kan påverka föräldraförmågan och således göra familjehemsföräldern olämplig att vara utförare av dessa interventioner. Den psykiska hälsan hos familjehemsföräldrarna i denna studie verkar vara bra. Få har tecken på klinisk depression

och både mammorna och papporna rapporterat färre symtom på depression än referensgruppen. Majoriteten av familjehemsföräldrarna hade varit familjehem i över fem år och hade två familjehemsplacerade barn i sina hem. Resultatet över barnens traumahistorik visar på att vissa av dessa barn ligger över det normerade antalet traumatiska händelser och således antas bära på trauma.

Detta innebär att familjehemsföräldrarna ofta hade två traumatiserade barn i sina hem vars traumahistorik skulle kunna leda till STS hos familjehemsföräldrarna samt att de under flera år varit i risk för att utveckla STS i och med deras långa engagemang som familjehem. Trots detta är det få familjehemsföräldrar som uppvisar tecken på klinisk depression och på så sätt visar symtom på STS. Det är få föräldrar som vill att det familjehemsplacerade barnet ska flytta ifrån deras familj och på så vis flytta barnet vars traumahistorik skulle kunna leda till STS hos dem. Detta innebär att familjehemsföräldrarna antas vara i riskzonen för att utveckla STS men då de flesta av föräldrarna inte uppvisar symtom på depression antas det att de flesta av dem inte har utvecklat en STS vid den undersökta tidpunkten.

8.2 En annorlunda familj

För att kunna besvara vissa av frågeställningarna som handlar om vilka familjehemsföräldrarna är, så behöver dessa familjer jämföras emot referensgrupper för att se om det finns skillnader eller likheter som beskriver vilka de är. Familjehemsföräldrarna blir utredda och på detta vis sållade i vilka som blir godkända för att vara utförare av familjehemsvård och med hjälp av referensgrupperna har beräkningar gjorts för att undersöka om det är en selekterad grupp av föräldrar som får detta uppdrag.

När familjehemsföräldrarna jämfördes gällande födelseort mot den generella befolkningen och andra föräldrar som ska gå föräldrautbildning, så skiljer sig familjehemsmammorna mot båda grupperna genom att färre av dem är födda i Sverige. Till skillnad från familjehemsmammorna, så liknar familjehemspapporna båda grupperna gällande födelseort. Detta resultat kan bero på att statistiken för den generella befolkningen är över om personen är född i Sverige eller inte och för föräldragruppen är statistiken över när båda föräldrarna är födda i Norden. Statistiken som används för familjehemsföräldrarna är över hur många mammor respektive pappor som är födda i Norden. Det innebär att resultatet skulle kunna bli annorlunda om jämförelsestatistiken var individuell och över Norden.

När civilstånd gällande om de är gifta eller sammanboende undersöktes och jämfördes mellan dessa olika grupper, så är familjehemspapporna de som skiljer sig mot både den generella befolkningen och andra föräldrar som ska gå utbildning genom att de oftare är gifta eller sammanboende. Familjehemsmammorna skiljer sig på samma sätt som papporna, men endast mot den generella befolkningen. Detta resultat kan bero på att man kanske oftare väljer att bli utförare av interventionen familjehemsvård när man är i ett parförhållande, för att man då har stöttning av varandra i de utmaningar som finns i rollen som familjehemsförälder och i det uppdrag man har att utföra den dagliga vården och omsorgen.

Familjehemspapporna liknar den generella befolkningen gällande utbildningsnivå men mot den andra föräldragruppen har familjehemspapporna en lägre utbildningsnivå.

Familjehemsmammorna liknar däremot den andra föräldragruppen när det gäller utbildningsnivå, men har en högre utbildningsnivå gentemot den generella befolkningen. Det kan antas vara lättare att vara en förebild för barnet om man själv har gått igenom utbildningssystemet i Sverige och födelseorten kan påverka detta. Familjehemsmammorna skiljer sig mot referensgrupperna gällande födelseorten men har högre utbildningsnivå gentemot den generella befolkningen, vilket leder till antagandet att familjehemsmammorna är förberedda för att hjälpa det familjehemsplacerade barnet med skolprestationer. Vidare är frågan vilka yrken dessa familjehemspappor har, alla yrken kräver inte en akademisk utbildning och vissa yrken har en tradition av intern utbildning.

