

# **Sammanbrott i samhällsvård - En studie om barns placeringsmönster**

Författare: Viktoria Westerberg

Rapport nr: 2011:3

ISSN 1653-2414 ISBN 978-91-85613-47-2

## Innehållsförteckning

Förord.....	3
Inledning.....	4
Syfte.....	5
Metod.....	6
Population .....	6
Genomförande .....	6
Stabilitet och definitioner.....	7
Etiska övervägande.....	7
Statistiska metoder .....	7
Samhällsvård i Sverige.....	9
Lagstöd .....	9
Trender i svensk samhällsvård .....	9
Motiv till samhällsvård .....	10
Områdesöversikt för sammanbrott.....	11
Frekvens och initiering av sammanbrott.....	11
Faktorer som ökar risken för sammanbrott.....	11
Konsekvenser och upplevelser av sammanbrott .....	12
Resultat.....	16
Beskrivning av barnen .....	16
Riskfaktorer i hemmiljön .....	16
Barnens tidigare kontakt med socialtjänsten.....	18
Orsak till placering.....	18
Barnens problematik vid placering.....	19
Placeringar.....	21
Typ av placering.....	22
Placeringarnas avslut.....	24
Placeringar som avslutades inom två år.....	24
Sammanbrott.....	25
Förekomst av sammanbrott .....	26
Initiativ till sammanbrotten.....	27
Riskfaktorer för sammanbrott.....	28
Återplaceringar.....	29
Sammanfattande analys och diskussion .....	31

Barnen .....	31
Placeringsmönster .....	32
Studiens begräsningar .....	32
Implikation för praktiken.....	33
Referenslista .....	35
Bilaga 1. Variabellista .....	38
Variabler som beskriver barnen .....	38
Variabler som beskriver barnens erfarenheter .....	38
Variabler som beskriver placeringarnas inledning .....	38
Variabler som beskriver motiv till placeringarna .....	39
Variabler som beskriver barnens egen problematik vid placering.....	39
Variabler som beskriver tiden i och efter placeringen .....	40

## **Förord**

Denna studie har initierats av kommunerna i Västernorrlands län utifrån deras önskan att få mer kunskap om barn i samhällsvård. Kommunerna gav detta uppdrag till FoU Västernorrland. Ett stort tack riktas till de socialarbetare och chefer som varit hjälpsamma vid inhämtning av material samt till Allmänna barnhuset som finansierat projektet.

## Inledning

Den som har vårdnaden om ett barn, vanligtvis en eller båda föräldrarna, ansvarar för att barnets behov blir tillgodosedda (6 kapitlet 2 § Föräldrabalken). Samtidigt har samhället ett övergripande ansvar för att barn får det stöd och skydd som de behöver för att inte fara illa. I vissa fall innebär det att barn får skydd och stöd i samhällsvård utanför hemmet. Trenden nationellt har från 1930-talet och framåt varit att antalet barn i samhällsvård har minskat (SOU 2001:52). Från 1990-talet har däremot en kraftig ökning skett. Under 2009 påbörjade 9500 barn samhällsvård i Sverige och 23 400 barn hade dygnsvård någon gång under året (Socialstyrelsen 2010).

Det är inte säkert att effekten av samhällsvård visar sig förrän barnet vuxit upp och studier av samhällsvårdens effekter tar många gånger lång tid att genomföra. Ett annat sätt att studera samhällsvård är att studera hur vården genomförs, om den är stabil eller om den avbryts oplanerat i vad som kallas sammanbrott. Frekvensen för sammanbrott varierar i internationella studier mellan ca 20 och 50 % och sammanbrott är därmed ingen marginell förekomst (Egelund 2006). Det finns studier som visar på negativa effekter av sammanbrott för barn vad gäller t.ex. ökning av beteende- och emotionella problem (Newton m.fl.2000) samt sämre långsiktiga prognoser (Vinnerljung och Sallnäs 2007). Sammanbrott är således inte bara ett resultat på hur vården genomförs utan kan också säga något om vårdens kvalitet. I Sverige finns två studier som primärt fokuserar på sammanbrott, en äldre studie som omfattade fosterbarnsplaceringar i tre kommuner 1988 och 1989 (Jönsson 1995) och en stor studie om sammanbrott som omfattar 13-16 åringar i Sverige som påbörjade samhällsvård 1991 (Vinnerljung m.fl. 2001). Det saknas med andra ord nyare studier i Sverige som visar på sammanbrott även för yngre barn. Internationell forskning har visserligen visat att sammanbrott är vanligare för tonåringar (Smith m.fl. 2001, Sallnäs m.fl. 2004, Strijker m.fl. 2005, Oosterman m.fl. 2007), men konsekvenserna av sammanbrott för ett litet barn bl.a. utifrån ett anknytningsteoretiskt perspektiv kan tänkas vara omfattande. De barn som placeras i samhällsvård har många gånger upplevt brist på stabilitet och förutsägbarhet i vardagen vilket kan motivera att barn inte, utan att det finns starka skäl för det, ska behöva flytta mellan olika vårdgivare.

## Syfte

Syftet med denna studie är att beskriva och analysera sammanbrott för barn i samhällsvård.

- Hur ser placeringsmönster ut för barn i samhällsvård?
- Hur vanligt förekommande är det att placeringar avslutas med sammanbrott och vilka faktorer ökar risken för sammanbrott?
- Finns det skillnader gällande sammanbrott utifrån barnens ålder?
- Vad händer med barnen efter sammanbrott?

## Metod

### Population

Studien baseras på en aktgranskning av barn i åldern 0-16 år som påbörjade placering under datumen 1 januari 2005 till 31 december 2006 i Västernorrlands län. Länets sju kommuner sammanställde listor över vilka barn som påbörjat placering under tidsperioden. Inklusionskriterier var barn som påbörjade vård under 2005 och 2006. Då vissa kommuner inte kunde få ut uppgifter om hur många och vilka barn som bytte placering under perioden genomfördes studien på de barn som påbörjade en ny vårdperiod. Om dessa barn sedan bytte vårdgivare ingick även den nya placeringen i studien. Exklusionskriterier var ensamkommande flyktingbarn, privatplaceringar (då ett barn bor hos någon annan helt på eget initiativ av familjen), familjeplaceringar av barn och föräldrar tillsammans, utredningsplaceringar (då barnet placeras för att utredas och inte stannar kvar efter utredningen är avslutad) samt förlängda kontaktfamiljsuppdrag (då barnet endast under en temporär tid bor hos sin kontaktfamilj) och placeringar under 15 dagar som syftar till att lösa en akut situation. Studien omfattar 213 barn och sammanlagt 317 placeringar, vilket innebär att vissa av barnen har flera placeringar.

### Genomförande

Studien är longitudinell, d.v.s. följer en grupp över tid i det här fallet i två år från och med det datum placeringen påbörjades, fram tills 18 års ålder eller då placeringen avslutades (i de fall detta skedde inom två år). Valet av uppföljningstid baseras på att de flesta sammanbrott sker i början av vården (Egelund 2006) och forskning tyder på att de första sex månaderna är mest riskabla (Oosterman m.fl. 2007). Med en uppföljningstid på två år beräknas de flesta av sammanbrotten finnas med. Risken för sammanbrott finns dock kvar så länge barnen befinner sig i samhällsvård och en längre uppföljningstid skulle inkludera fler sammanbrott. Valet av övre åldersgräns på 16 år baserar sig på att studiens uppföljningstid är två år eller fram tills barnet fyllde 18 år. Om studien även skulle gälla 17 åringar blir uppföljningstiden i vissa fall väldigt kort. Ett barn kan förekomma vid flera tillfällen då barnet dels kan återkomma till samhällsvård och dels kan byta vårdgivare under uppföljningstiden vilket då räknas som en ny placering. Detta ställningstagande görs utifrån att det ur ett barns syn knappast går att anta att ett byte av omsorgsgivare uppfattas som något annat än en ny placering oavsett om placeringen sker med samma lagrum eller enligt ett nytt beslut.

Utifrån en genomgång av litteratur kring samhällsvård samt praktisk erfarenhet om vad som är realistiskt att finna i akterna har bakgrundsinformation om föräldrar och barn, motiv till samhällsvård samt information om placeringens avslut inhämtas (se bilaga 1). Informationen om föräldrar och barn har till stor del valts utifrån Sundells m.fl. (2004) kategorisering av bakgrundsproblematik i deras studie av barn som är föremål för en insats inom socialtjänsten samt Vinnerljungs m.fl. studie (2001) om sammanbrott. Deras modeller har dock utifrån praktisk erfarenhet kompletteras med några kategorier samt anpassats för att kunna svara på syftet. Detta innebär att data utifrån barnens akter har kategoriserats. Det är viktigt att komma ihåg att studien endast visar för socialtjänsten kända och dokumenterade uppgifter vilket innebär att studien i många fall redovisar ett minimiantal t.ex. har barnen med stor sannolikhet upplevt fler brister i sina hemförhållanden än vad som framgår i denna studie och flera av barnen kan ha varit aktuella för ytterligare insatser om de tidigare bott i en annan kommun. Det innebär även att det är socialtjänstens perspektiv som redovisas och den dokumentation socialtjänsten gör behöver inte överensstämma med föräldrar och barns upplevelse av händelseförlopp. För de barn där det förekom sammanbrott inhämtades även en kvalitativ beskrivning av sammanbrottet utifrån vad som framgick av barnets akt.

Barnets akt har läst med start från den utredning som föranledde placeringen. I de fall där utredningen hänvisade till tidigare dokument i akten (tidigare utredningar eller andra dokument) har även dessa dokument inkluderats. Detta beslut togs som en tidsmässig prioritering efter en pilotstudie där tio fullständiga akter lästes. En bedömning gjordes att utredningen som

föranledde placeringen på ett bra sätt sammanfattade familjens tidigare problematik och kontakt med socialtjänsten.

### Stabilitet och definitioner

Studien har använt Vinnerljungs m.fl. (2001) definition av sammanbrott och Vinnerljung m.fl. (2004) definition av återplaceringar. Definition av sammanbrott är uppbyggd utifrån en gedigen genomgång av forskning om sammanbrott och passar svenska aktstudier. Definitionen omfattar att *en placering i samhällsvård avslutas plötsligt och oplanerat*. Som tydligt sammanbrott räknas att: vårdgivaren avbryter placeringen i strid med vad socialtjänsten vill, att barnet rymmer eller vägrar stanna kvar i vården vilket leder till att samhällsvården upphör i strid med vad socialtjänsten vill eller att socialtjänsten avbryter samhällsvården på grund av missnöje med vårdmiljön. Som tveksamt sammanbrott räknas av vårdnadshavarna återkallar sitt samtycke till placeringen. Misstänkta sammanbrott är när det i akten inte tydligt framgår hur placeringen avslutas men det av andra omständigheter i akten går att misstänka att det är ett sammanbrott som egentligen skulle tillhöra tydligt sammanbrott. I denna studie kommer alla tre definitioner av sammanbrott att analyseras.

De barn som helt avslutar sin vårdperiod, under studiens uppföljningstid på två år, d.v.s. de barn som flyttar hem eller till eget boende, följs ett år efter avslutat placering för att se om ”hemflytten” är stabil eller om barnet återplaceras i samhällsvård. Som återplaceringar räknas att *barn inom ett år från avslutad vårdperiod återkommer i samhällsvård* (Vinnerljung m.fl. 2004). Vid återplacering räknas inte avbrott i en placering som är färre än 31 dagar som en ny placering om det inte av akten tydligt framgår att planeringen är att barnet skall flytta permanent tillbaka till biologiska föräldrar eller eget boende. Frekvensen för återplacering riskerar dock att bli högre i denna studie än i en studie som endast fokuserat på återplaceringar. Skälet till detta är att de placeringar som avslutas i denna studie är relativt korta placeringar (under två år) och tidigare forskning har visat på ett samband mellan kortare placeringar och ökad risk för återplaceringar (Vinnerljung m.fl. 2004).

### Etiska övervägande

Samtycke har inhämtats från respektive socialchef i kommunerna. Studien har beviljats tillstånd av regionala etikprövningsnämnden i Umeå.

### Statistiska metoder

Som analysmetod har bivariata och multivariata analyser använts i dataprogrammet SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Bivariata analyser av skillnader i procenttal mellan kategorier redovisas i form av korstabeller (för att visa på skillnader mellan t.ex. åldersgrupper). I sådana fall redovisas i vissa fall p-värdet från signifikanstest (Pearsons Chi-2). För kvantitativa variabler, t.ex. *antal placeringar*, kan medelvärdet jämföras mellan kategorier, redovisning kan ske med stolpdigram och p-värdet hämtas från Kruskal-Wallace test. Procent redovisas avrundat till heltal. Den totala procenten blir inte alltid 100 %, vilket då beror på avrundningar. Den statistiska signifikansen används för att säkerställa att skillnader eller samband inte beror på slumpen. Skillnader i andelar eller medelvärden mellan kategorier bedöms som statistisk säkerställda då p-värdet är mindre än 0,05 (sannolikheten att skillnaden beror på slumpen är då mindre än 5 på 100).

Multivariabla analyser möjliggör att analysera material när flera faktorer samtidigt påverkar utfallet (Djurfeldt m.fl. 2007). Här har multivariata analyser genomförts för att möjliggöra analys av en oberoende variabels inverkan på en beroende variabel under det att övriga oberoende variabler i modellen hålls konstanta (Vinnerljung m.fl. 2001). För sambandsanalys med multipla förklarande variabler där utfallsvariabeln är dikotom (bara kan anta två värden), kommer logistisk regression att användas. Resultatet av den logistiska regressionen ger information om vilka variabler som ökar risken för sammanbrott och återplaceringar. Variablers påverkan på *sammanbrott* mäts då under kontroll (konstanthållande) av övriga variabler i analysen. Faktorerna som ingår i modellerna har valts utifrån tidigare forskning, samt utifrån



vad som kan antas vara relevant och möjligt utifrån det begränsade antalet placeringar olika modeller baseras på. Den logistiska regressionen redovisas utifrån statistisk signifikans (p-värde), oddskvot (Exp B) och ett 95-procentigt konfidensintervall för oddskvoten(CI).

I ett datamaterial är oddset antalet fall av en händelse dividerat med antalet fall av motsvarande icke-händelse t.ex. för barn som är aggressiva är antalet barn som får sammanbrott i sin placering dividerat med antalet barn som inte får sammanbrott i sin placering oddset för sammanbrott. Om sedan oddset för aggressiva barn delas med oddset för barn som inte är aggressiva blir det *oddskvoten*. Oddskvoten används för att beskriva hur många gånger högre (eller lägre) oddset är för sammanbrott bland de aggressiva jämfört med om den riskfaktorn inte förekommer. Är oddsen exakt lika för barn som är aggressiva och för barn som inte är aggressiva blir oddskvoten 1,0. Ju mer oddskvoten avviker från 1,0 desto starkare samband d.v.s. ju högre oddskvoten, desto högre är riskökningen för sammanbrott. Oddskvoten i populationen är inte exakt bestämd, och konfidensintervallet redovisar vilka gränser populationens oddskvot med 95 procents säkerhet befinner sig inom.

Resultatet redovisas dels baserat på barn, dels baserat på placeringar. När placeringar anges innebär det att vissa barn förekommer flera gånger. När resultatet gäller barn redovisas barnets sista placering under studieperioden i de fall ett barn har flera placeringar. Vad gäller ålder kommer studien i vissa analyser att dela upp placeringar i tre ålderskategorier; förskolebarn (0-6 år), skolbarn (7-12 år) samt tonåringar (13-16 år). Barnens ålder vid placeringens start används för en översiktlig beskrivning av barnen och för placeringarna. När det gäller placeringarnas avslut, sammanbrott och återplaceringar är det barnets ålder vid placeringens avslut som redovisas om inget annat anges.

## Samhällsvård i Sverige

### Lagstöd

Samhällets ansvar för barn är subsidiärt i förhållande till föräldrarnas ansvar, utgångspunkten är att föräldrarna själva kan ge sina barn en god uppväxt (Sundell m.fl. 2007). Hur länder organiserar sin sociala barnavård skiljer sig åt mellan att arbeta förebyggande och ge stödjande insatser eller endast arbeta med skydd. Den svenska barnavården är en kombination av kontrollerande och familjestödjande karaktär (Wiklund 2006). I Sverige är det respektive kommun som i socialnämnden eller motsvarande verksamhet har övergripande ansvar för att barn som far illa eller riskerar att fara illa får det stöd och skydd de behöver. Av Socialtjänstlagen (SoL) framgår att socialnämnden ska *”verka för att barn och ungdom växer upp under trygga förhållanden”* (SoL 5 kapitlet 1 §). I samarbete med hemmen ska socialnämnden sörja för att barn och ungdomar som riskerar att utvecklas ogynnsamt får det stöd och skydd som behövs och om barnets bästa motiverar det vård och fostran utanför det egna hemmet (SoL 5 kapitlet 1 §).

