

Kontaktfamilj/person för yngre och äldre barn: Har insatsens varaktighet och ansamlingar av ogynnsamma omständigheter under barnens uppväxt någon betydelse för utfall på lång sikt?

Lars Brännström & Bo Vinnerljung

Innehållsförteckning

Förord	3
Om författarna	3
Sammanfattning	4
Bakgrund	5
Data och metod	6
<i>Utfall</i>	7
<i>Insatsens varaktighet</i>	8
<i>Ansamling av ogynnsamma omständigheter</i>	8
<i>Statistiska modeller</i>	10
<i>Kontrollvariabler</i>	11
Resultat	14
<i>Spelar insattiden och ansamlingen av ogynnsamma omständigheter någon roll?</i>	15
<i>Yngre barn</i>	16
<i>Äldre barn</i>	19
Slutsatser och diskussion	22
<i>Konsekvenser för policy och praktik</i>	24
Referenser	24

Förord

Ett stort tack till Stockholms Stad som har finansierat de analyser som ligger till grund för denna rapport. Stadens intresse har gjort det möjligt för oss att använda registerdata för att göra fördjupade analyser om insatsens varaktighet och om ansamlingar av ogynnsamma omständigheter under uppväxten samvarierar med hur det går på längre sikt för de barn där insatsen kontaktfamilj eller kontaktperson påbörjades under småbarnsåren (2-5 år) och/eller förpuberteten (10-13 år). Vi menar att denna studie i flera avseenden bidrar till en mer nyanserad bild av långsiktiga utfall för de barn som fått insatsen. Men det är fortfarande mycket vi inte vet. Ett stort tack riktas även till Francesca Östberg och Hilma Forsman, båda verksamma vid Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet, vars synpunkter väsentligen förbättrat denna rapports läsbarhet.

Om författarna

Lars Brännström är docent i sociologi och arbetar som universitetslektor i socialt arbete med inriktning mot kvantitativa metoder vid Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet. Hans forskningsintressen inbegriper effektutvärderingar av sociala interventioner samt longitudinella registerstudier av ekonomisk, hälsomässig, social och rumslig ojämlikhet.

Bo Vinnerljung är professor i socialt arbete och är verksam vid Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet. Hans forskning rör huvudsakligen socialt utsatta barns utveckling, placerade barns hälsa och skolgång samt adoption. Han arbetar främst med registerforskning och interventionsstudier i tvärvetenskapliga forskargrupper.

Sammanfattning

I denna rapport undersöks om insatsens varaktighet och ansamlingar av ogynnsamma omständigheter under uppväxten har ett samband med hur det går på längre sikt för de barn där insatsen kontaktfamilj eller kontaktperson inleddes under småbarnsåren och/eller förpuberteten. Analyserna omfattar alla de barn födda i Sverige 1973-1990 där insatsen påbörjades när de var 2-5 år (n=6 693) och/eller när de var 10-13 år (n=6 389).

Med hjälp av avancerade regressionsanalyser ser vi att sammansättningen av bakgrundsproblem inte verkar ha något tydligt specifikt samband med hur det går i framtiden. Det är antalet problem som verkar betyda något. I den yngre gruppen verkar barnen med flest problemfaktorer i hembakgrunden ha dragit nytta av längre insatstid. Där är det med andra ord möjligt att en långvarig tillgång till en kompenserande vuxenmiljö utanför den egna familjen kan ha påverkat de mest utsatta barnens utveckling på sikt. För barn med färre problemfaktorer fanns det ingen sådant samband, snarare tendenser till det omvända. Det verkar med andra ord som om en långvarig insats för de yngre barnen fungerar bättre för de 'svåraste fallen'.

För de äldre barnen ser vi svaga tendenser till ett motsatt mönster. De med lägst antal problemfaktorer är de som verkar ha fått svag nytta av lång insatstid. Här är det viktigt att vara medveten om att vi bara har tillgång data som tyder problem i hemmet, inte hos barnet själv (t.ex. förekomsten av beteendeproblem). Det verkar med andra ord som om insatsen var för svag för de mest utsatta barnen. Den äldre gruppen hade generellt mer tecken på problem i barndomen (t.ex. höga förekomster av psykisk ohälsa hos föräldrarna) än den yngre gruppen barn. Den äldre gruppen barn verkar också ha klarat sig betydligt sämre i tonåren och i ung vuxen ålder.

Eftersom våra sambandsanalyser inte har någon jämförelsegrupp av barn som inte fått någon insats (alla som ingår i analysen har fått mer eller mindre av insatsen) är det viktigt att påpeka att vi med det här sättet att analysera inte kan säga något om insatsen är effektiv eller inte. De mönster vi alltjämt har funnit ska därför tolkas som 'tendenser till dämpad försämring' över tid. Det finns dock ingenting som tyder på att socialtjänsten bör vara restriktiv med att ge yngre barn från utsatta familjer en kontaktfamiljsinsats under lång tid. För de äldre barnen finns det dessvärre inga resultat som är tillräckligt handfasta för att tjäna som underlag för rekommendationer.

Bakgrund

Kontaktfamilj/person (KF/KP) är idag en av de vanligaste barnvårdsinsatserna i Sverige (Socialstyrelsen, 2012). Trots att insatsen använts i över 30 år är kunskapen om utfall/effekter förvånande nog alltfjämt begränsad. Kontaktfamilj infördes som en lagstadgad insats i Socialtjänstlagen i början på 1980-talet och blev snabbt en mycket vanlig intervention (Vinnerljung & Franzén, 2006). En rad svenska och utländska forskare har identifierat insatsen för barn och familjer som tydligt förebyggande (se översikt i Vinnerljung et al, 2011). Framförallt har insatsen syftat till att förebygga placeringar eller hindra att redan existerande problem i familjen förvärras.

Vi har i två tidigare projekt, som finansierats av Stockholms stad respektive Allmänna Barnhuset, jämfört skillnader i utvecklingsvägar mellan barn som faktiskt fått insatsen med jämnåriga med liknande problembakgrund och som kunde ha fått insatsen men som inte fick insatsen. Trots att KF/KP sedan årtionden är en populär insats bland brukare, socialarbetare och politiker fann vi i våra analyser inga tecken på att insatsen verkade minska risker för ogynnsam utveckling på lång sikt. Detta resultat stod sig trots att vi analyserade data med hjälp av flera olika avancerade analysmetoder (Vinnerljung et al, 2011; Brännström et al, 2013, 2015).

I den första rapporten till Stockholms stad undersökte vi utfall på lång sikt genom att konstruera 16 utfallsvariabler för den yngre gruppen och 22 för den äldre. Utfallen täckte flera olika livsområden: placering i dygnsvård efter insatsen, skol-/utbildningsprestationer, psykisk ohälsa och självmordsbeteende, missbruk, kriminalitet, omfattande socialbidragstagande med mera. För de äldre pojkarna hämtade vi också in data om indikationer på somatisk ohälsa från mönstringen (Vinnerljung et al, 2011). I nästa steg, som finansierades av Allmänna Barnhuset, använde vi så kallad personcentrerad analys (Bergman & Trost, 2006) för att undersöka utfall i sex dimensioner: placering i dygnsvård, skolprestationer (årskurs 9), psykisk ohälsa, drogmissbruk, kriminalitet och omfattande socialbidragstagande (Brännström et al, 2013, 2015). Vi fann – för både den yngre och den äldre gruppen – inga tecken på att insatsen hade haft en positiv påverkan på långsiktiga utfall. Resultaten i de senare publikationerna pekade dock tydligare mot att insatsen inte visade någon effekt alls (varken positiv eller negativ), i kontrast till en tendens i den första rapporten där vi såg tecken på negativa effekter av insatsen.