Vidare fann Wiklund & Sallnäs (2010) att familjehemsföräldrar hade en högre utbildningsnivå, precis som familjehemsmammorna i denna studie, samtidigt som tidigare resultat visat att familjehemsföräldrar hade lägre utbildningsnivå, som familjehemspapporna i denna studie. När familjehemsföräldrarna jämfördes med föräldragruppen gällande ekonomisk stress, visar resultaten att familjehemsföräldrarna upplever en bättre ekonomisk situation. Detta resultat stämmer överens med Wiklund & Sallnäs (2010) som också fann att familjehemsföräldrar upplever en bättre ekonomisk situation. Så även om familjehemspapporna har en lägre utbildningsnivå än den andra föräldragruppen, så upplever familjehemsföräldrarna en bättre ekonomisk situation och således verkar inte en akademisk utbildning vara avgörande för dessa familjers ekonomi.

Enligt familjehemsföräldrarnas rapportering har de familjehemsplacerade barnen en bättre psykisk hälsa än referensgruppen, trots dessa barns traumahistorik. Vidare kan skillnaderna

gällande barnens psykiska hälsa bero på att referensgruppen för BCFPI är barn som rekryterats via BUP. Således kan man anta att dessa barn har någon form av psykisk ohälsa och representerar inte ett generellt barn i Sverige och att resultatet visar en förväntad skillnad mellan dessa olika grupper. Detta innebär att resultaten kan visa att de familjehemsplacerade barnen har en bättre psykisk hälsa än referensgruppen, men svarar inte om den psykiska hälsan är sämre eller bättre än ett generellt barn och lämnar den frågan obesvarad.

Familjehemsföräldrarna själva har en bättre psykisk hälsa genom att de rapporterar lägre depressiva symtom samt att de upplever en högre kompetenskänsla som förälder jämfört med de andra föräldrarna som ska få föräldrautbildning. Detta tyder på att de familjehemsföräldrar som har valts ut att vara utförare av interventionerna är föräldrar som mår bra och tror på sina föräldrakunskaper. Att ha en hög kompetenskänsla som förälder och ha en god psykisk hälsa kan anses vara bra karakteristika för möjligheterna att tillgodogöra sig en föräldrautbildning och ta till sig de tekniker som ska hjälpa de familjehemsplacerade barnen samt tillgodose barnens behov av daglig vård och omsorg. Utöver att familjehemsföräldrarna hade en bättre psykisk hälsa jämfört med de andra föräldrarna, var det även få som låg på en risknivå för klinisk depression. Det kan vara så att familjehemsföräldrar har en bättre psykisk hälsa eller så kan dessa resultat bero på att ett känt psykiatriskt problem var ett exkluderingskriterium i denna studie. Med detta i åtanke, kan det ses som förväntat värde att det fanns få familjehemsföräldrar med tecken på klinisk depression, på grund av att en exempelvis diagnostiserad depression skulle vara en anledning till exkludering.

En förklaring till resultaten gällande jämförelserna som är gjorda mellan familjehemsföräldrarna och referensgruppen med andra föräldrar som ska delta i föräldrautbildning, är att de skillnader som är hittade kan bero på vem som familjehemsföräldrarna har blivit jämförda med. Då referensgruppen oftast använde mammorna som den primära respondenten, bygger deras jämförelsestatistik till största del på mammors svar. Detta leder i sin tur till att familjehemspapporna har blivit jämförda med svar från mestadels mammor och frågan blir hur detta har påverkat det resultat som har hittats och om det hade blivit skillnad om familjehemspapporna hade blivit jämförda med svar som till största del var från andra pappor. En svårighet i denna studie är begränsningen utifrån brist på tidigare forskning om familjehemsföräldrar och specifikt svårigheter med att hitta relevanta studier med de använda mätinstrumenten. Begränsningen påverkar på det sätt att

jämförelserna som har genomförts i denna studie har gjorts med den data som är närmst, mest relevant och som jag har kunnat hitta.