Socialnämndens insatser ska så långt det är möjligt göras i samförstånd med barnet och vårdnadshavarna. När barn och unga får vård och fostran utan för det egna hemmet sker det främst som ett bistånd enligt SoL vilket förutsätter samtycke. Föräldrarnas samtycke krävs alltid då barn placeras utanför hemmet enligt SoL. Om barnet är över 15 år krävs samtycke också från barnet. Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) är ett komplement till SoL och möjliggör att barn som far illa kan ges behövlig vård och skydd även om vårdnadshavarna eller barn över 15 år motsätter sig det. Omhändertagande enligt LVU kan göras då det är påtaglig risk att barnets hälsa eller utveckling skadas på grund av förhållanden i hemmiljön (s.k. miljöfall) eller på grund av den unges eget beteende (s.k. beteendefall). En förutsättning för vård enligt LVU är att behövlig vård inte kan ges på frivillig väg.

Av de barn som 2009 påbörjade vård enligt LVU återrapporterades brister i hemmiljön för 50 %, eget beteende för 40 % och i 10 % anfördes både hemmiljö och eget beteende som skäl till omhändertagande (Socialstyrelsen 2010). Äldre barn omhändertas vanligtvis på grund av eget beteende. Beslut om vård enligt LVU fattas av förvaltningsrätten och går att överklaga. Vid akut fara för barnet kan, efter beslut från socialnämndens ordförande eller någon annan ledamot som nämnden har förordnat, barnet omhändertas omedelbart. Beslutet underställs då förvaltningsrätten som fattar beslut om att det omedelbara omhändertagandet ska fastställas. När ett barn får vård enligt LVU är föräldrarna fortfarande juridiska vårdnadshavare om barnet men bestämmanderätten för föräldrarna inskränks.

### Trender i svensk samhällsvård

Under sin barndom blir 15-20 % av alla barn någon gång föremål för en utredning inom socialtjänsten och 8-10 % föremål för en insats (Sundell m.fl. 2007). Av personer födda på 1970- och 1980-talet var ca 3-3,5 % placerade i samhällsvård någon gång under barndomen (Andersson m.fl. 2004). Trenden i Sverige från 1930-talet och fram till 1980-talet varit att samhällsvård för barn minskat därefter har en kraftig ökning skett som nästan uteslutande gäller tonåringar. Tillväxten av barn i samhällsvård gäller till stor del privat institutionsvård som ökat på bekostnad av familjehemsvården (Vinnerljung m.fl. 2001). Ökningen av ungdomar i samhällsvård under 1990-talet förändrade inte fördelningen mellan tvångsvård och frivillig vård (SOU 2001:52 s.323). Av socialstyrelsens nationella statistik framgår att ökningen av tonåringar i samhällsvård har fortsatt under 2000-talet. Andelen barn som påbörjade insats enligt SoL var 30 % högre 2008 jämfört med 2002 (Socialstyrelsen 2009).

Med ökade kostnader för samhällsvård satsar många kommuner på stöd i form av öppenvård (barnet/familjen ges stöd i hemmiljön) som ett alternativ för att undvika nya placeringar. Den kommunalt organiserade öppenvården i Sverige har ökat. Detta har dock inte lett till minskat antal placeringar, snarare har trenden sedan 1990-talet varit att såväl samhällsvård som öppna insatser har ökat (SOU 2001:52).

## Motiv till samhällsvård

Social barnavård förändras över tid och är en avspegling av samhällssynen på en god uppväxt och ett gott föräldraskap utifrån moral och socialpolitik. Några svenska exempel på hur synen på föräldraskap förändrats är tvångsomhändertagandet av barn till fattiga på 1800-talet och tvångssterilisering av utvecklingsstörda och svagbegåvade som upphörde 1976 (Sundell m.fl. 2007). Barn i samhällsvård kommer i majoritet från socialt utsatta familjer. Såväl svensk som internationell forskning visar på samband mellan barn i samhällsvård och ensamstående föräldraskap hos kvinnor, fattigdom samt minoritetstillhörighet. Ett exempel på detta är att svenska barn i åldern 0-12 år med utländska föräldrar under 1990-talet löpte 2-2,5 gång större risk att hamna i samhällsvård än barn med svenskfödda föräldrar, för tonåringar var risken 3-3,5 gång större (SOU 2001:52). En svensk studie visar att av förskolebarnen (0-6 år) vars mödrar hade högst grundutbildning, var arbetslösa och erhöll försörjningsstöd under tre sammanhängande år blev ett av sju barn placerade i samhällsvård innan sju års ålder (Franzén m.fl. 2008).

En svårighet i att beskriva social barnavård är bristen på systematiserade och säkra kunskaper samt bristande klarhet vad gäller definitioner av begrepp i social barnavård (SOU 2000:38). Forskning visar att kriterier för när samhället måste gripa in för att skydda barn saknas i Sverige vilket leder till att myndigheter överlåter till tjänstemän att definiera vilka barn som far illa utifrån sina egna kunskaper och referensramar (Sundell m.fl. 2007). I offentlig svensk statistik saknas, till skillnad från amerikanska databaser, användbar data om orsaken till att barn omhändertas (SOU 2001:52 s. 299).

## Områdesöversikt för sammanbrott

En betydande del av forskning om sammanbrott gäller frekvenser för sammanbrott, vem som initierar sammanbrott och olika faktorer som ökar risken för sammanbrott. Tidigare forskning baseras till stor del på aktdata utan att representera professionellas eller familjers upplevelse av sammanbrott (Unrau 2007). Ett undantag är Egelund m.fl. studie (2010) som genom djupintervjuer med tonåringar studerat processen kring sammanbrott.

Studier om sammanbrott finns redan från 1960- och 1970-talet men resultat av internationell forskning är långt ifrån entydiga (Vinnerljung m.fl. 2001, Egelund 2006, Oosterman m.fl. 2007) vilket delvis beror på olikheter vad gäller t.ex. definition av begrepp, forskningsdesign och skillnader mellan olika länders barnavård.

## Frekvens och initiering av sammanbrott

Frekvensen för sammanbrott finns beskriven i såväl enskilda studier som litteraturoversikter. Vinnerljung m.fl. (2001) talar i sin litteraturgenomgång grovt sett om en frekvens som varierar mellan 40-50 %. Egelund (2006) och Oosterman m.fl. (2007) talar i sina respektive översikter om 20-40 % och uppemot 50 % om enbart tonåringar omfattas. Frekvensen för sammanbrott i de svenska studierna var 44 % (Jönsson 1995) och 30-37 % beroende på om en snäv eller vid definition av begreppet sammanbrott används (Vinnerljung m.fl. 2001). Vad gäller vem som initierar sammanbrotten är forskningen inte samstämmig. I Vinnerljungs m.fl. studie (2001) är det tonåringen (44%) och därefter familjehemmet/institutionen (36 %) som vanligen initierar ett sammanbrott medan Egelund (2008) finner att familjehemmet/institutionen (30%) och därefter socialtjänsten (27 %) står för flest initieringar medan barnet/tonåringen bara svarar för 19 %.

## Faktorer som ökar risken för sammanbrott

Det är främst gällande barnet som samstämmiga forskningsresultat finns angående vad som ökar risken för sammanbrott. Att barnet är tonåring (Smith m.fl. 2001, Sallnäs m.fl. 2004, Strijker m.fl. 2005, Oosterman m.fl. 2007) och förekomst av beteendeproblem (Ward 2009, Sallnäs m.fl. 2004, Park & Ryan 2008, Newton m.fl. 2000, Strijker m.fl. 2008, Oosterman m.fl. 2008) ökar starkt risken för sammanbrott. Även om tonåringar löper en ökad risk för sammanbrott finns studier som visar att också små barn upplever ostabil samhällsvård. En engelsk studie kom fram till att planerade byten av vårdmiljön var den vanligaste orsaken till instabilitet i samhällsvården. Studien visade att 16 % av barnen i ålder 0-4 år och 19 % av barnen i åldern 5-9 år upplevde mellan 6-9 placeringar (Ward 2009).

Att barnet tidigare flyttat inom samhällsvården har visat sig vara en betydande riskfaktor för sammanbrott (Vinnerljung m.fl. 2001, Oosterman m.fl. 2007, Strijker 2008). En australiensisk studie konstaterade signifikanta skillnader mellan barn som är nya i samhällsvården och barn som återvände till samhällsvård eller hade bytt vårdgivare. De barn som påbörjade samhällsvård hade större sannolikhet att återvända till ursprungsfamiljen medan de barn som redan fanns i vården löpte större risk att omplaceras p.g.a. beteendeproblem (Barber och Delfabbro 2003b). Tidigare psykiatrisk slutenvård har i en amerikansk studie visat sig medföra ökad risk för instabilitet (tre eller fler placeringar) för vita barn och minska risken för permanent (adoption, återförening eller särskilt förordnad vårdnadshavare) för "AfricanAmericans" (Park & Ryan 2008).

I en australiensisk studie (Osborn m.fl. 2008) kartlades karaktäristiska för barn med högst instabilitet (barnen hade två eller fler sammanbrott utifrån beteendeproblem inom en två års period). Studien visade att en majoritet av barnen hade upplevt svårigheter i sin ursprungsfamilj i form av våld i familjen (74 %), misshandel (73,4 %) och missbruk hos föräldrarna (65,9 %). Enligt screeninginstrumentet SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) hade över 75 % av barnen beteendestörningar. Även i denna studie visade sig barn med beteendestörningar ha signifikant fler antal sammanbrott än barn utan beteendeproblem.

En rad faktorer som är kopplade till vårdmiljön har betydelse för sammanbrott. Hit hör betydelsen av släktingskap, fertilitet hos familjehemsföräldrarna, avståndet till biologiska familjen, placeringsform, familjehemmets egna biologiska barn och graden av integrering i familjehemmet. När det gäller släktingplaceringars påverkan på sammanbrott råder det delade meningar bland forskarna. Vinnerljung m.fl. (2001) och Egelund (2006) visar i sina respektive genomgångar av tidigare forskning att släktingplaceringar minskar risken för sammanbrott. Samtidigt finns studier som visat på marginell eller ingen skillnad mellan släktingplaceringar och andra familjehemsplaceringar (Oosterman m.fl. 2007, Farmer 2008, Strijkerm.fl 2008) och på ökad risk för sammanbrott (Ward 2009). Det finns även studier som visar att skillnaden mellan släkting- och familjehem inte är konstant över tid utan att släktingplaceringar har färre sammanbrott men att skillnaderna mellan släkting- och andra familjehemsplaceringar minskar med tiden (Testa 2002, Koh & Testa 2008). I Terling-Watts studie (2001) om sammanbrott i släktingplaceringar är frekvensen för sammanbrott ca 50 %. Studien visar att majoriteten av de släktingar som tog hand om barnen hade för avsikt att låta barnen stanna permanent. Däremot fanns andra faktorer som påverkade barnens möjligheter att stanna i släktingplaceringen t.ex. svårigheter gentemot barnens biologiska föräldrar, svårigheter för barnen att klara av att gå från en ostrukturerad tillvaro till ett strukturerat familjeliv, särskilda behov hos barnen samt sviktande hälsa och hög ålder hos släktingfamiljehemmet (Terling-Watt 2001). Att familjehemsföräldrarna är infertila har i en studie visat sig minska risken för sammanbrott (Kalland & Sinkkonen 2001). Samma studie visar dock en signifikans mellan fertila föräldrar och att barnen är äldre vid placeringens start vilket skulle kunna förklara detta. Att avståndet till de biologiska föräldrarna är mindre än 10 mil har visat sig öka risken för sammanbrott vid placering i familjehem och enskilt HVB-hem (Vinnerljung m.fl. 2001). Vinnerljungs m.fl. (2001) studie visar att frekvensen för sammanbrott varierar beroende på placeringsform. Högst frekvens för sammanbrott visar små institutioner 52 %, därefter familjehemsplaceringar 41 %. Lägst frekvens för sammanbrott har släktingplaceringar 17 % och § 12 hem 18 %. Egelund (2008) visar inga signifikanta skillnader mellan sammanbrott och placeringsform. Vinnerljung m.fl. (2001) och Oosterman m.fl. (2007) visar i sina respektive litteraturoversikter att förekomst av biologiska barn i familjehemmet, särskilt om de är jämnåriga eller yngre än de familjehemsplacerade barnet, ökar risken för sammanbrott. Att barnen har låg grad av integrering i familjehemmet har visat sig öka risken för sammanbrott (Leathers 2006). Samma studie visar att grad av beteendeproblem signifikant samverkade med integrering i familjehemmet samt att när hänsyn togs till integrering i familjehemmet minskade beteendeproblems samverkan med sammanbrott (ibid).

När det gäller socialarbetares påverkan på sammanbrott har barnets tillgång till en och samma socialsekreterare under placeringen visat sig minska risken för sammanbrott (Egelund 2008). Egelund m.fl. (2010) har i sin studie hittat såväl systemprocesser (kopplade till resurser) som institutionsprocesser (spridningseffekt av avvikande beteende för unga samt relationssvårigheter) som påverkar processen kring sammanbrottet. Av faktorer i föräldrarnas situation är det främst äldre studier som visar på samband. För barn i familjehem har föräldrars missbruk av alkohol eller droger visat samband med sammanbrott (Oosterman m.fl. 2007). Forskningen visar annars att sammanbrott inte kan härröras till föräldrarna oavsett om det är föräldrarnas agerande före eller under samhällsvården som undersökts (Vinnerljung m.fl. 2001, Egelund 2006. ).

Sammanfattningsvis kan det konstateras att samstämmiga forskningsresultat kring faktorer som samverkar med sammanbrott är kopplade till barnet och gäller främst ålder, beteendeproblem och barn som har varit med om ett flertal placeringar.

### **Konsekvenser och upplevelser av sammanbrott**

Det finns relativt lite forskning om hur sammanbrott upplevs och vilka konsekvenser det ger för inblandade (Barber & Delfabbro 2003, Egelund 2006, Unrau 2007). Unraus litteraturoversikt av 43 studier, med syfte att undersöka perspektivet på forskning om flyttningar inom samhällsvården, redovisar att över hälften av studierna baseras på aktdata, en tredjedel inkluderar

socialsekreterare, en fjärdedel familjehemsföräldrar, en femtedel barn och endast en av de 43 studierna inkluderade de biologiska föräldrarna (Unrau 2007). Att en studie inkluderar t.ex. socialsekreterare betyder inte att socialsekreterarens egna upplevelse berörs utan ofta är det en bedömning av barnet som efterfrågas. Egelund m.fl. (2010) har genomfört en studie med djupintervjuer om sammanbrott med unga och andra viktiga personer runt tonåringen.

Det finns studier som visar på negativa effekter av sammanbrott i samhällsvård för barn. I en studie av Coy (2009) utifrån livsintervjuer med 14 unga kvinnor som upplevt samhällsvård och prostitution uppger kvinnorna att sammanbrott haft en negativ inverkan på deras kapacitet att utveckla förtroliga relationer med andra och att känna sig nöjda vilket i sin tur gjort dem mer sårbara för sexuell exploatering i form av prostitution. Newton m.fl. (2000) visar i sin studie av 415 barn att beteende- och emotionella problem inte bara kan ses som en riskfaktor till att barnet flyttar inom samhällsvården utan även som konsekvens av att barnet har flyttat. Strijker m.fl. (2008) menar att upprepade byten av vårdmiljöer för barnen försvårar möjligheten att lösa relationsproblem mellan barnet och ursprungsfamiljen vilket i sin tur minskar chanserna för barnet att flytta hem igen. Vinnerljung och Sallnäs (2008) visar i sin studie att sammanbrott ökar oddset att i vuxen ålder dömas för kriminalitet, vistas på sjukhus för psykisk ohälsa, behöva försörjningsstöd samt endast ha grundutbildning. Ryan och Testa (2005) visar i sin studie att samhällsvård för flickor som utsatts för misshandel/övergrepp (maltreatment) ökar risken för ungdomsbrottslighet medan instabilitet i samhällsvård ökar risken för ungdomsbrottslighet för pojkar som utsatts för misshandel/övergrepp (maltreatment).

