

Fosterbarn som unga vuxna

– en översikt av resultat från några nationella registerstudier

Bo Vinnerljung

I artikeln sammanfattas resultat från flera svenska nationella registerstudier om fosterbarn samt diskuteras vilka implikationer dessa resultat har för socialtjänsten, psykiatrin m fl. Jämfört med jämnåriga som inte fått socialtjänstinsatser har fosterbarn höga överrisker för

- att vårdas på sjukhus för suicidförsök eller med psykiatrisk diagnos under i unga vuxna år eller under tonåren
- att gå ut i vuxenlivet som lågutbildade
- att minst en förälder har dött innan barnet blivit myndig
- att själva bli föräldrar i tonåren

Bo Vinnerljung är professor i socialt arbete och arbetar vid Epidemiologiskt Centrum (EpC) och Institutet för Utveckling av Metoder i Socialt Arbete, Socialstyrelsen.

kontakt: bo.vinnerljung@sos.se

Inledning

Runt ett barn i varje skolklass placeras i fosterhems- eller institutionsvård ("social dygnsvård") någon gång före myndighetsdagen: mellan 3.0 och 3.8 procent för personer födda 1971–1986 (Vinnerljung, 1996a; Vinnerljung et al, 2000; Lundström & Vinnerljung, 2001; Socialstyrelsen, kommande). De flesta bland de drygt 20.000 barn/ungdomar som årligen finns i den sociala dygnsvården är i fosterhem (Socialstyrelsen, 2005). Omsorgsbrister i hemmet är vanligen skälet till att barn placeras före tonåren, medan det är olika beteendeproblem som utlöser de flesta tonårsplaceringar, särskilt för pojkar (Vinnerljung, Sallnäs & Kyhle Westermark, 2001).

Kunskapen om fosterhemsvårdens

dynamik och utfall är fortfarande fragmentarisk och bristfällig. I artikeln sammanfattas och diskuteras resultat från några relativt färskas registerstudier som på olika sätt beskriver fosterbarns situation i unga vuxna år. Resultaten redovisas av utrymmesskäl summariskt, utan detaljerade metodbeskrivningar. Den som är intresserad av analysmetoder, deskriptiva data etc, rekommenderas att läsa originalartiklarna.

I studierna jämförs fosterbarn med jämnåriga av samma kön i normalbefolkningen. Analyserna innefattar statistiska modeller där olika bakgrundsfaktorer konstanthålls, exempelvis barnens kön och föräldrarnas socioekonomiska ställning. Resultaten

redovisas delvis i tabeller med relativa risker (RR) eller oddskvoter (OR, odds ratio) för olika utfall i tonåren eller i ung vuxen ålder. I tabellerna har redovisningen förenklats, genom att 95-procentiga konfidensintervall för RR/OR inte anges (se originalartiklar för fullständig redovisning).

Generellt om utfall på lång sikt av fosterhemsvård

Eftersom de skäl som orsakar att barn placeras i social dygnsvård också har starka samband med negativ utveckling senare i livet, är det svårt att i forskning avläsa vad som är utfall av denna selektion och vad som är effekter – eller bristande effekter - av vården. Detta gäller särskilt som utvärderingsstudier med experimentell design är svåra eller omöjliga att göra av etiska/lagmässiga skäl. De flesta uppföljningsstudier som gjorts pekar dock på att fosterbarn löper avsevärt högre risk för negativ utveckling i unga år jämfört med andra barn, även efter lång tid i vård. Risker för negativ utveckling – nära nog oavsett hur utfallen definierats – är i de flesta uppföljningar liknande vad man finner för barn som växt upp hemma i fattigdom eller i socialt belastade familjemiljöer. (se Vinnerljung, 1996a för översikt och för en studie där syskon som växt upp i familjehem respektive hos modern jämfördes i vuxen ålder)

Hälsa

Utländska studier har konsistent funnit mycket höga förekomster av somatiska hälsoproblem hos barn som placeras i fosterhem och på institution (se t ex Hjern & Vinnerljung, 2002;

Jaudes et al, 2004). Svensk forskning på området saknas helt, men en rapport från ett Socialstyrelseförsök med ett nytt dokumentationssystem gav oroväckande information (Socialstyrelsen, 2000). Bland 108 intervjuade fosterbarn, de flesta tonåringar, rapporterade 2/3 någon form av hälsoproblem. Särskilt anmärkningsvärt var att hälften hade varit i vård tre år eller mer. Eftersom praxis idag är att undvika inläggning av barn på sjukhus är det svårt att undersöka barns hälsa med svenska registerdata (dessa innehåller främst sjukhusinläggningar). Här finns ett stort behov av en svensk rigorös studie, inte minst mot bakgrund av resultaten i Barnombudsmannens rapport *Hur kul är det på en skala* (2005). När 1 900 barn i årskurserna 2-9 själva kom till tals, var just hälsa den faktor som hade starkast samband med hur nöjda de var med sina liv.