8.3 Klinisk implikation och fortsatt forskning

I andra studier om föräldrautbildningar används oftast endast en informant och då främst mammor (Kaminski et al. 2008; Leijten et al. 2019; Shenderovich et al. 2018; Stattin et al. 2015), men till skillnad från dessa studier så används i denna studie två informanter, det vill säga både familjehemsmammorna och familjehemspapporna. Inter-rater reliabiliteten är ett sätt att undersöka om föräldrarna verkligen tänker detsamma och ett sätt att avgöra hur många perspektiv man behöver inhämta. Räcker det med att enbart prata med en förälder för att få en uppfattning och bild över förhållandena i hemmet eller det behövs att man pratar med båda föräldrarna? Resultaten i denna studie gällande inter-rater reliabiliteten mellan familjehemsmammorna och familjehemspapporna är alltid högre när det handlar om det familjehemsplacerade barnet än om deras familj.

Detta resultat betyder att för socialsekreterare är det viktigt att prata med båda föräldrarna i familjehemmet när det handlar om deras familj, på grund av deras åsikter skiljer sig åt då reliabiliteten inte når upp till gränsen för acceptans. Om socialsekreteraren har frågor om det familjehemsplacerade barnet visar resultatet att föräldrarnas perspektiv är likartade och i vissa fall är deras svar helt utbytbara men alltid som lägst acceptabelt. Resultatet gällande inter-rater reliabiliteten är även applicerbart och användbart för framtida studier utifrån en metodologisk synvinkel, eftersom beroende på vad man undersöker kan man behöva inhämta svar från två respondenter i samma familj då perspektiven kan skilja sig åt.

8.4 Metodologiska begränsningar

I denna studie finns det vissa metodologiska begränsningar och främst är det gällande de olika referensgrupperna. Det finns vissa begränsningar med referensgruppen från Stattin et al. (2015) som handlar om referensgruppen om andra föräldrar som ska gå föräldrautbildning. Detta är på grund av att mitt urval (n= 87) är mycket mindre än föräldragruppen i den studien (n=794) och denna storleksskillnad i urvalet kan påverka analyserna. En annan faktor är barnens åldersskillnad. Inkluderingskriterium i referensgruppen var att barnet skulle vara i åldern 3-12 och i mitt urval är de familjehemsplacerade barnen i åldrarna 10-19. Därför har

föräldrarna i referensgruppen yngre barn än familjehemsföräldrarna och de signifikanta skillnaderna gällande ålder är förväntat.

Instrumentet LYLES har två versioner, Youth (klientformulär) och Parent (föräldraformulär). Skillnaden mellan versionerna är att i Youth svarar barnen på egna traumatiska händelser och i föräldraversionen svarar föräldern på traumatiska händelser för barnet i fokus. För LYLES-Y finns det en norm och ett kliniskt gränsvärde på 85 %. Jag har varit i kontakt med en forskare som varit en del av den grupp som utvecklat och arbetat med instrumentet och fått information om att det inte finns något normerat värde för föräldraversionen. På grund av detta är jämförelserna i denna studie gjord mellan svar i föräldraversionerna och de kliniska gränsvärdena för LYLES-Y.

8.5 Slutsats

Den genomsnittliga familjehemsmamman i denna studie är 53 år gammal, född i Norden, gift eller sammanboende och har en gymnasieutbildning. Den genomsnittliga familjehemspappan är 54 år gammal, född i Norden, gift eller sammanboende och har en gymnasieutbildning. Familjehemsföräldrarna är med andra ord mycket lika varandra, det finns heller inga skillnader i hur de upplever sin ekonomiska situation och den enda signifikanta skillnaden är gällande utbildningsnivå bland dessa nämnda variabler.

Det finns ingen skillnad mellan familjehemsmammornas och familjehemspappornas rapportering när det gällde symptom på depression, funktion och tillfredsställelse hos sin familj och deras känsla av kompetens som förälder. Det är nästan inte heller någon skillnad i hur familjehemsföräldrarna upplever sitt familjehemsplacerade barns psykiska hälsa och tidigare trauma, dock rapporterar mammorna fler traumatiska händelser än papporna när det undersöks parvis. Men även om det finns många likheter mellan familjehemsmammorna och papporna är deras perspektiv bara liknande varandras när det handlar om det familjehemsplacerade barnet. När det handlar om deras familj skiljer deras perspektiv åt.

Familjehemsfamiljerna skiljer sig från referensgrupperna när det gäller familjehemsmammornas födelseort, de är mer benägna att vara gifta eller sammanboende, familjehemsmammorna har en högre utbildningsnivå, familjehemspapporna har en lägre utbildningsnivå och de upplever en bättre ekonomisk situation. De familjehemsplacerade

barnens psykiska hälsa är bättre, liksom familjehemsföräldrarnas psykiska hälsa. Familjehemsföräldrarna skiljer sig också åt genom att de har en bättre känsla av kompetens som förälder. Slutligen, familjehemsföräldrarna speglar varandra men de är ingen avspegling av andra familjer.