Det finns några studier som berör olika barns upplevelser av att vara i samhällsvård, även om det huvudsakliga syftet inte gäller sammanbrott. Johnsson m.fl. (1995) intervjuade 59 barn om deras syn på omständigheter runt samhällsvården. I studien framkom bl.a. att 58 % av barnen inte kände sig delaktiga överhuvudtaget i beslutet om samhällsvård, trots det uppgav tre fjärdedelar av barnen att de ansträngde sig hårt för att passa i familjehemmet. Ward (2009) har i sin studie om hur barn flyttar inom samhällsvården, utöver aktdata, även intervjuat barn om hur de påverkas av instabilitet och ur citat från barnen beskrivs bl.a. en kortsiktig tillvaro:

*“There's so many kids coming in and out of children's homes or foster homes. You can have a best friend one day, and then, you can go to the shop and they're not allowed to tell you where they've gone, so you don't know” (Ward 2009 s.116).*

Ward (2009) drar slutsatsen att barn många gånger upplever en instabilitet såväl i den biologiska familjen som i samhällsvård vilket ger en uppfattning av att livet karaktäriseras av kortsiktighet. Instabilitet påverkar även barnens möjlighet till att skaffa vänner, leder till skolbyten och påverkar hälsan då det tar tid att överföra information från en instans till en annan. Den enda studien, i denna litteraturgenomgång, vars huvudsakliga syfte är att förstå erfarenheter och upplevda effekter av flyttningar gäller vuxna som varit placerad i samhällsvård och varit placerad hos minst två omsorgsgivare (Unrau 2008). Studien omfattar intervjuer med 22 vuxna som avslutat samhällsvård för mellan 6 månader till 47 år sedan (m=18 år sedan) och visar att byten av vårdgivare lämnade en känsla av förlust (förlusten över makt att påverka sitt eget öde, förlust av vänner och skolan, förlust av personliga ägodelar, förlust av syskon, förlust av självkänsla och förlust av normalitet). Det som uppgavs som positivt med att byta placering var i majoritet att komma bort från en dålig placering. Byten av vårdgivare lämnade även känslomässiga ärr vad gäller att lita på andra människor ( n=18) samt bygga och behålla relationer (n=12).

*“...it made it really difficult to trust people...I have become more guarded 'cause I get so scared to lose somebody. It takes me a long time to drop my guard...As soon as they are nice to me, I automatically think they want something. I become an angry, angry person who could not trust anybody.”(Unrau m.fl 2008 s. 1261)*

I en liten kvalitativ studie intervjuade Butler och Carls (1999) två ungdomar och nio familjehemsföräldrar som varit med om sammanbrott om deras tankar kring placeringar.

Studien visar bland annat att synen på en stabil placering ibland påverkades starkt av tidigare upplevelser av "skeppas runt" och att beslutet om placering inte var deras eget vilket visas av detta citat:

*"I don't know how long it would last because I'd been in these homes...three, six months, then moved on, shipped on... Is it if I want to stay or is it if they want me to stay or go? They didn't answered"* (Butler & Charles 1999 s.13).

Forskning som utgår från omsorgsgivarna och sammanbrott är relativt få (Brown 2008) men det finns forskning som tyder på negativa effekter av sammanbrott t.ex. att sammanbrott signifikant ökar familjehemmens tankar på att sluta som familjehem (Wilson m.fl. 2000). Samma studie åskådliggör att beslutet att avsluta en placering ofta har föregåtts av en mängd svårigheter och mycket övervägande från familjehemmet innan de känner att de nått en bristningsgräns och ger upp. Dessa svårigheter rörde sig till exempel om negativ påverkan på den egna familjen och svårigheter att hantera barnets biologiska föräldrar (Wilson m.fl 2000). Negativ påverkan i den egna familjen finns genom citat beskriven i andra studier:

*"If it was just the two of us it's not so bad but we weren't prepared to put or daughter at risk."* (Butler & Charles 1999).

Det finns även forskning som tyder på att sammanbrotten är en smärtsam upplevelse som följer familjehemsföräldrarna.

*"Hate breakdowns. I feel a failure. Could I have offered more?"* (Wilson m.fl 2000 s.200)

Gilbertson & Barber (2003) intervjuade i sin studie 19 familjehemsföräldrar som har avbrutit en placering på grund av barnets beteendeproblem. Av dessa uppgav 9 familjehemsföräldrar att det fanns en chans att barnet hade kunnat vara fortsatt placerat om de fått stöd, i genomsnitt hade dessa placeringar pågått i knappt 27 månader. De resterande 10 familjehemsföräldrarna menade att placeringen hade avbrutits oavsett stödinsatser, dessa placeringar hade i genomsnitt pågått i drygt 4 månader. De familjehem som trodde att placeringen kunde ha fortsatt med rätt stöd beskrev barnet med positiva ordalag och uttryckte en sorg och ilska över placeringens avslut medan de familjehem som inte såg att stödinsatser hade räddat placeringen inte talade positivt om barnet och beskrev en lättnad när barnet flyttade (Gilbertson & Barber 2003). Brown och Bednar (2006) genomförde en intervjustudie med 63 familjehemsföräldrar med syfte att beskriva orsaker till sammanbrott enligt familjehem. Familjehemmen uppgav att de skulle överväga att avsluta en placering om den innebar fara för deras familj, om barnet inte passade in i familjen, om familjehemmet inte kunde hantera barnets beteende, om familjehemmets egen hälsa sviktade, om familjehemmets omständigheter förändrades kraftigt och om det var brist på externt stöd. Familjehemmen rapporterade att komplexa hälsobehov hos barnet, svårigheter att samarbete med socialarbetare och ett flertal misslyckade försök att få placeringen att fungera leder till sammanbrott.

Höjer (2006) har studerat hur de biologiska barnen i familjehem upplever att leva med fostersyskon. De flesta av barnen uppgav att de värdesatte deras relation till sina fostersyskon men att deras vardagsliv i hög grad påverkades. Barnen var i vissa fall tvungen att hantera konflikter utifrån asocialt beteende hos de placerade barnen. De påverkades också av kunskapen om de placerade barnens svåra uppväxt och svårigheter i kontakt mellan de familjehemsplacerade barnen och deras biologiska föräldrar. De familjehemsplacerade barnens umgänge med sina biologiska föräldrar påverkade barnens syn på föräldraskap och ibland var denna kunskap om dysfunktionellt föräldraskap, misshandel och brister i omsorgen svårt att exponerad inför (ibid).

När det gäller biologiska föräldrars upplevelse av sammanbrott finns i stort sett ingen forskning (Egelund 2006, Unrau 2007) och i denna litteraturgenomgång hittas ingen studie med de biologiska föräldrarnas röster. Höjer (2009) har studerat hur en grupp föräldrar upplevde föräldraskapet och kontakten med sina barn under tiden barnen var i samhällsvård. Höjer

beskriver den stigmatisering föräldrar lever i som skapats av diskrepansen mellan omvärldens förväntade syn på föräldraskap och deras eget befintlig föräldraskap. Föräldrarna upplevde underlägsenhet, skuld och skam. Höjer visar att flera föräldrar önskade en kontakt med sina barn på en neutral plats. Föräldrarna kände att de hade viktig information och kunskap om barnens liv som de ville dela med familjehemsföräldrarna och socialsekreterarna. De föräldrar som fick god information om deras barns liv upplevde det enklare att ha en god kontakt med sina barn (ibid).



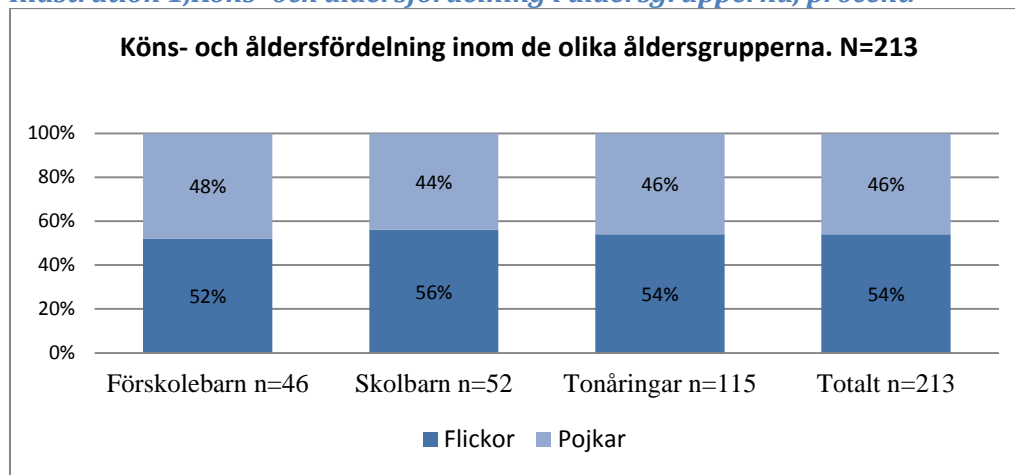
## Resultat

Studien omfattar 213 barn som under studiens två år påbörjade 317 placeringar. Under rubriken ”beskrivning av barnen” redovisas endast en beskrivning av de 213 barnen som ingick i studien. Under resterande rubriker i resultatdelen ingår studiens samtliga placeringar om inte annat anges och här finns det med andra ord några barn som förekommer flera gånger.

### Beskrivning av barnen

I studien var flickor (54 %) något överrepresenterade i jämförelsen med pojkar (46 %). Åldersfördelningen för de 213 barn som påbörjade placering inom tidsperioden visar som förväntat att fler tonåringar än förskole- och skolbarn påbörjar placering, detta trots att ålderskategorin för tonåringar omfattar färre ålderskullar.

*Illustration 1, Köns- och åldersfördelning i åldersgrupperna, procent.*



Antalet placeringar under tvåårsperiod för de 213 barnens 317 placeringar varierade upp till som mest 6 placeringar. Förskolebarnen hade upp till 3 placeringar med ett medelvärde på 1,43 placeringar, skolbarnen hade högst 4 placeringar med ett medeltal på 1,37 och tonåringarna hade som mest 6 placeringar med ett medeltal på 1,54. Det var tre tonåringar med fem eller fler placeringar. Det är dock viktigt att ha i åtanke att dessa siffror endast gäller placeringar under studieperioden och antalet placeringar för ett barn kan därmed vara markant högre. Kruskal-Wallis testet visade att medelrangtalen har liten skillnad mellan åldersgrupperna ( $p=0,751$ ).

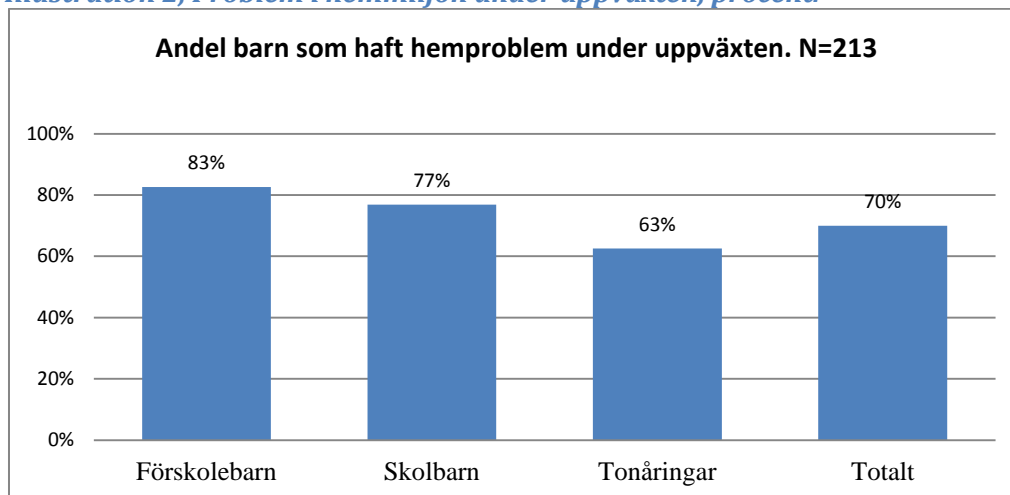
Av de 213 barnen var 66 % svenska (har inte utländskfödda föräldrar och är själva födda i Sverige), 27 % hade utomnordisk härkomst och 6 % nordisk härkomst utanför Sverige. För 3 barn (1 %) gick det inte att utläsa om de hade invandrarbakgrund p.g.a. sekretesskydd eller att någon av föräldrarna avlidit för många år sedan och därmed inte fanns med i folkbokföringsregistret. Det var även 9 % av barnen som var asylsökande. Den vanligaste boendeformen för barnen innan den aktuella vårdperioden var att bo med enbart sin mamma vilket 47 % av barnen gjorde. Därefter kom mamma och pappa 21 %, mamma och sambo 13 %, sedan pappa 10 %. Resterande 9 % av barnen bodde i andra boendeformer (t.ex. pappa och sambo eller växelvis).

### Risikfaktorer i hemmiljön

Studien visar att många av barnen, 70 %, hade upplevt problem i hemmiljön under uppväxten. Med problem i hemmiljön menas här att barnet växt upp med en förälder/omsorgsgivare med psykiskt sjukdom, växt upp med en förälder/omsorgsgivare med missbruk, växt upp med en förälder/omsorgsgivare som varit kriminell, att barnet varit utsatt för sexuella övergrepp i hemmet, att barnet varit utsatt för misshandel i hemmet eller att det förekommit våld som inte riktats direkt mot barnet i hemmet. Även de barn som utifrån denna definition inte hade upplevt problem i hemmiljön kunde vara placerade utifrån brister i föräldraförmåga i form av bristande omsorg eller utifrån att de var övergivna. Andelen barn som växt upp med problem i hemmiljön

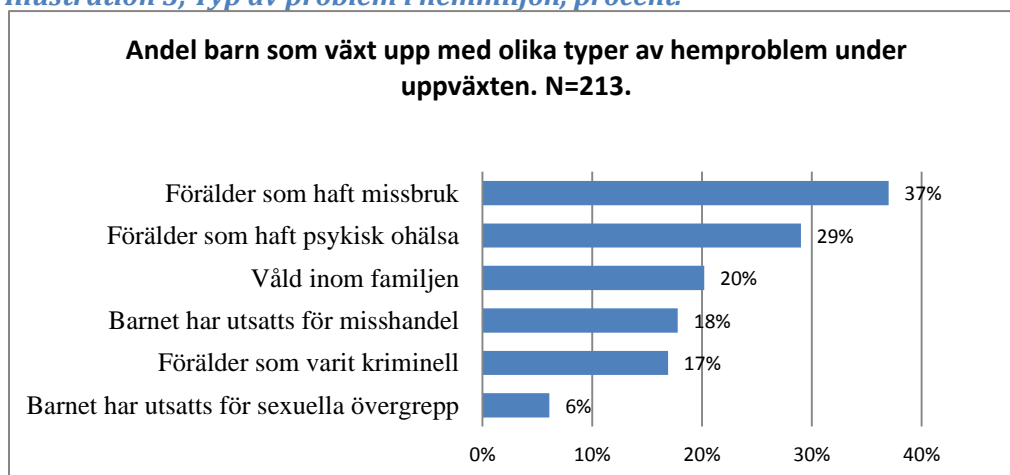
var störst bland förskolebarnen och minskade sedan i takt med att barnet tillhörde en äldre åldersgrupp, se illustration 2. Skillnaderna mellan åldersgrupperna var signifikant ( $p=0,021$ ). Detta är inte särskilt förvånande då äldre barn även placeras i samhällsvård utifrån egna beteendeproblem. Det var dock en stor andel av tonåringarna, 63 %, som haft problem i hemmiljön under uppväxten.

**Illustration 2, Problem i hemmiljön under uppväxten, procent.**



När det gäller typ av problem i hemmiljön som barnen varit med om var föräldrars missbruk vanligast. Sexuella övergrepp och misshandel var mindre förekommande vilket står i direkt motsats till det fokus som ofta ligger inom detta område vid debatter om barn som far illa. I nedanstående diagram är de olika kategorierna inte ömsesidigt uteslutande vilket betyder att barn som upplevt flera olika typer av problem i hemmiljön under uppväxten förekommer i flera kategorier.

**Illustration 3, Typ av problem i hemmiljön, procent.**



När det gäller andra svårigheter hos föräldrarna framgick det av barnens akter att 4 % av barnen hade en förälder med begåvningsmässigt funktionshinder och 6 % hade en förälder med sjukdom eller funktionshinder som påverkade utövandet av föräldraskapet. Strukturella förutsättningar i form av ekonomisk situation och arbetsförhållanden för barnens familjer var mycket svårt att utläsa av barnens personakter. Särskilt familjens ekonomi var något som i låg grad utreddes i barnavårdsutredningen. I 76 % av akterna gick det inte att utläsa om familjen hade ekonomiska svårigheter, 22 % hade ekonomiska svårigheter och endast i 2 % av akterna framgick det att familjen inte hade några ekonomiska svårigheter. Föräldrarnas arbetssituation framgick i högre utsträckning men fortfarande var det 29 % som inte gick att utläsa medan 22 % av barnen hade arbetslösa föräldrar (där minst en av föräldrarna om de är sammanboende eller

boföräldern om de är separerade hade mindre än 50 % arbete) och 49 % hade föräldrar som inte var arbetslösa.

### Barnens tidigare kontakt med socialtjänsten

Av de barn som placerades hade de flesta haft kontakt med socialtjänsten tidigare. Socialtjänsten hade innan den barnavårdsutredningen som föranledde placeringen genomfört minst en barnavårdsutredning för 77 % av barnen med en variation mellan 0-15 utredningar och ett medeltal på 2,37 utredningar. Kruskal-Wallis testet visar att medelrantalet hade liten skillnad mellan grupperna ( $p=0,493$ ).

