SBU UTVÄRDERAR • RAPPORT 265/2017

Insatser för bättre psykisk och fysisk hälsa hos familjehemsplacerade barn

En systematisk litteraturöversikt och utvärdering av ekonomiska, samhälleliga och etiska aspekter

STATENS BEREDNING FÖR MEDICINSK OCH SOCIAL UTVÄRDERING

Rapportserie Denna rapport hör till serien SBU Utvärderar. En allsidig vetenskaplig utvärdering som innefattar systematisk översikt, ekonomiska/hälsoekonomiska analyser samt genomgång av sociala och etiska aspekter. Ämnessakkunniga deltar i arbetet med stöd av medarbetare på SBU, patienter/brukare. Rapporten granskas av oberoende experter. Graden av vetenskaplig tillförlitlighet i de sammanvägda resultaten bedöms på ett systematiskt sätt och rapportens slutsatser godkänns av SBU:s nämnd.

ISSN 1400-1403

Innehållsdeklaration

- ✓ Utvärdering av ny/etablerad metod
- ✓ Systematisk litteratursökning
- ✓ Relevansgranskning
- ✓ Kvalitetsgranskning
- ✓ Sammanvägning av resultat
- ✓ Evidensgradering gjord av SBU
- Evidensgradering gjord externt
- ✓ Baseras på en systematisk litteraturöversikt
- Konsensusprocess
- ✓ Framtagen i samarbete med sakkunniga
- ✓ Patienter/brukare medverkat
- ✓ Etiska aspekter
- ✓ Ekonomiska aspekter
- ✓ Sociala aspekter
- ✓ Godkänd av SBU:s kvalitets- och prioriteringsgrupp
- ✓ Godkänd av SBU:s nämnd

Nyckelord Socialtjänst, familjehemsvård, placerade barn, dygnsvård, svensk praxis, familjehemsinsatser, familjehemsutredningar

Utgiven September 2017

Giltighetstid Resultat som bygger på ett starkt vetenskapligt underlag fortsätter vanligen att gälla under en lång tid framåt. Andra resultat kan ha hunnit bli inaktuella. Det gäller främst områden där det vetenskapliga underlaget är otillräckligt eller begränsat

Beställ Denna rapport (nr 265) kan beställas från Strömberg distribution.
Telefon: 08-779 96 85 • Fax: 08-779 96 10 • E-post: sbu@strd.se

Produktion Grafisk produktion av Elin Rye-Danjelsen, SBU. Tryckt av Elanders Sverige AB, Mölnlycke, 2017. Omslagsfoto: Shutterstock

Diarienummer SBU 2017/50

Citera denna rapport SBU. Insatser för bättre psykisk och fysisk hälsa hos familjehemsplacerade barn. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2017. SBU-rapport nr 265. ISBN 978-91-88437-07-5.

Innehåll

Sammanfattning och slutsatser **7**

1 Inledning **11**
Syfte 11
Uppdraget 12
Målgrupper 12

2 Bakgrund **13**
Andel barn placerade i social dygnsvård 14
Hur går det för barnen som är placerade i social dygnsvård? 14
Psykisk hälsa 15
Fysisk hälsa och tandhälsa 15
Tidigt föräldraskap 16
Skola och utbildning 16
Stabilitet i social dygnsvård 16
Ekonomiska aspekter 17
Sammanfattning 17

3 Metodbeskrivning **19**
Frågeställningar 20
Inklusionskriterier 20
Exklusionskriterier 22
Litteratursökning 22
Metodik för urval av artiklar 23
Kvalitetsgranskning av relevanta artiklar 24
Tabellering av relevanta data från artiklarna 24
Metoder för sammanvägning av resultat 24
Det vetenskapliga underlagets styrka 25
Praxisundersökning 27
Brukar- och anhörigperspektiv 27

4 Resultaten av den systematiska litteraturöversikten **29**
Flödesschema över ingående studier 29
Metoder för att utreda familjers lämplighet som familjehem (frågeställning 1) 30
Grundutbildning av familjehemsföräldrar (frågeställning 2) 30
Insatser för att stödja barn och familjehemsföräldrar (frågeställning 3) 31
— Direkta effekter 31
— Indirekta effekter 31
— Allmänt om de 18 insatserna 31
— Vetenskapligt stöd för de 18 insatserna 32
Insatser som vänder sig till barn 39
— Better Futures 40
— Fostering Healthy Futures (FHF) 40
— Incredible Years (Dina program) 41
— Supporting Siblings in Foster Care (SIBS-FC) 42
— Take Charge 43

Insatser som vänder sig till familjehemsföräldrar 44
— Attachment and Biobehavioral Catch-up (ABC) 45
— Foster Family Intervention 46
— Incredible Years (föräldradel) 47
— Keeping foster and kin parents supported and trained (KEEP) 48
— Neighbor To Family (NTF) 49
— Parent Management Training Oregon (PMTO) 49
— Promise 50
— Promoting First Relationships 51
Insatser som vänder sig till både barn och familjehemsföräldrar 52
— Casey Family Programs 52
— Fostering Individualized Assistance Program (FIAP) 53
— Middle School Success (MSS) 53
— Multidimensional Treatment Foster Care for preschoolers (MTFC-p) 54
— Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) 55
Insatser för att påverka utfallsmåtten (frågeställning 4) 56
— Internaliserade symtom 56
— Externaliserade symtom 58
— Anpassningsförmåga 58
— Fysisk hälsa 59
— Utbildning 59
— Yrkesanställning 60
— Livskvalitet 60
— Stabilitet i placering 61
— Familjehemsföräldrars föräldraförmåga 61
— Familjehemsföräldrars internaliserande symtom 62

5 Ekonomiska aspekter 63
Beslutsproblem 64
Resultat av den systematiska översikten 66
Fördjupad analys: SBU:s krav på kvalitet och överförbarhet i ekonomiska studier 67

6 Praxisundersökning av familjehemsvård 69
Metoder för att utreda familjers lämplighet 69
Insatser för att utbilda familjehem 70
Insatser för att stödja familjehem efter det att barnet placerats 71
Insatser för att stödja det placerade barnet i familjehemmet 71
Insatser för att stödja barnet eller familjehemmet under placeringen 72
Insatsernas karaktär 72
Sammanfattning 73

7 Erfarenheter av familjehemsvård 75
Knas Hemma 75
Organisationen för vuxna adopterade och fosterbarn (AFO) 76
Maskrosföräldrar 76
Familjevårdens Centralorganisation (FaCO) 77
Sammanfattning 78

8 Etiska och samhälleliga aspekter 79
Etik i bedömning av specifika insatser 80
Etiska dimensioner inom socialt arbete och familjehemsvård 81
— Barnets sårbarhet och samhällets ansvar 81
— Allmänna etiska frågor för familjehemsvården 82
— Specifika etiska utmaningar i bedömning av insatser: makt, kunskap och organisation 84
— Vägar framåt 86
Sammanfattning 87

9 Diskussion 89
Resultat 89
— Frågeställning 1 89
— Frågeställning 2 89
— Frågeställning 3 89
— Frågeställning 4 90
— Frågeställning 5 90
— Frågeställning 6 90
— Frågeställning 7 90
— Frågeställning 8 91
Tillförlitlighet 91
Överförbarhet 93
— Målgrupp 93
— Familjehemsföräldrar 93
— Jämförelsealternativen 94
— Kontextuella faktorer 94
Ekonomiska aspekter 95
Svensk praxis 96
Förändringsarbete 97
— Rutinmässig bedömning av psykisk och fysisk hälsa 97
— Systematisk uppföljning och dokumentation 97
— Implementering av nya insatser 97

10 Kunskapsluckor 99

11 Projektgrupp, externa granskare, råd och nämnd 103
Projektgrupp 103
— Sakkunniga 103
— SBU 104
Externa granskare 104
Bindningar och jäv 104
SBU:s vetenskapliga råd – Eira 105
SBU:s vetenskapliga råd – Brage 105
SBU:s nämnd 106

12 Ordförklaringar och förkortningar 107

13 Referenser 111

Bilaga 1	**Tabellverk av ingående studier**	tillgänglig på www.sbu.se/265
Bilaga 2	**Exkluderade artiklar**	tillgänglig på www.sbu.se/265
Bilaga 3	**Gallrings- och granskningsmallar**	tillgänglig på www.sbu.se/265
Bilaga 4	**Sökstrategier**	tillgänglig på www.sbu.se/265
Bilaga 5	**Praxisenkät till kommuner och enskilda företag**	tillgänglig på www.sbu.se/265
Bilaga 6	**Svar från organisationer som företräder brukare och anhöriga**	tillgänglig på www.sbu.se/265
Bilaga 7	**Kännetecken på insatser i litteraturöversikt och praxisundersökning**	tillgänglig på www.sbu.se/265

Sammanfattning och slutsatser

Barn i utsatta situationer kan under kortare eller längre perioder behöva placeras i en annan familj. Bland barn som växer upp i familjehem är det vanligare med psykisk och fysisk ohälsa. Det är därför viktigt att veta om stödinsatser till barn och familjehemsföräldrar kan hjälpa barnen.

Slutsatser

- Insatser till familjehemsplacerade barn och familjehemsföräldrar kan förbättra barnens psykiska och fysiska hälsa, sociala situation, livskvalitet samt placeringars stabilitet. På grund av olikheter mellan insatserna och studiernas vetenskapliga utformning går det inte att avgöra vilka insatser eller vilka delar av insatserna som är verksamma.

- För följande tre specifika insatser finns något säkrare kunskap om effekter:

  - Attachment and Biobehavioral Catch-up är en utbildning för familjehemsföräldrar som kan minska vissa psykiska symtom hos barnen

  - Föräldradelen av programmet Incredible Years kan minska barns beteendeproblem och öka familjehemsföräldrars förmåga att klara föräldrarollen

  - Take Charge är en specialpedagogisk insats till ungdomar som kan förbättra deras självbestämmande, utbildningsgång och möjligheter till arbete.

För övriga 15 insatser i denna utvärdering räcker inte underlaget för att bedöma effekten. Att det saknas sådan kunskap om insatserna behöver inte betyda att de är verkningslösa.

- Ingen av de insatser som används i Sverige har utvärderats i en studie. I Sverige läggs tonvikten på att utreda familjers lämplighet och att utbilda dem. Att erbjuda stödinsatser till barn eller familjehemsföräldrar under barnens placering är mindre vanligt. Personer som har växt upp i familjehem, deras föräldrar och familjehemsföräldrar efterlyser stöd till barn och familjehem under placeringen.

- Det behövs forskning som undersöker effekten av insatser inom familjehemsvård. Samtliga insatser som identifierades i litteraturöversikten bör rimligtvis kunna användas i Sverige men deras effekter behöver följas upp och utvärderas i en svensk kontext. De insatser som redan förekommer i Sverige behöver också utvärderas och undersökas vetenskapligt. Det behövs även studier som belyser kostnadseffektivitet i insatser för svenska förhållanden.

Bakgrund och syfte

Mellan 3 och 4 procent av alla barn i Sverige placeras någon gång i ett familjehem eller på en institution. Under sitt liv har dessa barn en förhöjd risk för suicid, psykisk och fysisk ohälsa, missbruk, kriminalitet och behov av långvarigt försörjningsstöd. Syftet med denna rapport är att granska och sammanställa det vetenskapliga underlaget för stödinsatser till barn i familjehem och till familjehemsföräldrar för att minska dessa risker.

Metod

Den systematiska utvärderingen genomfördes i enlighet med SBU:s metodik. Studierna skulle behandla insatser som utvärderats i kontrollerade studier med hög eller medelhög studiekvalitet. Studierna skulle vara publicerade mellan åren 1990 och 2017 och inkludera minst 40 personer. Uppföljningstiden skulle vara minst tre månader för barn två år eller äldre, och minst en månad för barn yngre än två år. Studier uteslöts om jämförelsegruppen utgjordes av gruppboende eller om den till stor del bestod av barn som var placerade i släktinghem. Den systematiska utvärderingen inkluderar även ekonomiska aspekter, en inventering av vilka insatser som används i Sverige, erfarenheter från brukarorganisationer samt en etisk analys.

Resultat

Effekter av insatser

Sammanlagt granskades 5 298 artikelsammanfattningar. Relevans- och kvalitetsgranskningen identifierade 23 studier av 18 insatser som motsvarade våra kriterier. Sammantaget visar de 23 studierna att det går att påverka familjehemsplacerade barns psykiska och fysiska hälsa, sociala situation, livskvalitet samt placeringars stabilitet. På grund av olikheter mellan insatserna och studiernas vetenskapliga utformning ger resultaten inte entydiga svar på vilka insatser eller vilka delar av insatserna som är verksamma.

För tre av insatserna finns ett begränsat vetenskapligt stöd för att de har effekt: Attachment and Biobehavioral Catch-up kan förbättra barns psykiska hälsa (t.ex. minskad stress); Take Charge kan förbättra barns förmåga till självbestämmande samt sociala situation (t.ex. fullföljd utbildning) och Incredible Years kan öka familjehemsföräldrars förmåga att klara föräldrarollen och minska barnens beteendeproblem. Effekterna av de övriga 15 insatserna går inte att bedöma eftersom de endast utvärderats i en studie vardera.

Det saknas helt studier som belyser barns tandhälsa och förebyggande av tonårsgraviditeter. Det saknas också studier av eventuella skadliga eller oönskade effekter av insatserna.

Praxisundersökning

En enkät skickades ut till ett slumpvis urval kommuner (svar från 80 av 106) och samtliga enskilda företag som arbetar på kommuners uppdrag (svar från 34 av 38). Enkäten identifierade 30 insatser. Ingen av insatserna återfinns i litteraturöversikten. Det framkom bland annat att insatserna fokuserar på bedömning av lämplighet av familjehemsföräldrar och på allmän utbildning av dem före barnen placeras. Det var mindre vanligt med stöd till barn eller familjehemsföräldrar under placeringen. Att döma av de insatser som används saknas konsensus om vilka insatser som uppfattas som effektiva.

Kostnadseffektivitet

Totalt granskades 2 120 artikelsammanfattningar. Två relevanta artiklar hittades men ingen uppfyllde SBU:s krav på kvalitet i den ekonomiska utvärderingen. Studiernas resultat går inte att överföra till svenska förhållanden.

Brukar- och anhörigperspektiv

Fyra organisationer som företräder barn med erfarenhet av familjehemsvård, deras föräldrar samt familjehemsföräldrar besvarade enkäter eller intervjuades. De efterlyser mer stöd utöver själva placeringen. Dessutom önskar familjehemsföräldrar bättre kunskap om barnets behov vid placeringen och ursprungsföräldrarna efterlyser stöd för att få vara delaktiga i sina barns liv.

Etiska och sociala aspekter

När samhället övertar ansvaret för barns vårdnad så finns en särskild skyldighet att tillgodose barnens bästa. Att samhället inte alltid tagit sitt ansvar visar bland annat den så kallade Vanvårdsutredningen (SOU 2011:61). Ett problem är bristen på vetenskaplig kunskap om insatsers för- och nackdelar vilket äventyrar barns rättigheter. Ett annat problem är bristande dokumentation och uppföljning av de insatser som används.

Diskussion

Vi bedömer att insatserna från litteraturöversikten kan användas i svensk familjehemsvård med överförbara resultat för barnen. Om beslut fattas att införa nya insatser bör man vara uppmärksam på att många kommuner är små med få placerade barn, vilket kan skapa problem med att upprätthålla tillräcklig kompetens. De som arbetar i familjehemsvården är många gånger ovana vid den systematik som insatserna kräver. Även med ökad tillgång på vetenskaplig kunskap om insatsers effekter behövs rutiner för att på ett ordnat sätt införa, vidmakthålla och utmönstra insatser inom familjehemsvården. Detta kan ske genom lokal uppföljning där både positiva och negativa effekter följs upp systematiskt och dokumenteras. I förlängningen ger det möjlighet till uppbyggnad av kvalitetsregister.

Framtida forskning bör inriktas på att undersöka nyttan av de insatser som används idag eller som kan komma att införas.

1 Inledning

Syfte

Mellan 3 och 4 procent av alla barn i Sverige placeras någon gång i ett familjehem eller på en institution. Cirka en procent av alla barn vistas minst fem år av sin uppväxt i ett familjehem eller på en institution. Dessa barn har i vuxen ålder en kraftigt förhöjd risk för suicid, psykisk ohälsa, missbruk, allvarlig kriminalitet och behov av långvarigt försörjningsstöd.

Det finns två juridiska skäl till att barn placeras utom hemmet. Det ena skälet är föräldrars bristande omsorg, till exempel i samband med föräldrars psykiska ohälsa, missbruk och kriminalitet eller när föräldrarna avlidit eller på annat sätt saknas. Det andra skälet är den unges egna destruktiva beteende, till exempel kriminalitet, missbruk eller prostitution. Placeringarna kan ske med vårdnadshavarens samtycke enligt socialtjänstlagen eller utan samtycke enligt lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga. Barn som fyllt 15 år kan också själv begära att placeras i familjehem.

Kunskapen om vilka insatser som används vid placering är bristfällig, liksom om det finns insatser som är effektiva för att ge barn en bättre fysisk och psykisk hälsa. Syftet med denna rapport är att sammanställa kunskap om metoder och insatser till barn och familjehemsföräldrar.

Uppdraget

Initiativet till utvärderingen kommer från SBU. För att precisera projektets frågeställningar genomfördes möten med representanter från Allmänna Barnhuset, Barnombudsmannen, Forum för Familjevård, Föreningen Socionomer inom Familjehemsvården, Humana, Maskrosföräldrar, Riksförbundet För Familjers Rättigheter, Rädda Barnen, Riksförbundet för Samhällets Styvbarn och Socialstyrelsen. Behovet av stöd för arbetet med barn och unga i familjehem har också framhållits av bland annat Föreningen Sveriges Socialchefer, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) samt Forte.

Målgrupper

Rapporten riktar sig i första hand till beslutsfattare på nationell, regional och lokal nivå, till chefer och handläggare inom socialtjänstens sociala barnavård samt till chefer och personal i organisationer som arbetar med familjehemsvård utanför den kommunala socialtjänsten. Andra målgrupper är personal inom hälso- och sjukvård, föräldrar eller närstående till placerade barn och tidigare placerade barn samt familjehemsföräldrar.