Ett oväntat resultat i den första rapporten var frånvaron av ett positivt samband mellan utfall och insattid. För de yngre barnen fanns det till och med tecken på att längre tid i KF

under tidig barndom ökade risken för ogynnsamma utfall på lång sikt (Vinnerljung et al, 2011). Just det resultatet gav oss mycket huvudbry. Därför ansökte vi hos Stockholms stad om medel för att fördjupa våra analyser omkring insatstid med mer avancerad metodik. Dessutom var vi medvetna om att olika riskmarkörer i barnens bakgrund sannolikt uppträder i ansamlingar (en riskfaktor kommer sällan ensam, jfr Korpi, Nelson & Stenberg, 2007), vilket våra initiala analyser inte hade beaktat i tillräcklig utsträckning.

Mot denna bakgrund syftar denna rapport till att belysa följande två frågeställningar:

- Har insatstiden någon betydelse för utfallet, och i så fall för vilka barn?
- Vilka ansamlingar av ogynnsamma omständigheter under uppväxten har samband med utfall på lång sikt?

Data och metod

Rapporten baseras på samkörningar av olika nationella register och på analyser av registerdata. KF/KP registrerades från 1981-1997 på individnivå i Socialstyrelsens Barn/Unga register. Detta fönster på 17 år utnyttjar vi i våra analyser, och det är också de enda insatsår som kan studeras med hjälp av registerdata.

Vår studies population är alla barn födda i Sverige 1973-1990. Dessa barn har identifierats i Socialstyrelsens Medicinska Födelseregister. För att göra analyserna betydligt enklare har vi uteslutit barn som invandrat till Sverige. Vårt antagande är att det inte påverkar analysen då de är underrepresenterade bland barn som får KF/KP (Andersson & Bangura Arvidsson, 2001).

Vi har även exkluderat ytterligare tre grupper då vi antar att ha dessa grupper med i analysen skulle ge skeva resultat: 1) Alla som har en notering om utvandring efter födelsen i Statistiska Centralbyråns (SCB) Totalbefolkningsregister. 2) alla som enligt SCB:s LISA-register (inkomster, förmögenhet, utbildning m.m.) hade inkomster från förtidspension samma år de fyllde 23 år. Förtidspension i så unga år är ett tecken på förekomst av allvarligt fysiskt eller psykiskt funktionshinder som sannolikt har påverkat flera utfall i rapporten, exempelvis skolresultat och utbildning. 3) En mycket liten grupp barn som avled före året de fyllde 16. Ur populationen har vi sedan skapat två undersökningsgrupper som vi följer över tid i registren:

- 1. Yngre barn: alla barn som inledde en KF-insats när de var 2-5 år, men som inte var i dygnsvård (fosterhem eller institution) under de åren. Denna grupp består av 6 693 barn födda 1980-1990. Studiegruppen avgränsades till födda 1980-1990 av följande*

skäl. Vi börjar analyserna med de som fick insatsen 1982. Första året (1981) är bortfallet i rapporteringen från kommunerna påtagligt stort. De äldsta (födda 1980) var två år 1982 och de yngsta (födda 1990) var 18 år 2008, sista året vi hade tillgång till registerdata för uppföljning (vi satte 18 år som minimiålder för senaste möjliga uppföljning). Vi har antagit att den yngre gruppen uteslutande har fått KF (inte KP), vilket kommer att avspeglas i tabellerna och i texten.

2. Äldre barn: alla barn som inledde en KF/KP-insats när de var 10-13 år, men som inte var i dygnsvård under de två åren. Dessa består av 6 389 barn födda 1973-1984. Barn födda 1973 är de äldsta som ingår i det dataset som använts för analyserna. Avgränsningen i andra änden, födelseår 1984, bestämdes av att individregistreringen upphörde 1997 (då barn födda 1984 var 13 år). Vi har i text och tabeller antagit att en del av dessa äldre barn har fått KF, andra KP. Men vi kan inte skilja på insatserna i Socialstyrelsens Barn/Unga register där KF/KP registrerades på individnivå fram till 1997.

En liten grupp barn tillhör båda grupperna (runt 10 procent), det vill säga de har inlett en KF/KP insats både i förskoleåren och när de var 10-13 år (särskilda analyser visar att detta inte påverkar resultaten).

Barnen följs i registren från 5 eller 13 års ålder till 2008 (i ett register till 2009). De yngre barnen är följaktligen 18-28 år vid uppföljningstidens slut, de äldre är 24-35 år.

Utfall

Vi har skapat sex variabler från registerdata som pekar på förekomst av olika utfall (ja=1, nej=0). Dessa utfall är baserade på erfarenheter från tidigare forskning och avser att spegla olika sidor av barnens liv under uppväxten och 'hur det gått' på längre sikt i vuxen ålder.

- Psyksiska hälsoproblem har definierats som minst en registernotering i Socialstyrelsens Läkemedelsregister under 2009 om något av följande är uthämtat:
 - a. Neuroleptika och/eller litium, läkemedel som huvudsakligen skrivs ut till psykos- och bipolära patienter (ATC-kod 'NO5A') eller
 - b. Sömnmedel (ATC-kod 'NO5C') eller
 - c. Ångstdämpande läkemedel (ATC-kod 'NO5B') eller

d. Antidepressiva läkemedel (ATC-kod 'N06A').

- Missbruk efter 16-årsdagen. Här kombinerar vi data från följande register: Socialstyrelsens Patientregister och BRÅ:s Lagfördaregister. Tecken på missbruk efter 16-årsdagen finns när personen antingen varit inlagd på sjukhus med en missbruksrelaterad diagnos eller om personen blivit lagförd för narkotikabrott och/eller rattfylleri/rattonykterhet.
- Inledd placering i dygnsvård (efter KF/KP-insatsen) när barnen var 13-18 år. Uppgifterna har hämtats från Socialstyrelsens Barn/Unga register.
- Omfattande socialbidragstagande vid 21 års ålder enligt SCB:s LISA-register, definierat som att mer än 50 procent av den disponibla årsinkomsten det året utgjordes av ekonomiskt bistånd.
- Skolmisslyckande, här definierat som inga/ofullständiga/låga betyg från årskurs 9 i grundskolan. Data har hämtats från Årskurs 9/elevregistret som är administrerat av SCB och Skolverket. Dessa barn tillhör den sjättedel i riket som har sämst medelbetyg av alla barn födda samma år.
- Lagförd för allvarlig kriminalitet när personen var 20-23 år är definierat som dömd till skyddstillsyn, fängelse eller rättspsykiatrisk vård enligt Lagfördaregistret. Dessa påföljder tyder på upprepad kriminalitet eller allvarliga brott, särskilt i en ung population.

Vi använder oss genomgående av två utfallsmått, baserade på ovanstående variabler (tabell 1.1 och 1.2):

1. *Åtminstone ett ogynnsamt utfall* samt
2. Ett index som mäter *Antalet ogynnsamma utfall*.

