

Projekt: Nordens Barn – Fokus på barn i fosterhem

BARN KAN INTE VÄNTA

Översikt av kunskapsläget och exempel på genomförbara förbättringar



norden

Nordens Välfärdscenter

INNEHÅLL

Förord	4
Inledning.....	5
Somatisk ohälsa	7
Psykisk ohälsa.....	10
Reproduktiv hälsa/tidigt föräldraskap	14
Skola och utbildning.....	15
Eftervård	18
Appendix 1 – Hälsoundersökning	22
Appendix 2 – Standardiserte instrument for screening av psykisk helse.....	29
Appendix 3 – Skolstödjande insatser	34
Referenser	38
Författare, expert- och referensgrupp	45

FÖRORD

Samhället har tagit på sig ett stort ansvar för de barn som placeras utanför hemmet. Många av dem har upplevt svårigheter och inte fått tillräcklig omvårdnad. Ska dessa barn få samma möjlighet till ett gott liv som sina jämnåriga kamrater behöver de därför ett minst lika bra omhändertagande, av både fosterföräldrar och samhället i stort.

Barn som lever i fosterhem är en mycket heterogen grupp. De behöver olika vård och bemötande i familjehemmet för att utvecklas optimalt. Just detta mycket komplexa förhållande berörs inte i denna kunskapsöversikt. Här har vi valt att fokusera på samhällets grundläggande omhändertagande av barnen.

Tre primära beståndsdelar i den nordiska välfärdsmodellen är att ge barn en god och jämlik utbildning, förebygga hälsoproblem och underlätta övergången från barndom till vuxenliv. Det är dessa områden som beskrivs här. Den nordiska forskning som finns pekar på att barn som växer upp i fosterhem inte får samma goda stöd som andra barn på dessa områden och det tycks inte bli bättre under tiden i vård!

Nordens Välfärdscenter och författarna presenterar konkreta rekommendationer om hur man kan förbättra situationen för fosterhemsplacerade barn. Det är rekommendationer som sannolikt förhindrar utanförskap och ohälsa för ett antal av dem på både kort och lång sikt.

Information om projektet finns på: www.nordicwelfare.org/fosterhem

Barn har inte tid att vänta!

Ewa Persson Göransson



Direktör
Nordens Välfärdscenter

Fredrik Hjulström



Projektledare
Nordens Välfärdscenter

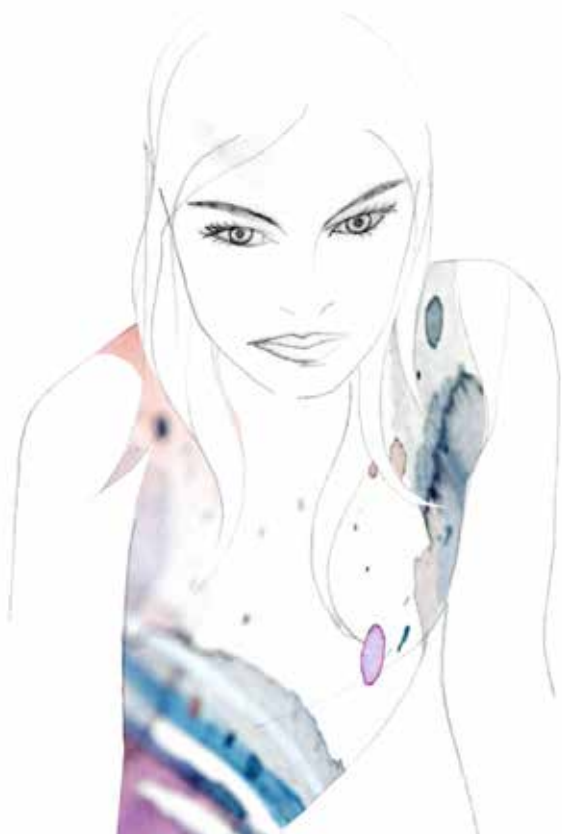
INLEDNING

Denna rapport från Nordens Velfärdscenter handlar om barn i fosterhem och har ett särskilt fokus på barn som varit placerade under en stor del av barndomen. Samhället har tagit på sig ansvaret för deras uppväxt under lång tid, och rimligtvis har detta också gjort avtryck i barnens liv. Rapporten är inriktad mot hälsa, skola/utbildning och eftervård.

I rapporten beskrivs resultat från forskning som undersökt utveckling hos barn i fosterhem på gruppnivå. Det finns självklart stora variationer inom gruppen "barn i fosterhem". Forskningsresultat redovisas ofta i "örrisker" när barn

som växt upp i fosterhem jämförs med andra barn i samma ålder. Men höga örrisker är inte samma sak som "de flesta". Visst, barn som växer upp i fosterhem har jämfört med andra jämnåriga rejält högre risk för en rad framtida allvarliga problem, men dessa problem drabbar vanligen en minoritet av alla barn i fosterhem.

Den viktigaste framgångsfaktorn för barn i fosterhem – om vi ser på deras långsiktiga utveckling – verkar vara att de inte misslyckas i skolan. Därför har skolgången för barn i fosterhem en central plats i rapporten.



HUR VANLIGT ÄR DET ATT BARN PLACERAS I FOSTERHEM?

Bland barn i Sverige födda på 1970- och 1980-talen är det minst 3-4 procent som någon gång under barndomen varit placerade i fosterhems- eller institutionsvård, det vill säga i genomsnitt ett barn i en normal skolklass. Av dessa har drygt två av tre varit i fosterhem någon gång före 18-årsdagen, uppskattningsvis 2,5 procent av barnbefolkningen. Runt en procent av alla barn får sin huvudsakliga uppväxt i samhällets vård¹⁻³. Något högre siffror (4-5 procent) för erfarenhet av dygnsvård under uppväxten har rapporterats från Danmark⁴, och något lägre (3 procent) från Finland⁵. I USA är motsvarande tal sex procent, fast med stora variationer mellan olika etniska grupper⁷.

En generell brist i alla nordiska länder är att publicerad statistik om placerade barn mest består av årsstatistik (t.ex. hur många som är i vård en viss dag på året). Den borde kompletteras med så kallad kohortstatistik där alla i en definierad grupp följs över tid. Exempel är "alla barn födda ett visst år" eller "alla barn som kom in i vård ett visst år". Kohortstatistik svarar på en rad viktiga frågor som årsstatistik inte ger information om, exempelvis: Hur vanligt är det att barn någon gång under uppväxten placeras i fosterhems- eller institutionsvård? Har andelen förändrats över tid? Hur länge stannar barn i vård? Har det blivit vanligare med korta eller långa vårdtider?

VEM BLIR PLACERAD I FOSTERHEM OCH VEM BLIR DET INTE?

Bilden av vem som placeras i fosterhem före tonåren är ganska lika i västvärlden, oavsett land. Det handlar huvudsakligen om barn till ensamstående mammor med låg utbildning och försörjningsproblem, ofta i kombination med förekomst av missbruk eller allvarlig psykisk ohälsa i familjen. Jämfört med USA och Storbritannien verkar det vara ovanligare att nordiska fosterbarn har erfarenhet av fysiska eller sexuella övergrepp från tiden i hemmet. Istället är det en bild av stark social selektion som träder fram i befolkningsstudier. Se tabellen nedan som är ett exempel från Sverige, baserat på analyser av 128 000 barn.⁸⁻¹⁰

Tabellen visar att förskolebarn med gynnsam socioekonomisk familjebakgrund mycket sällan hamnar i samhällsvård (vänstra kolumnen). Men risken är 250 (!) gånger högre för små barn med en ensam, lågutbildad och arbetslös mamma som tvingas söka socialbidrag för att klara hyra och uppehälle (högra kolumnen jämfört med den vänstra). För den gruppen handlar det om ett barn av sju.

Nordiska studier är huvudsakligen samstämmiga avseende vilka föräldrar som har höga risker att få sina barn placerade i fosterhem^{9,11}.

SOCIOEKONOMISK FAMILJEBAKGRUND

Mor är sammanboende och	Mor är ensamstående och
har högskoleutbildning och	har högst grundskoleutbildning och
hade ett arbete 1 nov 1997 och	hade inte ett arbete 1 nov 1997 och
fick inte något socialbidrag 1996-1998	fick något socialbidrag varje år 1996-1998
< 1 barn av 2000 placerat i samhällsvård (n=120 015)	1 barn av 7 placerat i samhällsvård (n=8 053)
RR (relativ risk) =1	RR > 250

SOMATISK OHÄLSA

VAD VET VI?

Såväl internationell som nordisk forskning tyder på att barn i fosterhem är en högriskgrupp för somatisk ohälsa före placeringen, under tiden i vård och i ung vuxen ålder¹²⁻¹⁸. De annars välfungerande nationella hälsokontroller som erbjuds till alla barn räcker inte till för denna grupp. Det beror bland annat på att många uteblir från dessa kontroller, ibland även under tiden i vård (t.ex. på grund av flytt). En av effekterna är att barn som placeras i fosterhem har sämre vaccinationstäckning än andra barn. Missade vaccinationer före placeringen upptäcks ofta inte under tiden i vård¹⁴.

Mycket tyder också på att hälsoomhändertagandet i barnavården är bristfälligt^{14,17}. I en sydsvensk undersökning genomgick 120 barn, som var aktuella för placering i samhällsvård, en standardiserad somatisk hälsokontroll, inklusive en enkel tandhälsoundersökning. Hälsokontrollen resulterade i 99 specialistremisser från ansvarig läkare (t.ex. till barnmedicinsk klinik; se Appendix 1). Vartannat barn fick minst en sådan remiss. Dessutom hade hälften av alla barn 7-17 år djupgående karies som krävde behandling¹⁵. För snart 15 år sedan bad svenska Socialstyrelsen drygt 100 barn i fosterhem (de flesta i vård sedan flera år tillbaka) att göra självskattningar av sin somatiska hälsa, ibland med stöd av fosterhemsförälder eller biologisk förälder. Två av tre rapporterade något kroniskt hälsoproblem, oftast inte känt av socialarbetarna¹⁷. En lokal svensk studie av små fosterbarn fann stora och allvarliga brister i socialtjänstens kommunikation med barnhälsovården efter att barn placerats i fosterhem¹⁹. I en finsk studie publicerad 2013 konstateras att 35 procent av undersökta

placerade barn hade allvarliga eller kroniska hälsoproblem²⁰.

Vi vet relativt lite om förekomst av somatisk ohälsa i vuxen ålder hos personer som varit placerade i fosterhem under uppväxten. Två norska registerstudier fann att det var betydligt vanligare att före detta placerade barn hade sjukersättning i ung vuxen ålder för kroniska hälsoproblem, jämfört med andra jämnåriga^{16,18}. I en stor dansk registerstudie konstaterade forskarna att en långt större andel av tidigare placerade barn hade indikationer på allvarlig somatisk ohälsa när de var 18-24 år, jämfört med andra jämnåriga²¹.

BLIR DET BÄTTRE UNDER TIDEN I VÅRD?

Enstaka nordiska studier har undersökt utvecklingen av fosterbarns somatiska hälsa över tid. En dansk studie pekar på att många barn – betydligt fler än i en så kallad normalpopulation – fortsätter att ha allvarliga somatiska hälsoproblem och funktionsnedsättning även efter flera års placering^{13,22}. Statistiska avancerade analyser av ett stort urval av tidigare placerade danska barn, uppföljda i unga vuxna år, visade inga indikationer på att vården hade haft en kompenserande effekt på barnens somatiska hälsa. Vårdens varaktighet (tid) påverkade inte detta dystra resultat²¹.

GENOMFÖRBARA FÖRBÄTTRINGAR

Ett första steg vore att erbjuda hälsokontroller till alla barn vid placering, vilket är rutin i bland annat USA och Storbritannien. Finlands nya barnavårdslagstiftning slår fast att alla barn ska få en hälsoundersökning vid placering i fosterhems- eller institutionsvård. En sydsvensk

studie¹⁵ har gett värdefulla erfarenheter om hur en standardiserad hälsokontroll konkret kan utformas och vad den bör innehålla. Detta beskrivs i Appendix 1.

Ett annat enkelt sätt att öka kvaliteten är att införa rutiner med ett särskilt hälsokort i barnets barnavårdsjournal, och kontinuerligt uppdatera detta som en del av barnavårdsmyndighetens löpande dokumentation. Hälsokortet bör innehålla uppgifter om hälsohistoria med vaccinationer, fullgjorda barnhälsokontroller enligt nationella rekommendationer, genomgångna tandhälsokontroller, genomgången sjukhus- och poliklinisk vård, medicinering och annan behandling. Detta har rekommenderats bland annat av skolöverläkare Stefan Kling i Sverige¹⁴.

Ett starkt argument för att systematiskt genomföra en hälsokontroll vid placering och skapa rutiner med hälsokort är att ge fosterföräldrar viktig aktuell information om barnets hälsa. Om de saknar sådan information blir det svårt för dem att ge barnet ett gott omhändertagande. Nästa steg vore att införa systematik i barnavårdens bevakning av den somatiska hälsan hos barn i fosterhem. Detta skulle sannolikt ge större vinster på sikt än att bara göra en inledande hälsokontroll. I Storbritannien har flera barnavårdsdistrikt – med goda resultat – anställt sjuksköterskor inom den sociala barnavården med särskilt ansvar för placerade barns hälsoomhändertagande²³.

Rekommendationer

- Gör en systematisk hälsokontroll av alla barn vid placering, inklusive tandhälsokontroll (se Appendix 1).
- Upprätta ett hälsokort som följer barnet under tiden i vård (se Appendix 1).
- Skapa systematisk bevakning av somatisk hälsa under tiden i vård.
- Verka lokalt, regionalt och nationellt för att barn i fosterhem får tillgång till samma goda hälsoomhändertagande som andra barn.



En dansk studie pekar på
att många barn fortsätter
att ha allvarliga somatiska
hälsoproblem och funktions-
nedsättning även efter flera
års placering.



PSYKISK OHÄLSA

VAD VET VI?

I Norden har det gjorts två studier av hög kvalitet om hur vanligt det är med psykisk ohälsa på diagnosnivå bland barn i pågående fosterhemsvård. I den ena använde forskarna det danska nationella Psykiatriregistret för att undersöka förekomst av psykiatriska diagnoser (ICD-10) bland 1072 11-åriga barn som var placerade. Vart femte barn hade minst en psykiatrisk diagnos²⁴.

Den andra är en färsk norsk studie där 279 barn i fosterhem, 6-12 år gamla, undersöktes med diagnostiska instrument. Drygt vartannat barn (51 procent) uppfyllde kraven för minst en DSM-IV diagnos²⁵. En lång rad utländska studier har noterat extrema förekomster av allvarlig psykisk ohälsa (på diagnosnivå) bland barn i fosterhem, även av obehandlade sjukdomstillstånd som kan åtgärdas med effektiv behandling²⁶⁻²⁹.