2 Bakgrund

När samhället tar ansvar för ett barns vård och omsorg (ofta benämnt *in loco parentis),* bör samma krav gälla som vanligen ställs på föräldrar [1,2]. I Föräldrabalken (FB) tydliggörs att detta ansvar inbegriper barnets personliga förhållanden, utveckling, tillsyn, försörjning och utbildning [3]. I 6 kapitlet 1 § FB står att barn och ungdomar har rätt till omvårdnad, trygghet och god fostran och att de ska behandlas med aktning för person och egenart samt slippa aga och andra kränkningar. Det finns två samhälleliga uppgifter för att tillgodose barns behov vid sidan av vårdnadshavarens ansvar. Det är dels ett primärt ansvar för skola och utbildning samt hälso- och sjukvård och dels ett sekundärt ansvar för barns behov av omsorg och utveckling om föräldrarna inte kan fullfölja sitt ansvar [4]. Det sekundära ansvaret kan leda till att barn placeras i vård utanför hemmet efter ett myndighetsbeslut (så kallad social dygnsvård) [4]. Placeringen utanför hemmet kan vara i ett familjehem enligt Socialtjänstlagen (SoL) [5]. Enligt SoL (6 kapitlet 5 §) ska placering hos en närstående eller en anhörig övervägas i första hand, men barnets bästa är det avgörande för valet av familjehem. En systematisk översikt [6] av jämförande studier från nio länder visar att barn som placeras i släktinghem har bättre beteendeutveckling, bättre psykisk hälsa, bättre välbefinnande och stabilitet i placeringen än barn i vanliga familjehem [7].

Andel barn placerade i social dygnsvård

Den 1 november 2013 var 22 700 barn placerade i familjehem eller på institution, varav tre fjärdedelar var placerade i enlighet med SoL [9]. Andelen barn som någon gång under barndomen placeras i social dygnsvård är dock väsentligt större. Bland personer som är födda mellan åren 1970 och 1990 blev tre till fyra procent någon gång placerade [10]. Det motsvarar ungefär ett barn i varje skolklass. Mindre än en procent i befolkningen har varit placerad mer än fem år [10,11]. Svensk social dygnsvård domineras av barn som placerats i tonåren, ett förhållande som skiljer sig från flera andra länder [9,12].

För barnen i social dygnsvård är det vanligt med erfarenheter av både familjehemsvård och institutionsvård. Det kan vara institutionsvård före en placering i avvaktan på att socialtjänsten finner ett familjehem eller institutionsvård efter familjehemsvård på grund av att placeringen havererat [13–16]. Det betyder att det finns få vetenskapliga studier som bygger på enbart familjehemsvård eller på enbart institutionsvård. Dessutom är det vanligt att barn får insatser under placeringen eller mellan placeringarna i form av exempelvis kontaktperson, familjebehandling eller stödkontakt med socialsekreterare [17]. Det saknas dock systematiska studier som visar vilka insatser det är och i vilken omfattning de ges.

Barn som placeras i familjehem, i synnerhet små barn, kommer från sämre socioekonomiska förhållanden än andra barn. Förskolebarn med socioekonomiskt gynnsam bakgrund placeras sällan i dygnsvård. Risken är 250 gånger högre för små barn som har en ensam, lågutbildad och arbetslös mamma med upprepat behov av försörjningsstöd än för barn till mammor som är sambanboende, har högskoleutbildning, arbete och som inte behöver söka försörjningsstöd för att klara hyra och familjens uppehälle [18]. Tonåringar som placeras är en mer blandad grupp. De kommer inte lika ofta som de yngre barnen från sämre socioekonomiska förhållanden. För varannan pojke och var tredje flicka är det egna beteendet ett bidragande skäl till placering i familjehem.

Hur går det för barnen som är placerade i social dygnsvård?

Bäst kunskap finns om utfallet av långvarig familjehemsvård där före detta placerade barn har studerats som unga vuxna. Så gott som ingen studie har funnit bättre utfall för barn som vuxit upp i familjehem jämfört med utsatta barn som vuxit upp i föräldrahemmet, oavsett val av utfallsmått eller metodologisk ansats i nationella och internationella studier [19–26]. Det gäller också studier som använt biologiska syskon som jämförelsegrupp [19,27,28]. Några studier har till och med funnit högre risk för ogynnsamma utfall bland barn i familjehemsvård [21,24,26], även i jämförelse med syskon som har bott kvar hemma [27,28]. I svenska registerstudier har barn med långvarig familjehemsplacering

ungefär samma eller sämre utfall i ung vuxen ålder, oavsett utfallsmått, som jämnåriga barn från de tre procent fattigaste barnfamiljerna i Sverige, det vill säga de som mottar försörjningsstöd under lång tid [29].

Att barn som varit placerade i familjehem är överrepresenterade bland unga vuxna med olika typer av allvarliga problem betyder inte att placeringen i sig orsakat problemen. Placering i familjehem är en viktig resurs. Det är svårt att fastställa vad som är ett ”naturligt” utvecklingsförlopp över tid för familjehemsplacerade barn eftersom det beror på vilka de jämförs med. En systematisk litteraturöversikt av longitudinella studier från olika länder fann inga konsistenta bevis på att barns psykiska hälsa förbättrades över tid under pågående vård, även om det fanns variationer mellan olika länder och studier [30,31]. Nordamerikanska studier som försökt att fastställa orsakssammanhang (kausalitet) har vanligen funnit att de långsiktiga effekterna på barns utveckling av vård utom hemmet är neutrala, det vill säga vården verkar ha gjort varken skada eller påtaglig nytta på längre sikt [20,21].

Psykisk hälsa

Sannolikt är det vanligt med psykiatriska diagnoser hos barn i svensk social dygnsvård men det finns ingen svensk studie som beskriver hur vanligt det är. Svenska nationella registerstudier har dock visat på utbredd förskrivning av psykofarmaka till barn (även till yngre barn) [8]. För flera av dessa läkemedel är kunskapen om effektivitet och biverkningar för barn otillräcklig, till exempel antipsykotiska läkemedel som ges i lugnande syfte till placerade ungdomar utan psykosdiagnos. Bland före detta familjehemsplacerade barn är förekomsten av psykisk ohälsa i vuxen ålder betydligt vanligare än i övriga befolkningen [32–34].

I en norsk studie, som använde diagnostiska skattningsskalor, uppfyllde 51 procent av 279 familjehemsplacerade barn i åldrarna 6–12 år kriterierna för minst en psykiatrisk diagnos enligt DSM-IV [35]. Det är tio gånger högre än i en annan undersökning som använde samma instrument på en norsk normalpopulation i åldrarna 11–13 år, där 5–6 procent uppfyllde kriterierna [36]. Liknande resultat har rapporterats från nordiska studier som använt olika skattningsskalor av psykiatriska symtom [37,38]. En lång rad studier utanför Norden har funnit mycket höga förekomster av diagnostiserad psykisk ohälsa samt höga frekvenser av symtom på psykisk ohälsa bland barn i pågående social dygnsvård [39–42].

Fysisk hälsa och tandhälsa

Studier från Sverige och från många andra länder visar att barn som placeras i familjehemsvård har många fysiska hälsoproblem, inklusive dålig tandhälsa [43–47]. Problemen kvarstår under placeringen och i vuxen ålder [24,48–51]. Nationella hälsokontroller erbjuds alla barn i Sverige, men många barn i familje-

hemsvård tycks utebli från kontrollerna både före placeringen [46] och under placeringen [50,52,53]. Det innebär att dessa barn utesluts från nationella preventiva hälsovårdsinsatser. En dansk registerstudie konstaterade att en större andel av tidigare placerade barn hade indikationer på allvarlig fysisk ohälsa när de var 18–24 år, jämfört med andra jämnåriga [24]. Det fanns inget som tydde på att placeringstiden hade haft en kompenserande effekt på deras hälsa.

Tidigt föräldraskap

Bland flickor i en svensk normalpopulation föder 2,5 procent barn under tonåren. Motsvarande andel för tidigare familjehemsplacerade flickor är omkring 10 procent [29,54]. Föräldraskap under tonåren är en stark riskfaktor för både mamman (t.ex. bidragsberoende) och barnet (t.ex. lägre utbildningsnivå) [10, 55,56]. Den största riskfaktorn i Sverige och i andra länder för tidigt föräldraskap är dåliga skolprestationer, vilket även gäller för familjehemsplacerade ungdomar [54].

Skola och utbildning

Barn som klarar sig dåligt i skolan är en högriskgrupp för flera psykosociala problem, till exempel självmordsbeteende, missbruk, kriminalitet och tonårsföräldraskap, oavsett familjens socioekonomiska bakgrund [57,58–60]. Svenska registerstudier visar att ungefär vartannat barn som är långtidsplacerat i familjehem har inga, ofullständiga eller låga grundskolebetyg (årskurs 9), jämfört med mindre än vart femte barn i normalpopulationen [57,61]. Det kan inte förklaras av lägre kognitiv förmåga, biologiska föräldrars problematik [57] eller att barn i familjehem har lägre utbildningsambitioner än andra barn [62]. Skolmisslyckande verkar vara den starkaste riskfaktorn för framtida negativa utfall (t.ex. kriminalitet, bidragsberoende och suicidförsök) bland familjehemsplacerade barn [57,63]. Det innebär att man behöver säkerställa att barnen får adekvat stöd för att klara skolundervisningen. Omvänt är frånvaron av skolmisslyckande den enda faktorn som verkar predicera goda utfall i ung vuxen ålder, oavsett hur dessa utfall definieras. Sannolikt beror skolmisslyckandet på en kombination av olika faktorer.

Stabilitet i social dygnsvård

Att placeringar i social dygnsvård avslutas oplanerat, så kallade sammanbrott, är ett problem i alla länder [64]. I de flesta studier handlar det om mellan 30–60 procent [14,65–67]. Ett särskilt problem är att många långvariga placeringar (25 %) av små barn avbryts oplanerat i tonåren, trots att de bott i samma familjehem hela uppväxten [68]. Placeringar i särskilda ungdomshem (så kallade SiS-hem) och familjehemsplaceringar hos släktingar har i Sverige lägre förekomst av oplanerat avbrutna placeringar [14,69,70]. Ett sammanbrott kan leda till att

barnet flyttar hem igen eller till en ny placering i social dygnsvård. Det finns studier som visar att många barn fått uppleva ett stort antal omplaceringar [71,72].

Ekonomiska aspekter

Placering i familjehem är kostsamt. Syftet med placeringen är att ge barnet en trygg uppväxt med god livskvalitet dagligen och i det framtida vuxenlivet. En trygg uppväxt kan dessutom minska framtida sociala problem. Problem som psykisk och fysisk ohälsa, kriminalitet och behov av långvarigt försörjningsstöd medför också stora kostnader för samhället. Därför kan man se familjehemsplaceringen som en investering, där kostnaderna man betalar nu kan balanseras av besparingar i framtida kostnader. Väl fungerande familjehemsplaceringar kan alltså ses som en gynnsam användning av samhällets resurser, då de kan påverka framtida samhällskostnader och barns nutida och framtida livskvalitet. Av samma skäl innebär dåligt fungerande familjehemsplaceringar och ineffektiva stödinsatser att samhällets resurser används fel. Resurserna hade istället kunnat användas till annan mer motiverad verksamhet. Behovet av en ekonomisk analys av insatser samspelar därför med de etiska skäl som närmare beskrivs i Kapitel 8.

Sammanfattning

Forskningen ger en dyster bild av hur det går för barn i social dygnsvård generellt. Det gäller nära nog oavsett utfallsmått och metodologisk ansats [19–26], inklusive när familjehemsbarn har jämförts med syskon som vuxit upp hemma [19,27,28]. Det är därför viktigt att veta om insatser till barn och familjehemsföräldrar kan hjälpa barnen.

3 Metodbeskrivning

Syftet med en systematisk litteraturöversikt är att ge en fullständig och saklig kartläggning av det vetenskapliga kunskapsläget. Metodiken för att ta fram en systematisk litteraturöversikt utgår från tydliga frågeställningar och inklusions- och exklusionskriterier. Sökningen efter litteratur görs brett i flera databaser. Därefter följer relevans- och kvalitetsgranskningar av studierna. Resultaten från de studier som bedömts vara tillförlitliga utifrån förutsättningarna läggs samman i till exempel metaanalyser. Slutligen värderas hur tillförlitligt det sammanvägda resultatet är, uttryckt som styrka på det vetenskapliga stödet (så kallad evidensstyrka, se Faktaruta 3.1). Detta avsnitt beskriver bland annat frågor, urvalskriterier och metoder för sammanvägning av resultat. En mer utförlig information om metodiken finns i SBU:s handbok [73].

Frågeställningar

1. Vilken effekt har metoder för att utreda familjers lämplighet som familjehem på barns psykiska och fysiska hälsa?

2. Vilken effekt har en förberedande utbildning[1] av familjehemsföräldrar på barns psykiska och fysiska hälsa?

3. Vilka insatser till familjehemsplacerade barn och familjehemsföräldrar gynnar familjehemsplacerade barns psykiska och fysiska hälsa?

4. Kan ospecificerade insatser till familjehemsplacerade barn och familjehemsföräldrar gynna barns psykiska och fysiska hälsa?

5. Vilka insatser för barn placerade i familjehem är kostnadseffektiva?

6. Hur upplevs familjehemsvård av personer som varit familjehemsplacerade, av föräldrar till placerade barn samt av familjehemsföräldrar?

7. Vilka insatser används inom svensk familjehemsvård?

8. Vilka etiska frågor aktualiseras vid val av insatser inom familjehemsvård?

Frågorna 1–5 baseras på en systematisk litteratursökning.

Inklusionskriterier

En inledande granskning av publicerade översikter talade för att det förekom ett stort antal specifika insatser inom familjehemsvård. Vi beslutade därför att litteratursökningen skulle göras så bred som möjligt och inte fokusera på specifika insatser eller specifika effektmått. För att en studie skulle inkluderas krävde vi följande:

1. **Studiedesign:** Randomiserad studie (RCT) och icke-randomiserad studie med jämförelsegrupp (CT).

2. **Population:** Personer som ansökt om att få bli familjehem (fråga 1–2) respektive barn (0–17 år) som placerats i familjehem på grund av föräldrars bristande omsorgsförmåga eller barnets egna beteendeproblem (fråga 3–5). Uppföljningstiden för barn två år eller äldre skulle vara minst tre månader och för barn yngre än två år skulle vara minst en månad.

3. **Intervention:** Metoder för att utreda familjers lämplighet att bli familjehem, utbildning av familjehem innan barnet placeras, samt insatser som

[1] Exempelvis om socialtjänstens förväntningar på familjehemmet, grundkunskaper om barns utveckling, familjehemsplacerade barns rättigheter samt hur den egna familjen kan påverkas.

vänder sig till barn eller familjehemsföräldrar efter att barnet placerats. Interventionen skulle vara välbeskriven.

4. **Jämförelsealternativ:** Väntelista, annan relevant insats eller standardinsats.

5. **Utfallsmått:** Minst ett av följande utfallsmått skulle redovisas:

   Direkta effekter
   - Psykisk hälsa (t.ex. internaliserade symtom, externaliserade symtom, anpassningsförmåga)
   - Fysisk hälsa (inklusive tandhälsa)
   - Social situation (t.ex. utbildning, arbetsmarknadsanknytning, tidigt föräldraskap)
   - Livskvalitet.

   Indirekta effekter
   - Oplanerat avbrott i placering
   - Familjehemsföräldrars föräldraförmåga
   - Familjehemsföräldrars psykiska hälsa (t.ex. stress).

Den ekonomiska litteratursökningen följde i huvudsak projektets inklusionskriterier men med följande skillnader:

1. **Utfallsmått:** Psykisk hälsa; fysisk hälsa; social situation; livskvalitet (kvalitetsjusterade levnadsår) och välfärd samt eventuella minskade samhällskostnader kopplade till barnens psykiska och fysiska hälsa samt sociala situation, på kort och lång sikt.

2. **Studiedesign:** Kostnadsanalys, kostnadseffektivitetsanalys, kostnadsintäktsanalys och deskriptiva studier över resursförbrukning, kostnader och livskvalitet/välfärd.

3. **Uppföljningstid:** Barnens psykiska och fysiska hälsa samt sociala situation på kort eller lång sikt (dvs. påverkan på barnens framtida vuxna liv, gärna i ett livstidsperspektiv).

Exklusionskriterier

- Studier med färre än 40 inkluderade personer (barn eller familjehemsföräldrar)
- Studier där mer än 30 procent av barnen var placerade hos släktingar eller i den utvidgade familjen (släktinghem)
- Studier med placeringar i gruppboenden (t.ex. ”foster group care”, jämför HVB-hem)
- Studier om preventiva insatser för att förebygga att barn placeras i familjehem
- Studier om professionellas utredning av barns och ungas behov av familjehemsplacering
- Studier med stödinsatser som syftade till att enbart utveckla skolframgång i form av högre betyg
- Studier om stöd till barn och ursprungsföräldrar under familjehemsplaceringen som syftade till att barnet skulle kunna flytta hem
- Studier om stöd till unga vuxna som flyttat från ett familjehem till eget boende.

Den ekonomiska litteratursökningen använde samma exklusionskriterier som projektet i övrigt men med följande tillägg:

- Studier där insatserna och de viktigare ekonomiska parametrarna inte var relevanta för nutida svenska förhållanden.

Litteratursökning

De systematiska litteratursökningarna utfördes av SBU:s informationsspecialist i samråd med projektledare och sakkunniga. De sakkunniga bidrog med lämpliga söktermer. Särskild vikt lades vid att utforma en bred och förutsättningslös sökstrategi. Sökningarna har i huvudsak utgått från populationen.

Sökningarna genomfördes i mars 2016 och i mars 2017 i databaserna Academic Search Elite, Campbell Library, CENTRAL, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cinahl, DARE, ERIC, HTA, PsycInfo, PubMed, SocIndex, Sociological Abstracts, Social Services Abstracts och Social Care Online. Studierna var publicerade mellan år 1990 och fram till och med februari 2017.

Kompletterande sökningar gjordes i avsikt att identifiera ytterligare material. Förutom referensuppföljning från nio systematiska översikter söktes i ett antal svenska databaser, bland annat DIVA, Libris, SweMed+ och FoU välfärd.

Svenska och internationella myndigheters hemsidor granskades också, till exempel Socialstyrelsens, Statens institutionsstyrelses, Kunnskapssenterets och The National Institute for Health and Care Excellence. En manuell genomgång gjordes av ett antal franska, spanska och tyska tidskrifter. Dessa var inte indexerade i de sökta databaserna. Dansk och norsk forskning undersöktes genom att kontakter togs med ledande norska[2] och danska forskare[3].

Den ekonomiska litteratursökningen utfördes i samarbete mellan projektets informationsspecialist och hälsoekonom. Sökningar genomfördes i databaserna Cinahl, PsycInfo, PubMed, SocIndex, Sociological Abstracts och Social Services Abstracts. I samband med sökarbetet lades vikt vid att anpassa SBU:s befintliga hälsoekonomiska sökfilter till sökstrategier som fungerar för urvalet socialt inriktade databaser och som används för ekonomiska utvärderingar inom socialtjänstens områden.

Alla sökstrategier redovisas i Bilaga 4 (www.sbu.se/265).