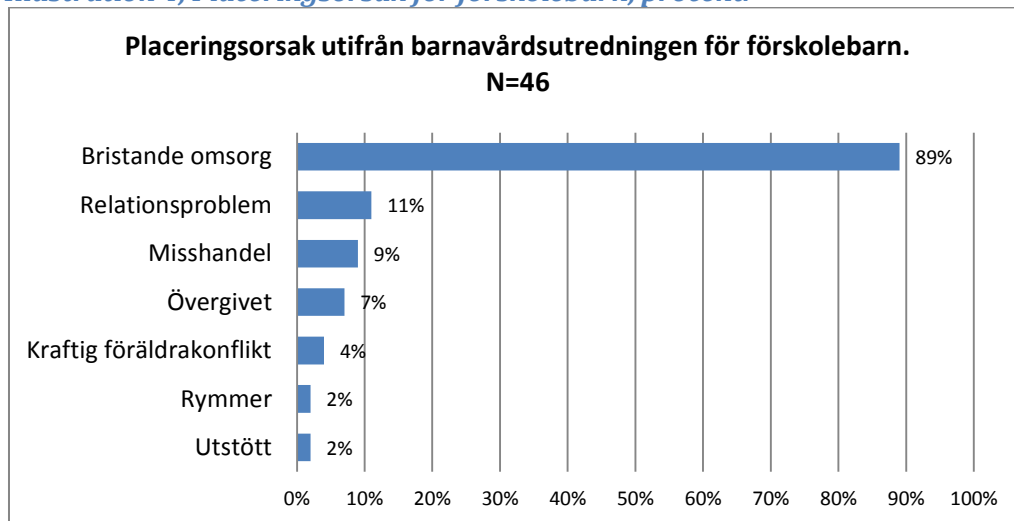
Det var 59 % av barnen som tidigare hade haft någon form av biståndsprövad öppenvårdsinsats och knappt hälften (47 %) hade varit placerad i samhällsvård tidigare. Detta skiljer sig marginellt mellan åldersgrupperna där 46 % av förskolebarnen, 52 % av skolbarnen och 46 % av tonåringarna varit tidigare placerade.

### Orsak till placering

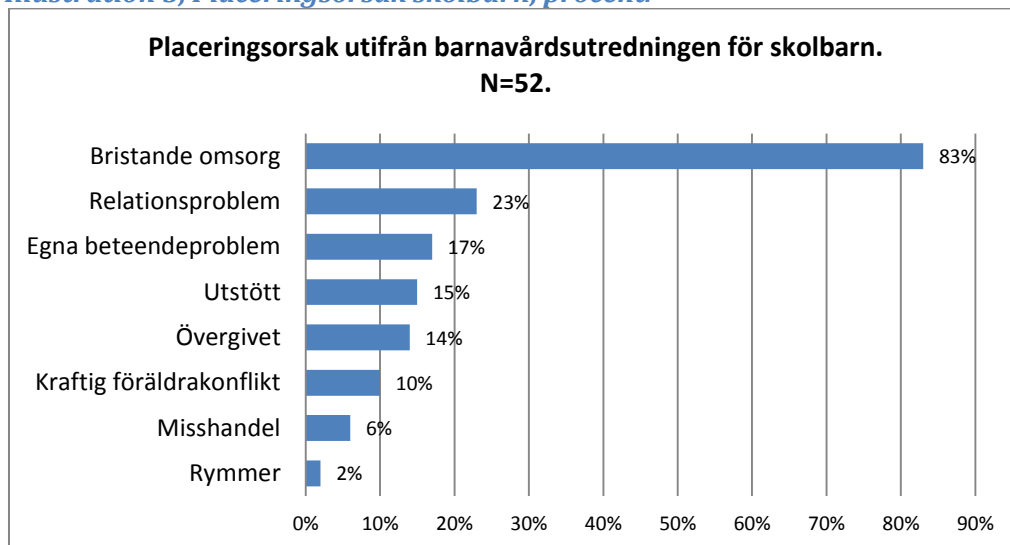
När det gäller orsak till att barn placerades fanns i vissa akter fler angivna orsaker vilket innebär att samma barn kan förekomma inom flera av nedanstående kategorier. I vissa fall hade barnen egna beteendeproblem men skälet till placeringen angavs som brister utifrån hemmiljön. I dessa fall registreras barnets egna beteendeproblem inte som placeringsorsak utan som en problematik hos barnet. I nedanstående diagram, illustration 4-6, beskrivs placeringsorsaken för de olika åldersgrupperna. Vissa orsaker berör bara någon eller några av åldersgrupperna och redovisas då endast för de grupper där det finns förekommande fall. Det fanns signifikanta skillnader mellan åldersgrupperna vad gäller placeringsorsak. Det fanns signifikanta skillnader av placeringsorsaken, sett utifrån socialtjänstens akter, mellan åldersgrupperna:

- barnets eget beteende förekom som tredje största placeringsorsaken för skolbarnen och tillsammans med relationsproblem som den vanligaste placeringsorsaken för tonåringar ( $p=0,00$ ),
- relationsproblem var vanligare förekommande ju äldre åldersgrupp barnen tillhörde ( $p=0,00$ ),
- bristande omsorg var vanligare förekommande ju yngre åldersgrupp barnen tillhörde ( $p=0,00$ ),
- rymning förekom som placeringsorsak för 2 % av förskolebarnen och skolbarnen medan det förekom som placeringsorsak för 18 % av tonåringarna ( $p=0,00$ ),
- utstötning var vanligare förekommande ju äldre åldersgrupp barnen tillhörde ( $p=0,017$ ),
- att barnen övergavs var vanligast för skolbarnen där det förekom för 14 % av barnen ( $p=0,025$ ).

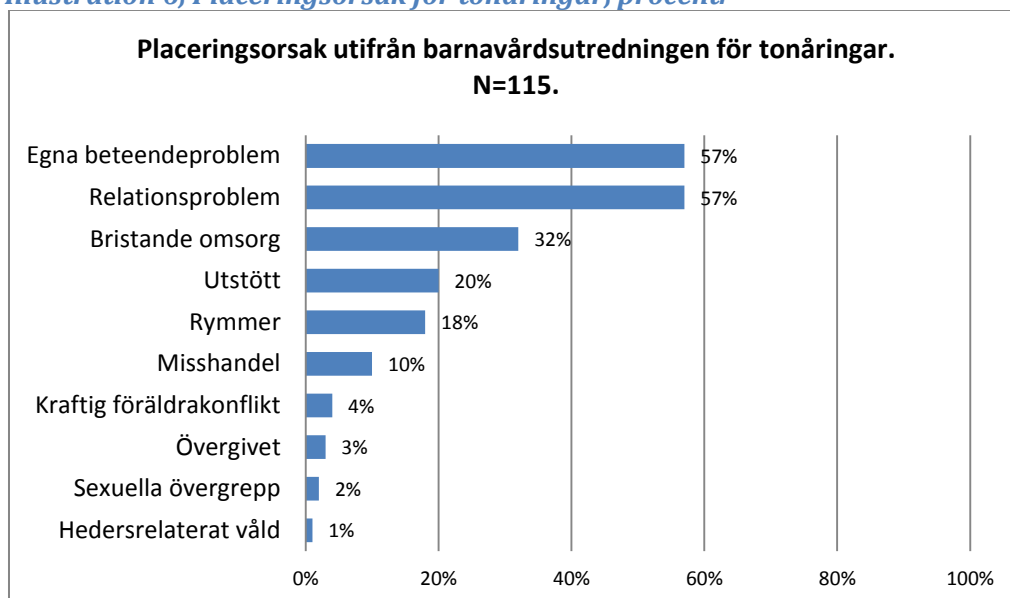
**Illustration 4, Placeringsorsak för förskolebarn, procent.**



*Illustration 5, Placeringsorsak skolbarn, procent.*



*Illustration 6, Placeringsorsak för tonåringar, procent.*



Utöver dessa ”grundplaceringsorsaker” kunde även barnet placeras på grund av en planerad flytt från annan samhällsvård eller utifrån sammanbrott i tidigare placering. Det fanns inga signifikanta skillnader mellan åldersgrupperna för dessa två variabler. För sammanbrott var det 4 % av förskolebarnen, 4 % av skolbarnen och 13 % av tonåringarna som utöver grundorsaken även placerades på grund av sammanbrott. Vad gäller planerad flytt var det orsak till 22 % av förskolebarnens placeringar, 25 % av skolbarnen och 17 % av tonåringarnas placeringar.

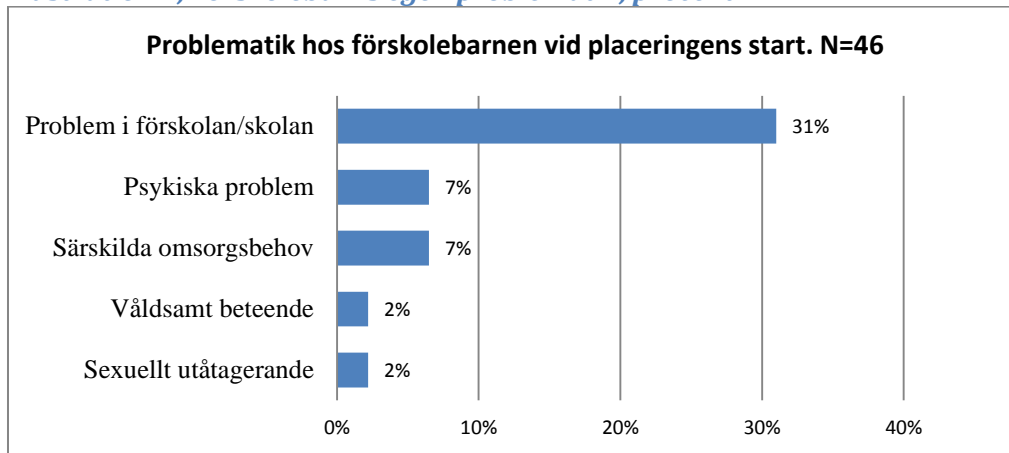
### **Barnens problematik vid placering**

Barnens problematik vid placering skiljde sig självklart åt beroende på barnets ålder. Även i detta diagram kan barnen förekomma inom flera av kategorierna. Äldre barn hade fler typer av beteendeproblem än yngre barn, se illustration 7-9. Det fanns signifikanta skillnader av barnens problematik, sett utifrån socialtjänstens akter, mellan åldersgrupperna:

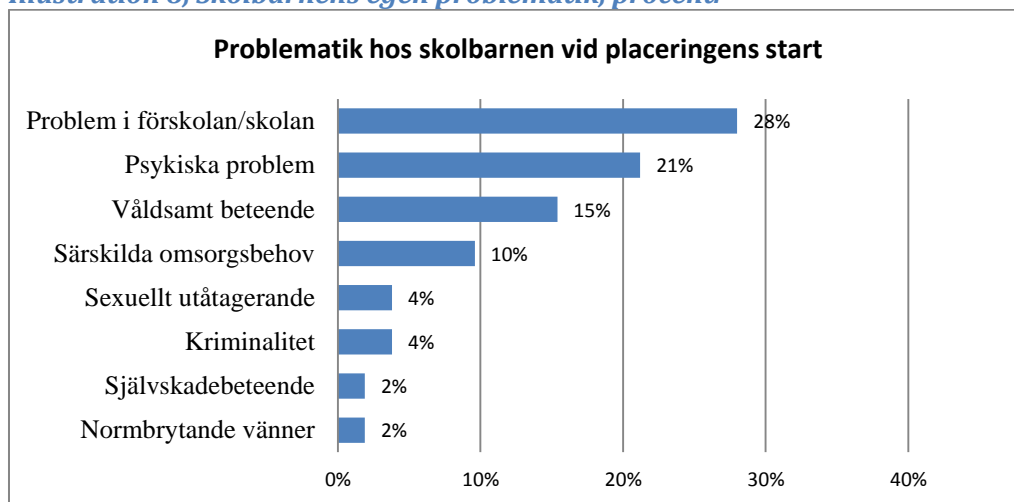
- psykisk hälsa ( $p=0,007$ ), särskilda omsorgsbehov ( $p=0,046$ ) och våldsamt beteende ( $p=0,000$ ) var vanligare förekommande ju äldre åldersgrupp barnen tillhörde,
- normbrytande vänner förekom för 2 % av skolbarnen och för 26 % av tonåringarna ( $p=0,000$ ),
- missbruk förkom endast som problematik hos tonåringar ( $p=0,000$ ),

- kriminalitet förekom för 4 % av skolbarnen och 22 % av tonåringarna ( $p=0,000$ ),
- självskadebeteende förekom för 2 % av skolbarnen och 18 % av tonåringarna ( $p=0,000$ ).

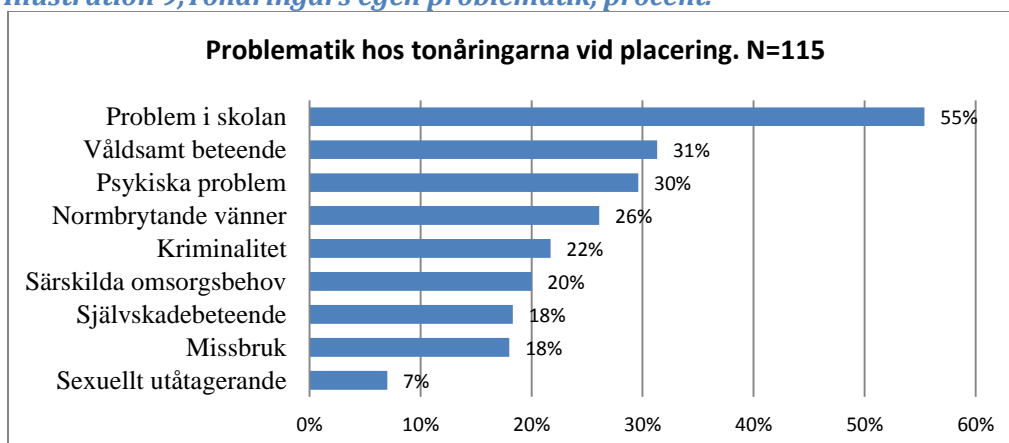
*Illustration 7, Förskolebarns egen problematik, procent.*



*Illustration 8, Skolbarnens egen problematik, procent.*



*Illustration 9, Tonåringars egen problematik, procent.*



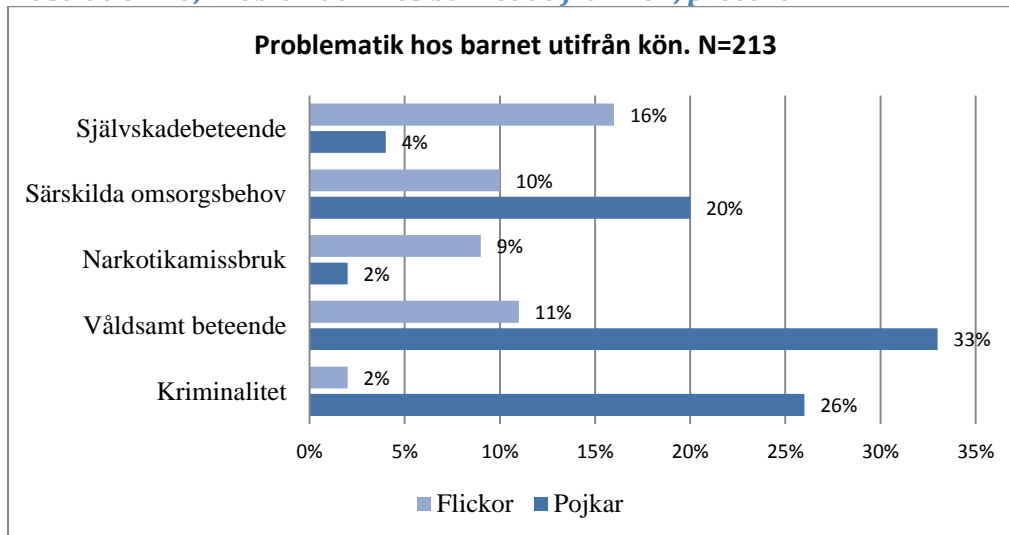
Det fanns signifikanta skillnader av barnens problematik, sett utifrån socialtjänstens akter, mellan flickor och pojkar:

- kriminalitet förekom för 2 % av flickor och 26 % av pojkar ( $p=0,00$ ),
- våldsamt beteende var tre gånger vanligare för pojkar än flickor ( $p=0,00$ ),

- narkotikamissbruk var relativt ovanligt för båda könen men förekom i högre utsträckning för flickor (9 %) än för pojkar (2 %) ( $p=0,036$ ),
- särskilda omsorgsbehov var dubbelt så vanligt hos pojkar som hos flickor ( $p=0,025$ ),
- självska debeteende var fyra gånger vanligare för flickor ( $p=0,006$ ).

Nedanstående diagram redovisar de beteendeproblemen där det fanns signifikanta könsmissiga skillnader mellan flickor och pojkar.