Enstaka nordiska studier har använt icke-diagnostiska instrument (t.ex. CBCL, SDQ, "Rutterskalan") för att uppskatta förekomst av emotionella svårigheter och beteendeproblem på klinisk nivå bland barn i fosterhem. Den största gjordes som komplement till den tidigare nämnda danska registerstudien²⁴. Drygt 400 elvaåriga barn screenades med ett standardiserat instrument (SDQ). För nästan hälften var de totala resultaten på en "abnormal" nivå, jämfört med mindre än fem procent bland andra jämnåriga. Liknande siffror har rapporterats i en norsk studie av barn 4-13 år, dock avsevärt lägre för de barn som vårdades av släktingar³⁰ och i en mindre finsk undersökning³¹. En annan norsk studie av 109 barn i fosterhem 6-12 år fann att hela tre av fyra hade symtom på kliniskt

relevanta psykiska hälsoproblem³². Eftersom dessa fyra studier använde sig av olika skattningsinstrument är resultaten inte jämförbara i detalj, men de pekar entydigt i samma riktning. En dansk forskargrupp fann mycket hög förekomst av självskadebeteende bland 15-åringar i samhällsvård, dock något lägre bland barn i fosterhem jämfört med barn på institution¹¹.

Färsk svenska nationella registerstudier (omfattar hela befolkningen i ett visst åldersintervall) har visat på utbredd förskrivning av psykofarmaka till barn i fosterhem, även till små barn. För flera preparat är kunskapen om preparatens effektivitet och biverkningar för barn klart otillräcklig, exempelvis antipsykotiska läkemedel som ibland ges i sederande syfte till placerade ungdomar utan psykosdiagnos^{33, 34}.

En finsk registerstudie visar att 37 procent av alla barn som någon gång vårdats utanför hemmet varit i psykiatrisk dygnsvård före 21-års ålder och 60 procent av dem har besökt psykiatrisk öppenvårdsmottagning³⁵.

Personer som varit placerade i fosterhem har radikalt högre dödlighet i självmord under unga vuxna år jämfört med jämnåriga^{3, 36-39}. Just självmordsbeteende förekommer i förfärande omfattning. Inläggningar på sjukhus för självmordsförsök i ung vuxen ålder är 5-6 gånger vanligare bland före detta långtidsplacerade barn i fosterhem, jämfört med andra jämnåriga. Runt var sjunde före detta långtidsplacerad flicka har vårdats på sjukhus för självmordsförsök någon gång efter grundskolan fram till 28 års ålder^{37, 40, 41}.

Långtidsplacerade barn i fosterhem har i nationella registerstudier mycket höga överrisker för annan allvarlig psykisk ohälsa i ung vuxen ålder (t.ex. depression och psykoser)⁴⁰. Höga överrisker kvarstår även efter att forskarna i analyserna tagit hänsyn till den höga förekomsten av allvarlig psykisk ohälsa och missbruk hos föräldrarna.

Samma förhållande gäller indikationer på mindre allvarlig psykisk ohälsa. I en färsk svensk nationell registerstudie jämfördes konsumtion av psykofarmaka under ett kalenderår hos vuxna före detta placerade barn (28-36 år) med jämnåriga. Överriskerna var höga för alla typer av preparat men särskilt markanta för neuroleptika, som primärt förskrivs vid allvarlig psykisk ohälsa⁴².

BLIR DET BÄTTRE UNDER TIDEN I VÅRD?

Eftersom den sociala barnvården i de nordiska länderna sällan eller aldrig använder standardiserade bedömningsinstrument i sin löpande verksamhet har vi alltför lite och dessutom motsägelsefull information om utvecklingen över tid av psykisk hälsa – eller välmående – bland barn i fosterhem.

En dansk nationell registerstudie med avancerade statistiska matchnings- och analysmetoder fann *negativa* effekter av fosterhemsvård på allvarlig psykisk ohälsa över lång tid²¹. I en annan dansk undersökning använde forskarna ett standardiserat instrument (SDQ) för att skatta symtom på psykisk ohälsa hos 121 placerade barn vid tre tillfällen: när barnen var 7, 11 och 15 år. Skattningen baserades på uppgifter från de vuxna i barnets närhet (fosterföräldrar eller institutionspersonal, alternativt föräldrar). Resultaten visade entydigt på en positiv utveckling över tid¹¹. I en norsk undersökning gjordes liknande skattningar vid placeringens början

och sju-åtta år senare, men fann motsägelsefulla resultat. Enligt barnens lärare hade barnens problem minskat över tid medan fosterföräldrarnas bedömningar var påtagligt mer pessimistiska⁴³. Liknande utomnordiska studier har också visat motsägelsefulla resultat^{44, 45}.

GENOMFÖRBARA FÖRBÄTTRINGAR

Alla studier visar på mycket hög förekomst av psykiska hälsoproblem bland fosterbarn, även i vuxen ålder. Därför är det rimligt att i första hand erbjuda alla fosterbarn en grundlig specialistutredning av deras psykiska hälsa vid placeringen (om det åldersmässigt är lämpligt) och vid uppföljning (se Appendix 2). Återkommande mätningar med skattningsinstrument (även av barnens välmående, t.ex. med KidScreen) kan ge annan värdefull kunskap. Hur har barnets symtombelastning och välmående utvecklats över tid – har det blivit bättre, ingen förändring eller till och med sämre^{42, 43}?

Ett alternativ är att göra åldersanpassade kartläggningar av symtom på psykisk ohälsa med standardiserade skattningsinstrument^{25, 46-51}. De barn som har testvärden i klinisk nivå måste erbjudas fortsatt utredning och uppföljning. Men – som konstateras i Appendix 2 – de instrument som är utprovade i Norden har begränsningar.

Beslut om screening av psykisk hälsa måste kopplas till förutsättningarna att genomföra effektiva åtgärder för fosterhemsplacerade barn som behöver uppföljning⁵². Samordning av tjänster och ökad kompetens hos tjänsteutövarna, om exempelvis förhållandet mellan vårdförhållanden och psykisk hälsa samt om vanliga symtom på relationsskador, är förutsättningar för rätt stöd.

Fosterföräldrar är nyckelpersoner i förändringsarbetet med barnet. För att säkerställa stödjande och helande vård samt förebygga nya relationsskador, bör fosterföräldrar inkluderas som centrala samarbetspartner i åtgärder som riktar sig till fosterbarn och erbjudas vägledning omedelbart i samband med placering.

En genomgång av effektiva interventioner visar att inriktningen att stärka barns anknytning till fosterföräldrar, minska barns känslö- och beteendemässiga svårigheter samt fokusera på barnets resurser är viktiga komponenter när man vägleder fosterföräldrar⁵¹.

I ett nationellt perspektiv är tillgång till barn- och ungdomspsykiatrisk behandling för barn i fosterhem en viktig fråga. Har de samma tillgång till psykiatrisk specialistvård i samma omfattning som andra barn med liknande psykiska hälsoproblem? I Norge pekar en rapport från Helsetilsynet på att kommunernas barnskydd relativt sällan hänvisar till psykiatri. Rapporten rekommenderar vidareutveckling av modeller för samarbete mellan tjänster som

riktar sig till barn och unga samt att man på statlig nivå funderar över hur man kan öka kompetensen när det gäller barn och unga med komplexa problem⁵³.

Vi har ökande kunskap om förekomsten av psykiska störningar hos fosterbarn och vilka faktorer som tycks öka risken för denna grupp. En metaanalys visade att evidensbaserade behandlingsmetoder inte verkar ha samma effekt på barn med flercydiga symptom, barn som uppfyller kriterierna för en eller flera diagnoser⁵⁴.

Detta kan förstås som ett behov att vidareutveckla psykiatriska behandlingsmetoder med speciell inriktning på de komplexa symptommoder som man finner hos fosterbarn. Det finns behov av mer kunskap om vad som fungerar förebyggande och som behandling av psykisk ohälsa hos fosterbarn i ett europeiskt sammanhang^{50, 51}. Det är därför viktigt att utvecklingen av tjänsterna genomförs i samklang med forskningen som ger ökad kunskap om vilka interventioner som lämpar sig för olika grupper fosterbarn.

Rekommendationer

- I första hand att fosterbarn (när det är lämpligt åldersmässigt) erbjuds en grundlig utredning av deras psykiska hälsa.
- I andra hand att symptom på allvarlig psykisk ohälsa kartläggs med standardiserade bedömningsinstrument (se Appendix 2), men med medvetenhet om dessa instruments begränsningar (se Appendix 2). Alla barn med resultat på klinisk nivå bör tillförsäkras fortsatt utredning

och uppföljning som är individuellt anpassat till barnet och fosterfamiljen.

- Att standardiserade bedömningsinstrument används för att följa barnens utveckling över tid.
- Lokala, regionala och nationella barnavårdsmyndigheter bör, tillsammans med psykiatri och i tätt samarbete med olika forskningsmiljöer, verka för utveckling av kunskapsbaserade åtgärder.





Fosterföräldrar är
nyckelpersoner i
förändringsarbetet
med barnet.

REPRODUKTIV HÄLSA

TIDIGT FÖRÄLDRASKAP

VAD VET VI?

I en svensk nationell registerstudie undersöktes tonårsföräldraskap bland 50 000 före detta barnavårdsklienter och 1 miljon jämnåriga⁵⁵. I normalgruppen hade knappt 3 procent av flickorna blivit föräldrar före 20-årsdagen. Bland långtidsvårdade flickor i fosterhem var det 3–4 gånger fler. Runt var femte flicka som placerades efter 12-årsdagen hade blivit tonårsmamma. Danska och finska studier har funnit liknande resultat^{21, 35}. Eftersom tidigt föräldraskap under tonåren har starka samband med en rad negativa utfall för både barn och mamma (t.ex. inläsning i en fattigdomsfälla med hög risk för bidragsberoende) är siffrorna alarmerande^{37, 39, 55}. Resultat från en färsk svensk nationell registerstudie visar tydligt att det är samma prominenta riskfaktorer som visar samband med tonårsföräldraskap bland fosterbarn som för flickor i den så kallade normalbefolkningen.

Den ojämförligt starkaste riskfaktorn är *skolmisslyckande* (se definition nedan), vilket också har belagts i en lång rad studier från andra länder. Sambanden mellan tidigt föräldraskap och indikationer på svår uppväxt före placeringen (t.ex. missbruk, allvarlig psykisk ohälsa eller kriminalitet hos föräldrarna) är svaga eller obetydliga⁵⁶.

GENOMFÖRBARA FÖRBÄTTRINGAR

Det finns inga färdiga metoder med empiriskt stöd som kan vägleda oss i arbetet med att minska antalet tonårsmammor bland barn i samhällsvård, vare sig i nordisk eller i internationell forskning. Men den höga förekomsten av tonårsföräldrar borde utgöra incitament till att systematiskt informera om och erbjuda ungdomar i fosterhem rådgivning om och tillgång till preventivmedel, till exempel i samarbete med hälsovården⁵⁵.

Rekommendation

- Erbjud alla ungdomar i fosterhem rådgivning om och tillgång till preventivmedel.



Skolmisslyckande: Här definierat som att lämna grundskolan med inga eller ofullständiga betyg, alternativt att tillhöra den sämsta 1/6 i befolkningen med avseende på genomsnittliga betyg; <(1-1SD).

SKOLA OCH UTBILDNING

VAD VET VI?

Barn som klarar skolan dåligt är en högriskgrupp i hela befolkningen för så gott som alla former av framtida psykosociala problem (exempelvis narkotikamissbruk och kriminalitet), oavsett familjens socioekonomiska bakgrund^{37, 57-59}.

I svenska nationella registerstudier hade majoriteten (60 procent) av långtidsvårdade pojkar i fosterhem inga/ofullständiga/låga betyg från årskurs 9, jämfört med var femte pojke i normalpopulationen^{37, 41}. "Låga betyg" definierades som att barnet tillhörde den sämsta sjättedelen i befolkningen. De absoluta siffrorna var något bättre för flickor i fosterhem, men skillnaden mellan dem och andra jämnåriga flickor var snarast större än för pojkarna. Dessa siffror speglar inte en påtagligt lägre kognitiv förmåga bland barn i fosterhem jämfört med andra barn. För hela befolkningen var korrelationen mellan betyg och resultat från kognitiva tester vid mönstring inte superstark (0,65), och den var avsevärt svagare för pojkar som varit i fosterhem under uppväxten³⁷.

En rad andra svenska nationella registerstudier om skola och långtidsvårdade barn i fosterhem kan summeras enligt följande^{37, 41, 60}:

1) Låga betyg i grundskolan hade för barn i fosterhem inga samband med biologiska föräldrars missbruk och psykisk ohälsa, och inte heller med ålder vid placering eller placeringstid. Däremot har en rad studier pekat på att de vuxna runt dessa barn (fosterföräldrar, lärare och socialarbetare) ofta har pessimistiska förväntningar på barnens skolgång^{13, 61-64}.

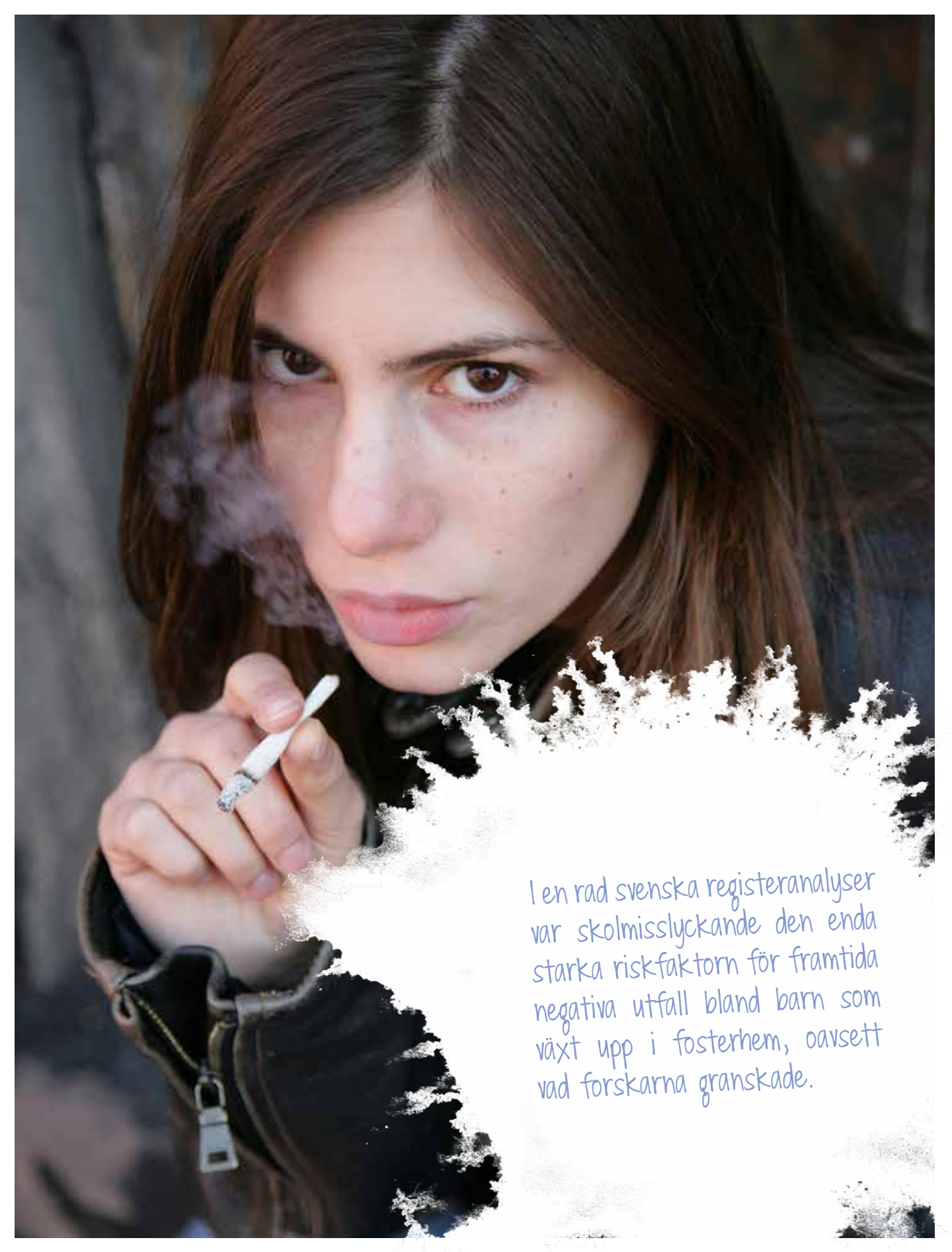
2) Barnen i fosterhem fick påtagligt sämre betyg sista året av grundskolan än andra barn med samma begåvning (IQ). I svenska interventionsstudier tenderade avståndet mellan begåvning och skolprestationer att vara störst för de mest begåvade barnen^{63, 64}.