Metodik för urval av artiklar

SBU:s kansli gjorde en första grovgallring av artikelsammanfattningarna (abstrakt) av de referenser som identifierades i litteratursökningen. Sedan arbetade de sakkunniga parvis med att välja ut relevanta artiklar via granskningsverktyget Rayyan (https://rayyan.qcri.org). Till hjälp för gallringen användes en mall, se Bilaga 3 Gallrings- och granskningsmallar (www.sbu.se/265). De abstrakt som uppfyllde inklusionskriterierna beställdes i fulltext. Dessa granskades av de sakkunniga, i par och oberoende av varandra. De sakkunniga gjorde sedan en gemensam bedömning utifrån inklusions- och exklusionskriterierna vilka artiklar som ansågs vara relevanta (vid oenighet löstes det med konsensusdiskussion). De relevanta artiklarna gick vidare till kvalitetsgranskning.

De ekonomiska studierna relevansgranskades på SBU:s kansli, av hälsoekonomen tillsammans med projektpersonal.

Artiklar som inte bedömdes vara relevanta redovisas i Bilaga 2 Exkluderade artiklar (www.sbu.se/265).

[2] Elisabeth Backe Hansen

[3] Mette Lausten och Anne-Dorthe Hæstbeck

Kvalitetsgranskning av relevanta artiklar

De sakkunniga arbetade parvis och oberoende av varandra med att granska kvaliteten på de relevanta artiklarna. I de fall man var osäker om hur en artikel skulle bedömas togs artikeln upp till diskussion och bedömning i hela projektgruppen. Detsamma gällde om ett par inte kunde enas om en gemensam bedömning. Kvalitetsgranskningen gjordes med stöd av SBU:s granskningsmallar, se Bilaga 3 (www.sbu.se/265). Mallarna tar upp olika kvalitetsaspekter som kan påverka en studies tillförlitlighet, såsom bortfall av den population som undersökts och hur forskarna har mätt utfallet. Granskningen syftar till att bedöma risken för om studiernas resultat är påverkade av systematiska fel.

De ekonomiska artiklarna granskades av två hälsoekonomer från SBU:s kansli med hjälp av SBU:s mall för empiriska hälsoekonomiska studier, se Bilaga 3. De studier som hade hög eller medelhög studiekvalitet samt överförbarhet till svenska förhållanden inkluderades i resultatet. Artiklar med låg studiekvalitet eller låg överförbarhet redovisas i Bilaga 2 Exkluderade artiklar (www.sbu.se/265).

Tabellering av relevanta data från artiklarna

I de studier som hade medelhög och hög kvalitet extraherades betydelsefulla data som sedan sammanfattades i tabeller, se Bilaga 1 Tabellverk av ingående studier (www.sbu.se/265). Tabelleringen gjordes av SBU:s kansli och granskades av de sakkunniga som reviderade vid behov. I de fall det fanns flera parallella mått på samma typ av utfall togs samtliga mått med. Avsikten med tabellerna är att läsaren på ett enkelt sätt ska kunna få en överblick över de inkluderade artiklarna och hur de har bedömts.

Metoder för sammanvägning av resultat

För att resultaten av den systematiska litteraturgranskningen ska kunna stödja beslutsfattande måste de sammanfattas och presenteras på ett överskådligt sätt. Överskådlighet kan man bland annat få genom att använda procent och medelvärden. Ibland kan det göras i statistiska sammanställningar (så kallade metaanalyser) av resultaten från flera studier om de är tillräckligt lika varandra när det gäller population, intervention och utfallsmått [74]. De studier som är alltför olika kan inte betraktas som upprepade försök. Detta betyder i sin tur att en eventuell variation i resultat studier emellan kan bero på annat än det slumpmässiga urvalet av försökspersoner i olika grupper.

Insatsernas effektivitet redovisas i form av standardiserad medelvärdesskillnad (SMD), även kallad Cohen's d [75]. I samtliga fall presenteras även ett konfidensintervall på 95 procent. Konfidensintervallet är ett kvantitativt mått på hur osäkert resultatet är beroende på den slumpvariation som följer av randomiseringen. Fördelen med att använda SMD, som är ett vanligt mått inom samhällsvetenskaplig forskning, är att den standardiserar olika mätinstrument till en jämförbar skala. Till nackdelarna hör att resultaten kan vara svårtolkade eftersom de uttrycks i form av ett statistiskt mått. SMD kan dock omvandlas till välkända skalor eller till mer begripliga värden som number needed to treat (NNT), det vill säga det genomsnittliga antalet personer som behöver genomgå en insats för att en person ska bli hjälpt. Ett krav för att använda SMD är att svaren är normalfördelade. Som tumregel betraktas 0,20 som en svag effekt, 0,50 som en medelstark och 0,80 som en stark. I denna rapport betraktas SMD 0,20 och högre som kriterium för en relevant effekt.

Det vetenskapliga underlagets styrka

Det vetenskapliga underlagets styrka bedöms per utfallsmått. Resultaten kan vara mer eller mindre osäkra som underlag för beslut inom socialtjänsten. Detta har bland annat att göra med studiernas vetenskapliga kvalitet och om studiens forskningspersoner motsvarar den population vi vill dra slutsatser om. Enligt SBU:s handbok bedöms osäkerheten generellt som mycket stor om resultatet bygger på endast en studie [73].

SBU använder det internationellt utarbetade systemet Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) för att bedöma det vetenskapliga underlagets styrka [76]. Tillförlitligheten i de sammanvägda resultaten uttrycks med hjälp av en evidensstyrka. Evidensgraderingen görs i två steg. I ett första steg ges varje sammanvägt resultat en preliminär evidensstyrka som sätts utifrån vilken design de ingående studierna har. Den säkraste typen av forskning är en randomiserad studie eftersom den i teorin gör undersökningsgrupperna likvärdiga före det att insatserna testas. Icke-randomiserade studier, inklusive kohortstudier och fall–kontrollstudier, tilldelas preliminärt en lägre evidensgradering. I ett andra steg kan den preliminära evidensstyrkan sänkas eller höjas beroende på ett antal omständigheter.

Faktaruta 3.1
Studiekvalitet, evidensstyrka och slutsatser.

Studiekvalitet avser den vetenskapliga kvaliteten hos en enskild studie och dess förmåga att besvara en viss fråga på ett tillförlitligt sätt.

Evidensstyrka är ett mått på hur tillförlitligt resultatet är. SBU tillämpar det internationellt utarbetade evidensgraderingssystemet GRADE. För varje effektmått utgår man i den sammanlagda bedömningen från studiernas design. Därefter kan evidensstyrkan påverkas av förekomsten av försvagande faktorer som studiekvalitet, samstämmighet, överförbarhet, precision i data och risk för publikationsbias.

Evidensstyrkan graderas i fyra nivåer:

- **Starkt vetenskapligt underlag** (⊕⊕⊕⊕). Bygger på studier med hög eller medelhög kvalitet utan försvagande faktorer vid en samlad bedömning.
- **Måttligt starkt vetenskapligt underlag** (⊕⊕⊕○). Bygger på studier med hög eller medelhög kvalitet med förekomst av försvagande faktorer vid en samlad bedömning.
- **Begränsat vetenskapligt underlag** (⊕⊕○○). Bygger på studier med hög eller medelhög kvalitet med kraftigt försvagande faktorer vid en samlad bedömning.
- **Otillräckligt vetenskapligt underlag** (⊕○○○). När studier saknas, tillgängliga studier har låg kvalitet eller där studier av likartad kvalitet visar motsägande resultat, anges det vetenskapliga underlaget som otillräckligt.

Ju starkare evidens, desto mindre sannolikt är det att redovisade resultat kommer att påverkas av nya forskningsrön inom överblickbar framtid.

Slutsatser
I SBU:s slutsatser görs en sammanfattande bedömning av nytta, risker och kostnadseffektivitet.

Praxisundersökning

För att undersöka vilka insatser som används inom svensk familjehemsvård kontaktades kommuner och enskilda företag som erbjuder konsulentstödd familjehemsvård på kommuners uppdrag.

Av Sveriges 316 kommuner och stadsdelar eller liknande[4] (fortsättningsvis kallade kommuner) valdes 106 slumpvis ut. Kommunerna fick en elektronisk enkät att besvara mellan mars och maj 2016, se Bilaga 5 (www.sbu.se/265). Enkäten behandlade de specifika insatser och metoder som kommunerna använder inom familjehemsvården, exklusive lagstadgad handledning[5]. Enkäten distribuerades per mejl via SKL:s nationella nätverk av utvecklingsledare för barn och unga. De utsåg lämpliga personer i kommunerna, till exempel till familjehemssekreterare eller barnsekreterare. Efter två påminnelser och vissa kompletterande telefonintervjuer hade 80 svarat (75 %), varav fem inte angav kommunens namn. Dessa 80 ingår i analysen.

De enskilda företagen identifierades via en sökning på Google i maj 2016 (sökord: familjehemsvård). Av 49 företag bedrev 38 familjehemsvård. Information samlades i huvudsak in genom telefonintervjuer med enkäten som underlag mellan september och oktober 2016. Svar erhölls från 34 av de 38 tillfrågade företagen (95 %). Frågorna 1–6 i enkäten ställdes till företagen.

Brukar- och anhörigperspektiv

I syfte att få ett svenskt brukar- och anhörigperspektiv i utvärderingen kontaktades organisationer som företräder personer med erfarenhet av social dygnsvård, inklusive familjehemsföräldrar. Organisationerna fick själva besluta om de ville besvara en enkät eller om de föredrog en gruppintervju. SBU:s kansli har skapat enkäter baserade på formuläret ”The HTAi Patient Group Submission Template” [77]. Formuläret har utarbetats av arbetsgruppen Interest Group on Patient and Citizen Involvement (PCIG) inom den internationella organisationen för utvärdering av medicinska metoder, Health Technology Assessment International (HTAi). Enkäternas syfte är att samla in viktig information från patientföreningar, brukarorganisationer samt anhörig- och närståendeföreningar inom det område som utvärderas. Den översatta versionen av formuläret anpassades sedan till detta projekt. Svaren från organisationerna presenteras i sin helhet i Bilaga 6 (www.sbu.se/265) och summeras i Kapitel 7.

---

[4] 287 kommuner samt storstädernas stadsdelar (14 i Stockholm, 10 i Göteborg och 5 i Malmö).

[5] Frågorna 8–15 redovisas inte i denna rapport eftersom de berör andra delar av familjehemsvården.

4 Resultaten av den systematiska litteraturöversikten

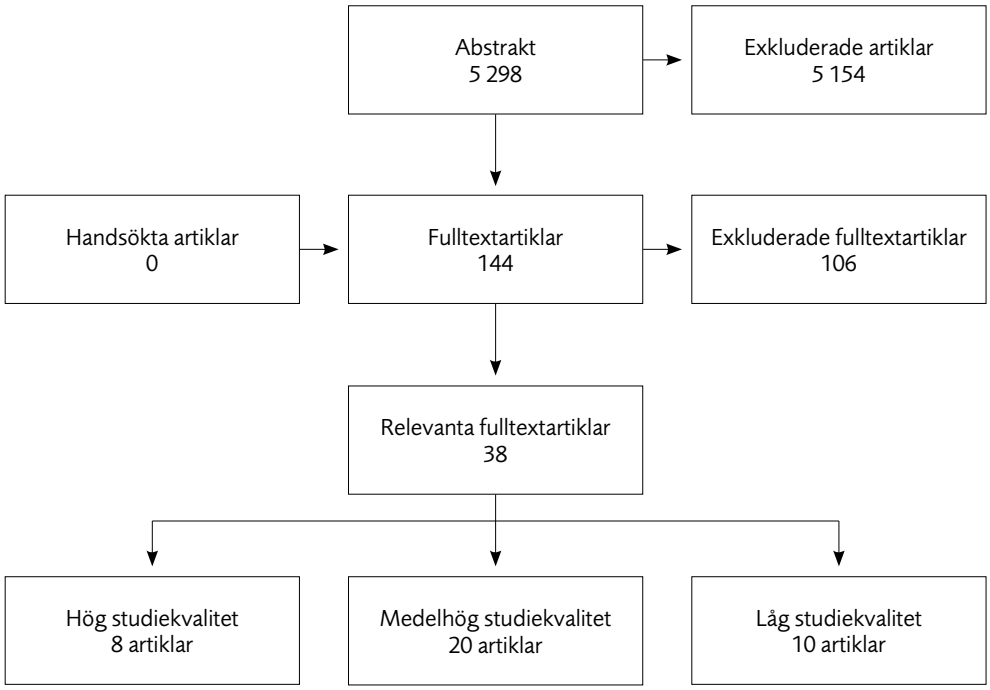
I det här kapitlet redovisas resultaten från den systematiska litteraturöversikten som besvarar de fyra första frågeställningarna.

Flödesschema över ingående studier

Totalt identifierades 5 298 artikelsammanfattningar (abstrakt) i databassökningarna. Av dessa var 296 studier svenskspråkiga. Handsökningen av tysk, fransk och spansk litteratur resulterade inte i ytterligare någon studie som motsvarade våra inklusionskriterier. Inte heller tillkom någon studie efter kontakter med ledande nordiska forskare.

Ett vanligt skäl till att artiklarna exkluderades efter granskningen i fulltext var att en stor andel av barnen var placerade i den utvidgade familjen (så kallade släktinghem) eller att jämförelsegruppen utgjordes av barn som var placerade i gruppboenden. Efter gallringarna kvalitetsgranskades 38 artiklar, varav en var en svensk jämförande studie. Tio av dessa bedömdes ha låg studiekvalitet och exkluderades, däribland den svenska. Återstående 28 artiklar av hög eller medelhög studiekvalitet beskrev 18 insatser. Figur 4.1 visar det sammanlagda antalet abstrakt respektive studier som identifierades vid sökningarna som genomfördes i mars 2016 och i mars 2017. Litteratursökningarna som gäller det ekonomiska avsnittet redovisas i Kapitel 5.

Figur 4.1
Flödesschema över litteratursökning.



Metoder för att utreda familjers lämplighet som familjehem (frågeställning 1)

Vi har inte identifierat någon studie som undersökt metoder för att utreda familjers lämplighet som familjehem. Det innebär att vi saknar vetenskapligt underlag för att bedöma om olika modeller för utredning av familjers lämplighet påverkar utfallet för familjehemsplacerade barn (⊕○○○).

Grundutbildning av familjehemsföräldrar (frågeställning 2)

Vi har inte funnit någon studie som utvärderat utbildningar av blivande familjehem. Det innebär att rapporten saknar vetenskapligt underlag för att bedöma hur utbildning av blivande familjer påverkar utfallet för familjehemsplacerade barn (⊕○○○).

Insatser för att stödja barn och familjehemsföräldrar (frågeställning 3)

Sammanlagt identifierade vi 18 insatser med studier av hög eller medelhög kvalitet som behandlar stöd till barn eller familjehemsföräldrar. Dessa insatser har utvärderats i 23 studier som publicerats i 28 artiklar. De 23 studierna publicerades mellan 1990 till och med februari 2017. En studie var från 1994, åtta från 2000–2009 och återstående 14 från 2010 och framåt. Sammanlagt ingick 5 357 barn.

Totalt hittade vi 67 utfallsmått. Dessa delas in i följande 12 typer av utfall (en och samma studie kan ha flera parallella utfallsmått):

Direkta effekter

- Psykisk hälsa
  1. Barnets internaliserade symtom, till exempel ångest, nedstämdhet och stress (12 studier)
  2. Externaliserade symtom, till exempel aggressivitet och normbrytande beteende (9 studier)
  3. Anpassningsförmåga, till exempel självbestämmande (7 studier).

- Fysisk hälsa
  4. Fysisk hälsa (2 studier)
  5. Tandhälsa (0 studier).

- Social situation
  6. Utbildning (3 studier)
  7. Yrkesanställning (3 studier)
  8. Tidigt föräldraskap (0 studier).

- Livskvalitet
  9. Livskvalitet (3 studier).

Indirekta effekter

10. Stabilitet i placering (7 studier)
11. Familjehemsföräldrars föräldraförmåga, till exempel lyhördhet och anpassning till barns behov och positiv uppmärksamhet (6 studier)
12. Familjehemsföräldrars psykiska hälsa i form av internaliserade symtom såsom upplevelse av stress och depressiva symtom (4 studier).

Allmänt om de 18 insatserna

Av de 18 insatserna har 15 enbart utvärderats i en studie var och i allmänhet av samma forskare som utvecklat insatsen. De flesta studier, 20 av 23, redovisade flera utfallsmått. Ofta var utfallen mätta med olika mätinstrument. Endast i undantagsfall angavs vilket mått som var primärt. Vidare användes ofta olika kontrollalternativ och uppföljningstider. Målgruppen varierade också. Även om

de flesta insatser vände sig till barn i familjehem generellt, så vände sig sex insatser till specifika grupper: tre till högriskbarn, två till syskon och en till flickor. Av de 23 inkluderade studierna kom 20 från USA, 2 från Nederländerna och 1 från Storbritannien.

Det genomsnittliga antalet barn som ingick i studierna var 205, något färre i de 20 randomiserade kontrollerade studierna (medelvärde 133) än i de tre icke-randomiserade studierna (medelvärde 710). Kortare uppföljningstider än sex månader användes i tre utvärderingar av insatser riktade till spädbarn och tre insatser till förskolebarn. För övriga studier var den genomsnittliga uppföljningstiden 18 månader (median 18 månader). Den längsta uppföljningstiden var 66 månader.

De 18 insatserna kännetecknas av systematik och ett standardiserat tillvägagångssätt för hur de ska användas, ett tydligt specificerat behandlingsinnehåll samt vad som ska förändras och för vem, se Bilaga 7 (www.sbu.se/265). De flesta insatser anger också omfattningen av insatsen, det vill säga hur länge (duration) och hur ofta (dos) man träffas. Behandlingsinnehållet beskrivs i en manual och ofta är utbildning knuten till programmet som i vissa fall leder till certifiering. Genom det specificerade behandlingsinnehållet finns även möjlighet att löpande försäkra sig om att behandlingen genomförs på avsett sätt. Insatserna kan delas in i två grupper. Den första (n=14 insatser) handlar om punktinsatser för att träna barn eller familjehemsföräldrar i specifika färdigheter som lärs ut via korta didaktiska inslag, rollspel eller modellinlärning (t.ex. att utveckla föräldrakompetens). Den andra gruppen insatser (n=4 insatser) vänder sig till familjehemsvårdens personal och syftar till en generell kvalitetshöjning så att vårdplaner genomförs och att barnet får ta del av sina rättigheter till olika typer av samhällsservice (t.ex. skolgång, hälso- och tandvård).

Vetenskapligt stöd för de 18 insatserna

För 3 av de 18 insatserna finns ett begränsat (⊕⊕○○) eller måttligt starkt (⊕⊕⊕○) vetenskapligt underlag om deras effekt: Attachment and Biobehavioral Catch-up, Incredible Years och Take Charge. För de övriga 15 insatserna finns endast en studie för respektive utfallsmått. Enligt SBU innebär det att det vetenskapliga underlaget bedöms som otillräckligt för att bedöma effekten (⊕○○○).