Vi – barnläkaren Anders Hjern, barnpsykiatern Frank Lindblad och jag - har däremot kunnat undersöka risk för inläggning på sjukhus med självmordsförsöks- eller med psykiatrisk diagnos i unga år (13-27 år) hos olika grupper med erfarenhet av barnvårdsinsatser (Vinnerljung, Hjern och Lindblad, under tryckning). Undersökningsgruppen bestod av drygt 22.000 personer som varit placerade i social dygnsvård eller haft kontaktfamilj före tonåren. De jämfördes med drygt 955.000 jämnåriga som inte varit föremål för dessa interventioner från socialtjänsten innan 13-årsdagen. Undersökningsgruppen delade upp i undergrupper, efter insatstyp och tid i vård före 18-årsdagen.

Tabell 1 Sammanfattning av regressionsanalyser (Cox regression). RR för sjukhusvård efter självmordsförsök i åldern 13-17 år och 19-27 år. Personer födda 1983-1982 som fått vissa Socialtjänstinsatser jämförda med jämnåriga i normalpopulationen. Efter undergrupp. (från Vinnerljung, Hjern & Lindblad, under tryckning)

	13-17 år		19-27 år	
	Modell 1 RR	Modell 2 RR	Modell 1 RR	Modell 2 RR
Normalbefolkning	1	1	1	1
Kontaktfamilj	4.0	2.1	3.7	1.9
0-2 år i dygnsvård	4.5	2.2	4.1	2.1
>2-5 år i dygnsvård	5.1	2.2	4.8	2.0
>5 år i dygnsvård	4.9	2.2	5.3	2.3

Modell 1 är justerad för kön och födelseår. Modell 2 är justerat för kön, födelseår, förekomst av sjukhusvård för missbruk eller psykisk sjukdom hos föräldrar före placering, föräldrars etnicitet samt socioekonomiska indikatorer för moder (SES, ensamhushåll, typ av bosättningsort och socialbidragsmottagande). Resultaten är statistiskt signifikanta på minst 1%-nivån ($p < 0.01$). Källa: EpC's Socialmedicinska databas.

Jämfört med jämnåriga var överriskerna för självmordsförsök 4-5 gånger högre, både under tonåren och i ung vuxen ålder i alla undergrupperna (tabell 1). Detta är höga överrisker, speciellt mot bakgrund av att den stora majoriteten av dessa personer varit i vård under uppväxten på grund av

omsorgsbrister i hemmet, inte på grund av egna beteendeproblem. Även när vi justerade för socioekonomisk bakgrund och känd psykisk sjukdom/missbruk hos föräldrarna, kvarstod en tvåfaldig överrisk i alla undergrupper, både under tonåren och i unga vuxna år (modell 2, tabell 1).

Tabell 2: sammanfattning av regressionsanalyser (Cox regression). RR för sjukhusvård med psykiatrisk diagnos i ålder 13-17 år och 19-27 år. Personer födda 1983-1982 som fått Socialtjänstinsatser jämförda med jämnåriga i normalpopulationen. Efter undergrupp (från Vinnerljung, Hjern & Lindblad, under tryckning).

	13-17 år (barn & ungdomspsykiatri)		19-27 år (vuxenpsykiatri)	
	Modell 1 RR	Modell 2 RR	Modell 1 RR	Modell 2 RR
Normalbefolkning	1	1	1	1
Kontaktfamilj	5.0	2.9	4.1	2.4
0-2 år i dygnsvård	5.8	3.2	3.8	2.3
>2-5 år i dygnsvård	6.8	3.5	4.3	2.3
>5 år i dygnsvård	7.5	3.8	5.7	2.9

Modell 1 är justerad för kön och födelseår. Modell 2 är justerat för kön, födelseår, förekomst av sjukhusvård för missbruk eller psykisk sjukdom hos föräldrar före placering, föräldrars etnicitet samt socioekonomiska indikatorer för moder (SES, ensamhushåll, typ av bosättningsort och socialbidragsmottagande). Resultaten är statistiskt signifikanta på minst 1%-nivån ($p < 0.01$). Källa: EpC's Socialmedicinska databas.

Bilden blev liknande för psykiatrisk vård, dessutom med en trend i modell 1 mot högre relativ risk ju mer ingripande insatsen varit (tabell 2). Under tonåren kan resultaten möjligen förklaras med att många av barnen har varit i social dygnsvård, vilket kan ha inneburit att socialtjänsten och fosterhemmen varit mer benägna att anlita barnpsykiatrin än vad barnens föräldrar skulle ha gjort. Men överriskerna var slående även i vuxen ålder, då patienten själv söker vård. Dessutom kvarstod tendensen med högre överrisker för personer som varit i vård under lång tid. När vi justerade för socioekonomisk bakgrund och indikatorer på psykisk sjukdom eller missbruk hos föräldrarna, var överriskerna för psykiatrisk vård fortfarande två till trefaldigt högre i vuxen ålder för samliga undergrupper.