9 Referenser

- Andersson, G. (2001) The Motives of Foster Parents, Their Family and Work Circumstances. *The British Journal of Social Work*, 31(2), 235-248.
- Andersson, M., Backstrom, M., Ivarsson, T., Råstam, M. & Jarbin, H. (2018) Validity of the Brief Child and Family Phone Interview by comparison with Longitudinal Expert All Data diagnoses in outpatients. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, 6(2), 83-90.
- Appelbaum, M., Cooper, H., Kline, R. B., Mayo-Wilson, E., Nezu, A. M. & Rao, S. M. (2018) Journal article reporting standards for quantitative research in psychology: The APA Publications and Communications Board task force report. *American Psychologist*, 73(1), 3-25.
- Barnafrid (2020) *Formulär på svenska*. <<https://www.barnafrid.se/formular-pa-svenska/>> Hämtat: 2020-11-30.
- Bergström, M. & Baviskar, S. (2020) A systematic review of some reliability and validity issues regarding the strengths and difficulties questionnaire focusing on its use in out-of-home care. *Journal of Evidence-Based Social Work*.
- Bergström, M., Cederblad, M., Håkansson, K., Jonsson, A. K., Munthe, C., Vinnerljung, B., Wirtberg, I., Östlund, P. & Sundell, K. (2020) Interventions in Foster Family Care: A Systematic Review. *Research on Social Work Practice*, 30(1), 3-18.
- Bridger, K. M., Binder, J. F. & Kellezi, B. (2020) Secondary Traumatic Stress in Foster Carers: Risk Factors and Implications for Intervention. *Journal of Child & Family Studies*, 29(2), 482-492.
- Broberg, A., Almqvist, K., Risholm Mothander, P. & Tjus, T. (2015) *Klinisk barnpsykologi: utveckling på avvägar*. Stockholm: Natur & kultur.
- Cunningham, C. E., Pettinghill, P. & Boyle, M. (2006) *The Brief Child and Family Phone Interview (BCFPI-3). A Computerized Intake and Outcome Assessment Tool. Interviewers Manual*. Toronto, ON: BCFPI Inc.
- Daniel, B., Wassell, S. & Gilligan, R. (2010) *Child development for child care and protection workers*. Second ed. Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Djurfeldt, G., Larsson, R. & Stjärnhagen, O. (2018) *Statistisk verktygslåda 1: samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder*. 3 ed. Lund: Studentlitteratur.
- Dorsey, S., Burns, B., Southerland, D., Cox, J., Wagner, H. & Farmer, E. (2012) Prior Trauma Exposure for Youth in Treatment Foster Care. *Journal of Child & Family Studies*, 21(5), 816-824.
- Fraser, M. W. & Galinsky, M. J. (2010) Steps in Intervention Research: Designing and Developing Social Programs. *Research on Social Work Practice*, 20(5), 459-466.
- Gottfredson, D. C., Cook, T. D., Gardner, F. E. M., Gorman-Smith, D., Howe, G. W., Sandler, I. N. & Zafft, K. M. (2015) Standards of Evidence for Efficacy, Effectiveness, and Scale-up Research in Prevention Science: Next Generation. *Prevention Science*, 16(7), 893-926.
- Greeson, J. K. P., Briggs, E. C., Kisiel, C. L., Layne, C. M., Ake Iii, G. S., Ko, S. J., Gerrity, E. T., Steinberg, A. M., Howard, M. L., Pynoos, R. S. & Fairbank, J. A. (2011) Complex Trauma and Mental Health in Children and Adolescents Placed in Foster Care: Findings from the National Child Traumatic Stress Network. *Child Welfare*, 90(6), 91-108.