Insatserna vänder sig till barn, familjehemsföräldrar eller till både barn och familjehemsföräldrar. Beskrivning av effekterna av insatserna är utförlig vad gäller de kontrollalternativ som använts eftersom det har betydelse för tolkningen av resultatens överförbarhet till Sverige. För att underlätta tolkningen av resultaten har samtliga effektvärden (SMD) omvandlats så att positiva värden är till fördel för experimentgruppen. För en beskrivning av de olika insatserna, se Tabell 4.1.

Tabell 4.1
Insatser som har identifierats i litteraturöversikten respektive i praxisundersökningen.

Program	Metod	Fokus
Insatser identifierade i litteraturöversikten		
Attachment and Bio-behavioral Catch-up (ABC)	ABC är en anknytningsbaserad utbildning för att hjälpa familjehemsföräldrar med placerade spädbarn att bli mer lyhörda för barnens behov. Utbildningen omfattar en timme i veckan under tio veckor och fokuserar på tre områden: (1) att familjehemsföräldrarna ska lära sig att tolka spädbarnens signaler när de är ledsna och behöver omvårdnad; (2) att familjehemsföräldrarna ska lära sig att synkronisera sig med barnens beteende samt (3) att familjehemsföräldrarna ska undvika att agera påträngande på barnen.	Stöd till familjehem
Better Futures	Better Futures syftar till att stärka och stödja familjehemsplacerade ungdomar 15–19 år, med en psykiatrisk problematik, att förbereda sig för fortsatt utbildning. Fokus är på att bygga upp kompetensen att fatta egna beslut och att genomföra dem. Insatsen består av tre delar under en 10-månadersperiod: (1) fyra dagars sommarinternat på ett universitetscampus; (2) individuellt stöd av en jämnårig som själv har varit placerad i familjehem; (3) fyra praktiskt inriktade workshops (t.ex. hur man ansöker om utbildningsplats eller hur man själv sköter sin mentala hälsa). Better futures har samma upphovsmän som Take Charge.	Stöd till barn
Casey Family Programs	Casey Family Programs drivs av en filantropisk stiftelse i USA. Vården omfattar bland annat systematiskt hälso- och skolbefrämjande stöd och bemannas av högt kvalificerade medarbetare med jämförelsevis låg ärendebelastning. Casey Family Programs anses av initierade ha väsentligt bättre standard än den vanliga familjehemsvården i USA [78]. Verksamheten vänder sig till barn i alla åldrar med några begränsningar. En är att det inte handlar om korttidsplaceringar. En annan är att placeringen görs på grund av föräldrars omsorgssvikt. En tredje är att barnet inte får ha allvarliga fysiska eller mentala funktionshinder. Inte heller tar Casey Family Programs emot ensamkommande barn.	Stöd till familjehem och stöd till barn
Foster Family Intervention	Foster Family Intervention är en föräldrautbildning som vänder sig till familjehemsföräldrar med barn under fem år. Det är ett manualbaserat psykopedagogiskt stöd till familjehemsföräldrar som genomförs i hemmet. Fokus är samspel och anknytning mellan familjehemsförälder och barn. Bland annat används videoinspelningar av samspel mellan barn och förälder och hemuppgifter för familjehemsföräldrarna. Utbildningen omfattar sex hembesök med ett separat tema för varje besök och genomförs i början av placeringen under maximalt tre månader.	Stöd till familjehem
Fostering Healthy Futures (FHF)	FHF stödjer familjehemsplacerade barn 9–11 år i självförtroende, förmåga till anpassning (coping skills) samt socialt stöd och acceptans. Insatsen pågår 30 veckor och består av två delar: (1) ett mentorskapsprogram 2–4 timmar i veckan där mentorns uppdrag bland annat är att arbeta för att bygga upp kompetenser, utveckla positiva attityder och uppmuntra till fritidsaktiviteter; (2) gruppverksamhet en och en halv timme timme i veckan för att träna sociala förmågor.	Stöd till barn
Fostering Individualized Assistance Program (FIAP)	FIAP är ett intensivt, individualiserat stöd till långvarigt familjehemsplacerade barn med beteendeproblem eller känslomässiga problem. Olika specialister ger samordnat, systematiskt stöd till barn och familjehem i hälsa, skolarbete med mera. Programmet vänder sig till barn 7–12 år. Efter en noggrann undersökning och utredning skräddarsys innehållet efter barnets individuella behov, vilket innebär att omfattning och intensitet kan variera. Insatsen följer barnet och är inte tidsbegränsad.	Stöd till familjehem och stöd till barn

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 4.1 fortsättning

Program	Metod	Fokus
Incredible Years (föräldradel)	Incredible Years (på svenska De otroliga åren) är en föräldra-utbildning som har utvecklats för att stödja föräldrar till barn 2–8 år som har beteendeproblem eller känslomässiga problem. Insatsen är manualbaserad och bygger på social inlärningsteori och social interaktionsteori. Den omfattar minst 12 gruppträffar där centrala delar är videovinjetter av samspelssituationer mellan föräldrar och barn, rollspel samt att föräldrarna får i hemuppgift att omsätta de strategier som diskuterats.	Stöd till familjehem
Incredible Years (Dina program)	Incredible Years, Dina program (på svenska De otroliga årens Detektivskola) har utvecklats för att stärka barns sociala, känslomässiga och skolförberedande kompetens genom problemlösningsstrategier, att lära sig hantera känslor och att öva relationer med jämnåriga och vuxna. Insatsen kombineras med föräldrautbildningen (se ovan). Den genomförs normalt i grupp (6 barn per grupp) med 18–22 lektioner. Varje lektion har ett förutbestämt innehåll. Läromedel är framtagna för utbildningen i form av bland annat dockor, klistermärken, textböcker och utklädningskläder. Rollekar är ett frekvent inslag. I den aktuella utvärderingen användes endast 12 av lektionerna.	Stöd till barn
Keeping foster and kin parents supported and trained (KEEP)	KEEP är en manualbaserad insats som genomförs i grupp under 16 veckor och där familjehemsföräldrar med barn 5–11 år får träna och öva på att bemöta barnen på ett utvecklingsstödjande sätt. En viktig komponent är att föräldrarna ska uppmärksamma och uppmuntra barnets positiva beteenden snarare än fokusera på deras problembeteende. KEEP har samma upphovsmän som MTFC-p.	Stöd till familjehem
Middle School Success (MSS)	MSS är en insats för placerade tonårsflickor för att förebygga kriminalitet och drogkonsumtion. Insatsen ges sommaren före flickorna börjar i det som motsvarar högstadiet i Sverige (middle school). MSS består av: (1) sex sessioner gruppbaserad utbildning för familjehemsföräldrar för att skapa stabilitet i familjehemmet och förebygga anpassningsproblem; (2) sex sessioner i grupp för att utveckla flickornas kompetens att etablera och behålla positiva relationer med kamrater. MSS har utvecklats vid Oregon Social Learning Center (www.oslc.org).	Stöd till familjehem och stöd till barn
Multi-dimentional Treatment Foster Care for pre-schoolers (MTFC-p)	MTFC-p har utvecklats för att möta utvecklingsmässiga, sociala och känslomässiga behov hos familjehemsbarn i förskoleåldern. Innan ett barn placeras får de blivande familjehemsföräldrarna genomgå 12 timmars intensiv träning i konsekvent bemötande av barns positiva och negativa beteenden. Efter att barnet placerats finns en familjehemskonsult som stöd till familjehemsföräldrarna, dygnet runt om så behövs. Målet är att ge barnet positiv och konsekvent uppmuntran för lämpliga beteenden och tydliga gränser för problembeteenden. Dessutom träffar barnet regelbundet en specialutbildad i terapeut både i hemmet och i förskolan. MTFC-p heter numera Treatment Foster Care Oregon (TFCO-p) och har utvecklats vid Oregon Social Learning Center (www.oslc.org).	Stöd till familjehem och stöd till barn
Neighbor To Family (NTF)	NTF omfattar aktiviteter för att hålla syskon samman under placering. NTF använder professionella familjehem som är heltidsanställda och aktivt deltar i planering och genomförande av vårdplanen tillsammans med socialtjänst och föräldrar. NTF-föräldrarna utvärderas även regelbundet och får handledning.	Stöd till familjehem
Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)	PCIT riktar sig till familjehemsföräldrar och barn i förskoleåldern och genomförs i två steg. Först får föräldrar och barn leka tillsammans där föräldrarna får instruktionen om att följa barnet i leken. I steg två får föräldrarna hjälp av vara mer ledande i leken och använda uppfostrande åtgärder. Insatsen ges både i en begränsad och i en utökad version. Den begränsade insatsen består av två dagars utbildning, hemuppgifter, vägledande telefonsamtal en gång per vecka under fyra veckor och sedan varannan vecka under ytterligare fyra veckor. Den utökade insatsen består dessutom av ytterligare en utbildningsdag och telefonvägledning en gång per vecka under 12 veckor.	Stöd till familjehem och stöd till barn

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 4.1 fortsättning

Program	Metod	Fokus
Parent Management Training Oregon (PMTO)	PMTO är en manualbaserad föräldrautbildning för föräldrar till barn 2–18 år med beteendeproblem. Insatsen genomförs i grupp om cirka 10 föräldrar och består av 14 möten, 1 gång per vecka. Områden som behandlas är bland annat gränssättning med fokus på önskvärda beteenden, problemlösning och positivt samspel. Inspelade videoexempel används som diskussionsunderlag. Mellan träffarna får föräldrarna hemuppgifter. Insatsen är spridd i många länder, bland annat i Norge där den använts i barn- eller ungdomspsykiatrisk vård och socialtjänst. PMTO har utvecklats vid Oregon Social Learning Center (www.oslc.org).	Stöd till familjehem
Promise	Promise är en insats där ett team av socialarbetare utformar ett individuellt utformat stöd till ursprungsfamilj, familjehem och placerade barn. Exempel på stöd är medicinska åtgärder, psykoterapi, specialpedagogik samt familjehemsföräldrars behov av utbildning. Stödet kan även handla om ekonomisk ersättning till familjehemmet och ekonomiskt stöd till ursprungsfamiljen när de uppfyllt vissa målsättningar.	Stöd till familjehem
Promoting First Relationships	Promoting First Relationships syftar till att utveckla familjehemsföräldrars anknytning till placerade barn 0–3 år. Programmet innefattar utbildning till familjehemmet i tio veckor samt handledning till familjehemsföräldrarna baserad på videoinspelningar av samspelet mellan familjehemsförälder och barn. Insatsen genomförs i hemmet med respektive familj.	Stöd till familjehem
Supporting Siblings in Foster Care (SIBS-FC)	SIBS-FC är en insats för att utveckla syskonrelationer hos barn i familjehem som antingen är placerade tillsammans eller som bor i olika familjer. Den omfattar tolv tillfällen som inkluderar åtta sessioner för kompetensuppbyggnad (t.ex. problemlösning, känslomässig reglering, samarbete) och fyra sessioner för att tillämpa kompetenserna i verkliga livet. Två tillfällen behandlar dessutom hur barn kan kontakta vuxna för att få hjälp. SIBS-FC har utvecklats vid Oregon Social Learning Center (www.oslc.org).	Stöd till barn
Take Charge	Take Charge är en specialpedagogisk insats till ungdomar i åldern 14–17 år som är placerade i familjehem. Insatsen pågår under 12 månader. Syftet är att öka ungdomarnas förmåga att fatta självständiga beslut. Den omfattar dels individuell veckovis handledning för att utveckla ungdomarnas förmågor att bli självständiga och dels medverkan i kvartalsvisa arbetsmöten för ungdomar samt mentorer som tidigare varit familjehemsplacerade. Mellan mötena vägleds ungdomarna av en självhjälpsguide för att formulera kortsiktiga mål och för att nå dem. Take Charge heter numera My Life och har samma upphovsmän som Better future.	Stöd till barn
Insatser identifierade i praxisundersökningen		
Aggression Replacement Training (ART)	ART är ett manualbaserat preventionsprogram för ungdomar som beter sig aggressivt. Målgruppen är ungdomar 12–20 år med betydande brister i sociala färdigheter och brister i förmåga till ilskekontroll och moraliskt resonerande. Metoden grundas på social inlärningsteori och kognitiv beteendeterapi. Insatsen genomförs av två ART-tränare i grupper om maximalt 6–8 ungdomar. Den innehåller en beteendekomponent (social färdighetsträning), en emotionell komponent (ilskekontrollträning) samt en värderingskomponent (träning i moraliskt resonerande). Insatsen omfattar en lektion vardera från dessa komponenter under tio veckor.	Stöd till barn
Barns behov i centrum (BBIC)	BBIC beskriver ett arbetssätt som är anpassat efter socialtjänstens regelverk. Det är framtaget för socialtjänstens myndighetsutövning. BBIC ska stärka barnperspektivet och barns delaktighet. Det utgår från barnets behov och ger den sociala barn- och ungdomsvården en enhetlig struktur för handläggning, genomförande och uppföljning.	Utbildning av familjehem

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 4.1 fortsättning

Program	Metod	Fokus
Bedömning vid rekrytering av familjehem (BRA-fam)	BRA-fam är en standardiserad bedömningsmetod som utvecklats av Socialstyrelsen för rekrytering av familjehem. Den består av ett instrument, en bedömningsmall och en manual. Instrumentet (med 59 frågor) och mallen används för att hämta in grundläggande information om familjer som anmält intresse för att bli familjehem på ett systematiskt sätt. BRA-fam tydliggör socialtjänstens förväntningar på familjehemmet och de åliggande som ingår i uppdraget. Efter att ha svarat på instrumentets frågor kan familjen själv ta tillbaka sin intresseanmälan och avbryta utredningsprocessen vilket antas ge en form av självsållning.	Bedömning av lämplighet, utbildning av familjehem och stöd till familjehem
Emma-dockor	Emmadockor underlättar samtal med små barn och kan hjälpa dem att uttrycka tankar och känslor. Dockorna är gjorda i trä i olika kroppsformer och färger men de saknar ansikten och kan därför inte uttrycka någon specifik känsla.	Stöd till barn
Ett hem att växa i	Ett hem att växa i är en grundutbildning för jour- och familjehem som har tagits fram av Socialstyrelsen i samverkan med praktiker och forskare. Innehållet är utvalt och utformat för att ge de nödvändiga grundkunskaper om familjehemsvård, barnen och uppdraget, lagstiftning, ansvar, samarbete, kunskap om familjehemsplacerade barns rättigheter och behov och hur dessa kan mötas samt möjlighet att förbereda sig på hur den egna familjen påverkas, bland annat de biologiska barnen.	Utbildning av och stöd till familjehem
Funktionell familjeterapi	Funktionell familjeterapi är en manualbaserad insats för familjer med ungdomar 11–18 år med utagerande beteendeproblematik. Det kortsiktiga syftet är att förbättra relationerna och kommunikationen i familjerna. Långsiktigt är syftet är att ungdomens antisociala beteende ska upphöra. En terapeut arbetar med hela familjen. I arbetet betonas bland annat vikten av att ta personligt ansvar för det man säger, att vara tydlig med vad man säger och vem man riktar sig till. Funktionell familjeterapi omfattar vanligen mellan åtta och tolv terapisessioner.	Stöd till familjehem
Genogram	Genogram är en form av familjediagram som kartlägger familjeförhållanden utifrån ett flergenerationsperspektiv. Den bakomliggande tanken är att alla individer i ett familjesystem hänger samman och påverkar varandra. Genomgrammet blir ett nätverk av relationer som successivt fylls med uppgifter för att undersöka transgenerationella mönster mellan familjemedlemmarna.	Lämplighetsbedömning av familjehem
International Coaching Federation (ICF)	ICF har definierat 11 kompetenser som utgör själva kärnan bland de färdigheter en tränare (coach) ska ha. Dessa kärnkompetenser har utvecklats för att stödja en bättre förståelse för de färdigheter och synsätt som används bland dagens tränare.	Stöd till barn
Interpersonell psykoterapi (ITP)	ITP är en kort fokuserad psykoterapi där fokus ligger på hur symtom eller problem (t.ex. ångest, depression, sömnsvårigheter) hänger samman med och kommer till uttryck i nära relationer och i samspel med andra.	Stöd till barn
Intervju om Anknytningsstil (IAS)	IAS är en semistrukturerad intervju för att mäta vuxnas anknytningsstil och graden av trygg eller otrygg anknytning. Intervjun mäter också kvaliteten på äktenskapet eller på samboförhållandet, kvaliteten på relationen till ursprungsfamilj och kvaliteten på relationen till nära stödjande personer. IAS mäter också förmåga att skapa och behålla stödjande relationer. Intervjun spelas in och kodas i efterhand.	Lämplighetsbedömning av familjehem
Kognitiv beteendeterapi (KBT)	KBT är ett samlingsnamn för psykoterapier där man tränar på att använda sig av nya beteenden och tankemönster för att minska psykologiska problem. Användningen av KBT är inte begränsad till någon speciell målgrupp utan kan ges till individer, par och grupper för olika problem hos barn och vuxna. Syftet är att ersätta de tankar, känslor och beteenden som man antar skapar psykologiska problem med mer funktionella, och därmed minska symtom samt att förebygga att de återkommer.	Utbildning av och stöd till familjehem och stöd till barn