Hur ska man förstå dessa höga överrisker? Sannolikt speglar de, åtminstone delvis, ökad förekomst av genetiska riskfaktorer hos barnen, speciellt bland långtidsvårdade fosterbarn där det finns en undergrupp som har kroniskt psykiskt sjuka föräldrar. Men även efter justering för indikatorer på psykisk sjukdom hos föräldrarna, kvarstod en påtaglig överrisk för både självmordförsök och psykiatrisk vård såväl under tonåren som i vuxen ålder. För psykiatrisk vård i unga vuxna år var risken nära nog trefaldigt högre för långtidsplacerade fosterbarn jämfört med jämnåriga med liknande familjebakgrund som växt upp hemma. Oavsett orsaker, tyder resultaten på ett jämförelsevis omfattande behov av stöd och vård från psykiatrin bland ungdomar som fosterhemsplacerade i många år.

Självmord

Flera nordiska studier har funnit relativt höga överrisker för tidig död bland unga vuxna som varit vårdade i fosterhem eller på institution under uppväxten. Dessa undersökningar har vanligen inkluderat barn som kommit i vård under tonåren på grund av beteendeproblem (Vinnerljung, 1995; Christoffersen, 1999; Kalland, 2001; Vinnerljung & Ribe, 2001). I en annan registerstudie undersöktes fullbordade självmord mellan 13 och 27 års ålder för 6 437 barn födda 1973-1982 som hade varit i fosterhem minst 2 år före tonåren, det vill säga de flesta hade placerats på grund av brister i hemmiljön (Hjern, Vinnerljung & Lindblad, 2004). Vi valde också ut 15 868 barn med samma födelseår som fått kontaktfamilj eller varit med om kortare placeringar i social dygnsvård före tonåren (här kallad "annan barnavård"). Median placeringstid vid 18-årsdagen var drygt 7 år för fosterbarnen, det vill säga majoriteten var s. k. långtidsplaceringar, vilket vanligen definieras som ≥ 5 år under uppväxten. De båda grupperna jämfördes sedan med drygt 955 000 jämnåriga ("normalpopulation") som inte fått dessa insatser från Socialtjänsten före tonåren.

När vi justerade resultaten för kön och födelseår, hade fosterbarnen en drygt fyrfaldig överrisk för självmord. Efter justering för socioekonomisk bakgrund och för missbruk eller psykisk sjukdom hos de biologiska föräldrarna, var överrisken fortfarande drygt dubbel för fosterbarnen jämfört med jämnåriga med liknande bakgrund i normalpopulationen. Även

den andra barnvårdsgruppen hade påtagliga – men lägre - överrisker.

Skola och utbildning

Samstämmiga internationella studier har visat att barn i social dygnsvård som grupp har svaga skolprestationer och tenderar starkt att bli lågutbildade som vuxna. Låg utbildning har dessutom varit starkt korrelerad med andra problem i ung vuxen ålder (t ex Pecora et al, 2003; översikt i Vinnerljung, 1998; Vinnerljung, Öhman & Gunnarson, 2005). Svensk forskning på området har varit sparsam. Här sammanfattas en studie där vi undersökte utbildningsnivån vid 20-27 års ålder för svenskfödda barn födda 1972-1979: 31.355 personer som fått olika insatser i barn- och ungdomsåren från Socialtjänsten jämfördes med nästan 745.000 jämnåriga som inte fått sådana insatser under uppväxtåren (Vinnerljung, Öhman & Gunnarson, 2005). Urvalet begränsades till svenskfödda personer, för att undvika väl kända samband mellan

språksvårigheter och svaga skolprestationer hos barn som invandrat före eller under skollåren. I analysen justerades resultaten för barnets kön och födelseår, samt för moderns utbildning och födelseland. I tabell 3 visas relativ risk (RR) för att bara ha grundskola vid 20-27 års ålder, jämfört med jämnåriga barn till svenskfödda, *lägutbildade mödrar* (högst grundskola) i normalpopulationen samt chans (RR) att ha högskoleutbildning vid 24-27 års ålder, igen jämfört med barn till lågutbildade mödrar i normalpopulationen. Undersökningsgruppen delades in i olika underkategorier, efter typ av insats, ålder vid insatsen och insatsen längd. Med ”stabil vård” i tabell 3 avses att barnet varit oavbrutet i fosterhemsvård i minst 5 år. ”Instabil vård” avser att barnet varit i vård i minst 5 år, men inte oavbrutet i fosterhem. Vissa har flyttat mellan hem och fosterhem, andra mellan fosterhem och institution. Oddskvoterna från de logistiska regressionsanalyserna har här omräknats till relativa risker (RR).

Tabell 3: Sammanfattning av regressionsanalyser (logistisk regression). RR för att ha grundskoleutbildning vid 20-27 års ålder (födda 1972-1979) samt att ha högskoleutbildning vid 24-27 års ålder (födda 1975-1979). Ungdomar som fått Socialtjänstinsatser jämförda med jämnåriga (utan socialtjänstinsatser) till svenskfödda mödrar med högst grundskoleutbildning. Efter undergrupp (från Vinnerljung, Öhman & Gunnarson, 2005).