3) Det var färre bland barnen som växt upp i fosterhem, jämfört med andra jämnåriga, som reparerade dåliga betyg från grundskolan i gymnasium eller i vuxenutbildning. Många fler som börjar gymnasiet hoppar av utbildningen före examen, jämfört med andra barn⁶⁵.

4) Personer som växt upp i fosterhem hade som grupp klart lägre utbildning i vuxen ålder än andra jämnåriga med samma begåvning, men också lägre än jämnåriga med samma betyg från grundskolan. Runt var tredje hade vid 26 års ålder bara grundskola, jämfört med en av tolv i normalbefolkningen^{37, 66, 67}. Mycket få hade nått högskoleexamen. En lång rad studier från olika länder har konsistent rapporterat liknande resultat⁶⁸.

Den mycket låga utbildningsnivån hos vuxna som växt upp i fosterhem kan med andra ord inte förklaras med att de skulle ha påtagligt lägre kognitiv kapacitet jämfört med andra barn. Flera studier pekar på att det inte heller kan förklaras med att barn i fosterhem skulle ha radikalt annorlunda utbildningsambitioner än andra barn^{69, 70}.

Barn som växt upp i fosterhem har i ung vuxen ålder höga, till och med extrema, överrisker för en rad indikationer på ogynnsam utveckling^{37, 41}. Exempel är självmordsbeteende, missbruk, kriminalitet och bidragsberoende. Den höga



I en rad svenska registeranalyser var skolmisslyckande den enda starka riskfaktorn för framtida negativa utfall bland barn som växt upp i fosterhem, oavsett vad forskarna granskade.

förekomsten av dåliga skolresultat har mycket starka statistiska samband med dessa bekymmersamma resultat. I en rad svenska registeranalyser var skolmisslyckande den enda starka riskfaktorn för framtida negativa utfall bland barn som växt upp i fosterhem, oavsett vad forskarna granskade. Omvänt var frånvaron av skolmisslyckande den enda faktorn som predicerade goda utfall i ung vuxen ålder, oavsett hur dessa definierades^{37, 41}. Både för negativa och gynnsamma utfall var sambanden med föräldrars missbruk och psykiska ohälsa påfallande svagt, efter kontroll om barnet hade misslyckats i skolan eller ej. Skolmisslyckanden verkar följaktligen vara en determinant för dessa barns utveckling. Om barn i fosterhem inte misslyckas i skolan är oddsen hyggliga att de kommer att leva ett någorlunda normalt liv i vuxen ålder. Men om de misslyckas i skolan – vilket de flesta av pojkarna gör – då är oddsen radikalt sämre.

BLIR DET BÄTTRE UNDER TIDEN I VÅRD?

I Norden finns det bara en större longitudinell studie som undersökt hur skolprestationer utvecklas över tid för barn i fosterhem. Forskarna fann inga tecken på förbättringar¹³.

Utomnordiska studier på området är få och visar blandade resultat.

GENOMFÖRBARA FÖRBÄTTRINGAR

En färsk internationell kunskapsöversikt och flera interventionsstudier har visat att det är möjligt att påverka fosterbarns skolprestationer med interventioner. Dessa erfarenheter utvecklas mer i Appendix 3. Sammanfattningsvis kan sägas att de flesta försök har lett till goda resultat^{63, 64, 71}. Det viktigaste verkar vara att motverka tidiga skolmisslyckanden. För att få underlag för insatser för enskilda barn bör man systematiskt genomföra färdighetstester i läsning och räkning^{63, 72-74}. Man testar då barnen för att få ett konkret underlag till att hjälpa dem – inte för att sortera dem. Flera forskare har också framhållit betydelsen av positiva förväntningar från omgivningen på dessa barns skolresultat^{72, 75}.

Det vore önskvärt med fler nordiska replikeringar – med utvärdering – av försök som visat positiva resultat i andra länder (t.ex. tutoring^{76, 77}). En annan lovande väg är skolförberedande insatser i förskolan, exempelvis i form av förstärkt läs- och räkneträning⁷⁸⁻⁸³.

Rekommendationer

- Kartlägg läs- och räknefärdigheter med standardiserade instrument hos alla skolbarn i fosterhem, framförallt före tonåren, för att motverka tidiga skolmisslyckanden.
- Ge barnen tillgång till individanpassade kompenserade insatser för att möjliggöra "catch-ups" (se Appendix 3).



EFTERVÅRD

Med eftervård avses stöd till ungdomar som lämnar fosterhemsvården i de sena tonåren för att skapa sig ett eget liv. Det kan handla om stöd/hjälp med boende, med att fortsätta med utbildning eller att komma i arbete, alternativt utgöras av olika former av stöd som syftar till förbättrad kompetens på olika områden i vardagslivet. I såväl Danmark, Finland som Norge har placerade barn lagreglerad rätt till samhälleligt stöd efter utskrivning. Motsvarande lagstiftning saknas i Sverige och Island. Även på lokal svensk nivå, i kommunerna, verkar eftervård för placerade ungdomar vara en påtagligt lågprioriterad fråga⁸⁴.

I framförallt Storbritannien och Nordamerika lämnas ofta denna typ av insatser i systematiserade program, vanligen kallade ”independent living programs”. Stöd efter placering i de nordiska länderna verkar vara huvudsakligen individuellt utformat. Ofta ges eftervård helt enkelt i form av förlängd placering, och det finns stora lokala variationer^{85–88}. För den som vill fördjupa sina kunskaper i ämnet finns idag två bra nordiska kunskapsöversikter^{85, 87}.

VAD VET VI OM BEHOV AV EFTERVÅRD?

I all internationell och nordisk forskning framhålls att barn i fosterhem har mycket stora behov av särskilt stöd när de uppnår vuxen ålder, särskilt om vi vill att dessa barn ska ha någorlunda samma möjligheter till stöd under övergången till ett eget vuxenliv som andra barn normalt får av sina föräldrar. Det handlar om hjälp med bostad, fortsatt utbildning, inkludering på arbetsmarknaden och det vardagliga stöd som andra ungdomar på väg ut i livet ofta tar för självklart att de ska få från sina föräldrar, framförallt ekonomiskt stöd (t.ex. hjälp till möbler

och hushållsutrustning, till oförutsedda utgifter, möjlighet att låna pengar vid akuta behov etc). Det är också belagt i en lång rad studier att barn i fosterhem i de sena tonåren efterfrågar denna typ av stöd. Men fosterföräldrar har inget formellt ansvar för att hjälpa dem ut i livet på samma sätt som andra föräldrar hjälper sina barn. Många barn i fosterhem har under tiden i vård haft bräckliga – eller avbrutna – kontakter med sina ursprungsföräldrar, som dessutom ofta har så allvarliga egna problem att de har svårt att stödja sina vuxna barn när dessa återvänder hem efter flera år i samhällelig vård^{13, 87–98}.

Utländska studier har visat att den stora majoriteten av fosterhemsplacerade barn inte får något substantiellt stöd från fosterhemmen i ung vuxen ålder^{88, 95, 99}. Detta gäller även de som varit i sina fosterhem under lång tid. Hur vanligt detta är i Norden vet vi inte på grund av brist på liknande studier.

Dessutom har en del barn i fosterhem inte föräldrarna kvar i livet. Vid 18 års ålder har vart fjärde barn som växt upp i fosterhem förlorat minst en av sina föräldrar genom dödsfall, vid 25 års ålder är det drygt vart tredje^{89, 100}. Dessa barns biologiska familjenätverk är med andra ord ofta reducerat.

En ytterligare faktor som understryker dessa barns utsatthet är den höga instabiliteten i fosterhemsplaceringar under tonårstiden^{101–104}. En färsk svensk regional studie fann att en av fyra långtidsplaceringar i fosterhem upphörde oplacerat under de tidiga tonåren, i snitt efter 10 års placering i samma familj. Barnen omplacerades vanligen till ett nytt fosterhem eller till institutionsvård¹⁰⁵.



Kartlägg behov av och till-
gång till stöd, tillsammans
med varje barn som lämnar
fosterhemsvården i de äldre
tonåren.

VAD VET VI OM EFFEKTER AV EFFTERVÅRD?

Att analysera effekter av eftervård är komplicerat. Om ett barn i fosterhem riskerar att bli hemlös efter myndighetsdagen, har hjälp till en egen bostad självfallet ett stort värde i sig – oavsett om det exempelvis minskar risken för framtida kriminalitet eller inte¹⁰⁶. De flesta utvärderingar har letat efter samband mellan eftervård och utfall en tid efter dessa insatser. Omedelbara effekter är sämre belysta⁹⁸.

Med detta i minnet kan vi konstatera att så gott som all internationell forskning finner att det går bättre på kort och lång sikt för barn i

fosterhem som får eftervård, jämfört med de som inte får det^{85, 87, 106–111}. Däremot finns det få utvärderingar med design som gör det möjligt att fastställa orsakssamband (randomiserade studier m.m.).

En del av de positiva resultat som rapporterats i litteraturen kan följaktligen vara effekter av selektion (de som fick eftervård skiljde sig systematiskt från början jämfört med de ungdomar som inte fick eftervård)⁸⁷. Det är orsaken till att eftervårdsprogram i dagsläget därför beskrivs som "lovande" men inte som "evidensbaserade" i internationella systematiska kunskapsöversikter^{86, 112}.



GENOMFÖRBARA FÖRBÄTTRINGAR

Flera nordiska forskare har utifrån en rad studier, bland annat med intervjuer med barn i fosterhem, enhetligt dragit slutsatsen att eftervård bör utformas efter varje barns individuella behov^{85, 111}. Detta står delvis i kontrast till de eftervårdsprogram som har utvecklats i USA och en del andra länder. I en omfattande kunskapsöversikt⁸⁷ understryks också vikten av att eftervård planeras systematiskt och sätts i verket direkt efter att barnet formellt lämnar sin placering¹¹³.

Mot bakgrund av dessa unga människors stora utsatthet vid övergången från samhällelig vård till ett liv på egen hand borde det rimligtvis finnas rutiner för att i god tid skatta alla placerade barns tillgång till och behov av särskilt stöd när de lämnar vården. I Sverige har Socialstyrelsen tagit fram stöddokument för detta ("På Väg"¹¹⁴). Ta inte för givet att fosterföräldrarna – eller barnens föräldrar – vill eller kan ge

det minimalistöd som varje ung människa behöver när hon ska "flytta hemifrån"!

En lång rad nordiska och internationella studier har entydigt visat att förfärande många barn som växt upp i fosterhemsvård också har flyttat mellan olika placeringsmiljöer^{101, 102, 105, 115}. Denna instabilitet har bland annat lett till brustna relationer med såväl vuxna som jämnåriga kamrater. I intervjuer med äldre barn i fosterhem, har det framkommit att många bär på en ovisshet om sin egen historia. De har beskrivit att de inte vet skälet till att de befunnit sig i vård över huvud taget eller varför de bytt familj/vårdmiljö. Vissa har till och med svårt att minnas hur många placeringar de varit med om¹¹⁵. Dessa barns egna berättelser pekar på att socialtjänsten borde erbjuda barnen en genomgång av den information som finns om barnens kontakt med socialtjänsten och deras placeringshistoria, när barn i de äldre tonåren lämnar samhällsvården.

Rekommendationer

- Kartlägg behov av och tillgång till stöd, tillsammans med varje barn som lämnar fosterhemsvården i de äldre tonåren.
- Planera individuellt stöd systematiskt och i god tid, tillsammans med ungdomen.
- Erbjud alla barn som lämnar samhällsvården i de äldre tonåren ett samtal om barnets historia, utifrån aktmaterial, socialarbetarens egen kunskap och barnets minnen.



HÄLSOUNDERSÖKNING

Stefan Kling, Skolhälsovården Malmö stad, Sverige

VARFÖR HÄLSOUNDERSÖKNING?

Generella åtgärder med syfte att stärka barns hälsa, att vaccinera och undersöka barn regelbundet enligt nationella program är en viktig del av den nordiska välfärdspolitiken. Hälsovårdens uppdrag innefattar också att ge hälsoinformation, föräldrautbildning och råd och stöd till familjer och deras barn. Tröskeln till dessa insatser ska vara så låg att alla barn kan ta del av dem. Hur fungerar systemet i praktiken för de socialt mest utsatta barnen? Svenska Socialstyrelsen har poängterat att kunskaperna är otillräckliga på området¹¹⁶.

Hälsovården för barn i de nordiska länderna har många likheter, men det finns även olikheter i organisationer och utformning av program. Sverige har olika huvudmän för barnhälsovård och elevhälsa. I övriga nordiska länder är kommunerna huvudmän för den hälsofrämjande och förebyggande verksamheten¹¹⁷. Detta underlättar överföringen av hälsouppgifter till den personal som ska ansvara för uppföljningen av barnens hälsa i olika åldrar. Tanken är att den information barnet har i sin hälsovårdsjournal ska överföras till skolhälsovården och följa barnet från födseln till avslutad grundskola.

De olika nationella vägledningsdokumenten beskriver och förordar organiserad samverkan mellan förskola, skola, hälsovård och sociala myndigheter¹¹⁸. Inom barn- och familjepolitik har de nordiska länderna mycket gemensamt och en lång tradition av att arbeta tillsammans. I Nordens Välfärdscenters rapport ”Nordens barn. Utveckling av nordiska familjecentra-

ler” beskrivs erfarenheter och kunskap av hälsofrämjande och tidigt förebyggande arbete inom de familjecentraler, som är under utveckling i alla nordiska länder¹¹⁹.

När socialtjänstens insatser leder till placering utanför hemmet är det särskilt viktigt att det basala omhändertagandet inom hälsovården fungerar bra. Byte av skola och vårdgivare för sjukvården inklusive tandhälsovården som är ansvarig för barnet kan medföra att viktig kunskap om barnets utveckling eller fysiska och psykiska hälsa tappas bort. Många barn uteblir också från de annars välfungerande nationella hälsokontrollerna på grund av till exempel flyttningar med byte av bostadsort och riskerar att inte få tillgång till den hälsoövervakning och de vaccinationer som erbjuds alla barn i motsvarande ålder.