Insatsens varaktighet

Insattiden är ursprungligen mätt i antalet dagar, men har här för framställningens skull räknats om i antalet år.

Ansamling av ogynnsamma omständigheter

Nio riskmarkörer uttryckt i ja/nej svar pekar på förekomst av ogynnsamma omständigheter under uppväxten. Registerkälla anges inom parentes.

1. Modern är tonåring vid sitt första barns födelse (SCB:s Flergenerationsregister).
2. Modern är förtidspensionerad då barnet är 17 år (LISA).

3. Modern har omfattande socialbidragstagande när barnet är 17 år, här definierat som att mer än hälften av den disponibla årsinkomsten utgjordes av ekonomiskt bistånd (LISA).
4. Psykisk sjukdom hos modern under observationsperioden (fram till 2008) är definierat som inläggning på sjukhus med psykiatrisk diagnos (Patientregistret).
5. Psykisk sjukdom hos fadern under observationstiden (se ovan).
6. Missbruk hos modern under observationstiden är definierat som antingen vårdad på sjukhus med missbruksrelaterad diagnos (Patientregistret) eller lagförd för narkotikabrott och/eller rattfylleri/rattonykterhet (Lagfördaregistret).
7. Missbruk hos fadern under observationstiden (se ovan).
8. Betydande kriminalitet hos modern under observationstiden är definierat som hon har fått skyddstillsyn, fängelse eller rättspsykiatrisk vård som påföljd (Lagfördaregistret).
9. Betydande kriminalitet hos fadern under observationstiden (se ovan).

För de barn som inledde insatsen KF/KP mellan 10-13 år räknas även tidigare erfarenhet av insatsen som en riskmarkör, dvs. om de även fått KF/KP under förskoleåldern (Socialstyrelsens Barn-unga register). Vi ser insatsen som ett tecken på tidigare problem i familjen. Detta innebär att de yngre barnen maximalt kan ha nio riskmarkörer (Tabell 1.1) medan de äldre barnen kan ha tio (Tabell 1.2).

För variablerna 4-9 använder vi en lång observationsperiod som sträcker sig flera år efter barnet blivit 18 år (till 2008) av två skäl. Det första skälet är att psykisk ohälsa och missbruk vanligen leder till dygnsvård på sjukhus först efter många år. Samma gäller sannolikt även en hel del kriminalitet där tyngre påföljder (skyddstillsyn, fängelse eller rättspsykiatrisk vård) ofta utdöms efter flera fall av mindre ingripande påföljder. Det är med andra ord troligt att de tecken vi ser på psykisk sjukdom, missbruk och kriminalitet i registren, även från en tid då barnet är äldre än 18 år, också säger något om förhållandena i hemmet innan insatsen inleddes. Samma resonemang och variabelkonstruktioner har använts i en rad skandinaviska registerstudier (t ex Christoffersen & Soothill, 2003; Franzén et al, 2008; Kendler et al, 2012). Men det påverkar självfallet precisionen i sambanden mellan bakgrundsdata och utfallen. Det andra skälet är konstaterade samband mellan föräldrars och barns psykiska ohälsa, missbruk och kriminalitet, vilka innefattar genetiskt överförda sårbarhetsfaktorer (Cloninger m.fl., 1982; Sigvardsson, m.fl., 1996).

Vi var inledningsvis intresserade av att hitta vilka kombinationer av ovanstående riskmarkörer som var mest ogynnsamma för barnens utveckling. För de yngre barnen finns det 512 möjliga sätt att kombinera riskmarkörer ($2^9=512$). För de äldre barnen är de möjliga kombinationerna dubbelt så många, 1 024 ($2^{10}=1\ 024$). För att identifiera relevanta kombinationer (profiler) av riskmarkörer under uppväxten använde vi klusteranalytisk metodik som är relaterad till den personcentrerade ansatsen (Rosato & Baer, 2012). Mycket oväntat visade det sig att denna metodik var en återvändsgränd. Oavsett hur vi vände och vred på materialet kunde vi inte hitta några stabila och meningsfulla profiler. Det här fick som konsekvens att vi istället fick tillämpa traditionell variabelcentrerad metodik, i det här fallet genom att beräkna ett index som summerade *antalet ogynnsamma omständigheter under uppväxten* (min-max: 0-9 för de yngre barnen; min-max: 0-10 för de äldre barnen). Det innebär också att vi fick revidera vår frågeställning från att analysera *vilka* kombinationer som är betydelsefulla till att undersöka i vilken utsträckning *antalet* ogynnsamma omständigheter under uppväxten har samband med utfall på lång sikt.

Statistiska modeller

För att kunna analysera i vilken utsträckning insatstiden och antalet ogynnsamma omständigheter samvarierar med utfall på lång sikt har vi (beroende på vilket utfallsmått som står i fokus) använt oss av olika former av multivariabel spline-regression (Royston & Sauerbrei, 2007). När utfallet är binärt (ja/nej) används logistisk regression där sambandet uttrycks i termer av oddskvoter. En oddskvot som är större än ett för en given oberoende variabel pekar på ett positivt samband. Om oddskvoten är 1,3 innebär det att oddset för att ha ett givet utfall är 30 % högre ($1,3-1=0,3$). En oddskvot som är mindre än ett pekar på ett negativt samband. Om oddskvoten är 0,8 innebär att det oddset för att ha ett givet utfallet är 20 % lägre ($0,8-1=-0,2$). När oddskvoten är ett innebär det att det inte finns något samband. När utfallet är antalet problem används Poissonregression där sambandet uttrycks i termer av incidenskvoter. Denna tolkas i allt väsentligt på samma sätt som oddskvoten. En incidenskvot på 1,3 innebär att en given oberoende variabel har 30 % fler problem ($1,3-1=0,3$). En incidenskvot på 0,8 innebär 20 % färre problem ($0,8-1=-0,2$). En incidenskvot som är lika med ett innebär också här att det inte finns något samband.

Det vanliga när man gör regressionsanalys är att man antar att effekten av en oberoende variabel (t.ex. insatsens varaktighet) på en beroende variabel (t.ex. att ha åtminstone ett ogynnsamt utfall) är linjär, dvs. att en ökning av den oberoende variabeln kommer ha samma effekt på utfallet oavsett vilket värde den oberoende variabeln hade innan ökning. Det finns

dock många situationer när det antagandet är orealistiskt. Fördelen med vår valda metodik är att sambandet kan se olika ut för barn med kortare respektive längre insatstid, dvs. att sambandet kan vara kurvlinjärt. Ansatsen möjliggör också att vi kan identifiera eventuella ”tröskeleffekter”, t.ex. att ett negativt samband mellan antalet ogynnsamma omständigheter under uppväxten först uppträder när ansamlingen av riskmarkörer uppnått ett tillräckligt stort antal. Vi har också möjlighet att undersöka om en oberoende variabels effekt varierar beroende på hur andra oberoende variabler varierar. Vi kan till exempel misstänka att det finns ett samband mellan insatsens varaktighet och barnens ansamling av ogynnsamma omständigheter under uppväxten som i sin tur påverkar utfallet. Vi säger då att det handlar om en *interaktionseffekt*.