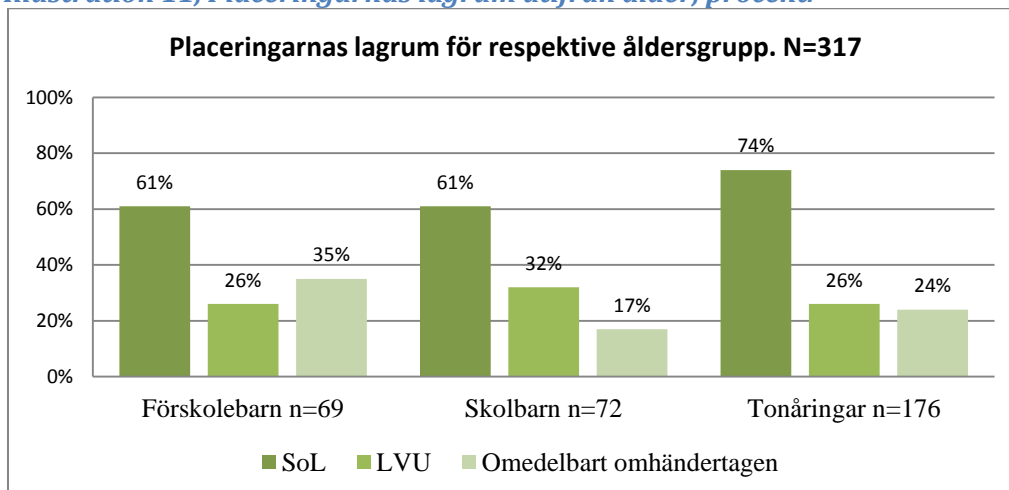
**Illustration 10, Problematik hos barnet utifrån kön, procent.**



## Placeringar

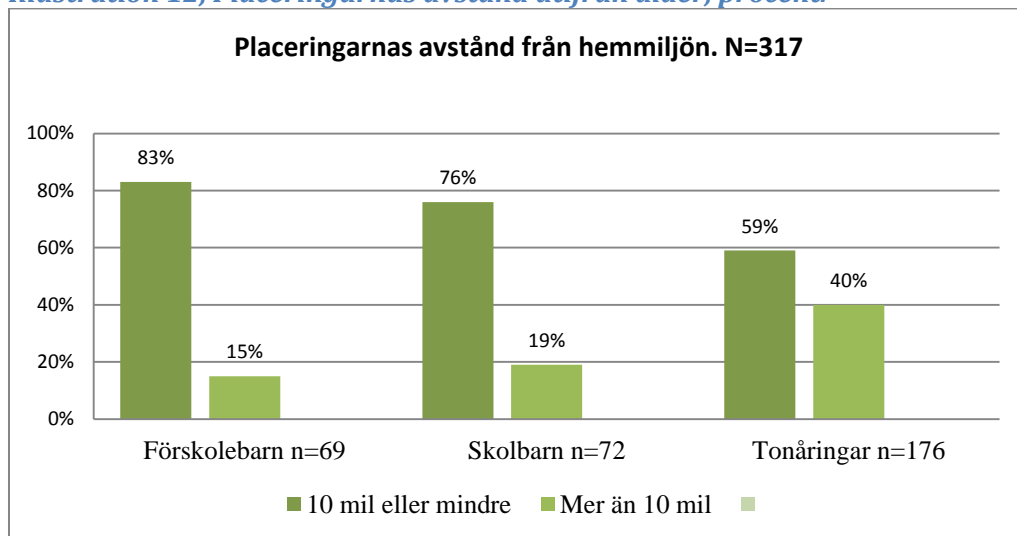
Av de 317 placeringarna skedde 68 % av placeringarna med stöd av Socialtjänstlagen, 27 % efter beslut enligt Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) och 25 % av placeringarna efter beslut om omedelbart omhändertagen enligt LVU (observera att en placering kunde ske enligt flera av dessa lagrum). Signifikanta skillnader fanns för placeringarna som skedde med omedelbart omhändertagande utifrån åldersgrupperna och var vanligast förekommande i åldersgruppen förskolebarn ( $p=0,042$ ).

**Illustration 11, Placeringarnas lagrum utifrån ålder, procent.**

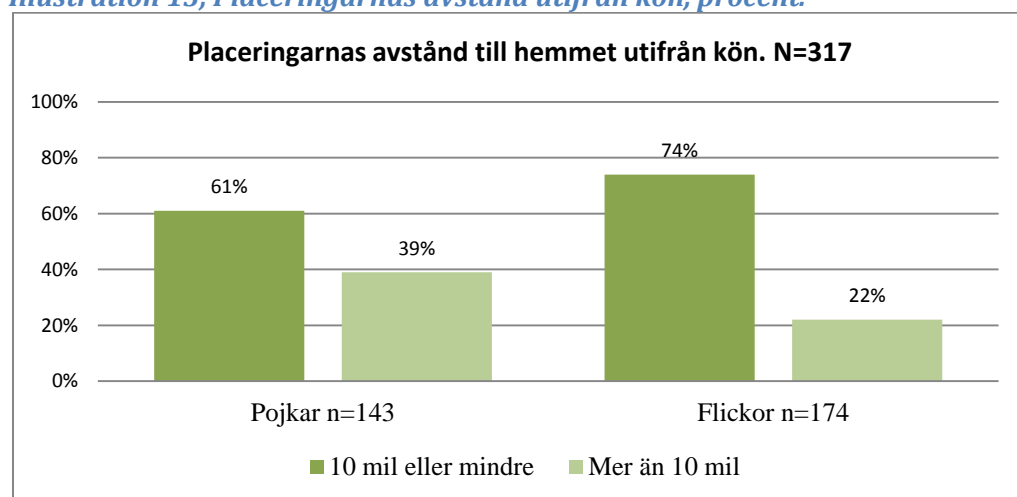


Avståndet mellan barnens placering och hemmet ökade i takt med vilken ålderskategori barnet tillhörde ( $p=0,000$ ). Signifikanta skillnader fanns även utifrån barnens kön ( $p=0,003$ ) där pojkar oftare placeras längre från sin hemmiljö. Resultatet har ett bortfall för 7 placeringar.

*Illustration 12, Placeringarnas avstånd utifrån ålder, procent.*



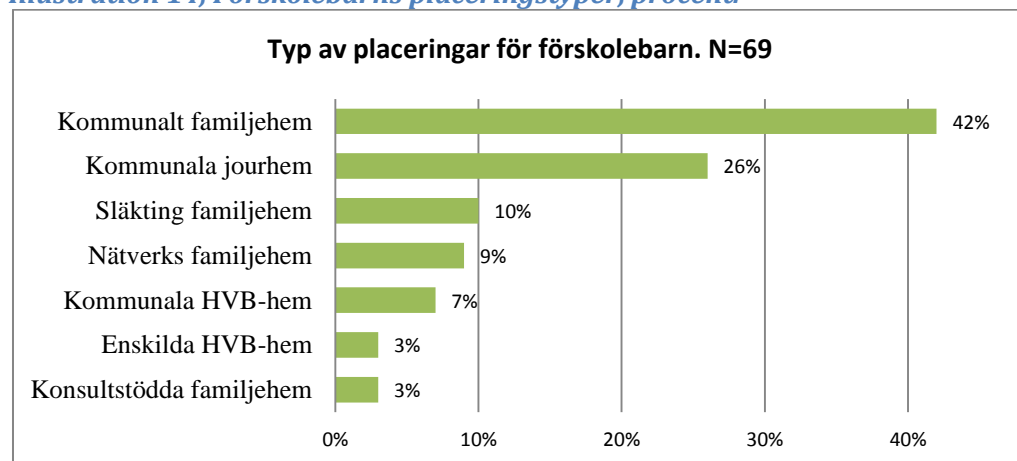
*Illustration 13, Placeringarnas avstånd utifrån kön, procent.*



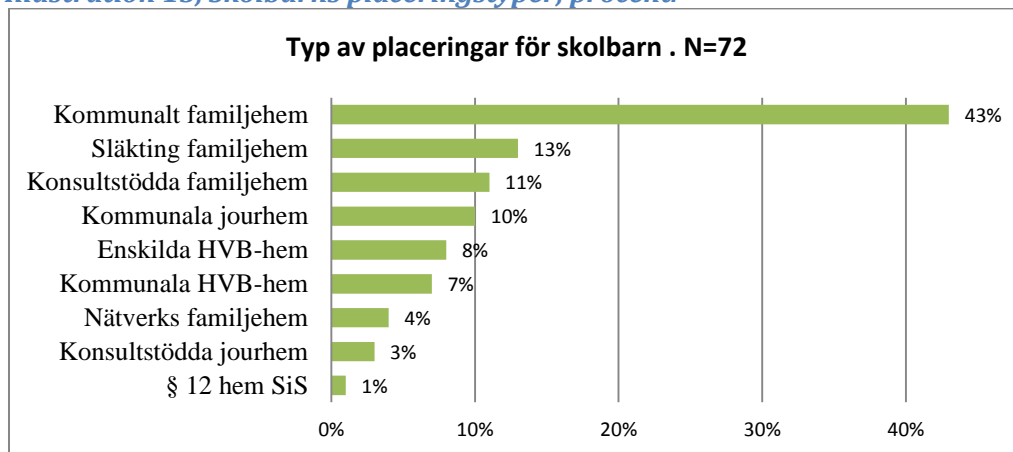
### Typ av placering

När det gäller vilken typ av placeringsform barnet hade delades detta delats in i: kommunalt familjehem, konsultstödda familjehem, släktingfamiljehem, nätverksfamiljehem, konsultstödda jourhem, kommunala jourhem, kommunala HVB-hem, enskilda HVB-hem samt § 12 hem.

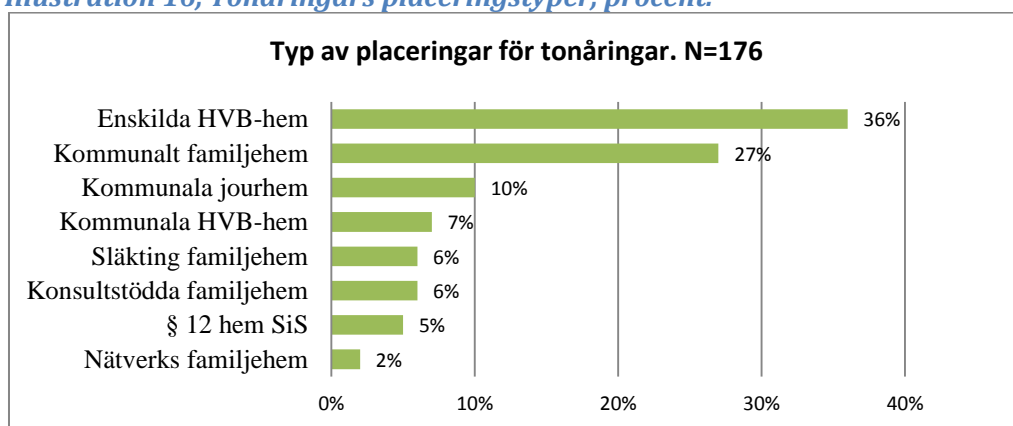
*Illustration 14, Förskolebarns placeringstyper, procent.*



*Illustration 15, Skolbarns placeringstyper, procent.*



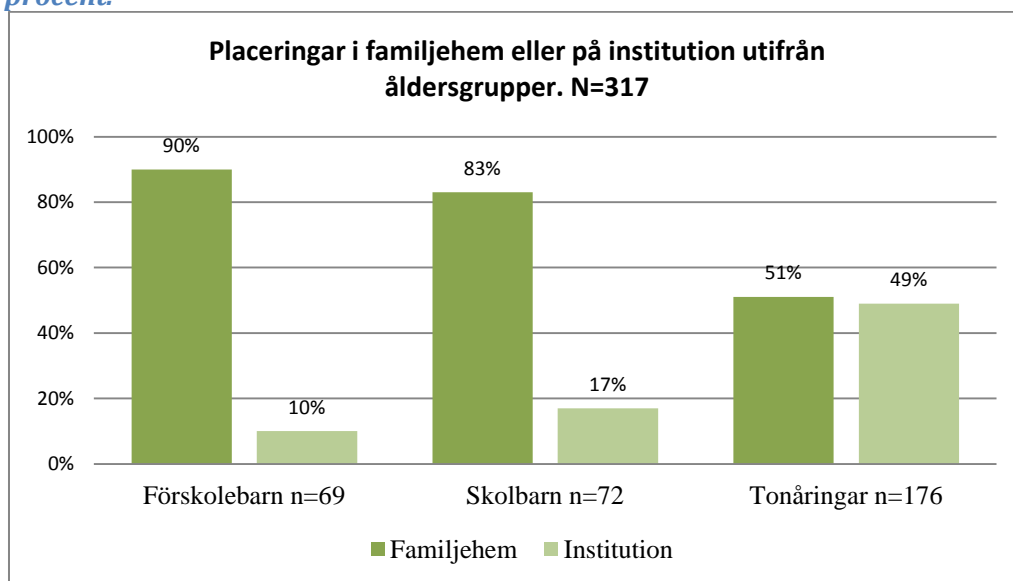
*Illustration 16, Tonåringars placeringstyper, procent.*



Ovanstående diagram visar att placeringar för förskolebarn och för skolbarn vanligast skedde i form av kommunala familjehem medan placeringar för tonåringar oftast ägde rum i enskilda HVB-hem. För att illustrera denna skillnad ytterligare visar nedanstående diagram typ av placering uppdelat på familjehemsplaceringar och institutionsplaceringar. Med institutionsplaceringar menas då såväl HVB-hemsplaceringar som § 12-hems placeringar. Denna uppdelning är inte helt oproblematisk då privata HVB-hem i många fall kan vara mycket småskaliga och i mångt och mycket likna familjehem medan § 12 hemmen har helt andra befogenheter och skiljer sig från andra institutioner. Skillnaderna mellan placeringar beroende på åldersgrupper var mycket stora för tonåringarna i förhållande till de andra två åldersgrupperna. Tonåringarnas placering skedde i högre utsträckning på institution. Skillnaderna mellan grupperna var signifikanta ( $p=0,000$ ).



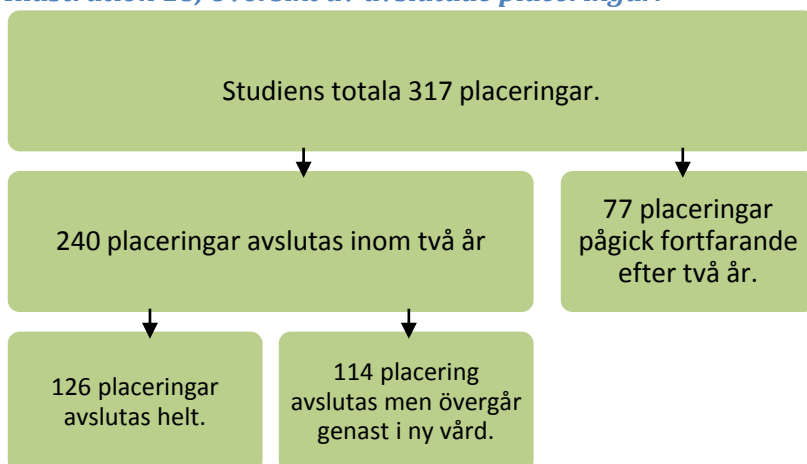
**Illustration 17, Familjehemsplacering och institutionsplacering efter åldersgrupp, procent.**



### Placeringarnas avslut

Av studiens 317 placeringar var det 77 placeringar (24 %) som pågick efter två år och 240 placeringar som avslutades inom två år.

**Illustration 18, Översikt av avslutade placeringar.**



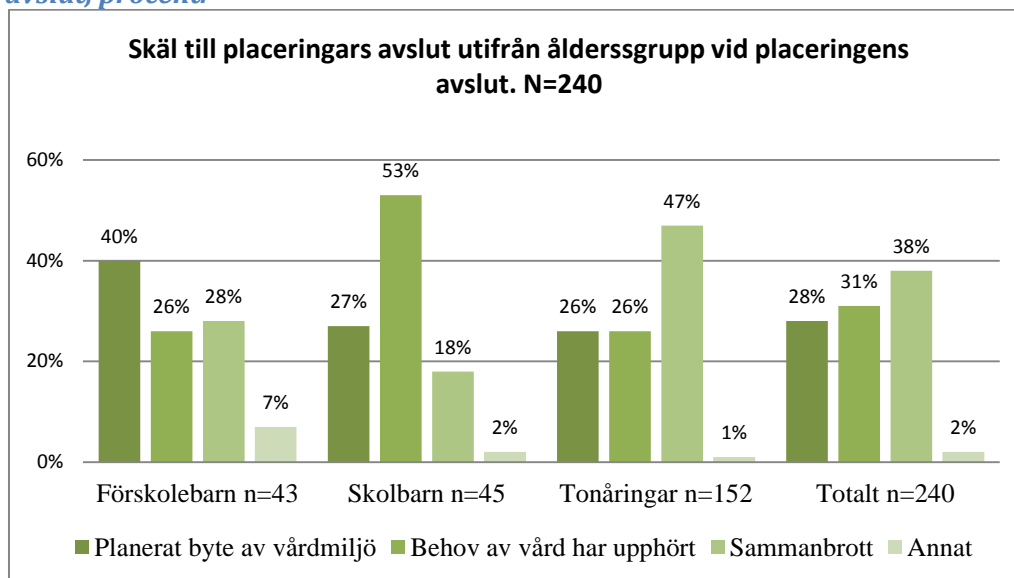
### Placeringar som avslutades inom två år

Av de 240 placeringarna som avslutades var det 126 (53 %) där placeringen avslutades helt och vårdperioden upphörde d.v.s. barnet flyttade till sina föräldrar eller till eget boende. De övriga 114 (48 %) av de avslutade placeringarna resulterade direkt i en ny placering för barnen. För de 240 placeringar som avslutades varade placeringarna i medeltal 188 dagar (utifrån ålder vid placeringens avslut varade placeringarna 170 dagar för förskolebarnen, 205 dagar för skolbarnen och 188 dagar för tonåringarna). Kruskal-Wallis testet visar att medelrangtalen hade liten skillnad mellan åldersgrupperna ( $p=0,310$ ).