För att höja kvaliteten inom hälsoomhändertagandet har ett personligt hälsokort för barn som utreds inom socialtjänsten provats i en mindre och en större kommun i Sverige. Hälsokortet upprättas av ansvarig socialsekreterare i samband med att socialtjänsten utreder inför beslut om placering, i samarbete med barnets vårdnadshavare och den vårdgivare som ansvarat för barnets hälsovård.

En läkarundersökning som sker i samband med att socialtjänsten gör en utredning eller efter det att ett barn placerats, förutsätter samarbete mellan den som ska undersöka, uppdragsgivaren, tidigare vårdgivare, vuxna i barnets närhet och barnet. Undersökningen ska utformas så att barnet självt kan få komma till tals om sin hälsa. Syftet är att upptäcka tecken på ohälsa och kompensera för eventuella tidigare brister

i hälsoövervakningen samt att säkerställa att barnet får den hälso- och sjukvård som alla barn har rätt till.

I en svensk journalstudie¹⁴ redovisades påtagliga brister i den basala hälsovården och omhändertagandet av hälsoproblem hos barn i fosterhem, liksom i kommunikationen mellan olika aktörer inom hälsovården. Studien visade att omkring 15 procent av barnen saknade en eller flera rekommenderade vaccinationer när de uppnådde skolåldern. Vart femte barn hade inte fått någon fyraårskontroll och synundersökning

hade bara genomförts hos hälften av barnen. Undersökningen fann även brister i uppföljningen av tandhälsan och hög nivå av psykisk ohälsa.

Vid en standardiserad läkarundersökning av 120 sydsvenska barn och ungdomar, 0–18 år, i samband med social utredning framkom ett mycket stort behov av vidare utredning, både av en lång rad nyupptäckta, utredningskrävande symtom och tidigare kända somatiska besvär, se tabell på nästa sida.¹⁵

Hälsokortet bör innehålla följande hälsouppgifter:

- Barnets personuppgifter
- Information och kontaktuppgifter till barnavårdcentral, skolhälsovård och tandhälsovård
- Information om rådande hälsoövervakningsprogram
- Uppgifter om barnet har undersökts enligt nationella rekommendationer
- Uppgifter om kända medicinska riskfaktorer (under graviditet, förlossning och första levnadsåren)
- Uppgifter om kända ärftliga sjukdomar
- Eventuella avvikelser vid hälsokontroller i olika åldrar
- Resultat av relevanta medicinska utredningar
- Uppgifter om tillväxt, vaccinationer, syn- och hörselkontroll och eventuella utvecklingsneurologiska avvikelser
- Uppgifter om tidigare och aktuella sjukdomar och symtom, tandhälsa, allergiska reaktioner, skador och eventuella funktionsnedsättningar och särskilda behov
- Skador som medfört kontakt med sjukvården
- Uppgifter om sömn, näringstillstånd – matproblem
- Kontaktuppgifter till behandlande läkare eller familjeläkare

ANTAL REMISSER, N=120 BARN

Remiss till	Pojkar	Flickor	Totalt
Vårdcentral	9	15	24
Ögonklinik	5	3	8
Öron – näsa – hals	5	6	11
Logoped		1	1
Kirurg	1		1
Ortoped	1	2	3
Barnmedicin	7	12	19
Barnpsykiatrisk mottagning	9	3	12
Hudklinik	6	1	7
Skolhälsovård	2	3	5
Barnhälsovård		1	1
Kvinnoklinik		1	1
Tandhälsovård	3	3	6
Totalt	48	51	99

Flera av barnen behövde remiss till en rad olika specialister. Totalt skrevs 99 remisser för 61 av 120 barn. Vartannat barn behövde minst en remiss. Andelen barn som via socialtjänsten hänvisades till tandläkare för behandling av uttalad karies var mycket hög (gällde vartannat barn 7–17 år). Många av barnen hade tandvärk som inte uppmärksammats. De barn som remitterades till specialisttandläkare (sex remisser) behövde tandbehandling i narkos på grund av karies och uttalad tandvårdsrädsla. Remisser till vårdcentral föranleddes av symtom på obehandlad astma, eksem, oklar allergi, nattväta, uppföljning efter urinvägsinfektion, utredningskrävande mag- eller huvudvärk, kronisk förstoppning, kronisk trötthet, ledbesvär eller andra symtom som krävde fortsatt uppföljning, utredning eller behandling i primärvården. Remisserna till barnspecialist avsåg till exempel tillväxtavvikelse, för tidig pubertet, fetma eller behov av barnneurologisk bedömning. Kronisk öroninflammation och hörselnedsättning, synnedsättning med tidigare ögonläkarkontakt

som avbrutits motiverade remiss till specialistundersökning. De barn som remitterades till skolhälsovård hade behov av grundvaccinering enligt nationella program.

LÄKARUNDERSÖKNING**– VAD SKA DEN INNEHÅLLA OCH HUR SKA DEN PLANERAS?**

Goda förberedelser är sannolikt nyckeln till att skapa den kontakt som behövs för att genomföra en läkarundersökning på det sätt som föreslås nedan. Tillgång till relevant bakgrundsinformation och kompletta hälsovårdsjournaler är en viktig förutsättning för undersökningen. Detta möjliggör också att konsultationstiden kan användas till att ge information och skapa den kontakt och det förtroende som behövs för att göra en allsidig bedömning av barnets hälsa. Erfarenhetsmässigt kräver den undersökning som skisseras cirka en halv arbetsdag; en timme för inläsning av bakgrundsmaterial, en timme för undersökning och en timme för dokumentation. Detta under förutsättning att bakgrundsin-

formationen är tillgänglig och att omständigheterna i övrigt gör att undersökningen är möjlig att genomföra enligt plan. Ibland krävs ytterligare tid för konsultation med en mer erfaren kollega, eller specialist inom något medicinskt specialområde, till exempel för planering av individuellt grundvaccinationsschema för ett äldre, tidigare ovaccinerat barn.

Inför undersökning

Läkarundersökningen bör planeras så att en vuxen kan medfölja, med uppdrag att utifrån barnets ålder och mognad, stödja, förbereda och företräda barnet, men också om möjligt bidra med upplysningar om hälsa och hälsohistoria. Det kan vara en förälder/fosterförälder, personal från sociala myndigheter eller någon annan som barnet känner förtroende för. Tillgång till jour-

nalkopior från hälso- och sjukvården, inklusive tandhälsovården krävs för att ta ställning till om barnet tidigare har fått den hälsovård som ingår i det nationella programmet för hälsoövervakning eller om det finns någon kronisk sjukdom, allergi, medicinering eller funktionsnedsättning som behöver beaktas. Ansvarig socialsekreterare har i allmänhet kunskap om barnets ursprung, förlossningsklinik, tidigare adresser och därmed också möjlighet att kontakta barnhälsovård, skolhälsovård och tandhälsovård. Inför undersökningen bör socialtjänsten samråda med den klinik där barnet ska undersökas så att alla relevanta journalhandlingar kan inhämtas. Den undersökande kliniken kan även vara behjälplig med råd om hur journalkopior effektivt kan rekvireras. Eventuell tolkmedverkan bör planeras i god tid.

Undersökande läkare bör om möjligt ha tillgång till:

- Remiss från sociala myndigheter med begäran om utlåtande samt eventuella specifika frågeställningar
- Uppgifter från förlossningsklinik (längd, vikt, graviditetslängd, eventuella komplikationer i nyföddhetsperioden)
- Komplet journal från barnhälsovården (syn, hörsel, bedömning av utveckling, tillväxt och vaccinationsuppgifter)
- Komplet journal från skolhälsovården (syn, hörsel, rygg, övriga hälsoundersökningar, vaccinationer och tillväxt)
- Tandhälsovårdsjournal
- Journalkopior från primärvård och specialistkliniker vid behov

Undersökning

Barnet ska informeras om undersökningen och dess syfte. I början av läkarbesöket ges en kort beskrivning av vad som ska göras samt en genomgång av tillgänglig medicinsk dokumentation från hälsovårdsjournaler. Barnets föreställningar, förhoppningar och farhågor efterfrågas utifrån ett klientcentrerat förhållningssätt. Det är angeläget att undersökningsbetingelserna

utformas så att barnet självt ges tillfälle att ge sin beskrivning och få möjlighet att med egna ord ta upp viktiga frågor och funderingar om sin hälsa. Det kan krävas ytterligare besök hos den undersökande läkaren för att en kvalificerad bedömning ska kunna genomföras. Anamnes och undersökning anpassas efter barnets ålder och mognad.

Mall för anamnes

- Socialt: Föräldrars situation och barnets eventuella oro för deras hälsa, familjesituation inklusive boende, syskon, fritidsintressen, viktiga personer i barnets nätverk, relationer med vuxna – jämnåriga, utbildning – skola – förskola – intressen – inlärningssvårigheter
- Ärftliga sjukdomar
- Aktuella mediciner – allergi
- Graviditet, förlossning, födelsevikt, motorisk utveckling, lekutveckling, kommunikation – språk
- Tidigare sjukdomar – operationer – sjukhusvisiteter och skador
- Aktuell sjukdom
- Näringstillstånd, tillväxt, pubertet
- Kost och motion
- Sömn
- Genomförda besök, hälsoundersökningar, hörselsynkontroller, vaccinationer och andra åtgärder inom barn- och skolhälsovården.
- Mag- och huvudvärk, rygg-, muskel-, ledbesvär
- Onormal trötthet
- Kondition
- Sexuell hälsa
- Menstruationer
- Oro/ångest och förändringar i stämningsläge
- Koncentrations- och uppmärksamhetssvårigheter
- Självskadebeteende
- Normbrytande beteende
- Kontakt med barnpsykiatri
- Alkohol – narkotika – tobak – doping
- Tandhälsa – tandvärk – tidigare erfarenheter av tandhälsovård
- Direkta frågor om barnet har blivit utsatt för övergrepp av något slag från någon annan person
- Egna funderingar och frågor om hälsan?

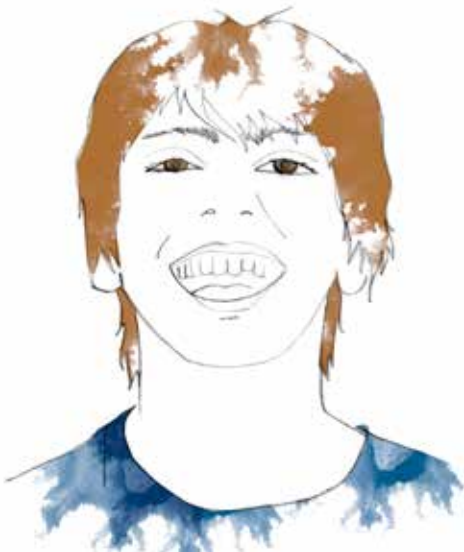
Mall för klinisk undersökning

- Åldersanpassad systematisk kroppslig undersökning som syftar till att steg för steg-bedöma barnets hälsa
- Allmäntillstånd och näringstillstånd
- Längd, vikt, BMI (dokumenteras i tillväxtdiagram)
- Eventuell hörsel- och synprovning
- Mun och svalg
- Systematisk inspektion av tänder
- Pubertetsstatus (självskattning)
- Hud – ögon – öron
- Hjärta – puls – blodtryck
- Lungor
- Lymfkörtlar
- Sköldkörtel
- Buk
- Rygg
- Rutinneurologisk status
- Psykomotorisk utvecklingsbedömning (mindre barn)
- Språk – kontakt – kommunikation
- Stämningsläge – oro
- Koncentrationsförmåga
- Orientering
- Vid behov specifik utvidgad undersökning – beroende på frågeställning

Speciell uppmärksamhet bör ägnas åt eventuella tecken på misshandel eller självdestruktivt beteende.

Efter undersökning

Efter den kroppsliga undersökningen bör barnet om möjligt ges tillfälle att samtala en stund på tu man hand med undersökande läkare för att få möjlighet att ställa frågor och ta upp samtal om tankar barnet vill dela med sig av.



Läkarundersökningen bör karakteriseras av ett helhetsperspektiv och att barnets livssituation står i centrum.

Före avslut av konsultationen sammanfattas den tillgängliga medicinska bakgrundsinformation. Barnets och de vuxnas beskrivning av eventuella problemområden repeteras. Läkaren sammanfattar slutsatser från konsultationen. Vaccinationsprogram, fortsatta hälsoundersökningar och eventuell specialistremiss diskuteras. Beslut om uppföljning och besked kring utlåtande kommuniceras. Planering för eventuellt fortsatt utrednings- och behandlingsarbete presenteras.

Bedömning/Utlåtande

I den sammanfattande bedömningen noteras hur lång tid undersökningen har tagit och vem som varit närvarande och intervjuats eller lämnat information. Beskrivning av barnets förmåga att medverka och kommunicera i undersökningssituationen ingår. Det ska framgå vilka hälso- och sjukvårdsjournaler som varit tillgängliga och beskrivning av eventuella avvikande under-

sökningsfynd som framkommit vid undersökningen. Den sammanfattande beskrivningen ska innehålla en bedömning av både akuta och långsiktiga hälso- och sjukvårdsbehov och bör planeras tillsammans med personal från socialtjänsten.

Åtgärder och planering

Förslag till åtgärder sammanfattas. Undersökningen kan behöva kompletteras med provtagningar, eventuellt även avseende smittsamma och sexuellt överförbara sjukdomar. Eventuella remisser till primärvård, barn-, skol- och tandhälsovård eller specialistmottagning utfärdas.

Uppföljning i barn- eller skolhälsovården, tandhälsovården och vid behov i sjukvården ska ingå i planeringen. Om barnet inte har en egen läkare i primärvården bör detta diskuteras i samband med undersökningen, så att barnet ges möjlighet att få träffa samma läkare vid kommande vårdkontakter.

Resultatet av undersökningen dokumenteras och skickas till ansvarig socialsekreterare. Om remiss skickas till annan vårdgivare föreslås att svar även skickas till socialtjänsten som då får möjlighet att följa upp och dokumentera uppgifter om barnets hälsa samt den planering som är gjord.



— STANDARDISERTE INSTRUMENT FOR — SCREENING AV PSYKISK HELSE

Stine Lehmann, Institutt for klinisk psykologi, Psykologisk fakultet, Universitetet i Bergen, Norge, och Uni Research Helse, Regionalt Kunnskapssenter for Barn og Unge, Psykiske Helse og Barnevern -Vest, Bergen, Norge.

Hege Kornør, Regionalt Senter for Barn og Unges Psykiske Helse, Helseregion Øst og Sør, Norge.

Heidi Jacobsen, Regionalt Senter for Barn og Unges Psykiske Helse, Helseregion Øst og Sør, Norge, och Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse, Regionalt Senter for Barn og Unges Psykiske Helse, Helse-region Øst og Sør, Norge.