Kontrollvariabler

För att minska risken för skensamband (dvs. att våra samband beror på andra bakomliggande omständigheter) har vi i våra regressionsanalyser tagit hänsyn till följande s.k. confounders (’förväxlingsfaktorer’). Registerkälla anges inom parentes:

- Barnets kön (Medicinska födelseregistret).
- Barnets födelseår (Medicinska födelseregistret).
- Geografisk hemvist vid 17 års ålder, kategoriserat som storstad, stad/tätort eller landsbygd. Vi har utgått från SCB:s H-regionssklassificering av kommuner (Registret över totalbefolkningen, RTB).
- Moderns födelse land, kategoriserat som Sverige, Norden, Europa och utanför Europa (RTB).
- Moderns högsta utbildning när barnet var 17 år (LISA), kategoriserat som max grundskola, gymnasium eller högskoleexamen.

Tabell 1.1. Beskrivande statistik: Yngre barn (n=6 693).

Variabler	Medelvärde	Min	Max
	(std.av) /proportion		
<i>Utfallsvariabler</i>			
Åtminstone ett ogynnsamt utfall	0,58	0	1
Antal ogynnsamma utfall	1,08 (1,23)	0	6
<i>Huvudsakliga oberoende variabler</i>			
Antal ogynnsamma omständigheter under uppväxten	2,85 (1,79)	0	9
Insatsens varaktighet (år)	2,60 (2,19)	0	15,91
<i>Kontrollvariabler</i>			
Flicka	0,52	0	1
Pojke	0,48	0	1
Storstad	0,39	0	1
Stad	0,43	0	1
Landsbygd	0,18	0	1
Födelseår	1985,90 (3,03)	1980	1990
Född i Sverige (moder)	0,86	0	1
Född i Norden (moder)	0,07	0	1
Född i Europa (moder)	0,03	0	1
Född utanför Europa (moder)	0,04	0	1
Grundskola (moder)	0,28	0	1
Gymnasium (moder)	0,56	0	1
Högskola/universitet (moder)	0,16	0	1

Tabell 1.2. Beskrivande statistik: Äldre barn (n=6 389).

Variabel	Medelvärde	Min	Max
	(std. av.) /proportion		
<i>Utfallsvariabler</i>			
Åtminstone ett ogynnsamt utfall	0,72	0	1
Antal ogynnsamma utfall	1,48 (1,32)	0	6
<i>Huvudsakliga oberoende variabler</i>			
Antal ogynnsamma omständigheter under uppväxten	2,92 (1,88)	0	10
Insatsens varaktighet (år)	3,39 (2,74)	0	17,82
<i>Kontrollvariabler</i>			
Flicka	0,44	0	1
Pojke	0,56	0	1
Storstad	0,31	0	1
Stad	0,51	0	1
Landsbygd	0,18	0	1
Födelseår	1979,26 (3,28)	1973	1984
Född i Sverige (moder)	0,86	0	1
Född i Norden (moder)	0,09	0	1
Född i Europa (moder)	0,03	0	1
Född utanför Europa (moder)	0,02	0	1
Grundskola (moder)	0,37	0	1
Gymnasium (moder)	0,51	0	1
Högskola/universitet (moder)	0,12	0	1

Resultat

Innan resultaten från regressionsanalyserna presenteras ges en närmare beskrivning av hur de tre utfallsvariablerna, insatsens varaktighet och ansamlingen av ogynnsamma omständigheter under uppväxten är fördelade i de två grupperna.

För de yngre barnen (Tabell 1.1) kan vi konstatera att majoriteten åtminstone har ett ogynnsamt utfall (58 %). I genomsnitt har de yngre barnen ungefär ett ogynnsamt utfall. När vi tittar på motsvarande siffror för de äldre barnen (Tabell 1.2) kan vi se att det är väsentligen fler som åtminstone har ett ogynnsamt utfall (72 %). De äldre barnen har också i genomsnitt fler antal tecken på ogynnsamma utfall (1,5) än de yngre, även om skillnaden inte är särskilt stor. Vilka ogynnsamma utfall är då vanligast förekommande? Tabell 2.1 visar att skolmisslyckande (38,8%) och socialbidragstagande vid 21-års ålder (24,8%) är vanligast bland de yngre barnen. Dessa två utfall är även vanligast bland de äldre barnen, ungefär 52 % respektive 39 % (Tabell 2.2). Med undantag för placering i dygnsvård är samtliga utfall mer vanligt förekommande hos de äldre barnen jämfört med de yngre.

Även insatsens varaktighet skiljer sig åt mellan grupperna (Tabell 1.1 och Tabell 1.2). Långvarig insats är vanligare bland de äldre barnen. Den genomsnittliga insatstiden för de äldre barnen (3,4 år) är nästan ett år längre jämfört med yngre (2,6 år).

De yngre respektive äldre barnen har i genomsnitt tre ogynnsamma omständigheter under uppväxten. Som framgår av Tabell 2.2 är det vanligt att såväl de yngre som äldre barnen som fått KF/KP har en far som har registerindikation på missbruk (drygt 40 % i de båda grupperna). Det är också vanligt att deras fäder har registerindikation på kriminalitet (ungefär 44 % av de yngre barnen och 39 % av de äldre barnen). Med undantag för förekomst av förtidspension hos mamman, tenderar de övriga riskmarköerna vara mer förekommande bland de äldre barnen. Till exempel är det markant vanligare att de äldre barnens föräldrar har registerindikationer på psykisk ohälsa.

Tabell 2.1 Fördelningen av ogynnsamma utfall bland yngre (n=6 693) respektive äldre barn (n= 6 389).

Utfall	Yngre barn	Äldre barn
Psykiska hälsoproblem	13,8%	18,8%
Missbruk	7,0%	10,1%
Placering i dygnsvård	20,0%	19,8%
Socialbidragstagande	24,8%	39,2%
Skolmisslyckande	38,8%	51,6%
Allvarlig kriminalitet	3,5%	8,1%

Tabell 2.2 Fördelningen av ogynnsamma omständigheter under uppväxten bland yngre (n=6 693) respektive äldre barn (n= 6 389).

Riskmarkör	Yngre barn	Äldre barn
Mor tonåring vid sitt första barns födelse	9,5%	13,4%
Mor förtidspension	28,3%	22,4%
Mor omfattande socialbidragstagande	17,1%	23,6%
Mor indikation på psykisk ohälsa	18,3%	31,4%
Far indikation på psykisk ohälsa	7,8%	24,9%
Mor indikation på missbruk	15,0%	18,3%
Far indikation på missbruk	41,2%	42,8%
Mor indikation på kriminalitet	10,4%	10,2%
Far indikation på kriminalitet	43,6%	39,0%
Tidigare erfarenhet av insatsen	-	11,3%

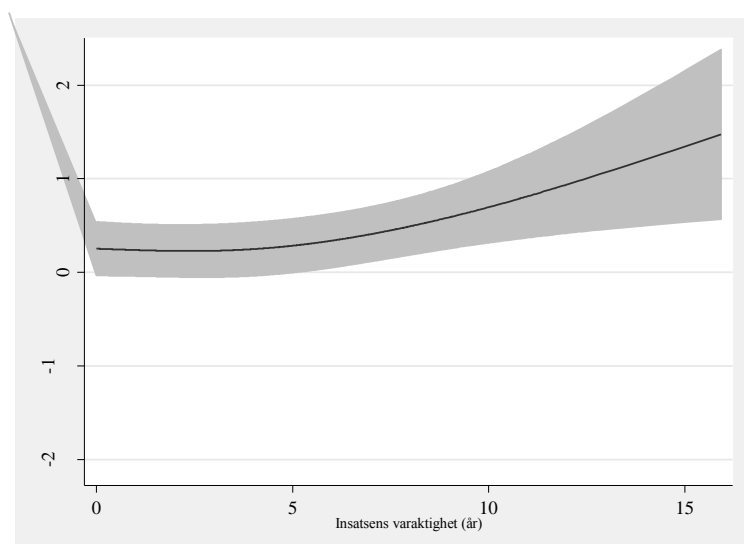
Spelar insatstiden och ansamlingen av ogynnsamma omständigheter någon roll?