	Högst grundskola	Högskoleutbildning
	RR	RR
Barn till svenskfödda mammor med högst grundskola (inga socialtjänstinsatser)	1	1
Kontaktfamilj, insatsen inledd före tonåren	2.7	0.3
<5 år i dygnsvård, insatsen inledd före tonåren	2.4	0.5
≥5 år i dygnsvård, oavsett ålder vid inledning av insatsen. Stabil vård.	2.4	0.3
≥5 år i dygnsvård, oavsett ålder vid inledning av insatsen. Instabil vård	3.6	0.2
Kontaktfamilj, insatsen inledd under tonåren	3.8	<0.2
<5 år i dygnsvård, insatsen inledd under tonåren	4.3	<0.2

Resultaten är justerade för kön och födelseår, samt moders utbildning och födelseland. Resultaten är statistiskt signifikanta på minst 1%-nivån ($p < 0.01$). Källa: samkörning mellan Socialstyrelsens Barn-unga register och SCB's Utbildningsregister.

Jämfört med jämnåriga vars mödrar hade högst grundskoleutbildning, hade barn som fått olika typer av socialtjänstinsatser under uppväxten en drygt tvåfaldig till en drygt fyrfaldig risk att bli lågutbildade unga vuxna (tabell 3). Genom att vända på RR-siffrorna i tabell 3's högerkolumn (1/0.3, 1/0.5, 1/0.3 etc) ser vi att barn till lågutbildade mödrar hade två till sex gånger bättre chans att ha högskoleutbildning vid 24-27 års ålder, jämfört med barn som fått socialtjänstinsatser. Kanske mest anmärkningsvärt var avsaknaden av en s. k. dose-response effekt för gruppen som varit i långvarig stabil fosterhemsvård. Medianvårdtiden i denna grupp

var drygt 12 år (före myndighetsdagen). Dessa barn hade inte svagare överrisker för låg utbildning än barn som varit i vård kortare tid men som återvänt hem. För högskoleutbildning tenderade resultaten till och med att vara sämre. Personer som fått insatser i tonåren hade högst risk att bli lågutbildade unga vuxna.

Övergången från vård till vuxenlivet: många med döda föräldrar

Utländsk forskning har rapporterat att majoriteten av ungdomar som lämnar fosterhemsvård av åldersskäl inte har en nära kontakt med fosterhemmet 1-2 år efter vårdens avslutning

(Biehal et al, 1992, 1995; Garnett, 1992; Sinclair et al, 2005). En rad studier, främst från Storbritannien, har visat att dessa ungdomar lever under bekymmersamma villkor med hög arbetslöshetsfrekvens, dålig hälsa, fattigdom och ensamhet (Stein & Carey, 1987; Stein, 1997). Majoriteten har sökt sig tillbaka till sin ursprungsfamilj efter myndighetsdagen, med starkt varierande framgång (Biehal et al, 1992, 1995; Courtney & Barth, 1996). Med denna bakgrundsbild ställde vi en enklare fråga: hur vanligt

är det bland barn som varit i vård under en stor del av sin uppväxt, att ha döda föräldrar vid 18 respektive 25 års ålder (Franzén & Vinnerljung, insänd för publ)? Drygt 8.000 f d långtidsplacerade fosterbarn, varav 3.500 barn som varit i fosterhem i stort sett hela deras liv (>12 år, median vårdtid vid 18-årsdagen var 16 år), jämfördes med drygt 1.1 miljoner jämnåriga som inte varit i social dygnsvård under uppväxten. De resultat som redovisas här är preliminära.

Tabell 4: Förekomst i % av barn med död mor, död far eller två döda föräldrar vid 18 (födda 1972-1983) och vid 25 års ålder (födda 1972-1977) bland barn som vårdats lång tid i social dygnsvård och bland jämnåriga i normalpopulationen. Efter undergrupp (från Franzén & Vinnerljung, insänt för publ).

	Mor död (far lever)	Far död (mor lever)	Båda döda	Minst en förälder död
<i>Vid 18 år</i>				
Normalpopulation	1.0%	2.6%	0.03%	3.6%
5-12 år i vård	11.6%	10.9%	3.8%	26.3%
>12 år i vård	10.7%	12.8%	2.8%	26.3%
<i>Vid 25 år</i>				
Normalpopulation	2.1%	5.0%	0.2%	7.2%
5-12 år i vård	13.6%	15.6%	6.4%	35.6%
>12 år i vård	13.6%	17.1%	6.6%	37.3%

Källa: EpC's Socialmedicinska databas.

Majoriteten av dödsfallen i tabell 4 inträffade efter placeringen inleddes. Jämfört med döda föräldrar till barn i normalpopulationen, var det mycket vanligare att de långtidsvårdade barnens föräldrar hade avlidit av missbruksrelaterade orsaker, suicid eller efter yttre våld. Vid 18 års ålder hade vart sjunde barn som varit i vård fem år eller mer förlorat sin mor eller båda

föräldrarna, vid 25 års ålder handlar det om nästan vart fjärde barn. Bland jämnåriga i "normalbefolkningen" var det runt en av hundra vid 18-årsdagen och en av 50 när de blev 25 år. Att så många fosterbarns mammor är döda när deras barn blir vuxna är särskilt oroväckande eftersom vi vet från en rad studier att barn som vårdas lång tid i fosterhem tenderar att tidigt för-

lora kontakten med sina pappor (översikt i Vinnerljung, 1996b). Vid 18 års ålder hade vart fjärde barn minst en död förälder, vid 25 år mer än var tredje (36-37%).