Studier har vist en høy forekomst av psykiske lidelser blandt fosterbarn, ofte med et komplekst symptommonster og høy komorbiditet^{25, 27, 120}. En norsk studie av fosterbarn i skolealder fant at 51 prosent av barna hadde en eller flere psykiske lidelser²⁵. Innføring av standardiserte screeninginstrumenter i barnevernet har vist seg å øke sansynligheten for at barn med behov for oppfølging oppdages^{121, 122}. Dette taler for å innføre systematiske undersøkelser av psykisk helse hos barn som plasseres utenfor hjemmet. Begrensede ressurser og kompetanse i barnevernet vanskeliggjør omfattende utredninger av psykisk helse. Derfor kan kortere screeninginstrumenter være et nyttig første trinn i identifisering av barn med behov for spesialisert utredning og oppfølging.

Et generelt krav til screeninginstrument ved siden av at de er praktisk gjennomførbare i en

barnevernsetting, er at de er sensitive: barn som har en psykisk lidelse skårer over en gitt grenseverdi på testen; og at de er spesifikke: barn uten en psykisk lidelse skårer under samme grenseverdi. Videre vil nytteverdien av instrumentet vurderes utfra dets evne til å fange opp endringer over tid hos ett og samme individ. Et instrument som er utviklet for å screene en generell barnebefolkning med lav forekomst av lidelser, vil ikke nødvendigvis ha de samme egenskapene når den brukes i en gruppe barn med høy forekomst av psykiske lidelser, som for eksempel fosterbarn.

SCREENING AV FOSTERBARN PSYKISKE HELSE

Det finnes flere tilgjengelige screeninginstrumenter som kan være egnet for å kartlegge eksternaliserings- og internaliseringsvansker, samt sosial fungering. Britiske forskere har for eksempel gjennomgått forskning på Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), Child Behavior Checklist (CBCL), og Children's Global Assessment Scale (CGAS) som de tre mest utbredte screeninginstrumenter for fosterbarn både i forskning og klinikk. Denne rapporten oppsummerte at både CBCL, CGAS og SDQ evnet å fange opp endringer i barns vansker over tid, og at SDQ egnet seg til å identifisere fosterbarn som har psykiske lidelser, mens resultatene var mer uklare eller manglende når det gjelder CBCL og CGAS⁵⁰.

SCREENING AV FOSTERBARN I NORDISK KONTEKST

I England og Skandinavia har Strengths and Difficulties questionnaire (SDQ) fått oppmerksom-

het som et mulig screeninginstrument for fosterbarn både i forskning og i praksisfeltet^{24, 123, 124}. I det følgende gis det derfor en mer utførlig beskrivelse av SDQ, og en kort oppsummering av funn fra en norsk studie¹²⁴, med anbefaling om praktisk bruk i barnevernkontekst.

SDQ¹²⁵ er et spørreskjema med 25 spørsmål, som fylles ut av omsorgsgivere (SDQ-P) og lærere (SDQ-T) for barn mellom 3-16 år, og som selvutfylling fra barnet er 11 år¹²⁶. Svarene skåres fra 0 til 10 på fem subskalaer: Atferdsvansker, Hyperaktivitet – oppmerksomhets- problemer, Emosjonelle symptomer, Venneproblemer, og Prososial atferd. De fire problemskalaene summeres opp til en Total problemskala, med skåre fra 0 til 40. SDQ inkluderer også en Impact skala som måler stress og funksjonsnedsettelse som følge av symptomer, på ulike arenaer i barnets dagligliv¹²⁷. Detaljert beskrivelse og spørreskjema på samtlige nordiske språk finnes på websiden til copyright-holderen youthinmind: <http://www.sdqinfo.com/>. Personell uten helsefaglig kompetanse kan gjennomføre screeningen, forutsatt at de får tilstrekkelig opplæring og veiledning i administrasjon og tolkning.

En review fra 2010 som inkluderte 18 studier av psykometriske egenskaper ved SDQ, konkluderte med at SDQ har tilfredsstillende indre konsistens, test-retest reliabilitet og enighet mellom informanter¹²⁸. SDQ Total problemskala har vist god evne til å identifisere psykiske lidelser i barnebefolkningen i England¹²⁹, Sverige¹³⁰, og i USA¹³¹, og i et utvalg fosterbarn i Storbritannia¹²³. Impact-skalaen har også vist seg å være en sterk prediktor for psykiske lidelser i barnebefolkningen generelt¹³², for bruk av psykiske helsetjenester hos fosterbarn¹³³, og diskriminerer godt mellom normale og kliniske utvalg¹²⁷. Intet nordiskt land har idag nasjonale normdata for samtlige versjoner og aldersgrupper. Imidler-

tid indikerer studier at grenseverdiene normalt er lavere i de nordiske landene sammenliknet med Storbritannia^{124, 130}.

SCREENINGEGENSKAPER VED SDQ FOR FOSTERBARN I NORGE

En nylig publisert norsk studie har undersøkt¹²⁴ hvor godt SDQ-P og SDQ-T identifiserte psykiske lidelser hos fosterbarn i alderen 6-12 år (N =279), med det diagnostiske intervjuet Developmental and Well-Being Assessment (DAWBA)¹³⁴ som referansestandard. I tråd med tidligere studier på barn i skolealder, viste SDQ Totalproblem skala og Impact skala gode screening-egenskaper i dette utvalget. Studien anbefaler bruk av begge skalaene, slik at dersom fosterbarn skårer 13+ på Total problemskala, eller 2+ på Impact skalaen, bør dette utløse videre utredning og oppfølging. Med disse grenseverdiene ble ni av ti barn med en psykisk lidelse identifisert (89 prosent sensitivitet). Det vil si at 11 prosent av barna som hadde en psykisk lidelse, ikke ble identifisert med disse grenseverdiene (falske negative). Grenseverdiene gav en moderat spesifisitet (62.1 prosent). Det vil si at nær fire av ti barn som ikke hadde en psykisk lidelse likevel skåret over grenseverdi (falske positive). Det er verd å merke seg at 52–88 prosent av disse falske positive, likevel hadde psykiske vansker. Dette indikerer at barn som skårer over grenseverdien er en sårbar gruppe, som bør følges opp selv om de ikke har en psykisk lidelse.

I en tenkt fosterbarnpopulasjon på 5.000 barn, med en forekomst av psykiske lidelser på 51 prosent, betyr dette at 2.270 barn vil skåre over grenseverdi og trenge videre oppfølging, mens 280 barn med en psykisk lidelse ikke vil fanges opp ved hjelp av SDQ.

SCREENING AV FOSTERBARN I SPED- OG SMÅBARNALDER

To aktuelle screeninginstrumenter for spedbarn er basert på foreldrerapporter: Ages and Stages questionnaires (ASQ/ASQ-3)^{135, 136} for barn i alderen 2 evt. 3–60 måneder, og Ages and Stages questionnaires: Social Emotional (ASQ:SE)¹³⁷ for barn i alderen 3–66 måneder. ASQ inkluderer skalaene Kommunikasjon, Grovmotorikk, Finmotorikk, Problem-løsning og Personlig/sosialt¹³⁸, den har en sumskåre for hver skala og en totalskåre. Lavere skåre indikerer økende vansker. ASQ:SE handler om barns sosio-emosjonelle fungering og er delt inn i områdene selvregulering, medgjørighet, kommunikasjon, tilpasningsdyktighet, autonomi, affekt og samhandling med andre. ASQ:SE har en totalskåre, hvor økende skåre indikerer økende sosiale og emosjonelle problemer¹³⁹.

Alarm Distress Baby Scale (ADBB) er en observasjonsmetode som har til hensikt å identifisere tidlig vedvarende tilbaketrekking hos sped- og småbarn¹⁴⁰. ADBB består av åtte ulike skalaer; Ansiktsuttrykk, Blikk-kontakt, Generelt aktivitetsnivå, Selvstimulende bevegelser, Vokaliseringer, Responshurtighet ved stimulering, Evne til å inngå i et samspill, og Evne til å tiltrekke seg og beholde oppmerksomhet. Barnet kan oppnå en Totalskåre fra 0–32, og en lav skåre indikerer behov for oppfølging¹⁴¹.

SCREENINGEGENSKAPER VED INSTRUMENTER SPESIELT EGNET FOR SPED- OG SMÅBARN

I en amerikansk manual rapporteres det ved bruk av en revidert utgave av ASQ (ASQ-3) (N >18.000) en sensitivitet på 85-92 prosent og en spesifisitet på 78-92 prosent¹³⁶. For ASQ har en grenseverdi blitt satt til to standardavvik under gjennomsnittet for normeringsutvalget¹³⁶. Den norske versjonen av ASQ har vist seg å ha god

reliabilitet ved bruk av totalskåren, (median for totalskåren > 0,80 og test-retest reliabilitet for det meste > 0,70)¹⁴², og det foreligger norske normer¹³⁸. Testens validitet er lite utforsket i Skandinavia¹³⁸. Når det gjelder ASQ:SE, viste en amerikansk normeringsstudie (N = 3.000, 3–66 mnd)¹⁴³, en sterk indre konsistens for total skåren (0,67 - 0,91), en sensitivitet på mellom 71 - 85 prosent, og en spesifisitet på 90-98 prosent, avhengig av alder¹³⁹. Grenseverdiene varierer avhengig av alder. Det er foreløpig ikke publisert skandinaviske studier som undersøker testens psykometriske egenskaper¹³⁹.

Verken ASQ eller ASQ:SE har normer basert på studier av fosterbarn. Imidlertid finner en amerikansk studie av fosterbarn (N = 251, 4 måneder–5 år) at innføring av ASQ økte identifiseringen av utviklingsforsinkelse fra 29 prosent til 58 prosent¹⁴⁴. Når det gjaldt sosio-emosjonelle problemer ble 24 prosent av barna identifisert med sosio-emosjonelle problemer når ASQ:SE hadde vært benyttet, sammenlignet med kun 4 prosent når ASQ:SE ikke hadde vært benyttet¹²².

Når det gjelder ADBB har det blitt rapportert tilfresstillende psykometriske egenskaper i en fransk studie¹⁴⁰. Ved en Total skåre på 5 viste ADBB en sensitivitet på 82 prosent og en spesifisitet på 78 prosent. Videre viste en observasjon av 60 barn en akseptabel enighet mellom observatørene (rs.84). De mangler vurderingen av de psykometriske egenskapene ved de skandinaviske versjonene, og datagrunnlaget for å vurdere måleegenskaper ved den norske versjonen av ADBB skalaen er utilstrekkelig. Fremtidig forskning hvor man benytter den norske ADBB skalaen bør legge vekt på psykometriske egenskaper¹⁴¹.

Oppsummert er ikke systematisk bruk av ASQ /ASQ:SE på barnevernpopulasjonen rapportert,

med unntak av de amerikanske studiene beskrevet over. Likevel vurderes dette som nyttige instrumenter, egnet for små barn, og anbefales prøvd ut på fosterbarn. En slik bruk bør inkludere forskning på instrumentenes egnethet i forhold til denne gruppen barn. En grunnleggende opplæring i administrasjon, skåring og vurdering av skåringene ved bruk av ASQ/ASQ:SE/ADDB er nødvendig.

SCREENING I EN BREDERE KONTEKST

Høy forekomst av psykiske lidelser hos fosterbarn har nær sammenheng med deres omsorgsbetingelser i biologisk familie, og deres plasseringshistorie. SDQ og ASQ/ASQ:SE er først og fremst sjekklistor for symptom og funksjon. De kan ikke brukes til å stille diagnoser. De gir heller ikke informasjon om barnets nåværende kontekst, eller hvilke belastninger og beskyttende faktorerer barnet har erfart før plassering. Studier indikerer at fosterbarn er spesielt utsatt for å utvikle alvorlige relasjonsforstyrrelser^{25, 145-147}. De omtalte screeninginstrumentene er ikke designet for å identifisere denne type interpersonlige vansker. Det er derfor viktig å påse at screening av psykisk helse skjer innenfor en bredere ramme der omsorgshistorikk og relasjonell fungering /tilknytning også blir kartlagt, enten ved samtale eller ved hjelp av standardiserte validerte metoder.

Det finnes standardiserte instrumenter egnet til å fange opp traumehistorikk og -symptomer, som for eksempel Childhood Trauma questionnaire^{148, 149}. Denne er oversatt til norsk og svensk. Studier av måleegenskaper i en norsk høyrisikogruppe¹⁵⁰ og en svensk klinisk gruppe¹⁵¹ gav støtte til den originale femfaktorstuktur, med akseptabel til høy intern konsistens. For yngre barn finnes Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) (8-16 år)¹⁵² og Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC) (3-11

år)¹⁵³. Begge er oversatt til norsk og svensk, har svenske normer, og har vist tilfredsstillende psykometriske egenskaper i svenske utvalg^{154, 155}. TSCC og TSCYC krever psykologfaglig kompetanse for administrasjon og tolkning. Vi vil også nevne Assessment Checklist for Children¹⁵⁶, som er utviklet spesielt for barn som plasseres utenfor hjemmet, og favner et bredt spekter av vansker spesielt relevant for denne gruppen barn^{156, 157}. Dette instrumentet skal være oversatt til norsk, men måleegenskapene er foreløpig ikke kjent.

Oppsummert finnes det ennå ikke nordiskspråklige screeninginstrumenter som evner å fange opp samtlige sentrale områder og særtrekk ved denne høyrisikogruppen barn, og som har dokumenterte måleegenskaper for nordiske barnevernpopulasjoner. Veletablerte instrumenter som SDQ kan se ut til å egne seg til screening-formål for fosterbarn. Også ASQ /ASQ :SE kan være relevante screeninginstrumenter, men her er kunnskapsgrunnlaget noe tynnere. Imidlertid er det viktig å være oppmerksom på de klare begrensningene slike grovmaskede instrumenter har. Omsorgshistorikk, relasjonelle traumer, reguleringsvansker, og påfølgende interpersonlige problemer fanges ikke opp av disse instrumentene. Nyere instrumenter spesielt designet for å favne om særtrekk ved fosterbarns psykisk helse og relasjonelle fungering er utviklet, men vi vet ennå for lite om overføringsverdien til de nordiske landene.

Dette notatet har fokusert på egenskaper ved screeninginstrumenter. Screening blir ofte benyttet til å identifisere individer i befolkningen som har behov for mer omfattende og ressurskrevende utredning, når tilstanden er relativt sjelden forekommende. Screening vil da være hensiktsmessig av hensyn til begrensede økonomiske og faglige ressurser, og fordi det store

flertall som ikke er syke slipper å gjennomgå en omfattende utredning. Blandt fosterbarn er psykiske lidelser hyppig forekommende. Mange av barna har vært eksponert for en kombinasjon og varighet av belastninger som er som er sjelden forekommende i barnebefolkningen generelt. Det kan derfor vurderes om fosterbarn bør tilbys en omfattende utredning av sin mentale helse, utført av helsepersonell med spesialisert kompetanse på fosterbarns behov, uten forutgående skrening. Mange fosterbarn og deres fosterforeldre vil ha behov for oppfølging fra flere tjenester. Samordning av tjenester for barn og unge, og viderutvikling og utprøving av virksomme tiltak for barnet og dets fosterforeldre er av avgjørende betydning for å sikre en best mulig utvikling utfra barnets forutsetninger.