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 4.1 fortsättning

Program	Metod	Fokus
Komet	Komet (förkortning för KOmmunikationsMETod) är ett manualbaserat program med syfte att stödja föräldrar som upplever att de ofta hamnar i konflikt med sina barn 3–18 år. Syftet är att öka föräldrarnas positiva samspel med sina barn och att förbättra deras förmåga att hantera vardagsproblem och konfliktsituationer. Det bygger på internationella program med social inlärningsteori och beteendeterapeutiska principer som grund. Föräldrautbildningen genomförs i grupper som träffas en gång i veckan vid elva tillfällen. Varje träff varar två och en halv timme.	Stöd till familjehem
Kontaktfamilj respektive kontaktperson	Kontaktfamilj respektive kontaktperson är stödinsatser för att förebygga ungas problem. Kontaktfamilj innebär att ta emot ett barn eller en ungdom i sitt hem någon eller några dagar varje månad. Familjen blir ett extra stöd och en viktig del i barnets nätverk. Kontaktperson innebär att träffa barnet eller ungdomen regelbundet som ett stöd utanför familjen. Man umgås och kan göra aktiviteter tillsammans, till exempel fika, träna eller gå på bio. Det krävs ingen särskild yrkeskompetens av de som tillsätts som kontaktfamilj och kontaktperson. Insatsen ska inte ges i allt för tunga ärenden. För uppdraget får kontaktfamiljen och kontaktpersonen ett arvode.	Stöd till barn
Kälvestenintervjun	Kälvestenintervjun bygger på psykodynamisk teori. Det är en intervju med ett tre-generationsperspektiv med betoning på anknytning, mentalisering och affekt. Det ger en möjlighet att bedöma om familjen har det känslomässiga överskott som behöver finnas för att ett barn ska placeras i familjen. Intervjun tar 4–5 timmar. Intervjusvaren tolkas av en psykolog med grundläggande kunskap om det psykodynamiska synsätt som intervjun bygger på. Därefter informeras familjen om förutsättningar för ett fortsatt samarbete. Det finns två versioner, en ursprunglig och en reviderad, kallad Nya Kälvestenintervjun (se nedan).	Lämplighetsbedömning av familjehem
Marte Meo	Marte Meo är en form av samspelsbehandling som ska hjälpa föräldrar, lärare och personal i vård och omsorg att stödja en positiv utveckling hos barn. Det finns ingen tydlig beskrivning av metodens teoretiska grund men ofta hänvisas till kommunikations-, samspels- och anknytningsteori. Videoinspelningar av samspelssituationer används som underlag för handledning och behandling. En ungefärlig uppskattning är att insatsen består av 3–6 inspelningar med återkoppling samt ett erbjudande om uppföljning efter ungefär sex månader.	Utbildning av och stöd till familjehem och stöd till barn
Mentaliseringsbaserad teapi (MBT)	MBT fokuserar särskilt på att öka förmågan att uppfatta och tolka sina egna och andras handlingar i termer av intentionella mentala tillstånd. Behandlingen har sin bas i anknytningsteori, psykoanalytisk och kognitiv teori och pågår under lång tid.	Stöd till familjehem
Motiverande samtal (MI)	MI (motivational interviewing) är en samtalsmetod som används i rådgivning och behandling för att underlätta förändringsprocesser. Behandlarens roll är att hjälpa individen att formulera en egen förståelse av sitt problem, egna argument för förändring, och att stärka dennes beslut och åtagande att genomföra förändringen. MI är främst ett förhållningssätt för rådgivning.	Stöd till familjehem och stöd till barn
Nallekort	Nallekort består av 48 olika kort i pappersform som föreställer nallebjörnar i olika åldrar med olika känslouttryck. Nallekorten är ett hjälpmedel för barnet att lättare kunna identifiera sina känslor och att prata om dem. Barnet får först identifiera ett visst antal nallar som samtalsledaren valt ut och sedan välja exempelvis vilken nalle som bäst föreställer barnet själv, mamma eller pappa osv.	Stöd till barn
Nya Kälvestenintervjun	Nya Kälvestenintervjun omfattar närmare 150 frågor och kräver två intervjuare som intervjuar samtidigt. Intervjun är kontakt- och relationsskapande och kräver att den analyseras av en utomstående person med gedigna kunskaper i ovanstående teorier (se även ovan om Kälvestenintervjun).	Lämplighetsbedömning av familjehem

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 4.1 fortsättning

Program	Metod	Fokus
Pride	Pride är en utbildning och utredning av familjer som vill bli familjehem. Metodens grundtanke är att ge de blivande familjehemmen en fördjupad förståelse och förberedelse för den kommande uppgiften. Detta sker genom att familjerna, innan de får ta emot sin första placering, träffas tio gånger i grupper om maximalt tio familjer. Träffarna består av en kombination av grupprocesser och individuella samtal där rollspel, diskussioner och information blandas. Parallellt med detta görs hembesök och intervjuer med de blivande familjehemsföräldrarna. Efter avslutad utbildning görs en ömsesidig bedömning om familjens förutsättningar att motsvara familjehemsvårdens kompetensvillkor.	Lämplighetsbedömning av familjehem och utbildning av familjehem
På väg	Barns behov i centrum (BBIC) innehåller ett avsnitt som syftar till att underlätta socialtjänstens hjälp till ungdomar som flyttar till eget boende, kallat På väg. Det innehåller tre enkäter som den unge, ursprungsföräldrar samt familjehem eller HVB-hem kan besvara. Svaren från enkäterna ger information om det finns något område där den unge behöver stöd när placeringen avslutas.	Stöd till barn
Safer Caring	Safer Caring är en utbildning där riskmedvetande, regler och guidning står i fokus. Familjehemsföräldrarna arbetar i partnerskap med de placerade barnen, deras biologiska föräldrar (om möjligt) och med socialtjänsten. Den engelska förebilden innehåller detaljerade råd om till exempel kroppskontakt, klädsel, badrumsrutiner, sömn, barnvakter och fotograferande.	Utbildning av familjehem
Signs-of-safety	Signs-of-safety är en utredningsmodell som har sin bakgrund i ett lösningsfokuserat förhållningssätt. Fokus är på vad föräldrar gör i situationer eller i stunder där barnet eller ungdomen känner sig trygg och säker i sin egen hemmiljö, utan att för den delen förringa socialtjänstens oro för barnet eller ungdomen.	Stöd till barn
SkolFam	SkolFam är en arbetsmodell för att stärka skolresultat i grundskolan för barn i familjehem. Skolresultaten står i fokus. Konkret går det till så att barn, socialsekreterare, psykolog och specialpedagog tillsammans kartlägger elevens styrkor och eventuella luckor i svenska och matematik, bedömer relationen mellan elev och lärare, bedömer elevens intellektuella begåvning, kognitiva, sociala och praktiska färdigheter och elevens känslomässiga status. Denna kartläggning ligger sedan till grund för en plan som skapas av skolpersonalen, familjehemmet och SkolFam-teamet tillsammans.	Stöd till barn
Team Parenting	Team Parenting är en integrerad modell som baseras på terapeutiskt tänkande och terapeutisk praktik. Det säkerställer att varje familjehemsbarn är omhändertaget av ett föräldrateam som arbetar tillsammans för att säkerställa att den vård de ger tillgodoser barnets behov. Team Parenting innebär att familjehem, socialsekreterare, familjehemskonsulenter och andra som regelbundet träffar familjehemmet och barnet, bildar ett team. Familjehemsföräldrarna får hjälp att hitta sätt att hantera utagerande beteende och andra svårigheter vilket leder till stabilare och mer framgångsrika placeringar.	Utbildning av familjehem
Tejping	Tejping innebär att barnet får använda målade träfigurer för att visuellt gestalta sitt nätverk, sin livssituation, inre eller yttre konflikter eller en traumatisk upplevelse. Metoden syftar till fördjupad kontakt och till att ge barnet en förstärkt förmåga att uttrycka sig. Det hela utspelar sig på en "scen", som tejpas upp på ett bord. För mindre barn kan scenen utgöras av en sandlåda på ett bord. Tejping är inte en manualbaserad metod. Omfattning och intensitet kan därför variera.	Stöd till familjehem och stöd till barn

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 4.1 fortsättning

Program	Metod	Fokus
Tolvstegs-program	Tolvstegsprogram är en samling program mot beroende och tvångsmässiga beteenden som bygger på gemensamma principer komna ur Anonyma Alkoholisters (AA) tolv steg och tolv traditioner. Behandlingen sker vanligtvis i grupp och leds av alkohol- och drogterapeuter som ofta har egna erfarenheter av beroende-problem och av tolvstegsprogrammet. Möjligheten till identifikation med andra i samma situation ses som en central komponent i behandlingen. Gruppdeltagarna arbetar med skriftliga uppgifter om sin livshistoria och beroendets negativa konsekvenser. Dessa redovisas muntligt och återkopplas i gruppen. Behandlingen innefattar även föreläsningar och videofilmer om bland annat sjukdomsbegreppet, medicinska och psykologiska konsekvenser av beroende samt AA:s tolv steg. Under behandlingstiden bjuds anhöriga in och ges möjlighet att berätta för sina närstående om sina upplevelser av hans eller hennes beroende.	Stöd till barn
Trappan	Trappan är en modell för krissamtal med barn som upplevt våld i familjen. Syftet är att ge barnen möjlighet att berätta om och bearbeta sina upplevelser av våld, att göra det som hänt "pratbart" och begripligt, och därigenom antas minska risken för posttraumatiskt stressyndrom och annan psykiatrisk problematik. Trappan bygger på psykodynamisk grund. Samtalen sker i tre steg: kontakt, rekonstruktion och kunskap. Varje steg omfattar 3–8 samtal som varar 30–60 minuter.	Stöd till barn
Treatment Foster Care Oregon (TFCO)	TFCO som tidigare kallades Multidimensional Treatment Foster Care, grundar sig på social inlärningsteori och forskning om risk- och skyddsfaktorer för barns och ungas utveckling. Insatsen är manualbaserad och kan beskrivas som en kombination av specialiserad fosterhemsplacering, individualterapi och familje-terapi. Ett behandlingsteam arbetar med fosterhemsföräldrarna, med den unge och den biologiska familjen samt med skolan. Teamet består av en samordnare, en ungdomsterapeut, en färdighetstränare och en familjeterapeut. Fosterhemsföräld-rarna utbildas och ges veckovis handledning av samord-naren och har även möjlighet till rådgivning dygnet runt.	Utbildning av och stöd till familjehem och stöd till barn
Vägledande samtal (ICDP)	ICDP (International Child Development Programme) är ett sam-spelsprogram vars målsättning är att stödja och främja psykosocial omsorgskompetens hos personer som ansvarar för barns omsorg. Fokus är det positiva samspelets avgörande betydelse.	Stöd till familjehem
Västerås-modellen	Västeråsmodellen är en metod för att utreda familjehems-föräldrars lämplighet som har tagits fram av socialtjänsten i Västerås. Den bygger på Barnets behov i centrum (BBIC). Familjen får lämna in en omfattande intresseanmälan som bland annat behandlar släktrelationer, privatliv, relationer med eventuella bonusbarn eller styvbarn och frågor om intressen och egna utbildningar. Enkäten kompletteras med genogram.	Lämplighets-bedömning av familjehem

Insatser som vänder sig till barn

Fem insatser vänder sig enbart till barn:

- Better Future (äldre tonåringar)
- Fostering Healthy Futures (9–11 år)
- Incredible Years – Dina program (yngre barn)
- Supporting Siblings in Foster Care (7–15 år)
- Take Charge (äldre tonåringar).

Better Futures

Insatsen vänder sig ungdomar 15–19 år med en psykiatrisk problematik och utvärderades i en randomiserad kontrollerad studie med 34 ungdomarna som jämfördes med 25 ungdomar med konventionell familjehemsplacering i San Diego County i USA [79]. Den konventionella vården som utgjorde jämförelsen omfattade bland annat kontakt med skolkurator (eng. guidance counselor at school), vägledning för utbildning, arbete och boende efter familjehemsplaceringen (eng. Independent Living Program) samt vid behov psykoterapi. Ungdomarna var i genomsnitt 17 år och drygt hälften var pojkar. Resultat efter tio månader visade att de som deltagit i Better Futures hade statistiskt säkerställd bättre psykologisk hälsa (internaliserade symtom), de var mer självbestämmande, hade bättre framtidstro och hade oftare påbörjat eftergymnasial utbildning. Däremot fanns ingen skillnad i andel som hade fått arbete vid uppföljningen.

Det vetenskapliga underlaget för effekten av Better Futures bedöms som otillräckligt (⊕○○○) eftersom det endast finns en studie per utfallsmått (Tabell 4.2).

Tabell 4.2 Effekten av Better Futures jämfört med standardbehandling för familjehemsplacerade tonåringar.

Insats Referens	Effektmått	Antal barn (studier)	Effekt (standardiserad medelvärdes-skillnad) efter 10 månader (95 % KI)	Veten-skapligt underlag	Avdrag (se text ovan för motiv till avdrag)
Better Futures stödjer ung-domar med en psykiatrisk problematik att fatta egna beslut och att genomföra dem [79]	Internaliserade symtom mätt med Mental Health Recovery Measure	59 (1)	0,63 (0,30 till 1,14)	⊕○○○	1 studie
	Självbestämmande mätt med ARC Self-Determination Scale, AIR Self-Determination Scale	59 (1)	0,83 (0,30 till 1,37)	⊕○○○	1 studie
	Livskvalitet mätt med Quality of Life Questionnaire	59 (1)	0,68 (0,15 till 1,21)	⊕○○○	1 studie
	Deltagande i eftergymnasial utbildning mätt med skoldata	59 (1)	1,08 (0,53 till 1,64)	⊕○○○	1 studie
	Yrkesanställning mätt med enkät	59 (1)	–0,09 (–0,62 till 0,42)	⊕○○○	1 studie

KI = Konfidensintervall

Fostering Healthy Futures (FHF)

Insatsen utvärderades i en randomiserad studie med två publikationer [80,81]. Totalt jämfördes 56 barn med 54 jämnåriga som först blivit utredda vad gällde kognitiv förmåga, psykisk hälsa och hur de fungerade i skolan, men som endast fick sedvanlig familjehemsvård. Många (57 %) i den senare gruppen kom att

få psykoterapi. Barnen var mellan 9–11 år och 51 procent var pojkar. Barnen som fått FHF hade vid uppföljningen efter sex månader färre internaliserade symtom [80]. Däremot fanns det inte några säkerställda skillnader vad gällde upplevd självkompetens, livskvalitet efter sex månader [80] eller stabilitet i placering efter nio månader [81].

Det vetenskapliga underlaget för effekten av FHF bedöms som otillräckligt (⊕○○○) eftersom det endast finns en studie per utfallsmått (Tabell 4.3).

Tabell 4.3
Effekten av Fostering Healthy Futures (FHF) jämfört med standardbehandling för familjehemsplacerade barn i åldrarna 9–11 år.

Insats Referens	Effektmått	Antal barn (studier)	Effekt (standardiserad medelvärdesskillnad) efter 6 och 9 månader (95 % KI)	Vetenskapligt underlag	Avdrag (se text ovan för motiv till avdrag)
FHF stödjer självförtroende och anpassningsförmåga hos barn i åldrarna 9–11 år [80,81]	Internaliserade symtom mätt med Trauma Symptom Checklist for Children, Child Behavior Checklist and Teacher Report Form	144 (1)	0,65 (0,31 till 0,98)	⊕○○○	1 studie
	Självkompetens mätt med Self-Perception Profile for Children	144 (1)	0,09 (–0,07 till 0,42)	⊕○○○	1 studie
	Livskvalitet mätt med Life Satisfaction Survey	144 (1)	0,16 (–0,17 till 0,49)	⊕○○○	1 studie
	Stabilitet i placering mätt med registerdata	144 (1)	0,30 (–0,07 till 0,68)	⊕○○○	1 studie

KI = Konfidensintervall

Incredible Years (Dina program)

Insatsen Incredible Years (på svenska De otroliga åren) har en separat del som vänder sig till barn och som kallas Dina Program (på svenska Detektivskolan). Dina Program utvärderades i en randomiserad kontrollerad studie där 47 vanvårdade barn jämfördes med 44 vanvårdade barn som fått konventionell vård [82]. Den konventionella vården omfattade stöd från socialtjänst och andra organisationer. Barnen (49 % pojkar) var mellan fem och åtta år. Tre månader efter att insatsen hade avslutats fanns ingen säkerställd skillnad mellan barnen i de två grupperna vad gällde aggressivitet eller självkontroll.

Det vetenskapliga underlaget för effekten av Incredible Years (Dina program) bedöms som otillräckligt (⊕○○○) eftersom det endast finns en studie per utfallsmått (Tabell 4.4).

Tabell 4.4 Effekten av Incredible Years (Dina Program) jämfört med standardbehandling för familjehemsplacerade barn i åldrarna 5–8 år.

Insats Referens	Effektmått	Antal barn (studier)	Effekt (standardiserad medelvärdes-skillnad) efter 3 månader (95 % KI)	Veten-skapligt underlag	Avdrag (se text ovan för motiv till avdrag)
Incredible Years (Dina Program) omfattar övningar för att stärka barns sociala, känslomässiga och skol-förberedande kompetens [82]	Aggressivitet mätt med delskalan Aggression in Child Behavior Checklist	91 (1)	–0,28 (–0,69 till 0,13)	⊕○○○	1 studie
	Självkontroll mätt med enkät (51 frågor) till familjehemsföräldrar	91 (1)	–0,39 (–0,81 till 0,03)	⊕○○○	1 studie

KI = Konfidensintervall

Supporting Siblings in Foster Care (SIBS-FC)

Insatsen syftar till att förbättra syskonrelationer bland familjehemsplacerade barn. Syskonpar i Oregon, USA, randomiserades till SIBS-FC (n=131) eller till sedvanliga insatser (n=132) [83]. Det senare inkluderade kontakt med socialarbetare och regelbundna besök hos ursprungsföräldrarna, vilka också erbjöds möjlighet att delta i en föräldraträning (11 % deltog i mer än en session). Cirka tre av fyra syskonpar bodde i samma familjehem medan övriga var placerade i olika familjer. Syskonrelationerna följdes upp efter 18 månader. Baserat på information från barn, fosterföräldrar och forskare hade barnen i SIBS-FC signifikant bättre syskonrelationer jämfört med kontrollgruppen.

Det vetenskapliga underlaget för effekten av SIBS-FC bedöms som otillräckligt (⊕○○○) eftersom det endast finns en studie (Tabell 4.5).

Tabell 4.5 Effekten av Supporting Siblings in Foster Care (SIBS-FC) jämfört med standardbehandling för familjehemsplacerade syskon i skolåldern.

Insats Referens	Effektmått	Antal barn (studier)	Effekt (standardiserad medelvärdes-skillnad) efter 18 månader (95% KI)	Veten-skapligt underlag	Avdrag (se text ovan för motiv till avdrag)
SIBS-FC syftar till att utveckla kompetens hos syskon som är placerade [83]	Syskonrelationer mätt med Multi-Agent Construct of Sibling Relationship Quality, Sibling Relationship Questionnaire och Sibling Interaction Quality	263 (1)	0,58 (0,33 till 0,83)	⊕○○○	1 studie

KI = Konfidensintervall

Take Charge

Take Charge är en insats för att bland annat utveckla ungdomars självständighet. Take Charge har utvärderats i två randomiserade kontrollerade studier, båda från USA [84,85]. I den första deltog ungdomar som var 16–17 år (59 % pojkar) [84]. Take Charge (n=34) jämfördes med Foster Care Independent Program (n=25). Det senare syftar till att ge ungdomarna bättre förutsättningar för ett självständigt liv genom att erbjuda utbildning och träning i ekonomi, matlagning etc. De fick även stöd av en samordnare (eng. case manager) och stöd från en kamratgrupp (peer group) samt hjälp att söka bistånd för bostad och vidareutbildning. Resultat efter 6 månader visade att ungdomarna som deltog i Take Charge var mer självständiga, upplevde bättre livskvalitet och var bättre på att utnyttja de samhälleliga resurser som fanns tillgängliga för dem. De fullföljde också oftare high school (motsvarande svenskt gymnasium) och flera av dem hade en anställning vid uppföljningen. Den andra randomiserade kontrollerade studien omfattade 60 ungdomar som deltog i Take Charge och 63 som fick traditionellt stöd (54 % pojkar) [85]. Det traditionella stödet omfattade normalt förekommande insatser, till exempel specialklass, case manager och individualiserad pedagogisk planering. Nio månader efter avslutad intervention visade ungdomarna i Take Charge mer självbestämmande, hade oftare påbörjat gymnasieutbildning samt hade bättre fysisk hälsa än ungdomarna i kontrollgruppen. De hade också oftare en anställning vid uppföljningen. Ungdomarna i Take Charge visade även färre symtom på ångest och depression[1].