I en annan analys tog vi bort alla barn vars föräldrar dött före placeringen. Sedan justerade vi resultaten för barnets kön och ålder, föräldrarnas ålder, födelseort, typ av bosättningsort, typ av boende och socioekonomisk ställning (SES). Resultaten visade på extremt höga överrisker för att mor eller båda föräldrarna har avlidit före barnets myndighetsdag, jämfört med jämnåriga från liknande socioekonomisk bakgrund som inte varit i social dygnsvård eller fått kontaktfamilj under växten.

Tonårsföräldraskap

Det är i mycket samma riskfaktorer som predicerar tonårsföräldraskap som också har starka samband med placering i social dygnsvård (översikt i Vinnerljung, Franzén & Danielsson, under tryckning). Utländsk forskning har följaktligen funnit mycket hög prevalens av tonårsföräldrar bland ungdomar som varit/är i social dygnsvård (ibid.). Svensk forskning på området saknas i stort. Vi undersökte förekomsten av tonårsföräldraskap (att ha blivit mor/far före 20-årsdagen) bland alla svenskfödda barn födda 1972-1983 (ibid.). Knappt 50.000 ungdomar som fått olika insatser från socialtjänsten jämfördes med nästan 1.2 miljoner jämnåriga som inte fått sådana insatser (ibid.). Resultaten som redovisas är preliminära.

Tabell 5. Förekomst i % av tonårsföräldrar bland svenskfödda som fått olika former av Socialtjänstinsatser samt i normalpopulationen (födda 1972-1983), efter kön och undergrupp (Från Vinnerljung, Franzén & Danielsson, under tryckning).

	Flickor	Pojkar
Normalpopulation	2.9%	0.7%
Kontaktfamilj, insatsen inledd före tonåren	9.2%	2.4%
<2 år i dygnsvård, insatsen inledd före tonåren	11.5%	2.4%
2-<5 år i dygnsvård, insatsen inledd före tonåren	15.4%	4.2%
5-<12 år i dygnsvård, oavsett när insatsen inleddes	11.8%	3.3%
>12 år i dygnsvård	9.3%	2.7%
Kontaktfamilj, insatsen inledd under tonåren	15.7%	5.0%
<2 år i dygnsvård, insatsen inledd under tonåren	19.2%	5.2%
2-<5 år i dygnsvård, insatsen inledd under tonåren	16.8%	5.6%

Källa: EpC's Socialmedicinska databas.

Jämfört med jämnåriga som inte fått socialtjänstinsatser är procenttalen i tabell 5 höga för båda könen i alla undergrupper. 15-20 procent av flickorna som varit föremål för socialtjänstinterventioner under tonåren blev tonårsföräldrar, jämfört med mindre än 3 procent bland jämnåriga i normalpopulationen. I tonårsgrupperna ingår många som vårdats främst på institution. En pågående uppföljningsstudie av tonårsplacementer inledda 1991 (barn födda 1975-1978) fann att var tredje flicka som placerades på ett särskilt ungdomshem, och var fjärde flicka som placerades i annan institutionsvård på grund av beteendeproblem, blev förälder före 20-årsdagen. Bland tonårsflickor som placerades i fosterhem med motsvarande bakgrund var siffran något lägre, men fortfarande hög jämfört med jämnåriga (Vinnerljung & Sallnäs, kommande).

Även för pojkar är prevalenstalen i tabell 5 höga. 5-6 procent bland pojkarna som fick insatser under tonåren blev tonårspappor, jämfört med 0.7 procent bland andra jämnåriga. Av alla tonårsföräldrar i kohorterna har närmare var femte – flicka som pojke – fått någon typ av de insatser från socialtjänsten som undersöktes. I tabellen framgår också att till och med bland flickor som varit i vård under mycket lång tid, var det 3-4 gånger fler än bland jämnåriga av samma kön, som blivit tonårsföräldrar.

I nästa steg av analysen justerade vi resultaten för först ålder och kön (modell 1, tabell 6), och sedan för en rad bakgrundsfaktorer, inklusive om dessa ungdomars föräldrar också var tonåringar när de för första gången blev mamma eller pappa (modell 2, tabell 6).

Tabell 6: Sammanfattning av regressionsanalyser (logistisk regression). Ungdomar födda 1972-1983. Oddsquot för att bli tonårsförälder, efter undergrupp, jämfört med normalpopulationen (från Vinnerljung, Franzén & Danielsson, under tryckning).