SKOLSTÖDJANDE INSATSER

Hilma Forsman, Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet, Sverige

En översikt av kunskapsläget visar att skolstödjande insatser till barn i fosterhem länge varit ett eftersatt område, men att majoriteten av de försök som har utvärderats har lett till positiva resultat⁷¹. Även om det rör sig om relativt få studier och ofta i form av mindre försök med svag design (d.v.s. inte kvasiexperiment eller randomiserade kontrollerade försök) indikerar erfarenheterna från dessa försök att det är möjligt att förbättra barnens skolprestationer och att det låter sig göra genom flera olika typer av insatser.

Nedan kommer de mest lovande insatstyperna att presenteras.

SAMVERKANSMODELLER

En rad studier indikerar att en viktig anledning till dåliga skolresultat bland barn i samhällsvård är att socialtjänst, skola och vårdmiljö har låga förväntningar^{63, 158–160} och brister i att prioritera barnens utbildning och skolmässiga behov^{159–165}. För att komma till rätta med dessa brister har det därför utvecklats samverkansmodeller där samordnare eller team tar ett särskilt ansvar för skolsituationen.

I den svenska arbetsmodellen SkolFam leds arbetet kring varje barn av ett team bestående av psykolog, specialpedagog och socialsekreterare. Efter en psykologisk och pedagogisk kartläggning av barnets styrkor och behov tas en utbildningsplan fram tillsammans med skola och fosterhem. Stödet som ges är individanpassat och kan till exempel handla om särskild läs- eller arbetsminnesträning. Efter två år görs

en uppföljande kartläggning och teamet följer därefter det fortsatta arbetet under resten av grundskolan.

Det finns tre utvärderade försök av SkolFam som baseras på jämförelser av testresultaten från de båda kartläggningarna. Dessa så kallade före/efterstudier baseras på ett tjugotal barn (huvudsakligen 7–11 år) vardera. I alla försöken har den kognitiva förmågan ökat markant^{63, 64, 166}, vilket är en påminnelse om att socialt utsatta barns resultat på kognitiva tester är instabila – det är vanligt att resultaten förbättras efter interventioner. Förbättringarna i läsning var särskilt tydliga i det första försöket⁶³, och i det andra försöket, där hälften av barnen fick arbetsminnesträning, visade resultaten signifikanta förbättringar i räkning⁶⁴.

Erfarenheterna från dessa försök bekräftade att vuxna i barnens närhet ofta har låga förväntningar på deras skolprestationer. Genom kartläggningen blev det uppenbart att flera barn presterade långt under sin kognitiva kapacitet. För många var därför förmedlandet av testresultaten betydelsefullt i sig. Kartläggningen möjliggjorde även att stödet kunde skraddarsys och att barnen fick möjligheter att ta igen kunskapsluckor som uppstått efter upprepade flyttningar, skolbyten och bristande stöd. En viktig del av SkolFam-teamets arbete var att mobilisera resurserna i både skola, socialtjänst och fosterhem, att göra barnens skolgång till en prioriterad fråga och ge handledning i hur stödet kan ges^{63, 64}.

SkolFam har blivit en ordinarie verksamhet i flera svenska kommuner och en mer samlad bild av dess påverkan kommer att ges 2015

då en större nationell utvärdering med jämförelsegrupp är genomförd. Arbetsmodellen har också spridit sig till andra nordiska länder. Utvärderingen av den norska motsvarigheten Sammen for læring som baserades på 37 barn (7–11 år) visade också tydliga förbättringar i kognitiv förmåga. Barnens läsning och räkning testades inte, men skattningar från bland annat lärare pekade i positiv riktning¹⁶⁷. I Finland finns SISUKAS som prövas i ett pågående försök och i Danmark pågår ett randomiserat försök där insatsen LUKoP kommer att utvärderas.

I USA finns en annan samverkansmodell där skolsamordnare vid socialtjänsten ger kontinuerligt stöd till barn i samhällsvård och arbetar mot skola, socialtjänst och vårdmiljö för att främja barnens skolgång. Insatsen har utvärderats i ett kvasiexperiment där 50 barn som fått insatsen jämfördes med 38 barn som inte fått den (5–17 år). Barnen som fått insatsen hade fått sämre skolkänslighet, men signifikanta förbättringar i läsning och räkning¹⁶⁸. I en senare före/efter-studie hade barnens (12–15 år) skolkänslighet förbättrats, men läs- och räkneutvecklingen var inte lika stor som i det första försöket¹⁶⁹.

TUTORING

Tutoring innebär att ett barn får strukturerat skolrelaterat stöd av en förälder/fosterförälder, pedagog, skolkamrat eller frivillig vuxen. Sådana insatser är vanliga i Nordamerika och välbeprövade i normalpopulationen^{170, 171}. För barn i fosterhem kan tutoring ses som särskilt användbart då flera studier visat att uppmuntran, extra stöd och engagemang från en fosterförälder eller annan vuxen har en positiv verkan på skolgången^{64, 75, 161, 172-174}.

Tutoring för barn i fosterhem (6–13 år) har prövats i två kanadensiska randomiserade försök^{76, 77}.

I det ena försöket fick barnen tutoring av sina fosterföräldrar 3 timmar/vecka i 30 veckor, vilket ledde till signifikanta förbättringar i läsning och räkning⁷⁶. I det andra försöket fick barnen motsvarande stöd i mindre grupper av frivilliga högskolestudenter 2 timmar/vecka i 25 veckor. Förbättringarna motsvarade resultaten i det första försöket för läsning, men inte för räkning⁷⁷. Dessa försök ligger till grund för en liknande insats som kommer att utvärderas i samma danska randomiserade försök som den tidigare nämnda samverkansmodellen LUKoP.

En särskild form av tutoring är lästräning enligt metoden Paired Reading. I ett brittiskt försök läste fosterföräldrar tillsammans med fosterbarn (5–12 år) 30 min, 3 gånger/vecka under en period av 16 veckor. Utvärderingen som gjordes i form av en före/efterstudie visade att barnens läsålder i genomsnitt förbättrats med 12 månader, vilket innebär 3 månaders utveckling för varje månad av lästräning¹⁷⁵. Nyligen gjordes en svensk replikering av detta försök med 81 barn (8–12 år) och deras fosterföräldrar. Utvärderingen visade att majoriteten hade genomfört lästräningen utan större svårigheter^{73, 74, 176}. Utöver markanta förbättringar i barnens ordförråd, hade läsåldern förbättrats med 11 månader, vilket ligger i linje med de brittiska resultaten^{74, 175}.

Erfarenheterna från det svenska Paired Reading-projektet visade att det finns en klar potential i att låta fosterhem stödja barnens läsning på ett mer systematiskt sätt⁷⁴. Barnen tycktes värdesätta att få fosterföräldrarnas fulla fokus och fosterhemmen uppskattade att få handfasta råd för hur de kan främja barnens skolgång. För att lästräningen ska fungera krävs dock att metoden i vissa fall anpassas efter barnets och fosterhemmets förutsättningar¹⁷⁶.

TILLGÅNG TILL INLÄRNINGSMATERIAL

Tidigare forskning har visat att god tillgång till böcker i vårdmiljön är betydelsefullt för fosterbarns utbildning^{75, 173}. Samtidigt har studier visat att barn i samhällsvård har sämre tillgång till just böcker och andra skolrelaterade resurser än sina jämnåriga^{161, 177}. Mot bakgrund av detta har det utvecklats insatser som bygger på uppmuntran till lärande genom att barn i fosterhem får böcker och annat inlärningsmaterial.

I Storbritannien finns insatsen The Letterbox Club – en bokklubb för barn i fosterhem. Varje månad under sommarhalvåret får barnen ett paket med posten. Varje paket innehåller en skönlitterär bok, en faktabok och ett enkelt räknspel samt exempelvis namnetiketter, pennor, skrivböcker och miniräknare. Insatsen har utvärderats för olika åldersgrupper genom flera före/efter-studier^{178–180}. Den samlade bilden av de olika försöken är att de yngre barnen (7–11 år) tycks ha störst nytta av insatsen och att läsförmågan förbättrats i större utsträckning än barnens räkneförmåga. I Sverige görs för närvarande ett mindre försök av insatsen.

Försöken med Letterbox Club visade att det var viktigt att det material som barnen fick, utgick från deras intresseområden. Att få personligt adresserade paket, en hälsning från projektet och egna böcker som de kan klistra sin namnetikett på, har framhållits som mycket betydelsefullt av de deltagande barnen. Även om insatsen inte förutsätter fosterhemmens delaktighet har erfarenheterna visat att många fosterföräldrar engagerade sig i barnens läsning och räkning^{178–181}.

I ett annat brittiskt försök fick 50 barn i samhällsvård (9–14 år) böcker, en handdator och månatlig handledning under 15 månader. En före/efter-studie visade att också denna insats

ledde till signifikanta förbättringar i barnens läsning¹⁸². En dansk variant av Letterbox Club, Bogekoffert, har också testats med framgång för socialt utsatta förskolebarn med danska som andraspråk¹⁸³.

SÄRSKILDA SKOLSTÖDSPROGRAM

Bland de utvärderade försök som gjorts inom området finns det också exempel på särskilda skolstödsprogram, som det danska Lær For Livet. Insatsen innebär att barn i fosterhem dels får en mentor som följer dem under skoltiden, dels deltar i ett två veckor långt sommarläger (Learning Camp). Lägarverksamheten bygger på intensivt skolrelaterat stöd som individanpassas utifrån en inledande kartläggning. En utvärdering som gjordes i form av en före/efter-studie på 18 barn (10–13 år) som deltagit i lägret visade att de gick från att ligga under till att ligga över landsgenomsnittet i läsning och räkning¹⁸⁴.

Intensivträningen var uppskattad av många barn eftersom den utgick från deras personliga lärostil och intresseområden. Insatsen innebar också en möjlighet för barn i fosterhem att träffa andra barn i samma situation¹⁸⁴.

SKOLFÖRBEREDANDE INSATSER

Forskning har visat att läs- och räknefärdigheter i förskoleålder är vad som har störst betydelse för hur alla barn klarar sig senare i skolan⁸⁰. En amerikansk studie av 63 fosterbarns tidiga läsutveckling i förskolan indikerade att mer än hälften av barnen var i risk för senare lässvårigheter⁸². Detta understryker vikten av tidiga insatser för denna grupp. I USA har det gjorts ett försök med en sådan skolförberedande insats kallad Kids in Transition to School. Insatsen som är särskilt framtagen för barn i samhällsvård som ska börja förskolan sträcker sig över fyra månader, uppdelat på en förberedande fas och en övergångsfas. Genom deltagande i struk-

turerade gruppverksamheter främjas barnens läsutveckling och socioemotionella färdigheter liksom fosterföräldrarnas engagemang i skolgången. Ett randomiserat kontrollerat försök med 192 barn visade att insatsen hade signifikanta positiva effekter på de deltagande barnens läs- och skrivkunnighet (effektstorlek 0.26) och testade självreglerande färdigheter (effektstorlek 0.18)⁸¹.



REFERENSER

1. Lundström T, Vinnerljung B. Omhändertagande av barn under 1990-talet. I Valfärdstjänster i omvandling: Antologi från Kommittén Valfärdsboksut; 2001:289-336.
2. Socialstyrelsen. Social rapport 2006. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
3. Vinnerljung B. Fosterbarn som vuxna. Lund: Lunds Universitet; 1996.
4. Fallesen P, Emanuel N, Wildeman C. Cumulative risks of foster care placement for Danish children. PLOS ONE 2014;9:e109207.
5. Kestilä L, Paananen R, Väisänen A, Muuri A, Merikukka M, Heino T, et al. Kodin ulkopuolelle sijoittamisen riskitekijät: Rekisteripohjainen seurantatutkimus Suomessa vuonna 1987 syntyneistä. Yhteiskuntapolitiikka 2012;77:34-52.
6. Kataja K, Ristikari T, Paananen R, Heino T, Gissler M. Hyvinvointiongelmien ylisukupolviset jatkumot. Yhteiskuntapolitiikka 2014;79:38-54.
7. Wildeman C, Emanuel N. Cumulative risks of foster care placement by age 18 for US children, 2000–2011. PLoS one 2014;9:e92785.
8. Bebbington A, Miles J. The background of children who enter local authority care. British Journal of Social Work 1989;19:349-68.
9. Egelund T. Beskyttelse af barndommen: Socialforvaltningens risikovurdering og indgreb. Lund: Lund University; 1997.
10. Franzen E, Vinnerljung B, Hjern A. The epidemiology of out-of-home care for children and youth: A national cohort study. British Journal of Social Work 2008;38:1043-59.
11. Lausten M, Andersen D, Skov P, Nielsen A. Anbragte 15-åriges hverdagsliv og udfordringer: Rapport fra tredje dataindsamling af forløbsundersøgelsen af anbragte børn født i 1995. København: SFI; 2013.
12. Egelund T, Hestbæk A-D, Andersen D. Små børn anbragt uden for hjemmet: En forløbsundersøgelse af anbragte børn født i 1995. København: SFI; 2004.
13. Egelund T, Andersen D, Hestbæk A-D, Lausten M, Knudsen L, Olsen R, et al. Anbragte børns udvikling og vilkår: Resultater fra SFI's forløbsundersøgelser af årgang 1995. København: SFI; 2008.
14. Kling S. Fosterbarns hälsa: Det medicinska omhändertagandet av samhällsvårdade barns hälsa i Malmö. Malmö: Malmö stad; 2010.
15. Kling S, Nilsson I. Hälsa hos barn som utreds inom socialtjänsten. Stockholm: Socialstyrelsen; kommande.
16. Kristofersen LB. Barnevernbarnas helse: Uførhet og dødelighet i perioden 1990-2002. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning; 2005.
17. Socialstyrelsen. Dartingtonprojektet: En försöksverksamhet för att stärka och utveckla familjevården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2000.
18. Zewdu AM. Health-related benefits among children in the child welfare system: Prevalence and determinants of basic and/or attendance benefits. Norsk Epidemiologi 2010;20:77-84.
19. Fiedler Backteman U, Blennow M, Lindfors A. Hälsovård för barn placerade i samhällsvård: Brister finns, förbättringar möjliga. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2014.
20. Eronen T. Viisi vuotta huostaanotosta: Seurantatutkimus huostaanotettujen lasten institutionaalisista poluista. Helsingfors: THL; 2013.
21. Olsen RF, Egelund T, Lausten M. Tidligere anbragte som unge voksne. København: SFI; 2011.
22. Ottosen MH, Christensen PS. Anbragte børns sundhed og skolegang: Udviklingen efter anbringelsesreformen. København: SFI; 2008.
23. Hill C, Wright V, Sampeys C, Dunnett K, Daniel S, O'Dell L, et al. The emerging role of the specialist nurse: Promoting the health of looked after children. Adoption & Fostering 2002;26:35-43.
24. Egelund T, Lausten M. Prevalence of mental health problems among children placed in out-of-home care in Denmark. Child & Family Social Work 2009;14:156-65.
25. Lehmann S, Havik OE, Havik T, Heiervang ER. Mental disorders in foster children: A study of prevalence, comorbidity and risk factors. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health 2013;7:39.
26. Dimigen G, Del Priore C, Butler S, Evans S, Ferguson L, Swan M. Psychiatric disorder among children at time of entering local authority care: Questionnaire survey. British Medical Journal 1999;319:675.
27. Ford T, Vostanis P, Meltzer H, Goodman R. Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: Comparison with children living in private households. The British Journal of Psychiatry 2007;190:319-25.
28. McCann JB, James A, Wilson S, Dunn G. Prevalence