Det vetenskapliga underlaget för effekten av Take Charge på självbestämmande bedöms som måttligt starkt (⊕⊕⊕○), något som motiveras av oklarhet om överförbarhet till det svenska skolsystemet (avdrag för överförbarhet –1). Omvandlat till number needed to treat (NNT) betyder det att ungefär åtta personer behöver genomgå insatsen för ett lyckat fall. För effekten av Take Charge på fullföljd utbildning bedöms det vetenskapliga underlaget som begränsat (⊕⊕○○). Det motiveras av att konfidensintervallet inte är tydligt skiljt från kriteriet för en betydande effekt, SMD 0,20 (avdrag för precision –1) samt oklarhet om överförbarhet till det svenska skolsystemet (avdrag för överförbarhet –1). Även för detta effektmått behöver ungefär åtta ungdomar genomgå insatsen för ett lyckat fall. För utfallsmåtten förvärvad anställning bedöms det vetenskapliga underlaget som måttligt starkt (⊕⊕⊕○). Avdrag motiveras med oklarhet om överförbarhet till Sveriges arbetsmarknad (avdrag för överförbarhet –1). NNT i detta fall motsvarar ungefär sex ungdomar som får insatsen för ett lyckat fall. Det vetenskapliga underlaget bedöms som otillräckligt (⊕○○○) för att värdera effekten på internaliserade symtom, fysisk hälsa och livskvalitet eftersom det endast finns en studie som undersökt dessa utfallsmått (Tabell 4.6).

[1] Artikelförfattarna anger att effektmåttet är statistiskt säkerställt men analyser i ett statistikprogram (Comprehensive Meta Analysis) bekräftar inte det.

Tabell 4.6
Effekten av Take Charge jämfört med standardbehandling respektive Foster Care Independent Program för familjehemsplacerade tonåringar.

Insats Referens	Effektmått	Antal barn (studier)	Effekt (standardiserad medelvärdes-skillnad) efter 6 respektive 9 månader (95% KI)	Veten-skapligt underlag	Avdrag (se text ovan för motiv till avdrag)
Take Charge är en insats för att öka ungdomars självbestäm-mande genom handledning och workshops [84,85]	Internaliserade symtom mätt med delskalan Anxious/ Depressed scale of the Child Behavior Checklist	123 (1)	0,33 (–0,03 till 0,67)	⊕○○○	1 studie
	Självbestämmande mätt med ARC Self-Determination Scale, the Outcome survey respektive Parent AIR Self-Determination Scale	184 (2)	0,43 (0,22 till 0,64) Relevant effekt	⊕⊕⊕○	Överför-barhet (–1)
	Fysisk hälsa mätt med delskalan Somatic Complaints in Child Behavior Checklist	123 (1)	0,51 (0,15 till 0,87)	⊕○○○	1 studie
	Fullföljd utbildning mätt med skoldata	184 (2)	0,38 (0,09 till 0,67) Relevant effekt	⊕⊕○○	Precision (–1) Överför-barhet (–1)
	Anställning mätt med Outcome Survey	184 (2)	0,55 (0,25 till 0,84) Relevant effekt	⊕⊕⊕○	Överför-barhet (–1)
	Livskvalitet mätt med Quality of Life Questionnaire	61 (1)	0,62 (0,11 till 1,13)	⊕○○○	1 studie

KI = Konfidensintervall

Insatser som vänder sig till familjehemsföräldrar

Åtta insatser vänder sig endast till familjehemsföräldrar. Av de åtta insatserna berör tre familjehemsföräldrar till små barn:

- Attachment and Biobehavioral Catch-up
- Foster Family Intervention
- Promoting First Relationship.

Övriga fem insatser vänder sig till familjehem med barn i ett stort åldersspann:

- Incredible Years (2–17 år)
- Keeping foster and kin parents supported and trained (5–12 år)
- Neighbor To Family (4–17 år)
- Parent Management Training Oregon (4–12 år)
- Promise (2–20 år).

Attachment and Biobehavioral Catch-up (ABC)

Insatsen är en utbildning för familjehemsföräldrar. Insatsen har utvärderats i tre randomiserade kontrollerade studier med samma kontrollgrupp, Developmental Education for Families (DEF) och med en uppföljningstid på en månad [86–88]. DEF är manualbaserad och har samma omfattning och längd som ABC. Syftet med DEF är att hjälpa familjehemsföräldern att stödja barnets kognitiva och språkliga utveckling. I den första studien var barnen mellan 1–22 månader (genomsnittlig ålder 11 månader), barnens kön var inte angivna [86]. Vid uppföljningen efter en månad var ABC-gruppens mödrar (n=52) säkerställt mer lyhörda för barnens behov (bättre föräldraförmåga) än kontrollgruppens mödrar (n=44)[2]. Den andra studien omfattade 30 familjehemsföräldrar som fick ABC och 30 som fick DEF [87]. Barnen var mellan 3–39 månader (genomsnittlig ålder 19 månader) och knappt hälften var pojkar (48 %). Resultaten visade att barnen som fick ABC var säkerställt mindre stressade i form av lägre kortisolutsöndring i saliven både morgon och kväll i jämförelse med barnen i kontrollgruppen (internaliserade symtom). Kortisolutsöndringen hos barnen i ABC-gruppen liknade vid uppföljningen en normalgrupp barn. Dessutom hade de äldre barnen i ABC-gruppen (18–36 månader) färre externaliserade symtom än jämnåriga barn i den andra gruppen. Däremot fanns det inte någon säkerställd skillnad för de yngsta barnen. Den tredje studien omfattade 22 barn i en ABC-grupp och 24 barn i en DEF-grupp (50 % pojkar) i åldrarna 4–39 månader (genomsnittlig ålder 19 månader) [88]. Studien undersökte hur barnen reagerade när de gjorde sig illa, när de var rädda eller när de skiljdes från fosterföräldrarna. Resultaten visade att barnen i ABC-gruppen hade färre internaliserade symtom i form av undvikande anknytningsbeteende än kontrollgruppen.

Det vetenskapliga underlaget för effekten av ABC på barns internaliserade symtom bedöms som begränsat (⊕⊕○○). Det motiveras av att det ena effektmåttet som använts för detta utfall, föräldradagböcker, har osäker tillförlitlighet (avdrag för kvalitet –1) samt att det andra effektmåttet, barnens kortisolnivå i saliven, har osäker koppling till utfallsmåttet internaliserade symtom (avdrag för överförbarhet –1). Den standardiserade medelvärdesskillnaden betyder att ungefär fem barn behöver få insatsen för ett lyckat fall. Det vetenskapliga underlaget bedöms som otillräckligt (⊕○○○) för att värdera effekten på barns externaliserade symtom samt på familjehemsföräldrars lyhördhet för barns behov eftersom det endast finns en studie som undersökt dessa två utfallsmått (Tabell 4.7).

[2] Artikelförfattarnas uppgifter om att effektmåttet är statistiskt säkerställt överensstämmer inte med analyser i ett statistikprogram (Comprehensive Meta Analysis).

Tabell 4.7
Effekten av Attachment and Biobehavioral Catch-up (ABC) jämfört med Developmental Education for Families (DEF) för familjehemsplacerade spädbarn.

Insats Referens	Effektmått	Antal barn (studier)	Effekt (standardiserad medelvärdesskillnad) efter 1 månad (95% KI)	Vetenskapligt underlag	Avdrag (se text ovan för motiv till avdrag)
ABC är en anknytningsbaserad utbildning för att hjälpa familjehemsföräldrar att bli mer lyhörda för barns behov [86–88]	Internaliserade symtom mätt med Parent Attachment Diary respektive kortisolnivå i saliv	106 (2)	0,60 (0,21 till 0,99) Relevant effekt	⊕⊕○○	Överförbarhet (–1) Kvalitet (–1)
	Externaliserade symtom mätt med Parent Daily Report	46 (1)	0,55 (0,03 till 1,06)	⊕○○○	1 studie
	Familjehemsföräldrars lyhördhet mätt med observation av samspel	96 (1)	0,18 (–0,22 till 0,58)	⊕○○○	1 studie

KI = Konfidensintervall

Foster Family Intervention

En randomiserad kontrollerad studie jämförde föräldrautbildningen Foster Family Intervention (n=65) med sedvanlig familjehemsvård (n=58) i Nederländerna [89]. Den sedvanliga familjehemsvården omfattade hembesök av socialarbetare varannan till var sjätte vecka med syfte att identifiera behov av kompletterande stöd. Barnen var mellan 0–5 år (genomsnittlig ålder 19 månader) och drygt hälften var pojkar. Resultaten tre månader efter avslutad insats visade att familjehemsföräldrarna som fått Foster Family Intervention var mer lyhörda i samspelet med barnen än familjehemsföräldrarna med sedvanlig verksamhet, men att stressnivån hos barn och familjehemsföräldrar inte skilde sig åt (internaliserade symtom). Antalet barn som ingått i de olika analyserna varierade på grund av bortfall.

Det vetenskapliga underlaget för effekten av Foster Family Intervention bedöms som otillräckligt (⊕○○○) eftersom det endast finns en studie per utfallsmått (Tabell 4.8).

Tabell 4.8
Effekten av Foster Family Intervention jämfört med standardbehandling för familjehemsplacerade förskolebarn.

Insats Referens	Effektmått	Antal barn (studier)	Effekt (standardiserad medelvärdes-skillnad) efter 3 månader (95 % KI)	Veten-skapligt underlag	Avdrag (se text ovan för motiv till avdrag)
Foster Family Intervention är en föräldra-utbildning om samspel och anknytning mellan familje-hemsförälder och barn [89]	Internaliserade symtom mätt med kortisolnivå i saliv	59 (1)	0,0 (–0,35 till 0,35)	⊕○○○	1 studie
	Familjehems-föräldrars lyhördhet mätt med Emotional Availability Scales	96 (1)	0,82 (0,45 till 1,19)	⊕○○○	1 studie
	Internaliserade symtom i familjen mätt med Nijmeegse Ouderlijke Stress Index, Revised	86 (1)	0,0 (–0,35 till 0,35)	⊕○○○	1 studie

KI = Konfidensintervall

Incredible Years (föräldradel)

Två randomiserade kontrollerade studier har utvärderat föräldradelen i Incredible Years (på svenska De otroliga åren, DOÅ) [90,91]. Den första jämförde DOÅ (n=65) med konventionell familjehemsvård (n=34) i USA [90]. Den konventionella vården bestod av normalt förekommande stöd (inte närmare beskrivet). DOÅ genomfördes gemensamt för familjehems- och ursprungsföräldrar. Barnen var mellan 3–10 år (genomsnittlig ålder 6,2 år). Tre månader efter avslutad behandling hade de familjehemsföräldrar som genomgått DOÅ bättre föräldrakompetens. Däremot fanns ingen statistisk säkerställd skillnad för barnens externaliserade symtom. Den andra utvärderingen genomfördes i Wales med en väntelista som jämförelsealternativ (DOÅ n=29; väntelista n=17) [91]. De undersökta barnen var 2–17 år (genomsnittlig ålder 9,5 år) och drygt hälften var pojkar (56 %). Barnen följdes upp efter sex månader. Barnen i DOÅ-gruppen hade färre externaliserade symtom jämfört med barnen i gruppen väntelista. Familjehemsföräldrarna hade färre internaliserade symtom än jämförelsegruppen, medan jämförelsegruppens föräldrar skattade sin föräldrakompetens högre vid uppföljningen[3].

Det vetenskapliga underlaget för effekten av Incredible Years på barns externaliserade symtom samt familjehemsföräldrarnas föräldrakompetens bedöms som begränsat (⊕⊕○○). Avdraget motiveras av att konfidensintervallet korsar gränsen för klinisk relevans, SMD 0,20 (avdrag för precision –1) samt att studien som omfattar flest barn har ett högt och selektivt bortfall (avdrag för

[3] Artikelförfattarnas uppgifter om att effektmåttet är statistiskt säkerställt överensstämmer inte med analyser i ett statistikprogram (Comprehensive Meta Analysis) om sammanlagda effekter.

kvalitet –1). Omvandlat till NNT betyder det att ungefär åtta personer behöver genomgå insatsen för ett lyckat fall. För familjehemsföräldrars internaliserade symtom bedöms det vetenskapliga underlaget som otillräckligt (⊕○○○) eftersom det endast finns en studie som undersökt det utfallsmåttet (Tabell 4.9).

Tabell 4.9
Effekten av Incredible Years jämfört med standardbehandling för familjehemsplacerade barn.

Insats Referens	Effektmått	Antal barn (studier)	Effekt (standardiserad medelvärdes-skillnad) efter 3 respektive 6 månader (95 % KI)	Veten-skapligt underlag	Avdrag (se text ovan för motiv till avdrag)
Incredible Years stödjer föräldrar till barn med beteende-problem [90,91]	Externaliserade symtom mätt med Eyberg Child Behavior Inventory och Strength and Difficulties Questionnaire	145 (2)	0,33 (0,03 till 0,63) Relevant effekt	⊕⊕○○	Precision (–1) Kvalitet (–1)
	Föräldrakompetens mätt med Parenting Scale (Arnold) respektive Parenting Practice Interview	145 (2)	0,40 (0,03 till 0,77) Relevant effekt	⊕⊕○○	Precision (–1) Kvalitet (–1)
	Familjehems-föräldrars internaliserade symtom mätt med Beck Depression Inventory	46 (1)	0,47 (–0,14 till 1,07)	⊕○○○	1 studie

KI = Konfidensintervall

Keeping foster and kin parents supported and trained (KEEP)

En randomiserad kontrollerad studie jämförde 359 barn i KEEP med 341 barn i konventionell familjehemsvård (inte närmare beskriven) [92]. Studien är amerikansk och riktade sig till familjehem med placerade barn med beteende-problematik. Barnen var 5–12 år (genomsnittlig ålder 8,8 år) och drygt hälften var pojkar (52 %). Efter fem månader visade KEEP-föräldrarna bättre föräldra-kompetens. Barnen hade också färre externaliserade symtom jämfört med barnen i konventionell verksamhet.

Det vetenskapliga underlaget för effekten av KEEP bedöms som otillräckligt (⊕○○○) eftersom det endast finns en studie per utfallsmått (Tabell 4.10).

Insats Referens	Effektmått	Antal barn (studier)	Effekt (standardiserad medelvärdes-skillnad) efter 5 månader (95 % KI)	Veten-skapligt underlag	Avdrag (se text ovan för motiv till avdrag)
KEEP är en föräldra-utbildning med barn i åldrarna 5–11 år för att bemöta barnen åldersadekvat [92]	Externaliserade symtom mätt med Parent Daily Report	700 (1)	0,26 (0,11 till 0,41)	⊕○○○	1 studie
	Föräldrakompetens mätt med Parent Daily Report	700 (1)	0,29 (0,14 till 0,44)	⊕○○○	1 studie

KI = Konfidensintervall

Tabell 4.10 Effekten av Keeping foster and kin parents supported and trained (KEEP) jämfört med standardbehandling för familjehemsplacerade barn i åldrarna 5–12 år.

Neighbor To Family (NTF)

Insatsen utvärderades i en matchad icke-randomiserad studie i Georgia, USA [93]. Barnen i jämförelsegruppen (n=417) fick sedvanligt stöd som inte var närmare beskrivet men som föreföll ha haft låg kvalitet. Information om barnens ålder och könsfördelning saknades. Efter 36 månader visade analyser med statistisk matchning (propensity score) att barnen i NTF-gruppen hade signifikant oftare placerats tillsammans med syskon och att färre barn hade omplacerats.

Det vetenskapliga underlaget för effekten av NTF bedöms som otillräckligt (⊕○○○) eftersom det endast finns en studie per utfallsmått (Tabell 4.11).

Insats Referens	Effektmått	Antal barn (studier)	Effekt (standardiserad medelvärdes-skillnad) efter 36 månader (95 % KI)	Veten-skapligt underlag	Avdrag (se text ovan för motiv till avdrag)
NTF är en insats för att hålla syskon samman under placering [93]	Placering tillsammans med syskon mätt med registerdata	834 (1)	0,38 (0,24 till 0,52)	⊕○○○	1 studie
	Antal omplace-ringar mätt med registerdata	834 (1)	0,60 (0,46 till 0,74)	⊕○○○	1 studie

KI = Konfidensintervall

Tabell 4.11 Effekten av Neighbor To Family (NTF) jämfört med standardbehandling för familjehemsplacerade barn.

Parent Management Training Oregon (PMTO)

I en randomiserad kontrollerad studie testades PMTO med 29 familjehemsplacerade barn och deras familjehemsföräldrar i Nederländerna [94]. Jämförelsegruppen bestod av 34 barn med standardbehandling. Den omfattade bland annat konsultation var tredje till var sjätte vecka med en familjehemsinspektör. Barnen var 4–12 år (genomsnittlig ålder 7,8 år) och knappt hälften var pojkar (48 %). Resultaten visade inte på någon statistiskt säkerställd skill-

nad fyra månader efter insatsen avseende förekomst av barnens internaliserade respektive externaliserade symtom och familjehemsföräldrarnas internaliserade symtom, eller på deras sätt att utöva sitt föräldraskap.

Det vetenskapliga underlaget för effekten av PMTO bedöms som otillräckligt (⊕○○○) eftersom det endast finns en studie per utfallsmått (Tabell 4.12).

Tabell 4.12 Effekten av Parent Management Training Oregon (PMTO) jämfört med standardbehandling för familjehemsplacerade barn i åldrarna 4–12 år.

Insats Referens	Effektmått	Antal barn (studier)	Effekt (standardiserad medelvärdes-skillnad) efter 4 månader (95 % KI)	Veten-skapligt underlag	Avdrag (se text ovan för motiv till avdrag)
PMTO är en föräldra-utbildning för att styrka funktionellt samspel mellan föräldrar och barn i åldrarna 2–18 år med beteende-problem [94]	Internaliserade symtom mätt med Child Behavior Checklist	63 (1)	0,15 (–0,27 till 0,57)	⊕○○○	1 studie
	Externaliserade symtom mätt med Child Behavior Checklist	63 (1)	0,09 (–0,33 till 0,51)	⊕○○○	1 studie
	Familjehems-föräldrars lyhördhet mätt med Parenting Behavior Questionnaire	63 (1)	–0,09 (–0,51 till 0,33)	⊕○○○	1 studie
	Familjehems-föräldrars internaliserade symtom mätt med Parenting Stress Index-R	63 (1)	–0,12 (–0,54 till 0,30)	⊕○○○	1 studie

KI = Konfidensintervall

Promise

Insatsen utvärderades i en icke-randomiserad studie som jämförde 380 barn i en Promise-grupp med 436 barn i sedvanlig familjehemsvård [95]. Barnen var mellan 0–20 år (genomsnittlig ålder 8,5 år) och 52 procent var pojkar. Jämförelsegruppen utgjordes av ett slumpvist urval av placerade barn som inte fick ta del av Promise. Det sedvanliga stödet beskrevs som varierat med en tidskrävande byråkrati för att finansiera nya insatser vid förändrade behov hos barn och familjehem. Grupperna var jämförbara utifrån ålder och kön men varierade något vad gällde etniskt ursprung och placeringstid vid studiens början (barnen i kontrollgruppen hade varit placerade längre). Resultaten efter 15 månader visade inte på någon säkerställd skillnad avseende stabilitet i placeringen mellan grupperna.