	Modell 1 OR	Modell 2 OR
Normalpopulation	1	1
Kontaktfamilj, insatsen inledd före tonåren	4.0	2.1
<2 år i dygnsvård, insatsen inledd före tonåren	4.1	2.1
2-<5 år i dygnsvård, insatsen inledd före tonåren	6.5	2.9
5-<12 år i dygnsvård, oavsett när insatsen inleddes	4.7	2.1
>12 år i dygnsvård	3.6	1.5
Kontaktfamilj, insatsen inledd under tonåren	6.9	4.2
<2 år i dygnsvård, insatsen inledd under tonåren	8.8	5.4
2-<5 år i dygnsvård, insatsen inledd under tonåren	7.6	4.1

Modell 1 är justerad för kön och födelseår. Modell 2 är justerad för kön, födelseår, mors/fars födelseland, typ av bosättningsort, typ av boende, SES och för familjeinflenser. Resultaten är statistiskt signifikanta på minst 1%-nivån ($p < 0.01$). Källa: EpC's Socialmedicinska databas.

I tabell 6 visas oddskvoter för att bli tonårsförälder bland ungdomar som fick socialtjänstinsatser jämfört med andra jämnåriga. Överriskerna blev höga, när vi först justerade resultaten för kön och ålder (modell 1). Till och med i de grupper som varit i vård 5 år eller mer, var oddsen tre till femfaldigt högre för att bli tonårsförälder jämfört med jämnåriga av samma kön. Men även efter andra justeringar för bakgrund i ursprungshemmet (modell 2) kvarstod signifikant förhöjda oddskvoter för alla grupper. Särskilt höga var de för ungdomar som fått insatser under tonåren: dessa hade fyr-till femfaldigt högre odds än jämnåriga av samma kön - och med liknande familjebakgrund - som inte varit placerade i social dygnsvård (eller haft kontaktfamilj) under uppväxten.

Diskussion

Vi ser tydligt att fosterbarn, till och med eller *särskilt* de som varit i vård under många år, har höga risker för olika negativa utfall när vi betraktar dem i ung vuxen ålder genom registerdata. Jämfört med andra jämnåriga har de påfallande höga risker för suicid, suicidförsök, för att hamna i psykiatrisk vård, att ha döda föräldrar när de blir myndiga och att bli tonårsföräldrar själva.

Det finns flera relativt enkla och billiga vägar till förbättringar som aldrig eller sällan har öppnats i Sverige. Intresset för att prova dem verkar svalt på nationell nivå, kanske eftersom dessa barn/ungdomar inte har någon som talar för deras intressen. Detta i motsats till exempelvis förståndshandikappade barn eller utlandsfödda

adopterade.

Fosterbarns hälsa verkar vara ett bekymmer, även om vi inte vet det säkert avseende deras somatiska hälsa. Det vi har är indikationer på bristande medicinskt omhändertagande för de barn som är i vård, rimligtvis en allvarlig larmsignal där bara miss-tanken om att det är så borde leda till ”åtgärder” enligt klassisk svensk förvaltningstänkande. Här behövs, som sagts tidigare, en stor och rigorös studie. Men en enkelt genomförbar väg till förbättring vore att helt enkelt ha obligatoriska rutiner för undersökning av somatisk och psykisk hälsa för alla barn som placeras i social dygnsvård (mer än tillfälligt). Detta är inte en ny idé. För 20-30 år sedan hade man som praxis på flera svenska barnhem att inte ta emot barn utan en föregående läkarundersökning, oavsett vilken lagparagraf som var juridiskt underlag för placeringen. I USA har det nationella Pediatrikerförbundet sedan 1994 och Child Welfare League sedan 1988 rekommenderat delstaterna att göra en fullständig läkarundersökning av barns somatiska och psykiska hälsa inom 30 dagar vid varje placering (American Academy of Pediatrics, 1994). Idag är dessa rekommendationer praxis i flera delstater (t ex Kienberger et al, 2004; Hansen et al, 2004). Även i delstaten South Australia är liknande undersökningar obligatoriska (Dept of Human Services, 2002). Delstatens minister är enligt lagstiftningen personligen förmyndare för de flesta placerade barn, och han/hon har konstaterat att hans/hennes barn p.g.a. de stora behoven ska ha *bättre* hälsovård än andra barn.

Fosterbarns dåliga skolprestationer är ett kroniskt problem i de flesta västländer. Men i Sverige har vi sedan 75-80 år haft klara lagbestämmelser om att kommunerna ska vara noga med att ge fosterbarn lämplig utbildning. Lagmarkeringarna har hängt med i alla versioner av vår barnavårdslagstiftning genom decennierna (Vinnerljung, 1998). Men någon tillsyn på området har mig veterligt aldrig gjorts, varken nationellt eller regionalt (ibid.). Återigen, ett första steg vore att ge alla barn som placeras (annat än tillfälligt) en "skolpsykologisk" och pedagogisk undersökning, för att se om det finns problem och hur de se ut, för att få en uppfattning om vilka prestationskrav som är rimliga att ställa på barnet, vilka krav som ska ställas på fosterföräldrarna, vad skolan kan/bör göra för barnet etc (jfr Evans et al, 2004). Återigen, detta ingår i barnläkarnas rekommendationer för barnavården i USA's delstater sedan drygt 10 år, även om senare studier har aktualiserat behovet av mer specificerade instruktioner för sådana utredningar (American Academy of Pediatrics, 1994; Evans, Scott & Schulz, 2004).