- of psychiatric disorders in young people in the care system. *British Medical Journal* 1996;313:1529-30.
29. Pecora PJ, White CR, Jackson LJ, Wiggins T. Mental health of current and former recipients of foster care: A review of recent studies in the USA. *Child & Family Social Work* 2009;14:132-46.
 30. Holtan A, Rønning JA, Handegård BH, Sourander A. A comparison of mental health problems in kinship and nonkinship foster care. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2005;14:200-7.
 31. Rätty L, Väliavaara C, Mäntymaa S-M, Saksola M, Pirttimaa R. Perhehoitoon sijoitettu lapsi koulussa: Lasten psykologisen ja pedagogisen alkukartoituksen tulokset. Jyväskylä: Pesäpuu ry; 2014.
 32. Havnen KS, Jakobsen R, Stormark KM. Mental health problems in Norwegian school children placed out-of-home: The importance of family risk factors. *Child Care in Practice* 2009;15:235-50.
 33. Socialstyrelsen. Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
 34. Socialstyrelsen. Föreskrivning av psykofarmaka till placerade barn och ungdomar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
 35. Kestilä L, Väisänen A, Paananen R, Heino T, Gissler M. Kodin ulkopuolelle sijoitetut nuorina aikuisina: Rekisteripohjainen seurantatutkimus Suomessa vuonna 1987 syntyneistä. *Yhteiskuntapolitiikka* 2012;77:599-620.
 36. Hjern A, Vinnerljung B, Lindblad F. Avoidable mortality among child welfare recipients and intercountry adoptees: A national cohort study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2004;58:412-7.
 37. Vinnerljung B, Berlin M, Hjern A. Skolbetyg, utbildning och risker för ogynnsam utveckling hos barn. I Social rapport 2010. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010:227-66.
 38. Vinnerljung B, Ribe M. Mortality after care among young adult foster children in Sweden. *International Journal of Social Welfare* 2001;10:164-73.
 39. Vinnerljung B, Sallnäs M. 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* 2008;13:144-55.
 40. Vinnerljung B, Hjern A, Lindblad F. Suicide attempts and severe psychiatric morbidity among former child welfare clients: A national cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2006;47:723-33.
 41. Berlin M, Vinnerljung B, Hjern A. School performance in primary school and psychosocial problems in young adulthood among care leavers from long term foster care. *Children and Youth Services Review* 2011;33:2489-97.
 42. Vinnerljung B, Hjern A. Consumption of psychotropic drugs among adults who were in societal care during their childhood. *Nordic Journal of Psychiatry* 2014;68:611-9.
 43. Havnen KS, Breivik K, Jakobsen R. Stability and change: A 7- to 8-year follow-up study of mental health problems in Norwegian children in long-term out-of-home care. *Child & Family Social Work* 2014;19:292-303.
 44. Hukkanen R, Sourander A, Bergroth L, Piha J. Follow-up of children and adolescents in residential care in children's homes. *Nordic Journal of Psychiatry* 1999;53:185-9.
 45. Vanderfaellie J, Van Hoen F, Vanschoonlandt F, Robberechts M, Stroobants T. Children placed in long-term family foster care: A longitudinal study into the development of problem behavior and associated factors. *Children and Youth Services Review* 2013;35:587-93.
 46. Fisher PA, Chamberlain P, Leve LD. Improving the lives of foster children through evidenced-based interventions. *Vulnerable Children and Youth Studies* 2009;4:122-7.
 47. Goodman R, Ford T, Corbin T, Meltzer H. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) multi-informant algorithm to screen looked-after children for psychiatric disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2004;13:II25-31.
 48. Leslie LK, Hurlburt MS, Landsverk J, Rolls JA, Wood PA, Kelleher KJ. Comprehensive assessments for children entering foster care: A national perspective. *Pediatrics* 2003;112:134-42.
 49. Whyte S, Campbell A. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A useful screening tool to identify mental health strengths and needs in looked after children and inform care plans at looked after children reviews? *Child Care in Practice* 2008;14:193-206.
 50. Luke N, Sinclair I, Woolgar M, Sebba J. What works in preventing and treating poor mental health in looked after children? Oxford: REES Centre; 2014.
 51. Leve LD, Harold GT, Chamberlain P, Landsverk JA, Fisher PA, Vostanis P. Practitioner review: Children in foster care – vulnerabilities and evidence-based interventions that promote resilience processes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2012;53:1197-211.
 52. Kessler RC, Pecora PJ, Williams J, Hiripi E, O'Brien K, English D, et al. Effects of enhanced foster care on

- the long-term physical and mental health of foster care alumni. *Archives of General Psychiatry* 2008;65:625-33.
53. Helsetilsynet. Mytar og anekdotar eller realitetar? Barn med tiltak frå barnevernet og tenester frå psykisk helsevern for barn og unge. Oslo: Helsetilsynet; 2012.
 54. Weisz JR, Kuppens S, Eckshtain D, Ugueto AM, Hawley KM, Jensen-Doss A. Performance of evidence-based youth psychotherapies compared with usual clinical care: A multilevel meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2013;70:750-61.
 55. Vinnerljung B, Franzen E, Danielsson M. Teenage parenthood among child welfare clients: A Swedish national cohort study of prevalence and odds. *Journal of Adolescence* 2007;30:97-116.
 56. Brännström L, Vinnerljung B, Hjern A. Risk factors for teenage births: Are they the same for foster youth as for majority population peers? kommande.
 57. Bäckman O, Estrada F, Nilsson A, Shannon D. The life course of young male and female offenders: Stability or change between different birth cohorts? *British Journal of Criminology* 2014;54:393-410.
 58. Frønes I, Strømme H. Risiko og marginalisering: Norske barns levkår i kunnskapssamfunnet. Oslo: Gyldendal; 2010.
 59. Gauffin K, Vinnerljung B, Fridell M, Hesse M, Hjern A. Childhood socio-economic status, school failure and drug abuse: A Swedish national cohort study. *Addiction* 2013;108:1441-9.
 60. Vinnerljung B, Hjern A. Cognitive, educational and self-support outcomes of long-term foster care versus adoption: A Swedish national cohort study. *Children and Youth Services Review* 2011;33:1902-10.
 61. Jackson S. Educating children in residential and foster care. *Oxford Review of Education* 1994;20:267-79.
 62. Blome WW. What happens to foster kids: Educational experiences of a random sample of foster care youth and a matched group of non-foster care youth. *Child and Adolescent Social Work Journal* 1997;14:41-53.
 63. Tideman E, Vinnerljung B, Hintze K, Aldenius A. Improving foster children's school achievements: Promising results from a Swedish intensive study. *Adoption & Fostering* 2011;35:44-56.
 64. Tordön R, Vinnerljung B, Axelsson U. Improving foster children's school performance: A replication of the Helsingborg study. *Adoption & Fostering* 2014;38:37-48.
 65. Johansson H, Höjer I, Hill M. Young People from a public care background and their pathways to education: Final report from the Swedish part of the YIPPEE project. Göteborg: Göteborgs universitet; 2011.
 66. Heino T, Johnsson M. Huostassa olleet lapset nuorina aikuisina. In Hämeläinen U, Kangas O, editors. *Perhepiirissä*. Helsingfors: Kela; 2010:266-93.
 67. Vinnerljung B, Öman M, Gunnarson T. Educational attainments of former child welfare clients: A Swedish national cohort study. *International Journal of Social Welfare* 2005;14:265-76.
 68. Cashmore J, Paxman M, Townsend M. The educational outcomes of young people 4-5 years after leaving care: An Australian perspective. *Adoption & Fostering* 2007;31:50-61.
 69. Courtney ME, Terao S, Bost N. Midwest evaluation of the adult functioning of former foster youth wave 1: Three state findings. Chicago: The University of Chicago; 2004.
 70. Dæhlen M. Child welfare clients' first step away from higher education: The influence of school performances, educational aspirations and background factors on choosing the vocational track after compulsory school. *Nordic Social Work Research* 2013:1-15.
 71. Forsman H, Vinnerljung B. Interventions aiming to improve school achievements of children in out-of-home care: A scoping review. *Children and Youth Services Review* 2012;34:1084-91.
 72. Jackson S. Educational success for looked-after children: The social worker's responsibility. *Practice* 1998;10:47-56.
 73. Tideman E, Sallnäs M, Vinnerljung B, Forsman H. Paired Reading: Ett försök i sju kommuner med lästräning för familjehemsplacerade barn. Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset; 2013.
 74. Vinnerljung B, Tideman E, Sallnäs M, Forsman H. Paired Reading for foster children: Results from a Swedish replication of an English literacy intervention. *Adoption & Fostering* 2014;38:361-73.
 75. Cheung C, Lwin K, Jenkins JM. Helping youth in care succeed: Influence of caregiver involvement on academic achievement. *Children and Youth Services Review* 2012;34:1092-100.
 76. Flynn RJ, Marquis RA, Paquet M-P, Peeke LM, Aubry TD. Effects of individual direct-instruction tutoring on foster children's academic skills: A randomized trial. *Children and Youth Services Review* 2012;34:1183-9.
 77. Harper J, Schmidt F. Preliminary effects of a group-based tutoring program for children in long-term foster care. *Children and Youth Services Review* 2012;34:1176-82.

78. Barnett WS. Long-term effects of early childhood programs on cognitive and school outcomes. *The Future of Children* 1995;5:25-50.
79. Campbell FA, Wasik BH, Pungello E, Burchinal M, Barbarin O, Kainz K, et al. Young adult outcomes of the Abecedarian and CARE early childhood educational interventions. *Early Childhood Research Quarterly* 2008;23:452-66.
80. Duncan GJ, Dowsett CJ, Claessens A, Magnuson K, Huston AC, Klebanov P, et al. School readiness and later achievement. *Developmental Psychology* 2007;43:1428-46.
81. Pears KC, Fisher PA, Kim HK, Bruce J, Healey CV, Yoerger K. Immediate effects of a school readiness intervention for children in foster care. *Early Education & Development* 2013;24:771-91.
82. Pears KC, Heywood CV, Kim HK, Fisher PA. Pre-reading deficits in children in foster care. *School Psychology Review* 2011;40:140-8.
83. Schweinhart LJ, Montie J, Xiang Z, Barnett WS, Belfield CR, Nores M. Lifetime effects: The High/Scope Perry Preschool study through age 40. Ypsilanti, MI: High/Scope Press.; 2005.
84. Höjer I, Sjöblom Y. Procedures when young people leave care: Views of 111 Swedish social services managers. *Children and Youth Services Review* 2011;33:2452-60.
85. Bakketeig E, Backe-Hansen E. Forskningskunnskap om ettervern. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring; 2008.
86. Everson-Hock E, Jones R, Guillaume L, Duenas A, Goyder L, Chilcott J, et al. Review E1: The effect of support services for transition to adulthood/leaving care on the adult outcomes of looked after young people. Sheffield: The University of Sheffield; 2010.
87. Møhlolt A, Stage S, Pejtersen J, Thomsen P. Efterværn for tidligere anbragte unge: En videns-og erfaringsopsamling. København: SFI; 2012.
88. Stein M. Research review: Young people leaving care. *Child & Family Social Work* 2006;11:273-9.
89. Franzen E, Vinnerljung B. Foster children as young adults: Many motherless, fatherless or orphaned: A Swedish national cohort study. *Child & Family Social Work* 2006;11:254-63.
90. Biehal N, Wade J. Looking back, looking forward: Care leavers, families and change. *Children and Youth Services Review* 1996;18:425-45.
91. Höjer I, Sjöblom Y. Ungdomar i utsatta situationer och deras väg till självständighet. Lag om stöd och skydd för barn och unga (LBU): SOU 2009:68.
92. Höjer I, Sjöblom Y. Young people leaving care in Sweden. *Child & Family Social Work* 2010;15:118-27.
93. Höjer I, Sjöblom Y. Att stå på egna ben: Om övergången från samhällsvård till vuxenliv. *Socialvetenskaplig Tidskrift* 2011;19:118-27.
94. Jakobsen TB, Hammen I, Steen L. Efterværn-støtte til tidligere anbragte unge: Midtvejsevaluering af forsøg med efterværn under handlingsprogrammet "Lige muligheder". København: SFI; 2010.
95. Stein M. What works for young people leaving care? Ilford: Barnados; 2004.
96. Stein M. Transitions from care to adulthood: Messages from research for policy and practice. In: Stein M, Munro E, editors. *Young people's transitions from care to adulthood: International research and practice*. London: Jessica Kingsley Publishers; 2008;289-306.
97. Stott T. Transitioning youth: Policies and outcomes. *Children and Youth Services Review* 2013;35:218-27.
98. Wade J, Dixon J. Making a home, finding a job: Investigating early housing and employment outcomes for young people leaving care. *Child & Family Social Work* 2006;11:199-208.
99. Stein M. What works in leaving care? Ilford: Barnados; 1997.
100. Hjern A, Berg L, Rostila M, Vinnerljung B. Barn som anhöriga: Hur går det i skolan? Stockholm: Stockholms universitet/KI, Chess; 2014.
101. Vinnerljung B, Sallnäs M, Kyhle-Westermarck P. Sammanbrott vid tonårsplaceringar: Om ungdomar i fosterhem och på institution. Stockholm: Socialstyrelsen/CUS; 2001.
102. Egelund T, Böcker Jakobsen T, Hammen I, Olsson M, Høst A. Sammenbrud i anbringelser af unge: Erfaringer, forklaringer og årsagerne bag. København: SFI; 2010.
103. Egelund T. Sammenbrud i anbringelser: En forskningsmæssig belysning. København: SFI; 2006.
104. Egelund T, Vitus K. Sammenbrud i anbringelser af unge: Risikofaktorer hos de unge, forældre, anbringelsessteder og i sagsbehandlingen. København: SFI; 2007.
105. Sallnäs M, Vinnerljung B. Instabilitet i familjehemsvården: En regional studie om sammanbrott bland yngre barn och bland barn i långvarig familjehemsvård. I Oplanerade avbrott i familjehemsplaceringar av yngre barn och långvarigt placerade barn. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012:24-68.
106. Lee JS, Courtney ME, Tajima E. Extended foster care support during the transition to adulthood: Effect on