Det vetenskapliga underlaget för effekten av Promise bedöms som otillräckligt (⊕○○○) eftersom det endast finns en studie (Tabell 4.13).

Insats Referens	Effektmått	Antal barn (studier)	Effekt (standardiserad medelvärdes-skillnad) efter 15 månader (95 % KI)	Veten-skapligt underlag	Avdrag (se text ovan för motiv till avdrag)
Promise innebär att team av socialarbetare utformar stöd till ursprungsfamilj, familjehem samt till barnet [95]	Stabilitet i placering mätt med registerdata	816 (1)	0,14 (0,00 till 0,28)	⊕○○○	1 studie

KI = Konfidensintervall

Tabell 4.13 Effekten av Promise jämfört med standard-behandling för familje-hemsplacerade barn.

Promoting First Relationships

I en randomiserad kontrollerad studie jämfördes stabiliteten i barns familje-hemsplaceringar mellan Promoting First Relationships (n=105) och Early Education Support (n=105) i nordvästra USA [96]. Early Education Support bestod av tre 90-minuters hembesök av en expert som gav förslag på hur familjehemsföräldrarna skulle stimulera barnen kognitivt och språkligt. Hjälp gavs också för att söka andra former av stöd, till exempel förskoleplats. De undersökta barnen var 1–2 år (56 % pojkar). Vid uppföljningen efter två år fanns ingen säkerställd skillnad till förmån för Promoting First Relationships rörande placeringens stabilitet.

Det vetenskapliga underlaget för effekten av Promoting First Relationships bedöms som otillräckligt (⊕○○○) eftersom det endast finns en studie (Tabell 4.14).

Insats Referens	Effektmått	Antal barn (studier)	Effekt (standardiserad medelvärdes-skillnad) efter 24 månader (95 % KI)	Veten-skapligt underlag	Avdrag (se text ovan för motiv till avdrag)
Promoting First Relationships är en föräldra-utblidning samt handledning baserad på videoinspel-ningar av samspel barn och förälder [96]	Stabilitet i placering mätt med registerdata	210 (1)	0,12 (–0,15 till 0,39)	⊕○○○	1 studie

KI = Konfidensintervall

Tabell 4.14 Effekten av Promoting First Relationships jämfört med Early Education Support för familjehemsplacerade spädbarn.

Insatser som vänder sig till både barn och familjehemsföräldrar

Fem insatser vänder sig till både barn och familjehemsföräldrar:

- Casey Family Programs (alla åldrar)
- Fostering Individualized Assistance Program (7–15 år)
- Middle School Success (tonårsflickor)
- Multidimentional Treatment Foster Care for pre-schoolers (förskolebarn)
- Parent-Child Interaction Therapy (förskolebarn).

Casey Family Programs

I en retrospektiv studie jämfördes hälsoutfall i ung vuxen ålder (cirka 25 år) mellan 111 barn som varit placerade inom Casey Family Programs under minst 12 månader i nordvästra USA med 368 barn som varit placerade i vanlig familjehemsvård (inte närmare specificerad) och som hade samma bakgrund (42 % pojkar) [97]. Resultaten baserades på intervjuer med de tidigare familjehemsplacerade barnen, mellan ett och tretton år efter att placeringen hade avslutats. Registerdata användes för att statistiskt kontrollera för initiala skillnader med hjälp av propensity score-matchning. De unga vuxna som hade varit placerade i Casey Family Programs hade vid uppföljningen säkerställd bättre psykisk och fysisk hälsa än jämförelsegruppen.

Det vetenskapliga underlaget för effekten av Casey Family Programs bedöms som otillräckligt (⊕○○○) eftersom det endast finns en studie per utfallsmått (Tabell 4.15).

Tabell 4.15
Effekten av Casey Family Programs jämfört med standardbehandling för familjehemsplacerade tonåriga barn.

Insats Referens	Effektmått	Antal barn (studier)	Effekt (standardiserad medelvärdesskillnad) efter 1–13 år (95 % KI)	Vetenskapligt underlag	Avdrag (se text ovan för motiv till avdrag)
Casey Family Programs är högkvalificerade socialarbetare med låg ärendebelastning som säkrar att barn får hälso- och skolstöd [97]	Psykologisk hälsa mätt med WHO Composite International Diagnostic Interview	479 (1)	1,11 (1,11 till 1,44)	⊕○○○	1 studie
	Fysisk hälsa mätt med Chronic Condition Checklist	479 (1)	0,46 (0,25 till 0,67)	⊕○○○	1 studie

KI = Konfidensintervall

Fostering Individualized Assistance Program (FIAP)

I en randomiserad studie med två publikationer jämfördes 47 barn (61 % pojkar) med FIAP och 62 barn i vanlig familjehemsvård [98,99]. Den vanliga familjehemsvården var inte närmare beskriven men föreföll ha haft låg kvalitet. Vid uppföljningen efter 18 månader hade barnen i FIAP-gruppen signifikant färre externaliserade symtom [98]. Det fanns inte någon säkerställd skillnad mellan grupperna vad gäller internaliserade symtom efter 18 månader [98] eller antal omplaceringar efter 30 månader [99].

Det vetenskapliga underlaget för effekten av FIAP bedöms som otillräckligt (⊕○○○) eftersom det endast finns en studie per utfallsmått (Tabell 4.16).

Tabell 4.16
Effekten av Fostering Individualized Assistance Program (FIAP) jämfört med standardbehandling för familjehemsplacerade skolbarn.

Insats Referens	Effektmått	Antal barn (studier)	Effekt (standardiserad medelvärdesskillnad) efter 18 och 30 månader (95 % KI)	Vetenskapligt underlag	Avdrag (se text ovan för motiv till avdrag)
FIAP innebär att samordnare individualiserar stöd till personer med komplexa behov [98,99]	Internaliserade symtom mätt med Internalizing Subscale in Child Behavior Checklist	109 (1)	0,40 (0,02 till 0,79)	⊕○○○	1 studie
	Externaliserade symtom mätt med Externalizing Subscale in Child Behavior Checklist samt polisanmälningar	109 (1)	0,31 (0,04 till 0,58)	⊕○○○	1 studie
	Omplaceringar mätt med registerdata	109 (1)	0,31 (–0,07 till 0,69)	⊕○○○	1 studie

KI = Konfidensintervall

Middle School Success (MSS)

Insatsen (n=48) utvärderades i en randomiserad kontrollerad studie där jämförelsegruppen (n=52) fick sedvanligt stöd som kunde innehålla remisser till terapi och föräldrautbildning för de biologiska föräldrarna [100,101]. Flickorna var 10–12 år och uppföljningstiden var 36 månader. Två publikationer beskrev effekterna av MSS. Den första fann att flickorna i MSS-gruppen var mindre kriminella och mindre ofta använde alkohol, tobak och cannabis (externaliserade symtom) än flickorna i kontrollgruppen [100]. De hade också mindre ofta omplacerats. Däremot fanns det inte några säkerställda skillnader avseende internaliserade symtom. Den andra publikationen visade att flickorna i MSS-gruppen hade ett mindre riskfyllt sexuellt beteende (externaliserade symtom) [101].

Det vetenskapliga underlaget för effekten av MSS bedöms som otillräckligt (⊕○○○) eftersom det endast finns en studie per utfallsmått (Tabell 4.17).

Tabell 4.17 Effekten av Middle School Success (MSS) jämfört med standardbehandling för familjehemsplacerade flickor i åldrarna 10–12 år.

Insats Referens	Effektmått	Antal barn (studier)	Effekt (standardiserad medelvärdes-skillnad) efter 36 månader (95 % KI)	Veten-skapligt underlag	Avdrag (se text ovan för motiv till avdrag)
MSS är en gruppbaserad utbildning för tonårsflickor för att minska kriminalitet och drogkonsumtion [100,101]	Internaliserade symtom mätt med Child Behavior Checklist	100 (1)	0,02 (–0,37 till 0,41)	⊕○○○	1 studie
	Externaliserade symtom mätt med Self-Reported Delinquency Scale, riskfyllt sexuellt beteende (8 frågor) samt tobak-, alkohol- och cannabisbruk (3 frågor)	100 (1)	0,47 (0,07 till 0,87)	⊕○○○	1 studie
	Omplaceringar mätt med registerdata	96 (1)	0,50 (0,10 till 0,90)	⊕○○○	1 studie

KI = Konfidensintervall

Multidimensional Treatment Foster Care for preschoolers (MTFC-p)

Insatsen har utvärderats i två randomiserade kontrollerade studier [102–105]. I båda studierna bestod jämförelsegruppen av traditionell familjehemsvård. Den innebar månatliga kontakter med familjehemmet av en professionell, för att identifiera behov och ge stöd (t.ex. screening för utvecklingsmässiga behov, psykoterapi, medicinering, specialpedagogik). Den första studien jämförde 57 barn i MTFC-p med 60 barn i traditionell familjehemsvård [103–105]. Studien har avrapporterats i tre artiklar. Barnen var 3–5 år (genomsnittlig ålder 4,4 år) med 54 procent pojkar. Efter 12 månader upplevde familjehemsföräldrarna med MTFC-p mindre stress (internaliserade symtom) på grund av barnens beteenden än jämförelsegruppen [104]. De placerade barnen visade också en tryggare anknytning och mindre undvikande beteenden [103] samt var mindre stressade mätt i form av kortisol i saliv morgon och kväll (internaliserade symtom) [105]. Den andra studien jämförde 47 barn i MTFC-p med 43 barn i traditionell familjehemshemsvård [102]. Barnen var placerade i familjehem på grund av föräldrarnas omsorgssvikt och utgjorde en riskgrupp eftersom samtliga hade blivit omplacerade. Barnen var mellan 3–6 år (genomsnittlig ålder 4,4 år) och 63 procent var pojkar. Resultaten efter 24 månader visade på signifikant färre omplaceringar bland de barn vars familjehemsföräldrar genomgått MTFC-p i jämförelse med konventionell familjehemsvård.

Det vetenskapliga underlaget för effekten av MTFC-p bedöms som otillräckligt (⊕○○○) eftersom det endast finns en studie per utfallsmått (Tabell 4.18).

Insats Referens	Effektmått	Antal barn (studier)	Effekt (standardiserad medelvärdes-skillnad) efter 12 respektive 24 månader (95 % KI)	Veten-skapligt underlag	Avdrag (se text ovan för motiv till avdrag)
MTFC-p är en föräldraträning för att adekvat bemöta barns beteenden [102–105]	Internaliserade symtom mätt med Parent Attache-ment Diary och kortisol i saliv	117 (1)	0,40 (0,14 till 0,66)	⊕○○○	1 studie
	Omplaceringar mätt med registerdata	90 (1)	0,65 (0,23 till 1,07)	⊕○○○	1 studie
	Familjehems-föräldrars internaliserade symtom mätt med Parent Daily Report	117 (1)	0,56 (0,19 till 0,93)	⊕○○○	1 studie

KI = Konfidensintervall

Tabell 4.18 Effekten av Multidimensional Treatment Foster Care for preschoolers (MTFC-p) jämfört med standardbehandling för familjehemsplacerade förskolebarn.

Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)

I en randomiserad kontrollerad studie jämfördes två versioner av PCIT för familjehemsföräldrar [106]. Det var dels en utvidgad version med tre dagars utbildning plus 14 veckors konsultation (n=14), och dels en nedkortad version med två dagar plus åtta veckors konsultation (n=29), samt en grupp på väntelista (n=25). Eftersom den utvidgade versionen hade få deltagare togs den bort ur analysen. Barnen var i genomsnitt 4,6 år och 46 procent var pojkar. Resultaten efter 14 veckor visade att de som deltog i den nedkortade versionen av PCIT hade statistiskt säkerställt färre internaliserade och externaliserade symtom jämfört med barnen i gruppen väntelista.

Det vetenskapliga underlaget för effekten av PCIT bedöms som otillräckligt (⊕○○○) eftersom det endast finns en studie per utfallsmått (Tabell 4.19).

Insats Referens	Effektmått	Antal barn (studier)	Effekt (standardiserad medelvärdes-skillnad) efter 3,5 månader (95 % KI)	Veten-skapligt underlag	Avdrag (se text ovan för motiv till avdrag)
PCIT är en utbildning för familjehems-föräldrar när barnen har allvarliga beteende-problem [106]	Internaliserade symtom mätt med Child Behavior Checklist (Internalising Subscale)	54 (1)	3,41 (2,57 till 4,25)	⊕○○○	1 studie
	Externaliserade symtom mätt med Eyberg Child Behavior Inventory-Problems	54 (1)	3,04 (2,26 till 3,82)	⊕○○○	1 studie

KI = Konfidensintervall

Tabell 4.19 Effekten av Parent Child Interaction Therapy (PCIT) jämfört med standardbehandling för familjehemsplacerade förskolebarn.

Insatser för att påverka utfallsmåtten (frågeställning 4)

Resultaten visar att det går att påverka åtta av tio utfallsmått som barnen har undersökts med. För två utfallsmått (familjehemsföräldrars föräldraförmåga respektive internaliserade symtom) är det vetenskapliga underlaget otillräckligt. Dessutom saknas helt studier som behandlar tandhälsa och tonårsgraviditet.

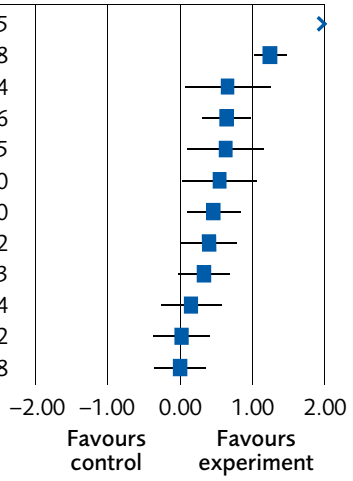
Förutsättningen för att slå samman resultat är att studierna är jämförbara vad gäller bland annat målgrupp, jämförelsegrupp och uppföljningstid. Eftersom detta sällan var fallet har vi inte gjort någon statistisk sammanslagning. För att visualisera hur utfallsmåtten fördelas på de identifierade insatserna presenterar vi tio grupper av utfallsmått i form av så kallade skogsdiagram (eng. forest plots). I några av studierna har flera parallella mått använts för att beskriva effekterna av insatsen, till exempel barns självskattade beteendeproblem och föräldrars beskrivning av samma företeelse. I de följande analyserna representeras varje studie av endast ett utfallsmått. Det som valts är det som angetts som det primära måttet. Om utfallsmåttet inte angetts, har det mått valts som först beskrivits i metodavsnittet eller på annat sätt lyfts fram av författarna som det viktigaste.

Internaliserade symtom

Flest studier (n=12) med sammanlagt 1 477 barn har mätt barnens internaliserade symtom, till exempel ångest, nedstämdhet och stress (Figur 4.2) [79,80, 85,87–89,94,97,99,100,103,106]. I 11 fall av 12 fick kontrollgruppen standardbehandling. Punktestimaten varierade mellan 0,0 och 3,410. Av de 12 studierna överskred 9 den gräns (SMD 0,20) som vi satte för en betydande effekt. Resultaten omfattar effekter efter kort (högst 6 månader), medellång (7–12 månader) och lång uppföljningstid (mer än 12 månader) (Tabell 4.20).

Det finns ett begränsat vetenskapligt underlag (⊕⊕○○) för att det är möjligt att påverka barns internaliserade symtom i positiv riktning. Eftersom det använts sju olika effektmått i studierna skapar det osäkerhet om de är jämförbara (avdrag för kvalitet –1) och för att tre av 12 studier inte överskrider den uppsatta gränsen för en betydande effekt, SMD 0,20 (avdrag för överensstämmelse –1).

Study Author, year, design	Statistics for each study Std diff in means	Lower limit	Upper limit	p-value	Sample size Experiment	Control
Mersky, 2016, RCT	3.410	2.574	4.246	0.000	29	25
Kessler, 2008, CT	1.280	1.053	1.507	0.000	111	368
Dozier, 2009, RCT	0.660	0.066	1.254	0.029	22	24
Taussig, 2010, RCT	0.646	0.310	0.982	0.000	68	76
Geenen, 2015, RCT	0.634	0.105	1.163	0.019	34	25
Dozier, 2006, RCT	0.550	0.034	1.066	0.037	30	30
Fisher, 2007, RCT	0.464	0.097	0.831	0.013	57	60
Clark, 1994, RCT	0.403	0.020	0.786	0.039	47	62
Geenen, 2013, RCT	0.330	−0.026	0.686	0.069	60	63
Maaskant, 2016, RCT	0.150	−0.269	0.569	0.483	29	34
Kim, 2011, RCT	0.020	−0.372	0.412	0.920	48	52
van Andel, 2014, RCT	0.000	−0.354	0.354	1.000	65	58



Figur 4.2
Utfallet på internaliserade symtom.

Utfall	Antal deltagare Antal studier	Möjlighet att påverka över klinisk signifikant gräns	Vetenskapligt stöd (se löpande text för motiv till avdrag)
1. Internaliserade symtom	1 477 12	9	Begränsat (⊕⊕○○)
2. Externaliserade symtom	1 322 9	6	Begränsat (⊕⊕○○)
3. Anpassningsförmåga	1 575 7	5	Begränsat (⊕⊕○○)
4. Fysisk hälsa	602 2	2	Måttligt starkt (⊕⊕⊕○)
5. Tandhälsa	0	Går inte att bedöma eftersom det saknas studier	Otillräckligt (⊕○○○)
6. Utbildning	243 3	3	Måttligt starkt (⊕⊕⊕○)
7. Yrkesanställning	243 3	2	Begränsat (⊕⊕○○)
8. Tidigt föräldraskap	0	Går inte att bedöma eftersom det saknas studier	Otillräckligt (⊕○○○)
9. Livskvalitet	264 3	2	Begränsat (⊕⊕○○)
10. Stabilitet i placering	2 303 7	5	Måttligt starkt (⊕⊕⊕○)
11. Familjehems-föräldrars föräldraförmåga	1 127 6	3	Otillräckligt (⊕○○○)
12. Familjehems-föräldrars internaliserade symtom	349 4	2	Otillräckligt (⊕○○○)

Tabell 4.20
Sammanfattande resultattabell.