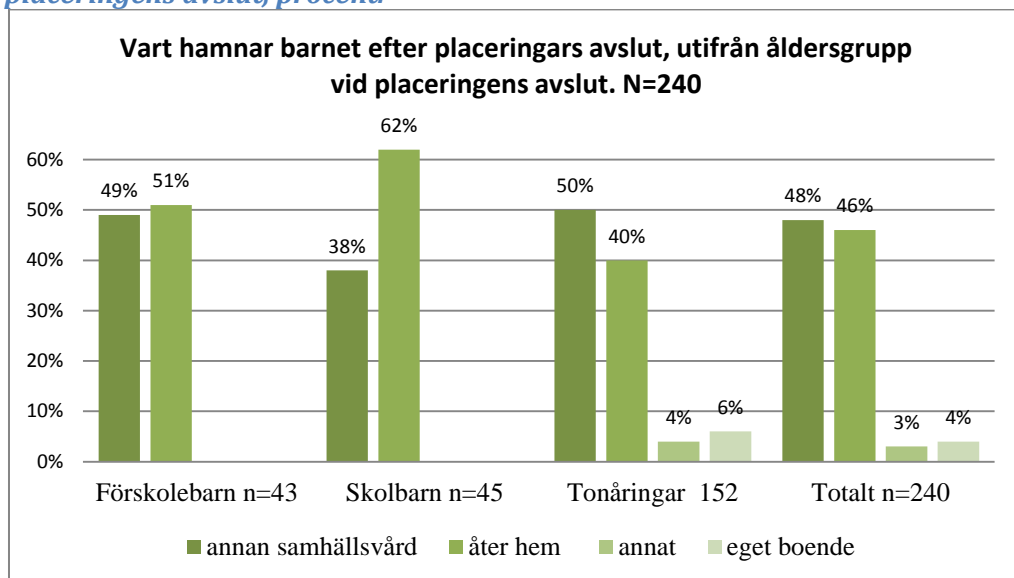
För de 240 placeringar som avslutades inom studiens två års uppföljningstid kunde i grova drag tre skäl utläsas av personakterna. Dessa skäl var att barnet inte längre hade något behov av vård, det skedde ett sammanbrott i placeringen (här användes studiens utvidgade definition d.v.s. såväl tydliga som tveksamma och misstänkta sammanbrott räknas) eller att det skedde ett planerat byte av vårdmiljö. Av de 240 placeringar som avslutades var det 2 % som inte passade i dessa kategorier. Dessa 2 % gällde två placeringar där barnen avvisades, en placering där barnet övergick till psykiatrisk tvångsvård och två placeringar där rätten avsåg socialnämndens LVU-

ansökan. Det vanligaste skälet till att en placering avslutad var sammanbrott. Frekvensen för de olika skälen varierade dock beroende på vilket ålder barnet var i när placeringen avslutades. Skillnaderna mellan åldersgrupperna vad gäller skäl till avslut var signifikanta ( $p=0,000$ ; kategorin annat utesluten). Andelen avslut för respektive åldersgrupp visade att den vanligaste orsaken till att en placering för förskolebarn avslutas var att det skedde ett planerat byte av vårdmiljö, för skolbarn var det att behovet av vård har upphört och för tonåringar att det skedde ett sammanbrott, se illustration 19.

**Illustration 19, Skäl till placeringens avslut utifrån barnens ålder vid placeringens avslut, procent.**



**Illustration 20, Var hamnar barnen efter placeringen utifrån åldersgrupp vid placeringens avslut, procent.**



## Sammanbrott

Sammanbrott redovisas utifrån studiens definition av begreppet. I vissa tabeller kommer en utvidgad definition av begreppet sammanbrott att användas vilket betyder att såväl tydliga som tveksamma och misstänkta sammanbrott ingår.

### Förekomst av sammanbrott

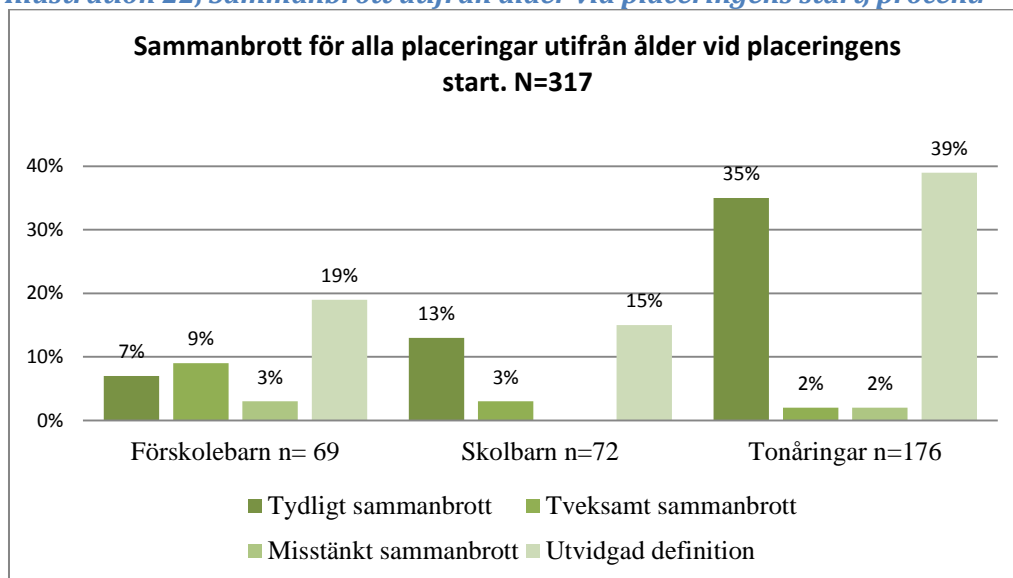
Av de 317 placeringar studien omfattar slutade 29 % med ett sammanbrott. Medelvärdet för antalet dagar som placeringen varade innan sammanbrottet var 171 dagar (för placeringar där barnet vid sammanbrottet är i förskoleåldern 121 dagar, skolåldern 180 dagar och tonåren 177 dagar). De flesta sammanbrotten skedde tidigt i placeringen 27 % av sammanbrotten skedde inom två månader och 53 % av sammanbrotten skedde inom fem månader och 87 % inom ett år. Kruskal-Wallis testet visar att medelrangtalen har liten skillnad mellan åldersgrupperna ( $p=0,270$ ).

**Illustration 21, Förekomst och procent av sammanbrott för alla placeringar.**

	N=317	%
Inget sammanbrott	225	71 %
Utvidgad definition sammanbrott	92	29 %
Tydligt sammanbrott	75	24 %
Tveksamt sammanbrott	12	4 %
Misstänkt sammanbrott	5	2 %

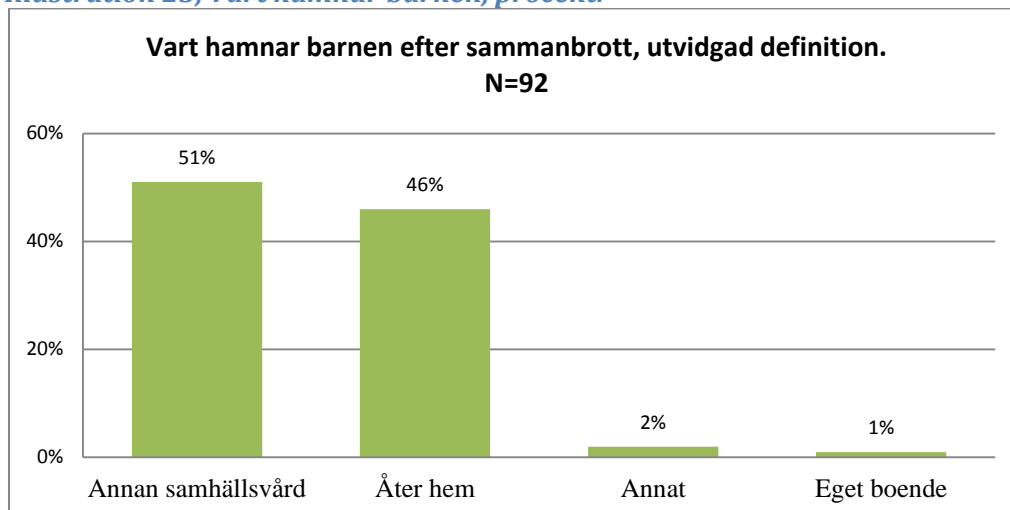
Frekvensen för sammanbrott i placeringarna utifrån barnens ålder vid placeringens start visar att de som påbörjar placering i tonåren erfor markant fler tydliga sammanbrott. Tendensen i denna studie var att tydliga sammanbrott var vanligare ju äldre åldersgrupp barnen tillhörde. Frekvensen för tveksamma sammanbrott d.v.s. att orsaken till sammanbrottet var att vårdnadshavarna återkallar sitt samtycke minskade, i direkt motsats till tydliga sammanbrott, desto äldre åldersgrupp barnen tillhörde. Det fanns signifikanta gruppskillnader vad gäller frekvensen för sammanbrott mellan placeringar inom de olika åldersgrupperna ( $p=0,000$ ).

**Illustration 22, Sammanbrott utifrån ålder vid placeringens start, procent.**



När det gäller vart barnet hamnade efter sammanbrottet var det här liksom vid alla placeringar som avslutas vanligast att barnet hamnade i ny samhällsvård. Andelen som placerades i ny vård var ännu högre för placeringar som avslutas utifrån sammanbrott i jämförelse med alla placeringar som avslutas.

**Illustration 23, Vart hamnar barnen, procent.**



När det gäller vem som initierade sammanbrotten redovisas detta att utifrån tydliga och tveksamma sammanbrott. Således finns inte misstänkta sammanbrott med, vilket beror på att det var svårt att utläsa vem som utlöste dessa utifrån det otydliga förloppet som beskrevs i barnens akter kring dessa placeringars avslut.

### Initiativ till sammanbrotten

**Illustration 24, Förekomst och procent av vem initierar sammanbrotten (tydliga och tveksamma sammanbrott) N=87**

	N	%
Barnet	39	45 %
Socialtjänsten	6	7 %
Vårdgivaren	30	34 %
Föräldrarna	12	14 %
Totalt	87	100 %

Vem som initierade sammanbrottet skiljde sig signifikant åt utifrån vilken ålder barnen var i när placeringen avslutades ( $p= 0,000$ ). Observera dock att antalet var få i både gruppen för förskolebarn och skolbarn. Tonåringar hade fler sammanbrott och där var det vanligast (55 %) att det framgår av socialtjänstakten att tonåringen själv initierade sammanbrottet.

**Illustration 25, Förekomst och procent av vem initierade sammanbrotten utifrån åldersgrupper vid placeringens avslut (tydliga och tveksamma sammanbrott). N=87**

	Förskolebarn n (%)	Skolbarn n (%)	Tonåringar n (%)
Barnet	1 (9 %)	1 (9 %)	37 (57 %)
Socialtjänsten	0 (0 %)	2 (18 %)	4 (6 %)
Vårdgivaren	4 (36 %)	6 (55 %)	20 (31 %)
Föräldrarna	6 (55 %)	2 (18 %)	4 (6 %)
Totalt	11 (100 %)	11 (100 %)	65 (100 %)

När det gäller de 20 sammanbrott som initierades av familjehemmen fanns det tre orsaksmönster som var framträdande i barnens journaler. Den vanligaste orsaken till var att familjehemmet kände att de inte orkar längre. I flera fall framgick även att familjehemmet

upplevde att de signalerat detta en längre tid. Det andra mönstret var att familjehemmet ansåg att barnet hade behov som de inte hade kompetens att tillgodose. Det tredje mönstret omfattade beskrivningar av hur familjens relationer påverkades negativt av att vara familjehem. I några fall förkom flera av dessa mönster t.ex. att familjen inte orkade samt att det påverkade familjen negativt: *"Familjehemmet upplever att de idag inte orkar vara familjehem, det påverkar hela familjen negativt som det är nu"*. Det förekom även enstaka andra förklaringar utöver dessa tre t.ex. att familjehem inte orkade med medial uppmärksamhet.

Även för de 39 sammanbrotten som initierades av barnen själv gick det av socialtjänstens akter att utläsa vissa mönster. Den vanligaste orsaken till sammanbrotten var att barnet talade om att han/hon inte längre tänker stanna kvar i familjehemmet eller vägrade åka tillbaka efter en "permission". Utöver detta var det vanligt att barnet rymde (41 %). I båda dessa kategorier fanns exempel på att barnet talat om att han/hon inte trivdes och inte ville stanna i placeringen. I några av akterna framgick det att barnet gjorde sig själ illa (skar sig) eller hotar att ta sitt liv om inte placeringen avslutas. Det finns även två barn där det i socialtjänstakten går att läsa att barnet säger sig ha blivit utsatt för övergrepp på institutionen eller i familjehemmet, ett fall av sexuella övergrepp och ett fall av misshandel.

Av akterna går det att utläsa att sammanbrottet många gånger beskrivs som dramatisk och plötsligt *"HVB-hemmet vägrar låta honom stanna utan säger med omedelbar verkan upp platsen. Polisen har belagt honom med handfängsel och har honom sittande i en polisbil"*. Socialtjänstens akter gav även i vissa fall beskrivningar av de omedelbara konsekvenserna sammanbrotten fick för de unga där t.ex. ungdomar utsatte sig själv för allvarliga risker i samband med rymningar. Ur en 16 åring flickas journal framgick det att *"fredag eftermiddag avvek Sandra tillsammans med en annan tjej och har under helgen varit illa när hon drogat och blivit utsatt för våldtäkt"*. I en 13-årig flickas akt framgick att flickan kommer till socialtjänsten *"Emma berättar att hon under natten sov hos en kille som hon träffat i går kväll, han var ca 20-25 år. Hon hade oskyddad sex med honom"*.

### **Risikfaktorer för sammanbrott**

Den logistiska regressionen gäller tydliga sammanbrott vilket grundar sig på att det endast denna kategori av sammanbrott var tillräckligt omfattande för att fungera som utfallsmått i en logistisk regression. Den logistiska regressionen visade att den faktor som statistisk ökade sannolikheten för sammanbrott var att barnet hade ett våldsamt beteende. Att barnet var i förskoleålder eller skolålder vid placeringens start minskade sannolikheten för sammanbrott.

### Illustration 26, Logistisk regression, sammanbrott för alla placeringar. N=317

Variabel	p-värde	Oddsquot	95 % KI
Barnet har varit tidigare placerad	0,100	0,588	0,312-1,107
Barnet har växt upp med en förälder med psykisk ohälsa	0,431	0,755	0,375-1,519
Barnet har växt upp med missbrukande förälder	0,369	1,360	0,695-2,659
Skäl till placering är bristande omsorg	0,120	1,755	0,864-3,566
Skäl till placering är misshandel	0,500	0,696	0,242-1,999
Skäl till placeringen är sammanbrott i tidigare placering	0,364	0,629	0,232-1,709
Typ av placering			
familjehem (referens)			
institution	0,413	0,760	0,394-1,466
Kön			
pojke (referens)			
flicka	0,918	0,968	0,518-1,808
Barnets ålder vid placeringens start			
tonåringar (referens)			
förskolebarn	<b>0,000</b>	<b>0,095</b>	<b>0,032-0,283</b>
skolbarn	<b>0,000</b>	<b>0,190</b>	<b>0,079-0,455</b>
Barnet har psykisk ohälsa	0,394	0,728	0,350-1,511
Barnet har våldsamt beteende	<b>0,015</b>	<b>2,626</b>	<b>1,211-5,697</b>
Barnet missbrukar	0,827	0,901	0,353-2,296

### Återplaceringar

När det gäller återplaceringar var det endast de placeringar som avslutats helt d.v.s. 126 placeringar som ingick. Av dessa 126 placeringar som avslutades återplacerades 38 (30 %) av barnen inom ett år och 88 (70 %) av barnen återkom inte inom ett år efter sin avslutade placering. Skillnader mellan åldersgrupperna var signifikanta ( $p=0,002$ ) och förskolebarnen hade markant högre återplaceringsfrekvens än de andra åldersgrupperna.