- the risk of arrest. *Children and Youth Services Review* 2014;42:34-42.
107. Pecora PJ, Williams J, Kessler RC, Hiripi E, O'Brien K, Emerson J, et al. Assessing the educational achievements of adults who were formerly placed in family foster care. *Child & Family Social Work* 2006;11:220-31.
 108. Lawler MJ, Sayfan L, Goodman GS, Narr R, Cordon IM. Comprehensive residential education: A promising model for emerging adults in foster care. *Children and Youth Services Review* 2014;38:10-9.
 109. Naccarato T, DeLorenzo E. Transitional youth services: Practice implications from a systematic review. *Child and Adolescent Social Work Journal* 2008;25:287-308.
 110. Packard T, Delgado M, Fellmeth R, McCready K. A cost-benefit analysis of transitional services for emancipating foster youth. *Children and Youth Services Review* 2008;30:1267-78.
 111. Törrönen M, Vauhkonen T. Everyone is valuable: Participatory research into young people leaving alternative care. Helsingfors: SoS Children's Villages Finland; 2013.
 112. Montgomery P, Donkoh C, Underhill K. Independent living programs for young people leaving the care system: The state of the evidence. *Children and Youth Services Review* 2006;28:1435-48.
 113. Kananoja A, Oranen M, Lavikainen M. Fungerande barnskydd: Utredningsgruppens slutrapport. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet; 2013.
 114. Socialstyrelsen. Barns behov i centrum: Grundbok BBIC. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
 115. Skoog V. Barn som flyttas i offentlig regi: En studie av förekomst och upplevelser av instabil samhällsvård för barn. Umeå: Umeå universitet; 2013.
 116. Socialstyrelsen. Ojämna villkor för hälsa och vård: Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
 117. Håkansson A, Flärd H, Bentzen I, Linder K, Bentzen N, Håkansson A. Likheter och olikheter i skandinavisk barnhälsovård. *Läkartidningen* 2006;103:2385-9.
 118. Socialstyrelsen. Sammanställning av vägledande dokument för barn- och skolhälsovård: Danmark, England, Finland, Norge och Sverige. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
 119. Nordens Vålfärdscenter. Nordens barn: Utveckling av nordiska familjecentraler. Stockholm: Nordens Vålfärdscenter; 2012.
 120. McMillen JC, Zima BT, Scott Jr LD, Auslander WF, Munson MR, Ollie MT, et al. Prevalence of psychiatric disorders among older youths in the foster care system. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2005;44:88-95.
 121. Jee S, Szilagyi M, Blatt S, Meguid V, Auinger P, Szilagyi P. Timely identification of mental health problems in two foster care medical homes. *Child and Youth Services Review* 2010;32:685-90.
 122. Jee SH, Conn A-M, Szilagyi PG, Blumkin A, Baldwin CD, Szilagyi MA. Identification of social-emotional problems among young children in foster care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2010;51:1351-8.
 123. Goodman A, Goodman R. Strengths and Difficulties Questionnaire scores and mental health in looked after children. *The British Journal of Psychiatry* 2012;200:426-7.
 124. Lehmann S, Heiervang ER, Havik T, Havik OE. Screening foster children for mental disorders: properties of the strengths and difficulties questionnaire. *PLOS ONE* 2014;9:e102134.
 125. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1997;38:581-6.
 126. Goodman R, Meltzer H, Bailey V. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European Child & Adolescent Psychiatry* 1998;7:125-30.
 127. Goodman R. The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1999;40:791-9.
 128. Stone LL, Otten R, Engels RC, Vermulst AA, Janssens JM. Psychometric properties of the parent and teacher versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire for 4-to 12-year-olds: a review. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2010;13:254-74.
 129. Goodman A, Goodman R. Strengths and Difficulties Questionnaire as a dimensional measure of child mental health. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2009;48:400-3.
 130. Malmberg M, Rydell A-M, Smedje H. Validity of the Swedish version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Swe). *Nordic Journal of Psychiatry* 2003;57:357-63.
 131. Bourdon KH, Goodman R, Rae DS, Simpson G, Koretz DS. The Strengths and Difficulties Questionnaire: US normative data and psychometric properties. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2005;44:557-64.
 132. Stringaris A, Goodman R. The value of measuring impact alongside symptoms in children and adoles-

- scents: A longitudinal assessment in a community sample. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2013;7:1-12.
133. Janssens A, Deboutte D. Screening for psychopathology in child welfare: the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) compared with the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). *European Child & Adolescent Psychiatry* 2009;18:691-700.
 134. Goodman R, Ford T, Richards H, Gatward R, Meltzer H. The Development and Well-Being Assessment: Description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2000;41:645-55.
 135. Squires J, Potter L, Bricker D. The ASQ user guide for the Ages and Stages Questionnaires: A parent-completed, child-monitoring system. 2nd ed. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing; 2006.
 136. Squires J, Twombly E, Bricker D, Potter L. ASQ-3 user's guide: Ages and Stages Questionnaires. 3rd ed. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing; 2009.
 137. Squires J, Bricker D, Twombly E. The ASQ-SE user's guide: For the Ages & Stages Questionnaires: Social-Emotional. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing; 2003.
 138. Martinussen M, Valla L. Måleegenskaper ved den norske versjonen av Ages and Stages Questionnaires (ASQ). *PsykTestBarn* 2013;1.
 139. Rasmussen L-MP, Martinussen M. Måleegenskaper ved den norske versjonen av Ages & Stages Questionnaire: Social and Emotional, ASQ:SE. *PsykTestBarn* 2013;2.
 140. Guedeney A, Fermanian J. A validity and reliability study of assessment and screening for sustained withdrawal reaction in infancy: The alarm distress baby scale. *Infant Mental Health Journal* 2001;22:559-75.
 141. Braarud HC, Richter J. Måleegenskaper ved den norske versjonen av Alarm Distress Baby Scale (ADBB). *PsykTestBarn* 2014;2.
 142. Janson H, Smith L. Norsk manual supplement til Ages and Stages Questionnaires. Oslo: RBUP Øst og Sør; 2003.
 143. Bricker D, Squires J, Twombly E. The ASQ™: SE User's Guide for the Ages and Stages Questionnaires®: Social-Emotional Behaviors. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing; 2003.
 144. Jee SH, Szilagyi M, Ovenshire C, Norton A, Conn A-M, Blumkin A, et al. Improved detection of developmental delays among young children in foster care. *Pediatrics* 2010;125:282-9.
 145. Zeanah CH, Scheeringa M, Boris NW, Heller SS, Smyke AT, Trapani J. Reactive attachment disorder in maltreated toddlers. *Child Abuse & Neglect* 2004;28:877-88.
 146. Kay C, Green J. Reactive attachment disorder following early maltreatment: systematic evidence beyond the institution. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2013;41:571-81.
 147. Minnis H, Rabe-Hesketh S, Wolkind S. Development of a brief, clinically relevant, scale for measuring attachment disorders. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2002;11:90-8.
 148. Bernstein DP, Fink L. Childhood trauma questionnaire: A retrospective self-report: Manual. San Diego: Harcourt Brace; 1998.
 149. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect* 2003;27:169-90.
 150. Dovran A, Winje D, Øverland SN, Breivik K, Arefjord K, Dalsbø AS, et al. Psychometric properties of the Norwegian version of the Childhood Trauma Questionnaire in high-risk groups. *Scandinavian Journal of Psychology* 2013;54:286-91.
 151. Gerdner A, Allgulander C. Psychometric properties of the Swedish version of the Childhood Trauma Questionnaire: Short Form (CTQ-SF). *Nordic Journal of Psychiatry* 2009;63:160-70.
 152. Briere J. Professional manual for the trauma symptom checklist for children (TSCC). Odessa: Psychological Assessment Resources; 1996.
 153. Briere J, Johnson K, Bissada A, Damon L, Crouch J, Gil E, et al. The Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC): reliability and association with abuse exposure in a multi-site study. *Child Abuse & Neglect* 2001;25:1001-14.
 154. Nilsson D, Wadsby M, Svedin CG. The psychometric properties of the Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) in a sample of Swedish children. *Child Abuse & Neglect* 2008;32:627-36.
 155. Nilsson D, Gustafsson PE, Svedin C-G. The psychometric properties of the Trauma Symptom Checklist for Young Children in a sample of Swedish children. *European Journal of Psychotraumatology* 2012;3.
 156. Tarren-Sweeney M. The Assessment Checklist for Children - ACC: A behavioral rating scale for children in foster, kinship and residential care. *Children and Youth Services Review* 2007;29:672-91.
 157. Tarren-Sweeney M. An investigation of complex attachment- and trauma-related symptomatology

- among children in foster and kinship care. *Child Psychiatry and Human Development* 2013;44:727-41.
158. Francis J. Investing in children's futures: Enhancing the educational arrangements of 'looked after' children and young people. *Child & Family Social Work* 2000;5:23-33.
 159. Jackson S. The education of children in care. In: Jackson S, editor. *Nobody ever told us school mattered: Raising the educational attainments of children in public care*. London: British Agencies for Adoption & Fostering; 2001:11-53.
 160. Kjellén G. Att läsa är livsviktigt: Om familjehemsplacerade barns läsning och skolgång. Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset; 2010.
 161. Harker RM, Dobel-Ober D, Lawrence J, Berridge D, Sinclair R. Who takes care of education? Looked after children's perceptions of support for educational progress. *Child & Family Social Work* 2003;8:89-100.
 162. Jackson S, Cameron C. Final report of the YIPPEE project - WP12. Young people from a public care background: Pathways to further and higher education in five European countries. London: The University of London; 2011.
 163. McClung M, Gayle V. Exploring the care effects of multiple factors on the educational achievement of children looked after at home and away from home: An investigation of two Scottish local authorities. *Child & Family Social Work* 2010;15:409-31.
 164. Vinnerljung B. Fosterbarns skolgång och utbildning. *Socialvetenskaplig Tidskrift* 1998;5:58-80.
 165. Zetlin AG, Weinberg LA. Understanding the plight of foster youth and improving their educational opportunities. *Child Abuse & Neglect* 2004;28:917-23.
 166. Gävle kommun. Projektrapport SkolFam Gävle kommun 2010-2013. Gävle: Gävle kommun; 2013.
 167. Backe -Hansen E, Havik T, Grønningstøt AB. Fosterhjem for barns behov: Rapport fra et fireårig forskningsprogram. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring; 2013.
 168. Zetlin A, Weinberg L, Kimm C. Improving education outcomes for children in foster care: Intervention by an education liaison. *Journal of Education for Students placed at Risk* 2004;9:421-9.
 169. Weinberg LA, Oshiro M, Shea N. Education liaisons work to improve educational outcomes of foster youth: A mixed methods case study. *Children and Youth Services Review* 2014.
 170. Ritter GW, Barnett JH, Denny GS, Albin GR. The effectiveness of volunteer tutoring programs for elementary and middle school students: A meta-analysis. *Review of Educational Research* 2009;79:3-38.
 171. Slavin RE, Lake C, Davis S, Madden NA. *Educator's guide: Identifying what works for struggling readers*. Baltimore: Johns Hopkins University School of Education 2010.
 172. Flynn RJ, Tessier NG, Coulombe D. Placement, protective and risk factors in the educational success of young people in care: Cross-sectional and longitudinal analyses. *European Journal of Social Work* 2013;16:70-87.
 173. Jackson S, Martin PY. Surviving the care system: Education and resilience. *Journal of Adolescence* 1998;21:569-83.
 174. Hedin L, Höjer I, Brunnberg E. Why one goes to school: What school means to young people entering foster care. *Child & Family Social Work* 2011;16:43-51.
 175. Osborne C, Alfano J, Winn T. Paired Reading as a literacy intervention for foster children. *Adoption & Fostering* 2010;34:17-26.
 176. Forsman H. Familjehemsföräldrars erfarenheter av Paired Reading med placerade barn: Lästräning utifrån nytta och nöje. Stockholm: Stockholms universitet 2013.
 177. Lagerlöf H. Samhällsvård och välfärdsresurser: En studie av skolgång, fritid och kamratrelationer bland unga i familjehem och på institutioner. Stockholm: Stockholms universitet; 2012.
 178. Griffiths R. The Letterbox Club: An account of a postal club to raise the achievement of children aged 7 to 13 in foster care. *Children and Youth Services Review* 2012;34:1101-6.
 179. Griffiths R, Comber C. Letterbox Green 2010: An evaluation of the Letterbox Club pilot for children in secondary school. London: Booktrust; 2011.
 180. Griffiths R, Comber C, Dymoke S. The Letterbox Club 2007-2009: Final evaluation report. Leicester: University of Leicester School of Education; 2010.
 181. Dymoke S, Griffiths R. The Letterbox Club: The impact on looked-after children and their carers of a national project aimed at raising achievements in literacy for children aged 7 to 11 in foster care. *Journal of Research in Special Educational Needs* 2010;10:52-60.
 182. Wolfendale S, Bryans T. Evaluation of the looking after project in Kent for children in public care. London: University of East London; 2004.
 183. Jakobsen M, Andersen SC. Coproduction and equity in public service delivery. *Public Administration Review* 2013;73:704-13.
 184. Egmont Fonden. Camp report 2013. Köpenhamn: Egmont Fonden; 2013.

FÖRFATTARE TILL DENNA RAPPORT



Bo Vinnerljung

Institutionen för socialt arbete,
Stockholms universitet,
Sverige



Stefan Kling

Skolhälsovården Malmö stad,
Sverige



Hilma Forsman

Institutionen för socialt arbete,
Stockholms universitet,
Sverige



Hege Kornør

Regionalt Senter for Barn og
Unge Psykiske Helse, Helse-
region Øst og Sør, Norge



Heidi Jacobsen

Regionalt Senter for Barn
og Unge Psykiske Helse,
Helseregion Øst og Sør samt
Nasjonalt kompetansenettverk
for sped- og småbarns psy-
kiske helse, Regionalt Senter
for Barn og Unge Psykiske
Helse, Helseregion Øst og Sør,
Norge



Stine Lehmann

Institutt for klinisk psykologi,
Psykologisk fakultet, Universi-
tetet i Bergen, samt Uni Rese-
arch Helse, Regionalt Kunns-
kapssenter for Barn og Unge,
Psykiske Helse og Barnevern
-Vest, Bergen, Norge

PROJEKTETS EXPERTGRUPP

Christine Väliavaara

Pesäpuu
Finland

Karin Källsmyr

Voksne for Barn
Norge

Ina Nergård

Voksne for Barn
Norge

Ruzzel Abueg

Landsforeningen for barnevernsbarn
Norge

Sofie Stage

Socialt Udviklingscenter SUS
Danmark

Trine Krab Nyby

Børnerådet
Danmark

Helene Hardenstedt

Nationellt kompetenscentrum anhöriga
Sverige

Nauja Benjaminsen

MIO
Grönland

PROJEKTETS REFERENSGRUPP

Eyvind Elgesem

R-BUP
Norge

Amy Holtan

RKBU, Universitetet i Tromsø
Norge

Susanna Hoikkala

Centralförbundet för barnskydd
Finland

Tarja Heino

Institutet för hälsa och välfärd, THL
Finland

Viktoria Skoog

Kommunförbundet Västernorrland
Sverige

Kjerstin Bergman

Sveriges kommuner och landsting, SKL
Sverige

Misja Eiberg

Det Nationale Forskningscenter for Velfærd
Danmark

Jakob Brixtofte Petersen

Socialstyrelsen
Danmark

Guðjón Bjarnason

Barnaverndarstofa
Island

NORDENS VÄLFÄRDSCENTER

– EN INSTITUTION UNDER NORDISKA MINISTERRÅDET

Vi främjar och stärker den nordiska välfärdsmodellen.

Kunskap

Vi samlar erfarenheter från de nordiska länderna inom det välfärdspolitiska området.

Vidareföring

Vi sprider kunskap via våra aktiviteter och nätverk.

Dialog

Vi skapar dialog mellan politiker, forskare och praktiker.

Vi arbetar med

Välfärdspolitik

Funktionshindersfrågor

Arbetsinkludering

Alkohol- och drogfrågor

Välfärdsteknologi



norden

Nordens Välfärdscenter