Nedan presenteras i tur och ordning de resultat från regressionsanalyserna för yngre respektive äldre barn som bedömts vara relevanta för framställningen. Om vi t.ex. fått ett nollsamband mellan insatstid och ett visst utfall för en viss grupp redovisas detta inte. Likaså redovisas enbart statistiskt säkerställda samband.

Yngre barn

För yngre barn finns det ett samband mellan insatsens varaktighet och oddset att ha *åtminstone ett ogynnsamt utfall* (Figur 1). Som framgår av figuren minskar oddset mycket svagt för att ha *åtminstone ett ogynnsamt utfall* för de barn vars insats varat mindre än ungefär fyra år. Däremot för de barn som har längre insattider än fyra år ökar oddset för att ha något ogynnsamt utfall. Med andra ord förefaller längre placeringar vara negativt (Figur 1). Däremot finner vi inte något påtagligt samband mellan insatsens varaktighet och *antalet ogynnsamma utfall*.

Figur 1. Samband mellan insatsens varaktighet och att ha *åtminstone ett ogynnsamt utfall* bland yngre barn (n=6 693).



95% konfidensintervall i grått. Sambandet är justerat för antalet ogynnsamma omständigheter under uppväxten, barnets kön, barnets födelseår, barnets geografiska hemvist, moderns födelseland och moderns högsta utbildningsnivå.

Bland de yngre barnen finner vi ett tydligt samband mellan antalet ogynnsamma omständigheter under uppväxten och framtida utfall som är i förväntad riktning. Som framgår av Tabell 3.1 ökar oddset för att ha *åtminstone ett ogynnsamt utfall* med ungefär 28 % för varje ytterligare ogynnsam omständighet under uppväxten ($1,28-1=0,28$). När vi tittar på *antalet ogynnsamma utfall* ökar dessa i genomsnitt med ungefär 14 % för varje ytterligare ogynnsam omständighet under uppväxten ($1,14-1=0,14$).

Tabell 3.1 Samband mellan antalet ogynnsamma omständigheter under uppväxten och framtida utfall bland yngre barn. Resultat från regressionsanalyser (n=6 693).

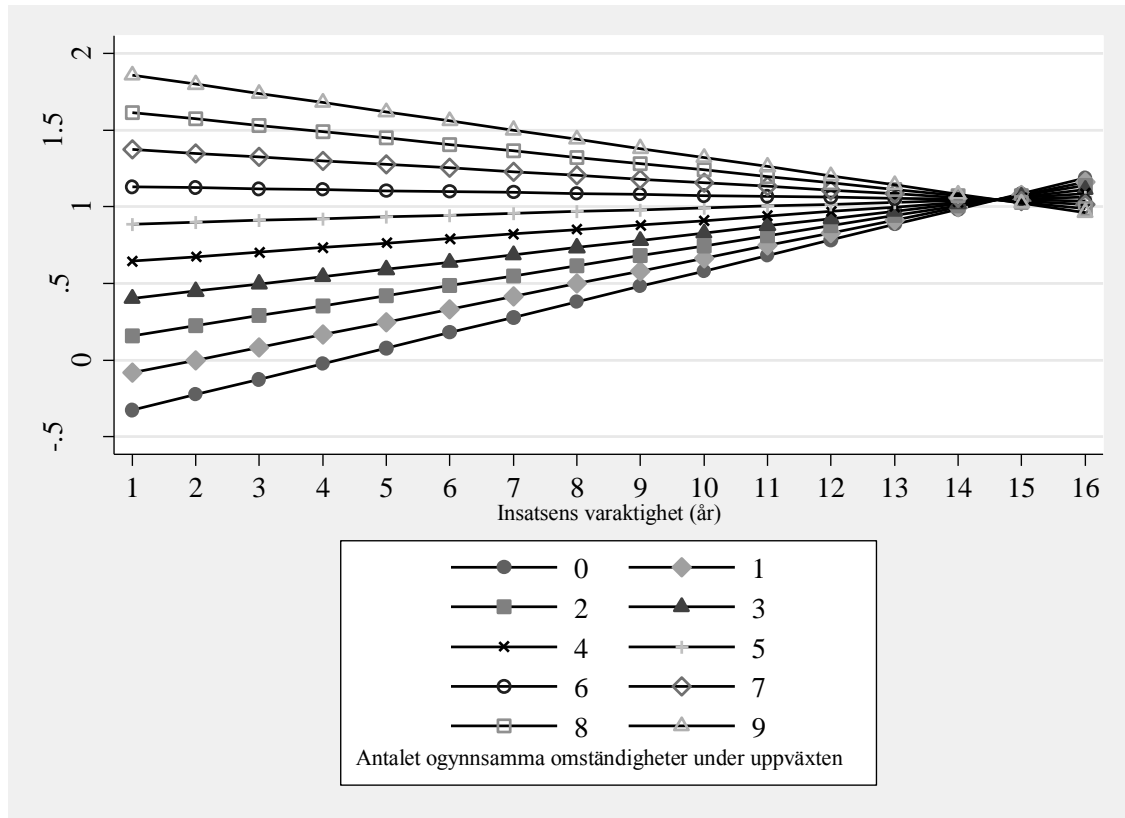
<i>Antalet ogynnsamma omständigheter</i>		
	Oddsquot	95% KI
Åtminstone ett ogynnsamt utfall	1,28	1,24-1,32
	Incidensquot	95% KI
Antal ogynnsamma utfall	1,14	1,13-1,16

KI=Konfidensintervall. Samtliga tre modeller konstanthåller för insatstid, barnets kön, barnets födelseår, barnets geografiska hemvist, moders födelseland och moders högsta utbildningsnivå.

När man gör en regressionsanalys undersöker man som nämndes tidigare effekten av en oberoende variabel på en beroende variabel. Ibland finns det dock anledning att misstänka att en oberoende variabels effekt varierar beroende på hur andra oberoende variabler varierar. Vi kan till exempel misstänka att insatsens varaktighet och barnens ansamling av ogynnsamma omständigheter under uppväxten samverkar, dvs. att det finns en *interaktionseffekt*.