- Hannah, B. & Woolgar, M. (2018) Secondary trauma and compassion fatigue in foster carers. *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 23(4), 629-643.
- Howe, D. (2006) Developmental Attachment Psychotherapy with Fostered and Adopted Children. *Child & Adolescent Mental Health*, 11(3), 128-134.
- Höjer, I. (2001) *Fosterfamiljens inre liv*. Diss. Göteborg: Göteborgs Universitet, Institutionen för socialt arbete.
- Höjer, I. (2004) What Happens in the Foster Family? A Study of Fostering Relationships in Sweden. *Adoption and Fostering*, 28(1), 38-48.
- Höjer, I. (2019) Vård i familjehem. In: Andersson, G., Höjer, I., Sallnäs, M. & Sjöblom, Y. (eds.) *När samhället träder in: barn, föräldrar och social barnavård*. 2 ed. Lund: Studentlitteratur.
- Johnston, C. & Mash, E. J. (1989) A Measure of Parenting Satisfaction and Efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18(2), 167-175.
- Kaminski, J. W., Valle, L. A., Filene, J. H. & Boyle, C. L. (2008) A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of abnormal child psychology*, 36(4), 567-589.
- Leathers, S. J., Spielfogel, J. E., Geiger, J., Barnett, J. & Vande Voort, B. L. (2019) Placement disruption in foster care: Children's behavior, foster parent support, and parenting experiences. *Child Abuse & Neglect*, 91, 147-159.
- Leijten, P., Gardner, F., Melendez-Torres, G. J., Weeland, J., Hutchings, J., Landau, S., McGilloway, S., Overbeek, G., van Aar, J., Menting, A., Orobio de Castro, B., Berry, V., Gaspar, M. F., Axberg, U., Mørch, W.-T. & Scott, S. (2019) Co-occurring change in children's conduct problems and maternal depression: Latent class individual participant data meta-analysis of the Incredible Years parenting program. *Development and psychopathology*, 31(5), 1851-1862.
- Linderot, S. (2020) *Av kärlek och plikt: att bli familjehem till ett barnbarn, syskon eller syskonbarn*.: Lund University.
- Luke, N. & Sebba, J. (2013) *How are foster carers selected? An international literature review of instruments used within foster carer selection*. University of Oxford: Rees Centre for Research in Fostering and Education.
- Mattsson, T. & Vinnerljung, B. (2016) *Barn i familjehem: förslag på åtgärder som skulle göra skillnad för samhällets mest utsatta*. Stockholm: SNS (Stockholm: E-print).
- Midgley, G. (2006) Systemic Intervention for Public Health. *American Journal of Public Health*, 96(3), 466-472.
- Moretti, M. M., O'Donnell, K. A. & Kelly, V. (2019) Connect: An Attachment-Based and Trauma-Informed Program for Foster Parents of Teens. *Child Welfare*, 97(5), 159-178.
- Nilsson, D., Gustafsson, P. E., Larsson, J. L. & Svedin, C. G. (2010) Evaluation of the Linköping Youth Life Experience Scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(10), 768-774.
- O'Cathain, A., Croot, L., Sworn, K., Duncan, E., Rousseau, N., Turner, K., Yardley, L. & Hoddinott, P. (2019) Taxonomy of approaches to developing interventions to improve health: a systematic methods overview. *Pilot and Feasibility Studies*, 5(1), 1-27.
- Olson, D. H. (2010) *Family Satisfaction Scale*. Minneapolis, MN: Life Innovations, Inc. Prop. (1981/82:168) Om vårdnad och umgänge m.m.
- Radloff, L. (1977) The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
- Rasmusson, B. & Regnér, M. (2013) *Ett utvalt hem till ett utvalt barn: familjehemsutredningar och socialt arbete i praktiken*. Stockholm: Natur & kultur.