### Illustration 27, Förekomst och procent av återplaceringar utifrån åldersgrupper vid placeringens avslut. N=126

	Förskolebarn n (%)	Skolbarn n (%)	Tonåringar n (%)
Återplaceras	13 (59 %)	4 (14 %)	21 (28 %)
Återplaceras inte	9 (41 %)	24 (86 %)	55 (72 %)
Totalt	22 (100 %)	28 (100 %)	76 (100 %)

Återplaceringarna var högre för de barn som avslutade sin senaste placering med ett sammanbrott. Av barnen som avslutade sin senaste placering med sammanbrott (utvidgad definition) återplaceras 48 % i dygnsvård inom ett år, denna siffra var 20 % för de barn som avslutade placeringen av andra skäl. Skillnaden mellan dessa grupper var signifikanta ( $p=0,002$ ).

Den logistiska regressionen visade att de faktorer som ökade sannolikheten för återplacering var att barnet var placerat på institution och att barnets placering avslutades i ett tveksamt sammanbrott.

**Illustration 28, Logistisk regression, återplaceringar. N=126.**

Variabel	P-värde	Oddsquot	95 % KI
Barnet har varit tidigare placerad	0,076	0,353	0,111-1,117
Barnet har växt upp med en förälder med psykisk ohälsa	0,961	1,028	0,346-3,056
Barnet har växt upp med missbrukande förälder	0,183	2,426	0,659-8,938
Skäl till placeringen var bristande omsorg	0,414	1,755	0,455-6,776
Skäl till placeringen var misshandel	0,379	2,205	0,387-12,851
Sammanbrott vid avslut av placeringen			
ingen sammanbrott (referens)			
tydligt sammanbrott	0,135	2,439	0,757-7,861
tveksamt sammanbrott	<b>0,002</b>	<b>18,348</b>	<b>2,997-112,334</b>
Typ av placering			
familjehem (referens)			
institution	<b>0,034</b>	<b>3,877</b>	<b>1,104-13,609</b>
Kön			
pojke (referens)			
flicka	0,070	2,582	0,926-7,198
Åldersgrupp vid placeringens avslut			
tonåringar (referens)			
förskolebarn	0,052	4,844	0,989-23,736
skolbarn	0,856	0,858	0,165-4,464
Barnet har psykisk ohälsa	0,478	1,538	0,469-5,050
Barnet har våldsamt beteende	0,277	2,062	0,559-7,604
Barnet missbrukar	0,246	0,397	0,083-1,891

## Sammanfattande analys och diskussion

### Barnen

Studien visar på skillnader utifrån uppväxterfarenheter och egen problematik mellan åldersgrupperna av barn som placeras i samhällsvård. Många av dessa skillnader är inte särskilt förvånande t.ex. att yngre barn i högre utsträckning upplevt problem i hemmiljön förskolebarnen har så många som 83 % upplevt problem i hemmiljön utifrån studiens definition. Detta beror sannolikt på att yngre barn aktualiseras på grund av föräldrarnas brister medan vissa av tonåringarna aktualiseras hos socialtjänsten utifrån egen problematik. Av tonåringarna har knappt två tredjedelar haft problem i hemmiljön under uppväxten. Denna siffra liknar den som Vinnerljung m.fl. (2001) redovisade i sin sammanbrottsstudie, definition på problem i hemmiljön skiljer sig dock något åt. Siffrorna ska tolkas med försiktighet då det är en betydande risk för mörkertal. Tonåringars upplevelse av tidigare problem i hemmiljön riskerar att hamna i skymundan då socialtjänstens utredningar för tonåringarna i denna studie tenderade att till stor del fokusera på tonåringarnas aktuella situation. När det gäller barnens egen problematik kan den utifrån socialtjänstens akter kortfattat beskrivas vara mer omfattande för äldre barn. Placeringsorsaken för yngre barn är vanligtvis bristande omsorg vilket sedan sjunker för de äldre åldersgrupperna medan förhållandet är det omvända för relationsproblem och beteendeproblem hos barnen. Det finns även likhet mellan åldersgrupperna. Vad gäller barnens egen problematik är t.ex. skolproblem det vanligaste förekommande problemet för barnen i alla åldersgrupper. Sämre skolprestationer har i tidigare forskning visat sig samvariera med samhällsvård. Svensk forskning har visat att även vid kontroll för kön, ålder samt biologiska mammans födelseland och utbildning har barn som varit i samhällsvård som unga vuxna tre gånger så hög risk i jämförelse med normalpopulationen att endast ha grundutbildning (Vinnerljung m.fl. 2005). Samma studie visade även att barn som varit långtidsplacerade med stabil samhällsvård hade högre utbildning i jämförelse med barn som hade flyttat upprepade gånger (Vinnerljung m.fl. 2005). I Socialrapport 2010 (Vinnerljung m.fl. 2010) har förhållandet mellan familjehemsplacerade barns överrisker för svårigheter i vuxenlivet och skolbetyg undersökts. Sammantaget kan sägas att det visade att överrisker för allvariga utfall som missbruk, allvarlig kriminalitet, tonårsföräldraskap och beroende av ekonomiskt bistånd nästan halverades när det kontrollerades för låga grundskolebetyg vilket visar på ett starkt samband mellan dåliga skolresultat och sämre framtidsprognos för placerade barn. En fråga som kvarstår är dock vilken verkan samhällsvården i sig har på barnens utbildning. Det måste dock sägas vara klarlagt att placerade barns skolgång måste vara en prioriterad fråga för skola och socialtjänst vilket även blir tydligt i denna studie då en omfattande del av barnen hade skolproblem redan innan placeringen.

En tydlig tendens vad gäller barnens socioekonomiska situation i denna studie är avsaknaden av beskrivningar vad gäller familjens ekonomiska ställning då det i 76 % av barnens akter inte gick att utläsa om familjen hade ekonomiska svårigheter. Detta trots att tidigare forskning såväl internationellt som nationellt visat på statistiskt samband mellan fattigdom och samhällsvård. Det går dock inte att säga att det är fattigdom som är orsaken till samhällsvård (Andersson 2010). Situationen är något mer beskriven vad gäller föräldrarnas arbetsituation men fortfarande gick det inte i 29 % av barnens akter att utläsa om föräldrarna är arbetslösa eller inte. Av de 49 % som inte var arbetslösa är det viktigt att uppmärksamma att detta inte betyder att föräldrarna förvärsarbetade då även sjukskrivning, sjukpension och föräldraledigt ingick i kategorin icke arbetslös. Vad gäller barnens boendeform bekräftar denna studie tidigare forskning då majoriteten (47 %) av barnen bodde med sin ensamstående mamma. Av barnen var det 21 % som bodde tillsammans med sin mamma och pappa vilket kan jämföras med att 73 % av barnen i åldern 0-17 år i Sverige 2006 bodde med båda sina föräldrar (SCB 2007). Vad gäller utländsk härkomst definierades det i denna studie som att barnet eller minst en av barnens föräldrar var födda utom Sverige vilket gällde 33 % av barnen i studien. I Sverige var det 2006 nationellt sett 26 % av barnen i åldern 0-17 år som var född utomlands eller hade minst en förälders som var född utomlands (SCB 2007).



## Placeringsmönster

I denna studie avslutades majoriteten av placeringarna inom uppföljningstiden på två år. Endast 77 placeringar (24 %) pågick efter två år och 240 (76 %) placeringar avslutades inom två år. Av de placeringar som avslutades var det 53 % som avslutades helt och 48 % där barnen direkt övergick till ny vård. Med stöd av denna studie går det inte att säga att yngre barn har stabilare samhällsvård. När fokus riktas mot skäl till att barnens placeringar upphör visas att förskolebarn och tonåringar båda i 26 % av fallen avslutar placeringen utifrån att behovet av samhällsvård inte kvarstår. För båda dessa grupper avslutas med andra ord, enligt socialtjänstens akter, så mycket som 74 % av placeringarna utan att behovet av vård upphört. När placeringarna avslutas hamnar 49 % av förskolebarnen och 50 % av tonåringarna i ny vård. Dessa grupper verkar ur detta perspektiv likna varandra. Skälen till varför placeringarna avslutas skiljer sig dock på det sätt att tonåringarna har fler sammanbrott och förskolebarn flyttas under planerade former. Detta resultat liknar i någon mån Wards (2009) studie som visade att även små barn har instabil vård på grund av planerade byten av vårdmiljöer.

Frekvensen för sammanbrott varierar i denna studie mellan 24 och 29 procent beroende på om en snäv eller utvidgad definition används. Utifrån barnens ålder vid placeringens start var det 19 % av förskolebarnen, 15 % av skolbarnen och 39 % av tonåringarnas placeringar som avslutades i sammanbrott. För tonåringar varierar sammanbrotten mellan 35 och 39 procent vilket är något högre än Vinnerljungs m.fl. studie där frekvensen varierade mellan 30 % och 37 %. Denna studie visar, likt tidigare studier, att tonåringar (se bl.a. Smith m.fl. 2001, Strijker m.fl. 2005, Oosterman m.fl. 2007) och barn med beteendeproblem, i det här fallet aggressivitet, (se bl.a. Ward 2009, Sallnäs m.fl. 2004, Park & Ryan 2008, Newton m.fl. 2000, Strijker m.fl. 2008, Oosterman m.fl. 2008) har ökad sannolikhet för sammanbrott. Att barnets aggressiva beteende ökade risken för sammanbrott kan i någon mån betraktas som en paradox då det skulle kunna vara så att orsaken till att barn är i behov av samhällsvård även bidrar till att barnen inte kan stanna i samhällsvården.

För de 75 tydliga sammanbrotten var det vanligast att barnet initierade sammanbrottet (52 %) följt av vårdgivarna (40 %) och därefter socialtjänsten (8 %), vilket är samma ordningsföljd som visade sig i Vinnerljungs m.fl. (2001) studie. Det som inte framgår men som i någon mån går att läsa om i akterna är den komplexa situation som omgärdar sammanbrottet t.ex. när det gäller vem som initierar sammanbrottet.

Studiens resultat för återplaceringar måste dessa tolkas med stor försiktighet då det är relativt få enheter i respektive kategori. Den logistiska regressionen visar att de faktorer som ökade sannolikheten för återplacering var att barnet var placerade på institution och att barnets senaste placering avslutades i ett tveksamt sammanbrott. Att risken ökar för återplacering vid tveksamma sammanbrott är inte särskilt förvånande då det innebär att föräldrarna återkallar samtycket till placeringen trots att socialtjänsten bedömer att det fortfarande finns skäl för barnet att stanna i placering. För de barn som då kommer åter till sina föräldrar kan det innebära att hemsituationen är densamma som när barnet placerades i samhällsvård. Att risken för återplaceringar ökar för barn som varit placerad på institution kan ha att göra med att dessa barn troligen har allvarligare problematik. P.g.a. studiens begränsningar kan inga stora slutsatser dras av detta resultat men tendensen tyder på att socialarbetare skall vara särskilt uppmärksamma på riskerna för återplaceringar om barns placeringar avslutas med ett tveksamt sammanbrott och om barnet varit placerad på institution.

## Studiens begränsningar

Såväl styrkan som svagheten i studien ligger i dess bredd. Utifrån syftet beskrivs samhällsvård med utgångspunkt i sammanbrott men även stabilitetsbegrepp som planerade flyttningar och återplaceringar berörs vilket möjliggör en bredare syn på stabilitet. Studien säger därmed någonting om mycket men det statistiska underlaget var i vissa fall begränsat och kan endast visa på tendenser. Ett exempel på detta är att studien inte är designad för att studera återplaceringar. Vid en sådan typ av studie hade det varit optimalt att studera alla placeringar

som avslutas inom en tidsperiod istället för som i detta fall studera återplaceringar för de placeringar som avslutas inom en relativt kort tidsperiod.

Generaliserbarheten av studiens resultat kan begränsas utifrån att studien endast omfattar sju kommuner. Studiens resultat tyder dock inte på några större avvikelser från den nationella statistiken. Det som är viktigt att ha i åtanke vid jämförelser med Socialstyrelsens nationella statistik är att Socialstyrelsens delar in åldersgrupperna i åldrarna 0-12 år och 13-17 vilket innebär att det är en årskull till i gruppen för tonåringar. I Socialstyrelsens statistik ingår även ensamkommande flyktingbarn som i majoritet är pojkar i tonåren. Med dessa skillnader beaktade är det relativt små skillnader mellan Socialstyrelsens statistik och denna studie. Socialstyrelsens statistik för 2006 (Socialstyrelsen 2007) visar att av placeringarna som påbörjades i Sverige omfattade 0-12 åringar 40 % och 13-17 åringar 60 %. Denna studie har något fler yngre barn då 46 % var 0-12 år och 54 % var barn 13-16 år vilket är naturligt med hänsyn till ovan beskrivna skillnader.

En jämförelse över hur många barn som varit tidigare placerade i samhällsvård visar att 31 % av de barn som påbörjade placering i Sverige 2006 hade varit i samhällsvård tidigare medan denna siffra är 47 % för den här studien. Även här kan de äldre barnen samt ensamkommande flyktingbarn påverka den skillnad som finns samt att Socialstyrelsen endast beaktar om barnen varit tidigare placerade under de senaste fem åren medan denna studie tar med alla tidigare placeringar.

### **Implikation för praktiken**

Studios resultat visar på områden som kan vara viktiga för det sociala arbetets praktik att problematisera vid arbete med barn i samhällsvård. När det gäller handläggningen av barnavårdsärenden är det ett anmärkningsvärt att barnens socioekonomiska situation i hög grad är frånvarande i barnavårdsutredningar. Forskning har visat att t.ex. barnfattigdom har stor inverkan på barns liv och är viktigt att utreda.

Resultatet för sammanbrotten pekar på att samtyckte från barnens föräldrar när yngre barn är placerade och samtycke från barnen själv vad gäller tonåringar är viktigt för att undvika sammanbrott. Det är dock omöjligt att säga om det är ett initialt samtycke som saknas eller om samtycket återkallas under placeringens gång. Om det saknas ett genuint samtycke initialt kräver det att socialtjänsten arbetar för att informera om frivillighet som en förutsättning för insatser enligt socialtjänstlagen. Om det däremot är så att samtycket från föräldrar och barn återkallas under placeringens gång behöver socialtjänsten undersöka orsaken till detta. Det är i denna studie omöjligt att uttala sig om vården i sig påverkar att föräldrarna och barn inte längre samtycker till placeringen. Det skulle mycket väl kunna så vara den smärtsamma upplevelsen det innebär för många föräldrar att få sitt barn placerat blir outhärdlig för föräldrarna eller att ett missnöje med vården gör att föräldrar återkallar sitt samtycke. På samma sätt skulle det kunna vara tonåringens missnöje med vården eller saknad efter sina föräldrar som är orsaken bakom att ett barn rymmer från sin placering. Oavsett orsak kan det konstateras att tonåringar har en hög risk för sammanbrott och att forskning visat att sammanbrott i sig riskerar att påverka både barnets beteende och framtidsutsikter negativt. Utifrån detta torde det vara rimligt att såväl tonåringarna själva som deras föräldrar informeras om denna risk innan placeringen.

En annan viktigt slutsats är att det behövs strategier från socialtjänsten att hantera och trygga stabilitet för placerade barn vilket har visat sig även gälla planerade byten av vårdmiljön för främst yngre barn. Likaväl som det finns flera möjliga orsaker till sammanbrott kan det finnas olika skäl till planerade flyttningar. Det torde vara i socialnämndens intresse att undersöka vad dessa planerade flyttningar beror på. Är det brist på familjehem som motiverar jourhemsplaceringar och därmed en planerad flytt för barnen krävs strukturella insatser för att rekrytera familjehem. Oavsett krävs utifrån ett helhetsperspektiv ett ökat fokus på barns stabilitet i samhällsvård.

Barn som befinner sig i samhällsvård är i dubbel bemärkelse utsatta och i underläge, både utifrån deras underordnade ställning i samhället utifrån att det är barn och som placerade i samhällsvård. När barn ses som aktiva aktörer i sin vardag är det dock viktigt att inte betrakta dem som passiva i processen kring sammanbrotten. I flera journaler finns beskrivet att barnet påtalar att han/hon inte vill fortsätta vara placerad och i det fall socialsekreteraren inte lyssnar på detta avviker barnet vilket kan beskrivas som ett sätt för barnet att utöva sin makt t.ex. *"Andreas talar om på ett uppföljningsmöte att han inte tänker stanna i familjehemmet och avviker därefter"*. I andra fall framgår det av journalanteckningar att barnet agerar på andra sätt för att bli lyssnad på t.ex. *"Hanna skär sig och säger att hon inte vill vara kvar i familjehemmet"*. Båda dessa journalcitater kan ses som en beskrivning på barns utsatthet där de måste agera för att bli lyssnad till men de kan också ses som att barnen på något sätt tar kontroll över situationen. Att barnet inte vill stanna kvar i familjehemmet behöver inte betyda att det är ett enkelt beslut för barnen. Ett exempel på det går att se i en 15 årig flickas akt *"Ida framförde flera gånger under samtalet att hon kände att hon inte orkade bo kvar i familjehemmet, hon var mycket ledsen och uttryckte dåligt samvete över att hon kände som hon gjorde"*.