Som framgår av Figur 2 kan vi se att antalet ogynnsamma omständigheter under uppväxten samverkar med insatsens varaktighet - som i sin tur påverkar oddset för att ha åtminstone ett ogynnsamt problem. Man kan också säga att ansamlingen av ogynnsamma omständigheter under uppväxten modifierar effekten av insatsens varaktighet. Mer specifikt innebär det att bland de barn som har ett stort antal ogynnsamma omständigheter under uppväxten (>6) så minskar oddset för att ha åtminstone ett ogynnsamt utfall. Uttryckt lite enklare: för barn med många problemindikationer i deras bakgrund har längre insatstid ett samband med färre ogynnsamma utfall på lång sikt. För barn med få problem i bakgrunden gäller det motsatta – längre insatstid har samband med fler ogynnsamma utfall på lång sikt.

Figur 2. Interaktionseffekt mellan antalet ogynnsamma omständigheter under uppväxten och insatsens varaktighet på oddset att ha åtminstone ett ogynnsamt utfall bland yngre barn (n=6 693).

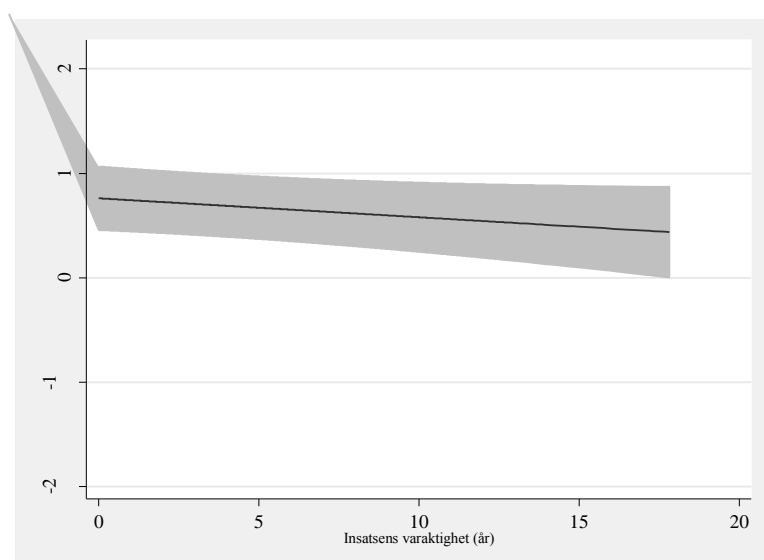


Sambandet är justerat för barnets födelseår, kön, barnets geografiska hemvist, moderns födelseland och moderns högsta utbildningsnivå.

Äldre barn

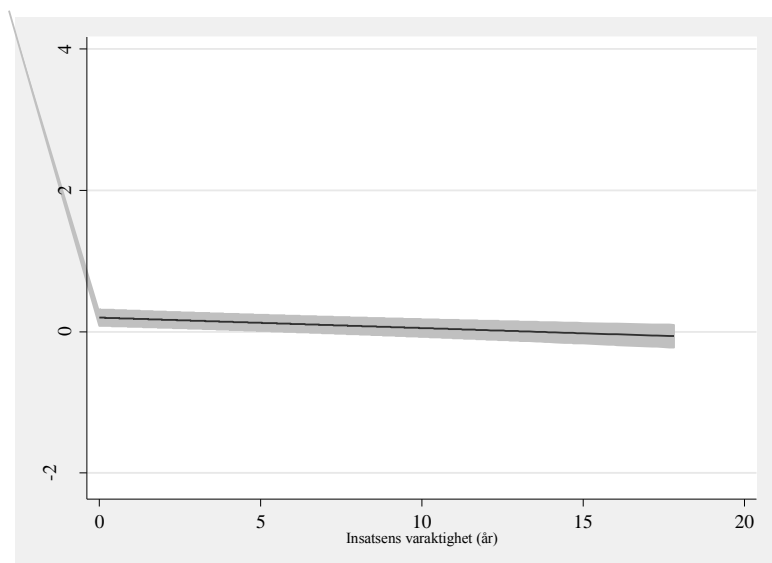
När det gäller de äldre barnen hittar vi ett svagt samband mellan insatsens varaktighet och utfall som är i förväntad riktning, dvs. att ju längre insatsen varar desto mindre problem i vuxen ålder. Som framgår av Figur 3 innebär en längre insatstid ett lägre odds för att ha *åtminstone ett ogynnsamt utfall*. Separata analyser av pojkar respektive flickor visar att sambandet framför allt gäller för pojkar (redovisas ej). Liknande mönster återfinns i Figur 4 där en längre insats innebär färre *antal ogynnsamma utfall*. För samtliga samband mellan insatsens varaktighet och utfall gäller att de är svaga, dvs. att ett ytterligare års insats inte leder till några större förändringar i resultaten.

Figur 3. Samband mellan insatsens varaktighet och att ha åtminstone ett ogynnsamt utfall bland äldre barn (n=6 389).



95% konfidensintervall i grått. Sambandet är justerat för antalet ogynnsamma omständigheter under uppväxten, barnets kön, barnets födelseår, barnets geografiska hemvist, moderns födelseland och moderns högsta utbildningsnivå.

Figur 4. Samband mellan insatsens varaktighet och antalet ogynnsamma utfall bland äldre barn (n=6 389).



95% konfidensintervall i grått. Sambandet är justerat för antalet ogynnsamma omständigheter under uppväxten, barnets kön, barnets födelseår, barnets geografiska hemvist, moderns födelseland och moderns högsta utbildningsnivå.

Även bland de äldre barnen finns ett samband mellan antalet ogynnsamma omständigheter under uppväxten och framtida utfall. Sambanden går i förväntad riktning. Som framgår av Tabell 3.2 ökar oddset för att ha åtminstone ett ogynnsamt utfall med ungefär 14 % för varje ytterligare ogynnsam omständighet under uppväxten ($1,14-1=0,14$). När vi tittar på antalet ogynnsamma utfall ökar dessa i genomsnitt med ungefär 8 % för varje ytterligare ogynnsam omständighet under uppväxten ($1,08-1=0,08$).