- Regeringen (2020) *Barnkonventionen som svensk lag*.
 <<https://www.regeringen.se/regeringens-politik/barnkonventionen-som-svensk-lag/>>
 Hämtat: 2020-05-13.
- Rescorla, L., Ivanova, M. Y., Achenbach, T. M., Begovac, I., Chahed, M., Drugli, M. B., Emerich, D. R., Fung, D. S. S., Haider, M., Hansson, K., Hewitt, N., Jaimes, S., Larsson, B., Maggiolini, A., Marković, J., Mitrović, D., Moreira, P., Oliveira, J. T., Olsson, M., Ooi, Y. P., Petot, D., Pisa, C., Pomalima, R., da Rocha, M. M., Rudan, V., Sekulić, S., Shahini, M., de Mattos Silveiras, E. F., Szivovicza, L., Valverde, J., Vera, L. A., Villa, M. C., Viola, L., Woo, B. S. C. & Zhang, E. Y. (2012) International Epidemiology of Child and Adolescent Psychopathology II: Integration and Applications of Dimensional Findings From 44 Societies. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(12), 1273-1283.
- SBU (2017a) *Insatser för bättre psykisk och fysisk hälsa hos familjehemsplacerade barn: En systematisk litteraturöversikt och utvärdering av ekonomiska, samhällsliga och etiska aspekter*. SBU-rapport nr 265. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU.
- SBU (2017b) *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten: en handbok*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU.
- SBU (2018) *Organisatoriska modeller för att barn och unga i familjehem och på institution ska få hälso- och sjukvård och tandvård. En systematisk litteraturöversikt och utvärdering av etiska, sociala och juridiska aspekter*. SBU-rapport nr 289. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU.
- SCB (2020) *Hitta statistik*. <<https://www.scb.se/hitta-statistik/>> Hämtat: 2020-12-09.
- SFS (1949:381) Föräldrabalken.
- SFS (1990:52) Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU).
- SFS (2001:453) Socialtjänstlag.
- SFS (2001:937) Socialtjänstförordningen.
- SFS (2003:460) Lag om etikprövning av forskning som avser människor.
- SFS (2010:800) Skollag.
- Shenderovich, Y., Eisner, M., Cluver, L., Doubt, J., Berezin, M., Majokweni, S. & Murray, A. L. (2018) What Affects Attendance and Engagement in a Parenting Program in South Africa? *Prevention Science*, 19(7), 977-986.
- Socialstyrelsen (2014) *Manual till BRA-fam. En standardiserad bedömningsmetod för rekrytering av familjehem*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2017) *Ett hem att växa i - Familjehemmets bok: Grundutbildning för jour- och familjehem*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2020a) *Placerade barn och unga: handbok för socialtjänsten*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2020b) *Statistik om socialtjänstinsatser till barn och unga 2019*. <<https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikammen/barn-och-ungdom/>> Hämtat: 2020-09-07.
- SOSFS (2012:11) Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om socialnämndens ansvar för barn och unga i familjehem, jourhem, stödboende och hem för vård eller boende.
- SOU (2011:61) *Vanvård i social barnavård: slutrapport: slutbetänkande*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU (2015:71) *Barns och ungas rätt vid tvångsvård: förslag till ny LVU: slutbetänkande av Utredningen om tvångsvård för barn och unga*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Stattin, H., Enebrink, P., Özdemir, M. & Giannotta, F. (2015) A National Evaluation of Parenting Programs in Sweden: The Short-Term Effects Using an RCT Effectiveness Design. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(6), 1069-1084.

- Tavakol, M. & Dennick, R. (2011) Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53-55.
- Tordön, R., Bladh, M., Svedin, C. G. & Sydsjö, G. (2020) Challenging intellectual, behavioral and educational prerequisites for interventions aimed at school aged children in foster care. A compilation of Swedish test results. *Children and Youth Services Review*, 108(104598).
- Tyler, L. E. (1973) *Psykologiska test- och mätmetoder*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Vetenskapsrådet (2017) *Good research practice*. Stockholm: The Swedish Research Council.
- Vinnerljung, B. (1996) *Svensk forskning om fosterbarnsvård: en översikt*. Stockholm: Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS).
- Vinnerljung, B. & Hjern, A. (2018) Health care in Europe for children in societal out-of-home care. Rapport till EU- kommissionen från MOCHA – Models of Child Health Appraised. London: MOCHA/Imperial College.
- Vinnerljung, B., Sallnäs, M. & Berlin, M. (2017) Placement breakdowns in long-term foster care - a regional Swedish study. *Child & Family Social Work*, 22(1), 15-25.
- Vogt, W. P. (2005) *Dictionary of statistics & methodology: a nontechnical guide for the social sciences*. 3rd ed. Los Angeles, California: SAGE Publications, Inc.
- Whitt-Woosley, A., Sprang, G. & Eslinger, J. (2020) Exploration of factors associated with secondary traumatic stress in foster parents. *Children and Youth Services Review*, 118(105361).
- Wiklund, S. & Sallnäs, M. (2010) The material side of foster care: economic and material resources among foster carers and foster youths in Swedish child welfare. *Adoption & Fostering*, 34(4), 27-38.
- Wilson, K., Sinclair, I. & Gibbs, I. (2000) The Trouble with Foster Care: The Impact of Stressful 'Events' on Foster Carers. *The British Journal of Social Work*, 30(2), 193-209.