Denna studie har gett svar på några frågor men väcker många fler frågor som lämnas obesvarade. Vissa av dessa frågor kan säkert duktiga socialarbetare och chefer själva analysera medan vissa kräver mer omfattande information utifrån barnens, föräldrarnas och vårdgivarnas perspektiv. Det är viktigt att poängtera att denna studie på intet sätt säger hur barnen berörs av/upplever sammanbrottet. En förhoppning är att fortsättningen på denna studie i form av kvalitativa djupintervjuer med barn, föräldrar, familjehem och socialsekreterare ska ge en bild av hur de berörda barnen, deras föräldrar, familjehem och socialsekreterare definierar detta vanligt förekommande fenomen och hur de beskriver att det påverkar deras liv.

## Referenslista

- Andersson G (2010) Barn, fattigdom och social barnavård. *Socionomen* 2010 4 s. 32-41.
- Andersson G, Aronsson K, Hessle S, Hollander A & Lundström T (andra upplagan 2004). *"Barnet i den sociala barnavården"*. Liber AB, Stockholm.
- Barber J & Delfabbro P (2003). Placement Stability and the Psychosocial Well-Being of Children in Foster Care. *Research on Social Work Practice* 13 (4), s. 415-431.
- Barber J & Delfabbro P (2003b). The First Month in New Foster Placement: Psychosocial Adjustment, Parental Contact and Placement Disruption. *Journal of Sociology and Social Welfare* 30 (2), s. 69-85.
- Brown J (2008). Foster Parents' Perceptions of Factors Needed for Successful Foster Placements. *Child and Family Studies* 17 (4), s. 528-554.
- Brown J D & Bednar L M (2006). Foster parent perceptions of placement breakdown. *Children and Youth Service Review* 28(12), s. 1497-1511.
- Butler S & Charles M (1999). The past, the present, but never the future: thematic representation of fostering disruption. *Child and Family Social Work* 4 (1), s. 9-19.
- Coy M (2009). 'Moved Around Like Bags of Rubbish Nobody Wants': How Multiple Placement Moves Can Make Young Women Vulnerable to Sexual Exploitation. *Child Abuse Review* 18 (49), s. 254-266.
- Djurfeld G, Larsson R & Stjärnhagen O (2007) *Statistisk verktyglåda – samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder*. Studentlitteratur, Lund.
- Egelund T (2006). *Sammenbrud i anbringelser en forskningsmæssig belysning*. Socialforskningsinstituttet, Köpenhamn.
- Egelund T (2010). *Sammenbrud i anbringelser af unge*. Socialforskningsinstituttet – Det nationale forskningscenter for velfærd, Köpenhamn.
- Egelund T (2008). Breakdown of care: the case of Danish teenage placements. *International Journal of Social Welfare* 18 (1), s. 45-56.
- Farmer E (2008). How do placement in kinship care compare with those in non-kin foster care: placement patterns, progress and outcome? *Child & Family Social Work* 14(3), s. 331-342.
- Franzén E, Vinnerljung B, & Hjern A (2008). 'The Epidemiology of Out-of-Home Care for Children and Youth: A National Cohort Study'. *British Journal of Social Work* 38 s. 1043-1059.
- Gilbertson R & Barber J (2003). Breakdown of foster care placement: carer perspective and system factors. *Australian Social Work* 56 (4), s. 329-339.
- Höjer I (2006). Sons and daughters of foster carers and the impact of fostering on their life. *Child and Family Social Work*, 12 s. 73-83.
- Höjer I (2009). Birth parents' perception of sharing the care of their child with foster parents. *Vulnerable Children and Youth Studies*. 9 (2), s. 161-168.
- Johansson P, Yoken C & Voss R (1995). Family Foster Care Placement: The Child's Perspective. *Child Welfare* 74 (5), s. 959-974.

- Jönsson H (1995). *Sammanbrott i familjehem*. SoS-rapport 1995:9. Socialstyrelsen, Stockholm.
- Koh E & Testa M (2008). Propensity Score Matching of Children in Kinship and Nonkinship Foster Care: Do Permanency Outcomes Still Differ? *National Association of Social Work* 32 (2), s. 105-116.
- Newton R R, Litrownik A J & Landsverk J A (2000). Children and youth in foster care: disentangling the relationship between problem behaviours and number of placement. *Child Abuse & Neglect* 24 (10), s. 1363-1374.
- Oosterman M, Schuengel C, Wim Slot N, Bullens R & Doreleijers T (2007). Disruptions in foster care: A review and meta analysis. *Children and Youth Services Review* 29 (1), s. 53-76.
- Osborn A, Delfabbro P & Barber J (2008). The psychosocial function and family background of children experiencing significant placement instability in Australian out-of-home care. *Children and Youth Service Review* 30 (3), s. 847-860.
- Park J M & Ryan J P (2009). Placement and Permanency Outcomes for Children in Out-of-Home Care by Prior Inpatient Mental Health Treatment. *Research on Social Work Practice* 19 (1), s. 42-51.
- Sallnäs M, Vinnerljung B & Westermark P K (2004). Breakdown of teenage placements in Swedish foster and residential care. *Child and Family Social Work* 9 (2), s. 141-152.
- Strijker J, Knorth E J, Knot-Dickscheit J (2008). Placement History of Foster Children: A Study of Placement History and Outcomes in Long-Term Family Foster Care. *Child Welfare* 87 (5), s. 107-124.
- SOU 2001:52 Valfärdstjänster i omvandling.
- Socialstyrelsen (2010). *Barn och unga insatser 2009*. Artikelnummer 2010-6-28 Socialstyrelsen, Stockholm.
- Sundell K., Vinnerljung B., Andrée Löfholm C. & Humlesjö E. (2004). *Socialtjänstens barn*. FoU-rapport 2004:4, Stockholm.
- SCB (2007) *Barn och deras familjer 2006*. SCB, Stockholm 2007:4
- Swift, K (1995). *Manufacturing Bad Mothers*. Toronto: University of Toronto Press.
- Terling-Watt Toni (2001). Permanency in Kinship Care: An Exploration of Disruption Rates and Factors Associated with Placement Disruption. *Children and Youth Service Review* 23 (2), s.111-126.
- Testa M F (2002). Kinship Care and Permanency. *Journal of Social Research* 28 (1), s.25-43.
- Unrau Y (2007). Research on placement moves: Seeking the perspective of foster children. *Children and Youth Service Review* 29 (1), s. 122-137.
- Unrau Y, Seita J & Putney K (2008). Former foster youth remember multiple placement moves: A journey of loss and hope. *Children and Youth Service Review* 30 (11), s. 1256-1266.
- Ward H (2009). Patterns of instability: Moves within the care system, their reasons, context and consequences. *Children and Youth Services Review* 31 (10), 2009 s. 113-118.

Wiklund S (2006). *Den kommunala barnavården – om anmälningar, organisation och utfall*. Stockholms universitet: institutionen för socialt arbete. Socialhögskolan, Stockholm.

Vinnerljung B, Sallnäs M & Kyhle Westermarck P (2001). *Sammanbrott vid tonårsplaceringar*. Socialstyrelsen, Stockholm.

Vinnerljung B, Hjern A & Berlin M (2010). I *Social rapport 2010*. Socialstyrelsen, Stockholm.

Vinnerljung B & Sallnäs M (2007). Into adulthood: a follow-up study of 718 young people who were placed in out-of-home care during their teens. *Child & Family Social Work* 13 (2), s.144-155.

Vinnerljung B, Öman M & Gunnarson T (2004). ”Återplaceringar av barn i dygnsvård (I): -hur vanligt är det?” *Socialvetenskapligtidskrift* 1.

Vinnerljung B, Öman M & Gunnarson T (2005) Educational attainments of former child welfare clients – a Swedish national cohort study. *International Journal of Social Welfare* 14 265–276.

Wilson K, Sinclair I & Gibbs I (2000). The Trouble with Foster Care: The Impact of Stressful Events on Foster Carers. *British Journal of Social Work* 30 (2): s.193-209.

## Bilaga 1. Variabellista

### Variabler som beskriver barnen

- *Invandrarbakgrund*, om barnet själv eller minst en förälder enligt folkbokföringen är född utomlands.
- *Familjebild vid placering*, var barnet bodde vid placeringens start.

### Variabler som beskriver barnens erfarenheter

- *Tidigare placering i dygnsvård*.
- *Tidigare utredning enligt Socialtjänstlagen*, om barnet förekom för utredning före den utredning som föranledde den aktuella placeringen.
- *Tidigare öppenvård inom socialtjänsten*.
- *I samhällsvård direkt före placering*.
- *Långvarigt missbruk hos förälder eller annan i hemmiljön*, om barnet växt upp med någon som under flera år missbrukat alkohol eller narkotika.
- *Långvarig psykisk sjukdom hos föräldrar eller annan i hemmiljön*, om barnet växt upp med någon som varit psykiskt sjuk under en längre tid eller har dokumenterat psykiskt ohälsa som påverkar familjen t.ex. självmordsförsök, depression eller är inlagd på sjukhus p.g.a. psykisk ohälsa.
- *Sexuella övergrepp eller ofredanden under uppväxten*, om barnet varit med om allvarligt misstänkta eller konstaterade sexuella övergrepp eller ofredanden i hemmiljön. Behöver inte betyda att förövaren är förälder.
- *Misshandel under uppväxten*, om barnet varit med om allvarligt misstänkt eller konstaterad fysisk eller psykisk misshandel i hemmiljön. Behöver inte betyda att förövaren är förälder.
- *Kriminell förälder*, om barnet har växt upp med någon som under flera år eller större delen av barnets liv varit kriminell d.v.s. dömts för ett flertal mindre brott eller enstaka allvarliga brott.
- *Våld i familjen*, om det under barnets uppväxt förekommit våld i familjen som inte varit direkt riktat mot barnet.
- *Problem i hemmiljön under uppväxten*, om barnet förekommer för någon av variablerna långvarigt missbruk hos förälder eller annan i hemmiljön, långvarig psykisk sjukdom hos förälder eller annan i hemmiljön, kriminell förälder, sexuella övergrepp eller ofredanden under uppväxten, misshandel under uppväxten eller våld i familjen.
- *Förälder med sjukdom eller funktionshinder*, om barnet växt upp med någon som har en sjukdom eller ett funktionshinder som påverkar utövandet av föräldraskapet.
- *Förälder med begåvningsmässigt funktionshinder*, om barnet har växt upp med någon som har ett begåvningsmässigt funktionshinder t.ex. utvecklingsstörning.
- *Ekonomiska problem*, om barnets familj har eller har haft ekonomiska svårigheter under en längre tid t.ex. skulder hos kronofogden eller långvarigt försörjningsstöd.
- *Arbetslös*, där minst en av barnets föräldrar om de är sammanboende eller boföräldern om de är separerade har mindre än 50 % arbete (föräldrapering, sjukskrivning, sjukpension räknas inte som arbetslös).
- *Konflikter mellan föräldrarna*, om barnets föräldrar eller har/har haft så stora svårigheter att samarbeta kring barnet att det påverkar barnets vardag.

### Variabler som beskriver placeringarnas inledning

- *Placeringens lagrum*, placering enligt Socialtjänstlagen, Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) och/eller omedelbart omhändertagande enligt (LVU).
- *Avståndet mellan vårdgivaren och hem*, om barnet placeras mer eller mindre än 10 mil från barnets ursprungshem.



- *Placeringsform*, avser vilken typ av vårdgivare barnet är placerad hos. *Kommunalt familjehem* avser enskilt hem som på uppdrag av socialnämnden tar emot barn för stadigvarande vård och fostran utan att bedrivs yrkesmässigt. *Konsultstöttat familjehem* är familjehem som är kontrakterade till privata företag som har som affärsidé att förmedla platser i familjehem. *Hem för vård eller boende* är ett hem inom som tar emot enskilda för vård eller behandling i förening med ett boende och bedrivs yrkesmässigt. Här görs skillnad på privata HVB-hem, som drivs av en privat huvudman och offentliga HVB-hem, som drivs av kommun och/eller landsting. *Släkting familjehem* är ett familjehem där någon av familjemedlemmarna är släkt med barnet. *Nätverks familjehem* är ett familjehem där någon av familjemedlemmarna är närstående med barnet men inte släkt. *Jourhem* avser ett hem som tillfälligt utifrån uppdrag från socialnämnden tar emot barn för placering. *Hem med särskild tillsyn enligt 12 § LVU* är hem som drivs av statens institutionsstyrelse och är till för unga som behöver särskilt noggrann tillsyn.

### Variabler som beskriver motiv till placeringarna

- *Utstötning*, föräldrar eller vårdgivare vägrar låta barnet bo kvar hemma.
- *Rymning*, barnets återkommande rymningar anges som skäl till placeringen.
- *Övergivnet*, barnets föräldrar har gått under jorden, lämnat barnet hemma och bor på annan ort, är häktad, sitter i fängelse eller är på sjukhus.
- *Sexuella övergrepp i samband med placeringen*, det finns allvarliga misstankar om eller har konstaterats att barnet utsatts för sexuella övergrepp.
- *Misshandel i samband med placeringen*, det finns allvarliga misstankar om eller har konstaterats att barnet utsatts för psykisk eller fysisk misshandel.
- *Hedersrelaterat våld i samband med placeringen*, barnet utsätts för psykisk, social och fysisk bestraffning som är kollektivt accepterat utifrån ett hederstänkande.
- *Bristande omvårdnad/tillsyn*, barnet får inte sina grundläggande behov tillgodosedda vad gäller omvårdnad och tillsyn t.ex. får inte tillgång till mat, behandlas illa, får ej möjlighet till vila, får inte medicinsk vård, får inte skydd mot olycksfall eller skadlig exponering.
- *Relationsproblem i den biologiska familjen*, barnet och föräldern/föräldrarna har levt i en långvarig konflikt.
- *Eget beteende*, barnet sätt att agerar mot sin omgivning och mot sig själv är motivet till placering.
- *Familjerättslig konflikt*, barnet bedöms skadas av föräldrarnas konflikt eller egenmäktigt förfarande med barn.

### Variabler som beskriver barnens egen problematik vid placering

- *Psykiska problem*, barnet har en diagnos t.ex. ADHD, DAMP, utvecklingsstörning eller psykiska problem i form av depression, försöker begå självmord eller har anorexi.
- *Problem i förskolan eller skolan*, barnet har problem av allvarlig grad i form av hög frånvaro eller beteendeproblem i förskolan eller skolan.
- *Våldsamt beteende*, en allvarlig eller flera polisrapporter om misshandel eller rån alternativt upprepat eller allvarligt våld i skolan, hemmet eller på fritiden.
- *Självskadabeteende*, barnet skadar avsiktligt sin kropp t.ex. genom att skära eller bränna sig.
- *Kriminalitet*, barnet har begått flera brott eller enstaka allvarliga brott.
- *Alkoholmissbruk*, det finns upprepade polisrapporter om fylleri, begreppet alkoholmissbruk används i akten eller det framgår att alkoholkonsumtionen är en bidragande orsak till placering.
- *Narkotikamissbruk*, barnet använder narkotika.
- *Sniffning*, upprepade rapporter om sniffning t.ex. från polis eller skolan.



- *Sexuellt utagerande*, barnet prostituerar sig eller har ett gravt sexuellt avvikande beteende t.ex. begår övergrepp mot andra barn, låter sig utnyttjas eller har ett mycket sexuellt utmanande beteende.
- *Normbrytande vänner*, barnet umgås med vänner som bryter mot samhällets normer t.ex. missbrukar eller begår kriminella handlingar.
- *Särskilda omsorgsbehov*, placeringen motiveras av att barnet har speciella omsorgsbehov som inte kan tillgodoses i hemmet t.ex. utifrån psykiska problem eller stora somatiska problem.

### Variabler som beskriver tiden i och efter placeringen

- *Vart barnet flyttar efter samhällsvården.*
- *Orsak till placeringens upphörande*, utifrån kategorierna: behov av samhällsvård kvarstår ej, planerad flytt, sammanbrott eller annat skäl.
- *Det sker sammanbrottenligt någon av studiens definitioner.*
- *Om det sker sammanbrott vem initierade det.*
- *Tid för sammanbrott*, tid i antal månader från placeringens start till sammanbrott.
- *Orsak till sammanbrott*, utifrån akten sammanställs en beskrivning av orsaken till sammanbrottet.
- *Återplacering*, barnet placeras åter i samhällsvård inom ett år efter att barnet flyttat hem eller till eget boende.