De höga frekvenser och överrisiker för tidigt tonårsföräldraskap som framkom i vår registerstudie, har kanske inte varit kända. Mot bakgrund av dessa resultat vore det naturligt att som obligatorisk rutin erbjuda alla placerade tonåringar preventivmedelsrådgivning och preventivmedel. Ungdomsmottagningar landet över är kunniga, erfarna och deras metoder fungerar troligen bra, om man jämför deras arbetssätt med resultat från internationell forskning (se Vinner-

ljung, Franzén & Danielsson, under tryckning). Jag har svårt att tänka mig att de skulle avvisa en begäran från socialtjänsten om hjälp specifikt riktad till målgruppen "tonåringar i social dygnsvård", eftersom dessa ungdomar odiskutabelt är en högriskgrupp.

De skrämmande siffrorna om frekvensen av döda föräldrar bland långtidsvårdade fosterbarn borde rimligtvis påverka rutinerna vid utskrivning från vård vid 18-årsdagen eller efter gymnasiet. Socialtjänsten borde som ett minimum kartlägga tillgången till vuxna anhöriga för varje placerad ungdom när 18-årsdagen närmar sig, och säkerställa att fosterbarn får hjälp från *någon* vuxen när placeringen avslutas. Det är långt från säkert att de får sådan hjälp från fosterföräldrarna. Flera utländska studier har visat att de flesta fosterbarn inte har en självklar tillgång till fosterhemmet som resursbas efter utskrivningen. Många f d långtidsplacerade ungdomar verkar sakna en fast "familj för livet", just i den ålder då de börjar ett liv på egen hand. Just tillgång till en "familj för livet" har i brittiska studier visat sig ha ett starkt samband med hyggliga utfall för fosterbarn i ung vuxen ålder (Triseliotis, 1991; Biehal et al, 1995). Svensk forskning på området saknas nästan helt (se dock Vinnerljung, 1996a, s 234-237). Bättre vore dock, enligt min uppfattning, att ge fosterbarn lagfästa rättigheter till samhällligt stöd i utskrivningsfasen. Detta hade gett ungdomarna möjligheten att driva sin rätt i domstol om ansvarig kommun var avigt inställd. Rimligen borde stöd vid utskrivningen även innefatta en komponent som underlättar tillgång till stöd och vård

från psykiatrin, för de unga vuxna som behöver det – mot bakgrund av de mycket höga riskerna för suicidförsök och allvarlig psykiatrisk sjuklighet som vi fann i den registerstudie som sammanfattades tidigare i texten. Uppföljningar i andra länder har kommit fram till samma slutsats (t ex McCann et al, 1996). När Peter Pecora och hans kollegor i Washington State (nordvästra USA) följde upp 659 f d fosterbarn i åldern 20-33 år, fann de att cirka 55 procent hade psykiska hälsoproblem. 25 procent uppfyllde diagnostiska kriterier för post-traumatic stress disorder (PTSD), vilket är dubbelt så många som bland amerikanska krigsveteraner (Pecora et al, 2005). Det är därför logiskt att forskargruppens lista över rekommendationer för praktiken toppas av kravet ”att öka f d fosterbarns tillgång till evidensbaserad psykiatrisk behandling” (a a, s 44).