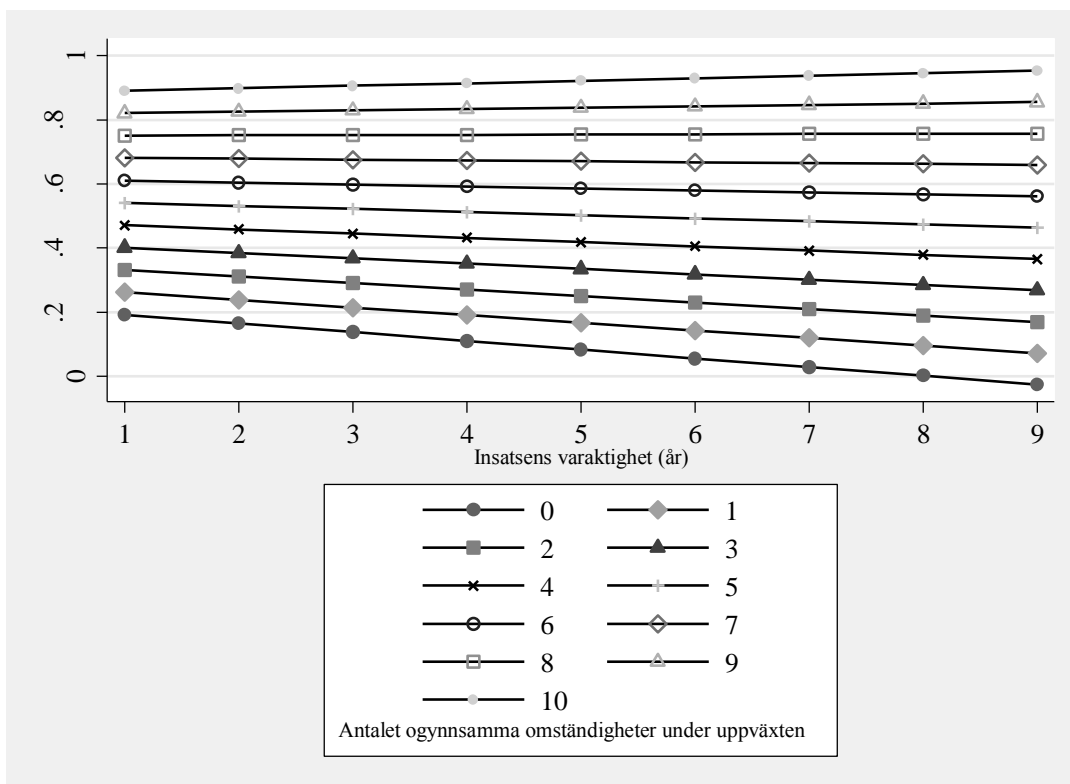
Det är rimligt att misstänka att sambanden mellan insatsens varaktighet och utfall kan se olika ut beroende på barnens ansamling av ogynnsamma omständigheter under uppväxten. Som framgår av Figur 5 har vi hittat en interaktion mellan antalet ogynnsamma omständigheter under uppväxten och insatsens varaktighet som modifierar effekten på antalet ogynnsamma utfall. Rent konkret innebär det att de barn som har färre antal ogynnsamma omständigheter under uppväxten (<7) också har färre antal ogynnsamma utfall ju längre insatsen har varat. På motsvarande sätt har de barn som har ett mycket stort antal ogynnsamma omständigheter under uppväxten (>6) i genomsnitt fler antal ogynnsamma utfall ju längre insatsen varar. Detta senare samband är dock mycket svagt.

Tabell 3.2 Samband mellan antalet ogynnsamma omständigheter under uppväxten och framtida utfall bland äldre barn. Resultat från regressionsanalyser (n=6 389).

<i>Ansamling av ogynnsamma omständigheter</i>		
	Oddsquot	95% KI
Åtminstone ett ogynnsamt utfall	1,14	1,11-1,18
Incidensquot 95% KI		
Antal ogynnsamma utfall	1,08	1,07-1,09

KI=Konfidensintervall. Samtliga tre modeller konstanthåller för insatstid, barnets kön, barnets födelseår, barnets geografiska hemvist, moders födelseland och moders högsta utbildningsnivå.

Figur 5. Interaktionseffekt mellan antalet ogynnsamma omständigheter under uppväxten och insatsens varaktighet för antalet ogynnsamma utfall bland äldre barn (n=6 389).



Sambandet är justerat för barnets kön, barnets födelseår, barnets geografiska hemvist, moders födelseland och moders högsta utbildningsnivå.

Slutsatser och diskussion

Denna rapport syftar till att undersöka om KF/KP-insatsens varaktighet och ansamlingar av ogynnsamma omständigheter under uppväxten har ett samband med hur det går på längre sikt för de barn där insatsen påbörjades under småbarnsåren och/eller förpuberteten. De grupper som studerats är barn där insatsen inleddes när de var 2-5 år och/eller när de var 10-13 år. Läsaren måste hålla i minnet att vi har undersökt delar av en oändligt mer komplicerad verklighet än den som redovisas i tabeller och diagram. Vi har använt registerdata - som alltid har uppenbara begränsningar – och fått ett slags flygfoto av barnens utveckling som vi sedan har processat i olika former av avancerade statistiska modeller. Med dessa nödvändiga påminnelser om begränsningarna i rapporten kan vi konstatera följande:

- För det första har vi använt de statistiska metoder som idag finns tillgängliga för denna typ av analyser. Det är inte troligt att vi med andra metoder skulle få ett tydligt annorlunda resultat. Detta är också den första studien av KF/KP (eller liknande insatser) där vi förutom att granska utfall på lång sikt i ett stort nationellt urval, också försöker förstå betydelsen av a) insatsens varaktighet, b) ansamlingar av riskmarkörer om barnens uppväxt och c) hur a och b samverkar med varandra.
- För det andra ser vi – liksom i tidigare studier (Vinnerljung et al, 2011; Brännström et al, 2013, 2015) – att dessa barn är en stark riskgrupp för ogynnsam utveckling på lång sikt. Majoriteten av de yngre barnen (58 %) och nästan tre av fyra i den äldre gruppen (72 %) hade åtminstone ett ogynnsamt utfall. Vi upprepar vad som sagts i tidigare rapporter och som framkommit i en rad tidigare studier (sammanfattning i Vinnerljung et al, 2011): detta är inte en 'barnavård-light' grupp. Det är rimligt att betrakta dessa barn som en högriskgrupp för ogynnsam långsiktig utveckling, särskilt den äldre gruppen som fick KF/KP i förpuberteten (10-13 år).
- För det tredje visar resultaten att dessa barn vanligen har med sig *kombinationer av bakgrundsproblem*. Snittet ligger runt tre olika problemindikationer per barn i våra resultat. Däremot verkar sammansättningen av dessa problem under uppväxten inte ha något tydligt specifikt samband med hur det går i framtiden. Det är *antalet* indikatorer som verkar betyda något. Detta stämmer väl överens med resultat från en lång rad andra studier om barns utveckling (t.ex. Sameroff et al, 1987; Felitti, 2002; Chartier et al, 2010).
- För det fjärde har längre insatstid ett samband med högre förekomst av ogynnsamma utfall på lång sikt för de yngre barnen. Men när vi undersöker interaktionen med

barnens problembelastning i barndomen får vi ett svagt – men tydligt – mönster. För de mest belastade barnen minskar längre insatstid risken för framtida ogynnsamma utfall medan för de minst belastade barnen gäller motsatsen. Det är med andra ord barn med många problemindikationer i sin bakgrund som verkar ha fått viss nytta av längre insatstid.

- För det femte har insatstiden ett påtagligt svagt samband med utfall på lång sikt för de äldre barnen. Men vi ser en svag *omvänd* tendens jämfört med den yngre gruppen. Det är främst barn med få problemindikatorer från uppväxtåren som verkar ha fått någon (mycket svag) nytta av lång insatstid.

Hur kan man tolka dessa delvis motsägelsefulla resultat? Att antalet riskmarkörer från barndomen hade en tydlig betydelse för utfall på lång sikt – mer så än enstaka riskmarkörer (t.ex. föräldrars missbruk) eller kombinationer av olika riskmarkörer – var ingen överraskning. Detta är väl belagt i internationell forskning om ackumulationer av '*adverse childhood experiences*', så kallade ACE-studier (exempel på svenska sådana studier är Björkenstam et al, 2013, 2015; Gauffin et al, insänt för publ.). Men det finns än så länge få sådana studier om socialt utsatta barnpopulationer, exempelvis barn som fått barnavårdsinsatser (Bruskas & Tessin, 2013).

I den yngre gruppen verkar barnen med tyngst problembakgrund ha haft viss nytta av längre insatstid. Där är det med andra ord möjligt att en långvarig tillgång till en kompensande vuxenmiljö utanför den egna familjen kan ha påverkat de mest utsatta barnens utveckling på sikt. För mindre belastade barn fanns ingen sådant samband, snarare tendenser till det omvända. En långvarig insats verkar med andra ord ha fungerat bättre för de 'svåraste fallen'.

För de äldre barnen ser vi svaga tendenser till ett motsatt mönster. De som hade minst problem i hemmet är de som verkar ha fått (svag) nytta av lång insatstid. Observera att vi bara har data som pekar på problem i hemmet, inte hos barnet själv (t.ex. förekomsten av beteendeproblem). Det verkar med andra ord som om insatsen var för svag för mer belastade barn. Den äldre gruppen hade generellt mer indikationer på problem i barndomen (t.ex. höga förekomster av psykisk ohälsa hos föräldrarna) än den yngre och verkar också ha klarat sig betydligt sämre i tonåren och i ung vuxen ålder. Majoriteten i den äldre gruppen (52 % jämfört med 39 % i den yngre gruppen) klarade riktigt dåligt i skolan, vilket vi vet har starka samband med andra ogynnsamma utfall i ung vuxen ålder (t.ex. Vinnerljung et al, 2010; Gauffin et al, 2013, 2015).

Konsekvenser för policy och praktik

Resultaten är generellt svaga. Vi finner inga omvälvande trender när vi undersöker samband mellan insatstid och utfall. Eftersom våra sambandsanalyser inte har någon jämförelsegrupp av barn som inte fått någon insats (alla som ingår i analysen har fått mer eller mindre av insatsen) är det också viktigt att påpeka att vi med det här sättet att analysera inte kan säga något om insatsen är effektiv eller inte. De mönster vi har funnit hamnar snarare under rubriken 'tendenser till dämpad försämring' över tid. Det är tydligt att man inte ska förvänta sig radikalt bättre resultat av KF/KP om den pågår under lång tid jämfört med om den är kortvarig.

Bland de yngre barnen finns det dock en intressant tendens: de som (utifrån våra registerdata) verkar ha det svårast i hemmet är också de som kan ha en viss nytta av lång insatstid. Det finns med andra ord inget i resultaten som tyder på att socialtjänsten bör vara restriktiv med att ge yngre barn från belastade familjer en kontaktfamiljsinsats under lång tid. För de äldre barnen finns det dessvärre inga resultat från våra analyser som är tillräckligt handfasta för att tjäna som underlag för policy/praxisrekommendationer.

Referenser

- Andersson, G. & Bangura Arvidsson M. (2001). *Vad vet vi om insatsen kontaktperson/-familj? En kunskapsöversikt*. Lund: Lunds universitet, Institutionen för socialt arbete.
- Bergman, L. R. & Trost, K. (2006). The person-oriented versus the variable-oriented approach: Are they complementary, opposites, or exploring different worlds? *Merrill-Palmer Quarterly*, 52: 601-632.
- Bruskas, D. & Tessin, D. (2013). Adverse childhood experiences and psychosocial well-being of women who were in foster care as children. *The Permanente Journal*, 17, e131-e141 (E-publ).
- Brännström, L., Vinnerljung, B. & Hjern, A. (2015). Effectiveness of Sweden's Contact Family/Person Program for older children. *Research on Social Work Practice*, 25: 190-200.
- Brännström, L., Vinnerljung, B. & Hjern, A. (2013). Long-term outcomes of Sweden's Contact Family Program for children. *Child Abuse & Neglect*, 37: 404-414.
- Chartier, M. J., Walker, J. R. & Nalmark, B. (2010). Separate and cumulative effects of adverse childhood experiences in predicting adult health and health care utilization. *Child Abuse & Neglect*, 34, 454-464-

- Christoffersen, M. N. & Soothill, K. (2003). The long-term consequences of parental alcohol abuse: a cohort study of children in Denmark. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25: 107-115.
- Cloninger, C.R., Sigvardsson, S. Bohman, M. & von Knorring, A.-L. (1982). Inheritance of criminality among Swedish adoptees. II. Cross-fostering analysis of gene-environment interaction. *Archives of General Psychiatry*, 39: 1242–1247.
- Felitti, V. J. (2002). The relationship between adverse childhood experiences and adult health: Turning gold into lead. *The Permanente Journal*, 6, 44-47.
- Franzén, E., Vinnerljung, B. & Hjern, A. (2008). The epidemiology of out-of-home care for children and youth. A national cohort study. *British Journal of Social Work*, 38: 1043-1059.
- Gauffin, K., Hjern, A., Vinnerljung, B. & Björkenstam, E. (insänt för publ). Childhood household dysfunction, social inequality and alcohol related illness in young adulthood. A Swedish national cohort study.
- Gauffin, K., Vinnerljung, B., Fridell, M., Hesse, M. & Hjern, A. (2013). Childhood socio-economic status, school failure, and drug abuse – a Swedish national cohort study. *Addiction*, 108, 1441-1449
- Gauffin K, Vinnerljung B & Hjern A (2015). School performance and alcohol-related disorders in early adulthood: a Swedish national cohort study. *International Journal of Epidemiology*, E-publ, Advance Access, doi: 10.1093/ije/dyv006.
- Kendler K, Sundquist K, Ohlsson H, Palmer K, Maes H, Winkleby M et al (2012). Genetic and familial environmental influences on the risk for drug abuse. A national Swedish adoption study. *Archives of General Psychiatry*, 69, 690-697.
- Korpi, T., Nelson, K. & Stenberg, S-Å. (2007). The accumulation of social problems: multiple deprivation in Sweden 1974-2000. *International Journal of Social Welfare*, 16: 91-103.
- Rosato, N. S. & Baer, J. C. (2012). Latent Class Analysis: A Method for Capturing Heterogeneity. *Social Work Research*, 36: 61-69.
- Royston, P. & Sauerbrei, W. (2007). Multivariable modeling with cubic regression splines: a principled approach. *The Stata Journal*, 7(1): 45-70.
- Sameroff AJ, Seifer R, Barocas R, Zax, M & Greenspan S (1987). Intelligence quotient scores of 4-year old children: Social-environmental risk factors. *Pediatrics*, 79, 343-350.
- Sigvardsson, S., Bohman, M. & Cloninger, R. (1996). Replication of the Stockholm adoption study of alcoholism: confirmatory cross-fostering analysis. *Archives of General Psychiatry*, 53: 681–687.

- Socialstyrelsen (2012). Barn och unga – insatser år 2011. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Vinnerljung, B., Berlin, M. & Hjern, A. (2010). Skolbetyg, utbildning och risker för ogynnsam utveckling hos barn. I *Social Rapport 2010* (sid. 227-266). Stockholm: Socialstyrelsen.
- Vinnerljung, B., Brännström, L. & Hjern, A. (2011). *Kontaktfamilj/-person för barn. Uppföljning och utvärdering med registerdata*. Stockholm: Stockholms Universitet, inst för socialt arbete, Rapport i Socialt Arbete #138. <http://su.diva-portal.org/smash/record.jsf?searchId=1&pid=diva2:460207>
- Vinnerljung, B. & Franzén, E. (2005). Kontaktfamilj/kontaktperson – omfattning och samband med placering i dygnsvård. *Socialvetenskaplig Tidskrift*, 12: 345-365.