Referenser

- American Academy of Pediatrics, Committee on Early Childhood, adoption and Dependent Care (1994). Health care of children in foster care. *Pediatrics*, 93, 335-338.
- Barnombudsmanen (2005). Hur kul är det, på en skala? Resultat från undersökningen ”Rätten att komma till tals”. Stockholm: Barnombudsmanen rapporterar BR2005:03.
- Biehal N, Clayden J, Stein M & Wade J (1992). Prepared for living? London: National Children's Bureau.
- Biehal N, Clayden J, Stein M & Wade J (1995). Moving on. Young people and leaving care schemes. London: HMSO.
- Christoffersen M N (1999). Riskikofaktorer i barndommen – en förlöpsundersökelse saerligt med henblick på foraeldres psykiske sjukdomme. Köpenhamn: Socialforskningsinstituttet 99:18.
- Courtney M & Barth R (1996). Pathways of older adolescents out of foster care: implications for independent living services. *Social Work*, 41, 75-83.
- Dept of Human Services (2002). *Alternative Care, Manual of Practice, Vol 2*. Adelaide: Dept. of Human Services, Family and Youth Services.
- Evans L, Scott S & Schulz E (2004). The need for educational assessment of children entering foster care. *Child Welfare*, 83, 565-580.
- Franzén E & Vinnerljung B (insänd för publ). Foster children as young adults: many motherless, fatherless or orphans. A Swedish national cohort study.
- Garnett L (1992). *Leaving care and after*. London: National Children's Bureau.
- Hansen R, Mawjee F L, Barton K, Metcalf M & Joye N (2004). Comparing the health status of low-income children in and out of foster care. *Child Welfare*, 83, 367-380.
- Hjern A & Vinnerljung B (2002). Health care for children in foster and residential care (invited commentary). *Acta Paediatrica*, 91, 1153-1154.
- Hjern A, Vinnerljung B & Lindblad F (2004). Avoidable mortality among child welfare recipients and intercountry adoptees: a national cohort study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 58, 412-417.
- Jaudes P K, Bilaer L, Goerge R & Catania C (2004). Improving access to health care for foster children: The Illinois Model. *Child Welfare*, 83, 215-238.
- Kalland M, Pensola T H, Merilainen J & Sikkonen J (1986). Mortality in children registered in the Finnish child welfare registry: a population based study. *British Medical Journal*, 323, 207-208.
- Lundström T & Vinnerljung B (2001) Omhändertaganden av barn under 1990-talet. I Szebehely M (red) *Välfärdstjänster i omvandling (289-336)*. Antologi från Kommittén Välfärdsbokslut, SOU 2001:52.
- McCann J, James A, Wilson S & Dunn G (1996). Prevalence of psychiatric disorders in young people in the care system. *British Medical Journal*, 313, 1529-1530.
- Pecora P, Williams, J, Kessler R, , Downs C, O'Brien K, Hiripi E & Morello S (2003). Assessing the effects of foster care: early results from the Casey National Alumni Study. Seattle: Casey Family Programs.
- Pecora P, Kessler R, Williams J, O'Brien K, Downs C, English D, White J, Hiripi E, White C R & Holmes K (2005). *Improving Family Foster Care. Findings from the Northwest Foster Care Alumni Study*. Seattle: Casey Family Programs.
- Sinclair I, Baker C, Wilson K & Gibbs I (2005). *Foster children. Where they go and how they get on*. London: Jessica Kingsley Publ.

- Socialstyrelsen (2000). Dartingtonprojektet. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2005). Barn och unga – insatser 2004. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (kommande). Social rapport 2005.
- Stein M (1997). What works in leaving care? Barkingside: Barnardo's.
- Stein M & Carey K (1987). Leaving care. Oxford: Basil Blackwell.
- Triseliotis J (1991). Permanency planning. Perceptions of permanence. *Adoption & Fostering*, 15, 6-15.
- Vinnerljung B (1995). Mortalitet bland fosterbarn som placerats före tonåren. *Socialvetenskaplig Tidskrift*, 2, 60-72.
- Vinnerljung B (1996a) Fosterbarn som vuxna. Akad. avhandl. Lund: Arkiv Förlag.
- Vinnerljung B (1996b) Svensk forskning om fosterbarnsvård. En översikt. Stockholm: Liber Utbildning/CUS.
- Vinnerljung B (1998). Fosterbarns skolgång och utbildning. *Socialvetenskaplig Tidskrift* 5, 58-80.
- Vinnerljung B, Franzén E & Danielsson M (under tryckning). Teenage parenthood among child welfare clients – a Swedish national cohort study of prevalence and odds.
- Vinnerljung B, Hjern A & Lindblad F (under tryckning). Suicide attempts and severe psychiatric morbidity among former child welfare clients – a national cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.
- Vinnerljung B, Langlet P, Zaar A K & Gunnarson T (2000) Prevalens av långa vårdtider m.m. bland barn som placerats i dygnsvård? en kohortstudie (289-298). I SOU 2000:77: Omhändertagen. Samhällets ansvar för utsatta barn och unga. Betänkande av LVU-utredningen. Stockholm: Socialdepartementet.
- Vinnerljung B & Ribe M (2001). Mortality after care among young adult foster children in Sweden. *International Journal of Social Welfare*, 10, 164-173
- Vinnerljung B & Sallnäs M (kommande). Fosterhems- och institutionsplacerade tonåringar som unga vuxna – en uppföljningsstudie.
- Vinnerljung B, Sallnäs M & Kyhle-Westermarck P (2001) Sammanbrott vid tonårsplaceringar – om ungdomar i fosterhem och på institution. Stockholm: Socialstyrelsen/CUS.
- Vinnerljung B, Öhman M & Gunnarson T (2005). Educational attainments of former child welfare clients – a Swedish national cohort study. *International Journal of Social Welfare*, 14, 265-276.

Summary in English

Foster children as young adults

In this article, results from several Swedish national cohort studies on the long term development of foster children and their situation in young adulthood are summarized. Implications for practice within the fields of child welfare, social services and psychiatry are discussed. Compared to peers who have not experienced child welfare interventions during their formative years, foster children– including those from long term care – have highly elevated risks for

- hospitalisations during young adult years and adolescence for suicide attempts
- hospitalisations during young adult years and adolescence for severe psychiatric morbidity
- becoming low educated adults
- having at least one deceased parent at age of majority (18 years), risks are especially high for loss of the mother
- teen age parenthood

Keywords: foster care, cohort study, mortality, suicide, morbidity, education, parenthood, birth parents