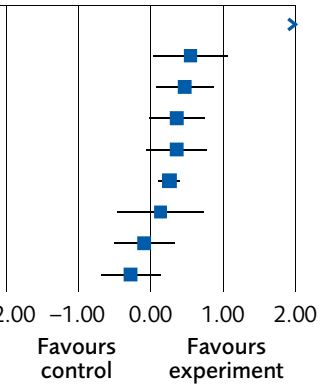
Externaliserade symtom

Sammanlagt nio studier omfattande 1 322 barn behandlade barns externaliserade symtom, till exempel normbrytande beteende och kriminalitet (Figur 4.3) [82,88,90–92,94,99,100,106]. Jämförelsealternativet bestod i åtta av nio fall av standardbehandling. Av punktestimaten överskred sex studier SMD 0,20. Variationen var mellan SMD –0,279 och 3,040. De flesta studier hade kort uppföljningstid.

Det finns ett begränsat vetenskapligt underlag (⊕⊕○○) för att det är möjligt att positiv påverka barns externaliserade symtom, framför allt på kort sikt. Avdrag görs för osäkerhet i mätmetoder eftersom fem olika mätmetoder använts (avdrag för kvalitet –1) och för att tre av nio studier inte överskrider kriteriet för en betydande effekt, SMD 0,20 (avdrag för överensstämmelse –1).

Figur 4.3 Utfallet på externaliserade symtom.

Study	Statistics for each study				Sample size	
Author, year, design	Std diff in means	Lower limit	Upper limit	p-value	Experiment	Control
Mersky, 2016, RCT	3.040	2.256	3.824	0.000	29	25
Dozier, 2006, RCT	0.550	0.034	1.066	0.037	30	30
Kim, 2011, RCT	0.470	0.072	0.868	0.021	48	52
Clark, 1994, RCT	0.361	–0.021	0.743	0.064	47	62
Linares, 2006, RCT	0.360	–0.058	0.778	0.091	65	34
Chamberlain, 2008, RCT	0.260	0.111	0.409	0.001	359	341
Bywater, 2011, RCT	0.136	–0.463	0.735	0.657	29	17
Maaskant, 2016, RCT	–0.090	–0.509	0.329	0.674	29	34
Linares, 2012, RCT	–0.279	–0.692	0.134	0.186	47	44

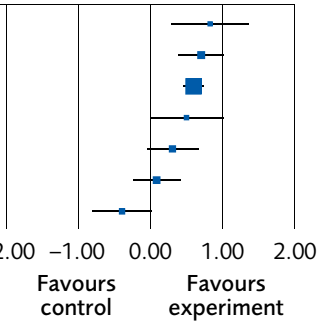


Anpassningsförmåga

Sju studier inkluderade mått på barnens anpassningsförmåga, till exempel att kunna planera sin framtid (Figur 4.4) [79,80,82,83–85,93]. Studierna omfattade 1 575 barn och jämförelsealternativet utgjordes i sex fall av sju av standardbehandling. Punktestimaten varierade mellan –0,390 och 0,833 med fem av sju som överskred SMD 0,20 (Figur 4.4). Studierna hade kort, medellång och lång uppföljningstid.

Det finns ett begränsat vetenskapligt underlag (⊕⊕○○) för att det är möjlighet att påverka barns anpassningsförmåga i positiv riktning på kort och medellång sikt. Avdrag görs för att sju olika mätmetoder använts vilket skapar osäkerhet om mätmetoderna mäter samma sak (avdrag för kvalitet –1) och för att två av sju studier inte överskrider kriteriet för en betydande effekt, SMD 0,20 (avdrag för överensstämmelse –1).

Study	Statistics for each study				Sample size	
Author, year, design	Std diff in means	Lower limit	Upper limit	p-value	Experiment	Control
Geenen, 2015, RCT	0.833	0.295	1.371	0.002	34	25
Kothari, 2016, RCT	0.709	0.393	1.025	0.000	84	80
Rast, 2014, CT	0.602	0.463	0.741	0.000	417	417
Powers, 2012, RCT	0.505	–0.005	1.015	0.052	29	32
Geenen, 2013, RCT	0.310	–0.046	0.666	0.088	60	63
Taussig, 2010, RCT	0.090	–0.237	0.417	0.590	68	76
Linares, 2012, RCT	–0.390	–0.805	0.025	0.066	47	44



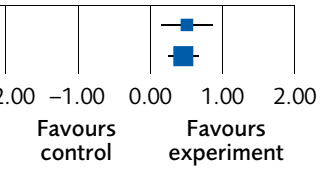
Figur 4.4
Utfallet på anpassningsförmåga.

Fysisk hälsa

Två studier med 602 barn undersökte fysisk hälsa (Figur 4.5) [85,97]. I båda fallen utgjordes jämförelsegruppen av standardbehandling. Båda utfallen överskred den i förväg uppställda gränsen SMD 0,20.

Det finns ett måttligt starkt vetenskapligt underlag (⊕⊕⊕○) för att det är möjlighet att påverka barns fysiska hälsa i positiv riktning på medellång och lång sikt. Avdrag görs för att två olika effektmått använts för att mäta fysisk hälsa (avdrag för kvalitet –1).

Study	Statistics for each study				Sample size	
Author, year, design	Std diff in means	Lower limit	Upper limit	p-value	Experiment	Control
Geenen, 2013, RCT	0.510	0.151	0.869	0.005	60	63
Kessler, 2008, CT	0.460	0.246	0.674	0.000	111	368



Figur 4.5
Utfallet på fysisk hälsa.

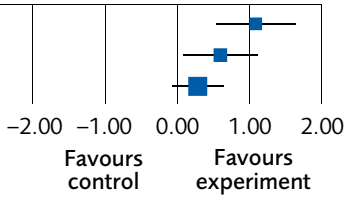
Utbildning

Tre studier med 243 ungdomar har undersökt om insatserna bidragit till att ungdomarna fullföljt sin utbildning (Figur 4.6) [79,84,85]. Jämförelsealternativen bestod i två fall av tre av standardbehandling. Alla tre redovisade positiva punktestimat som översteg SMD 0,20. Alla tre studier hade medellång uppföljningstid och resultaten baseras på registerdata.

Det finns ett måttligt starkt vetenskapligt underlag (⊕⊕⊕○) för att det är möjligt att påverka barns utbildning i positiv riktning på medellång sikt. Avdrag görs för att det är oklart om USA:s skolsystem sätter begränsningar i möjligheten att överföra resultaten till Sverige (avdrag för överförbarhet –1).

Figur 4.6
Utfallet på utbildning.

Study	Statistics for each study				Sample size	
Author, year, design	Std diff in means	Lower limit	Upper limit	p-value	Experiment	Control
Geenen, 2015, RCT	1.084	0.532	1.636	0.000	34	25
Powers, 2012, RCT	0.595	0.082	1.108	0.023	29	32
Geenen, 2013, RCT	0.282	–0.073	0.637	0.120	60	63



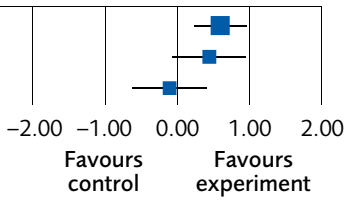
Yrkesanställning

Tre studier har följt upp 243 ungdomars möjlighet att få yrkesanställning (Figur 4.7) [79,84,85]. Två av tre jämförelsegrupper utgjordes av standardbehandling. Två av tre studier redovisade positiva punktestimat på ungefär 0,50 och det tredje ett svagt negativt. Samtliga tre studier baseras på registerdata.

Det finns ett begränsat vetenskapligt underlag (⊕⊕○○) för att det på medellång sikt är möjligt att förbättra placerade ungdomars möjlighet att få förvärvsarbete. Avdrag görs för osäkerhet om USA:s anställningsvillkor begränsar resultaten överförbarhet till svenska förhållanden (–1 överförbarhet) och för att en av tre studier redovisar negativa effekter (–1 överensstämmelse).

Figur 4.7
Utfallet på förvärvsarbete.

Study	Statistics for each study				Sample size	
Author, year, design	Std diff in means	Lower limit	Upper limit	p-value	Experiment	Control
Geenen, 2013, RCT	0.598	0.237	0.959	0.001	60	63
Powers, 2012, RCT	0.449	–0.060	0.958	0.084	29	32
Geenen, 2015, RCT	–0.099	–0.616	0.418	0.707	34	25

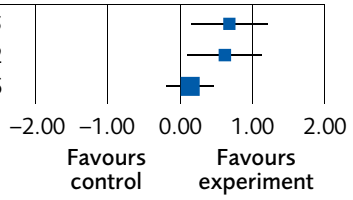


Livskvalitet

Tre studier undersökte 264 barns upplevda livskvalitet (Figur 4.8) [79,80,84]. Av de tre studierna använde två standardbehandling som jämförelsealternativ. Två av tre punktestimat var högre än SMD 0,20.

Det finns ett begränsat vetenskapligt underlag (⊕⊕○○) för att det är möjligt att påverka barns livskvalitet i positiv riktning på kort och medellång sikt. Avdrag görs för osäkerhet i mätmetoder eftersom två olika mätmetoder använts (avdrag för kvalitet –1) och för att en av studierna inte redovisar en effekt för klinisk relevans, SMD 0,20 eller högre (avdrag för överensstämmelse –1).

Study	Statistics for each study				Sample size	
Author, year, design	Std diff in means	Lower limit	Upper limit	p-value	Experiment	Control
Geenen, 2015, RCT	0.682	0.151	1.213	0.012	34	25
Powers, 2012, RCT	0.620	0.106	1.134	0.018	29	32
Taussig, 2010, RCT	0.140	–0.188	0.468	0.402	68	76



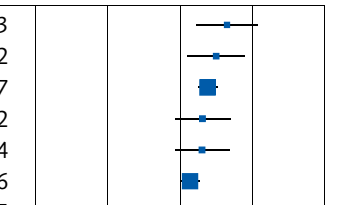
Figur 4.8
Utfallet på livskvalitet.

Stabilitet i placering

Stabilitet i placering mättes i sju studier med 2 303 barn (Figur 4.9) [81,93,95, 96,98,100,102]. Jämförelsealternativet handlade i sex fall av sju om standardbehandling. Punktestimaten varierade mellan 0,120 och 0,650, varav fem studier överskred SMD 0,20. Resultaten avser medellång och lång sikt och bygger i samtliga fall på registerdata som bedöms ha hög trovärdighet.

Det finns ett måttligt starkt vetenskapligt underlag (⊕⊕⊕○) för att det är möjlighet att bidra till en ökad stabilitet i placering på medellång och lång sikt. Avdrag görs för att två av sju studier inte redovisar en betydande effekt, SMD 0,20 (avdrag för överensstämmelse –1).

Study	Statistics for each study				Sample size	
Author, year, design	Std diff in means	Lower limit	Upper limit	p-value	Experiment	Control
Fisher, 2008, RCT	0.650	0.226	1.074	0.003	47	43
Kim, 2011, RCT	0.500	0.102	0.898	0.014	48	52
Rast, 2014, CT	0.380	0.243	0.517	0.000	417	417
Clark, 1996, RCT	0.310	–0.071	0.691	0.111	47	62
Taussig, 2012, RCT	0.304	–0.072	0.680	0.113	56	54
Unrau, 2004, CT	0.138	0.000	0.276	0.050	380	436
Spieker, 2014, RCT	0.120	–0.151	0.391	0.385	105	105



Figur 4.9
Utfallet på stabilitet i placering.

Familjehemsföräldrars föräldraförmåga

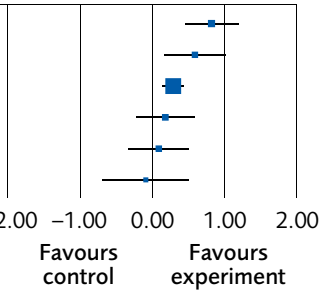
Familjehemsföräldrars föräldraförmåga, såsom anpassning till barns behov och positiv uppmärksamhet, har undersökts i sex studier med totalt 1 127 föräldrar (Figur 4.10) [86,89–92,94]. Variationen i punktestimat var mellan –0,090 och 0,820 med tre studier som överskred SMD 0,20. Samtliga studier har följt upp familjehemsföräldrarna på kort sikt.

Det vetenskapliga underlaget bedöms som otillräckligt (⊕○○○) för att avgöra insatsens påverkan på familjehemsföräldrars föräldraförmåga. Avdrag görs för att varje studie använt olika mätmetoder (avdrag för kvalitet –1) och för att

hälften av studierna inte redovisar kliniskt relevanta effekter, över SMD 0,20 (avdrag för överensstämmelse –2).

Figur 4.10
Utfallet på familjehemsföräldrars föräldraförmåga.

Study	Statistics for each study				Sample size	
Author, year, design	Std diff in means	Lower limit	Upper limit	p-value	Experiment	Control
van Andel, 2014, RCT	0.820	0.451	1.189	0.000	65	58
Linares, 2006, RCT	0.590	0.167	1.013	0.006	65	34
Chamberlain, 2008, RCT	0.290	0.141	0.439	0.000	359	341
Bick, 2013, RCT	0.180	–0.222	0.582	0.380	52	44
Maaskant, 2016, RCT	0.090	–0.329	0.509	0.674	29	34
Bywater, 2011, RCT	–0.090	–0.689	0.509	0.768	29	17



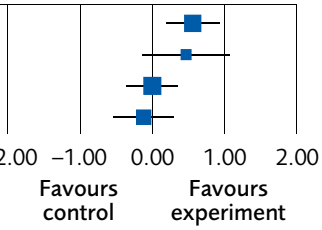
Familjehemsföräldrars internaliserande symtom

Familjehemsföräldrars internaliserande symtom undersöktes i fyra studier med sammanlagt 349 personer, varav en resulterade i en statistiskt säkerställd effekt (Figur 4.11) [89,91,94,104]. Punktestimaten varierade mellan –0,120 och 0,560 med två studier som överskred SMD 0,20.

Det vetenskapliga underlaget bedöms som otillräckligt (⊕○○○) för att avgöra insatsernas påverkan på familjehemsföräldrars internaliserande symtom. Avdrag görs för att varje studie använt olika mätmetoder, vilket reser frågor om de beskriver samma företeelse (avdrag för kvalitet –1) och för att hälften av studierna inte redovisar kliniskt relevanta effekter, SMD 0,20 eller högre (avdrag för överensstämmelse –2).

Figur 4.11
Utfallet på familjehemsföräldrars internaliserande symtom.

Study	Statistics for each study				Sample size	
Author, year, design	Std diff in means	Lower limit	Upper limit	p-value	Experiment	Control
Fisher, 2008, RCT	0.560	0.190	0.930	0.003	57	60
Bywater, 2011, RCT	0.468	–0.138	1.074	0.130	29	17
van Andel, 2014, RCT	0.000	–0.354	0.354	1.000	65	58
Maaskant, 2016, RCT	–0.120	–0.539	0.299	0.575	29	34



5 Ekonomiska aspekter

Det här kapitlet behandlar ekonomiska aspekter av familjehemsvård (frågeställning 5). Socialtjänsten har begränsade resurser, precis som alla andra verksamheter. Val måste därför göras av hur resurserna ska användas, för att uppnå målen för verksamheten. Ekonomiska utvärderingar, ofta kallade kostnadseffektivitetsanalyser, görs för att underlätta val mellan alternativa sätt att använda de tillgängliga resurserna så att målen uppnås.

Resurser, framför allt personal men även lokaler och material, kan mätas och värderas som kostnader. Kostnader kan ses som en sammanfattning av åtgången av resurser och värdet på dessa resurser. Värdet på resurser kallas ofta pris. Målen för verksamheten kan uttryckas som önskvärda effekter. Ekonomiska utvärderingar syftar därför till att jämföra olika möjliga alternativa användningar av de tillgängliga resurserna, sammanfattade som kostnader, för att kunna ge underlag för beslut som uppnår målen, sammanfattade som effekter.

Vissa insatser kan vara mycket effektiva men också kostnadskrävande. Då kanske de extra kostnaderna för att uppnå de extra effekterna, jämfört med en annan insats med lägre kostnader och effekter, blir för höga. Beslutsfattare kan i de fallen anse att den effektivaste insatsen inte är kostnadseffektiv. Se Faktaruta 5.1 och Kapitel 11 i SBU:s metodbok [73].

Faktaruta 5.1
Kostnadseffektivitet.

Resultat från ekonomiska analyser presenteras ofta som en inkrementell kostnadseffektivitetskvot ("incremental cost-effectiveness ratio", ICER), vilken är kvoten mellan skillnader i kostnader och skillnader i effekter för två alternativa insatser:

$$\text{ICER} = \frac{\text{Kostnad A} - \text{Kostnad B}}{\text{Effekt A} - \text{Effekt B}}$$

Alltså anger ICERn den extra kostnaden för att uppnå ytterligare en effekt (t.ex. ett vunnet levnadsår eller en ungdom med slutbetyg) när man byter från den ena insatsen till den andra. Den dyrare insatsen A är kostnadseffektiv om beslutsfattarens betalningsvilja för effekten är högre än ICERn för insats A.

Beslutsproblem

Vård av barn i familjehem betalas av kommunernas socialtjänst via skatteintäkter. Nivåerna på ersättningar och arvoden varierar mellan kommunerna. De varierar också beroende på om familjehemmet drivs av kommunen eller av ett privat företag. Sveriges kommuner och landsting (SKL) har dock rekommenderat en viss nivå (Tabell 5.1). Om de högsta arvodena och de högsta omkostnaderna tillämpas blir ersättningen 18 000–19 000 kronor per månad, och de lägsta 10 000–12 000 kronor.

Utredningen av Vårdanalys om familjehem och HVB-hem rapporterar att de flesta kommuner uppger att de följer SKL:s rekommendationer, men att en stor andel av de privata företag som bedriver familjehemsvård ger den högsta eller högre ersättning åt sina, ofta kallade konsulentstödda, familjehem [107]. De privata konsulentföretagen erbjuder ofta fullständiga paket av familjehemsvård som inkluderar rekrytering, utbildning och förstärkt stöd åt familjehemmen och de placerade barnen. Utredningen av Vårdanalys uppskattar att familjehemsvård i privat regi blir cirka dubbelt så dyr som kommuners egna regi, även om konsulenterna avlastar kommunernas socialtjänst genom att överta vissa arbetsuppgifter.

Tabell 5.1
SKL:s rekommenderade nivåer för ersättning vid familjehemsvård år 2016, kronor per månad.

Ålder	Grundarvode	Högsta arvode	Omkostnad grundbelopp	Högsta omkostnad	Grundarvode + grundomkostnad	Högsta arvode + högsta omkostnad
0–12	5 788	12 986	3 876	5 538	9 664	18 524
13–19	7 507	12 986	4 430	6 276	11 937	19 262

Källa: Vårdanalys, 2016 [107].

Kostnaderna för familjehemsplaceringar gör att man förväntar sig att insatsen ger goda effekter för de placerade barnen. Utredningen av Vårdanalys visar dock att det inte är möjligt att bedöma kvaliteten i familjehemsvården, då både lokal och nationell nivå saknar system för att följa upp verksamheten [107].

Hur kan då beslutsfattare bedöma om särskilt stöd till familjehemsföräldrar och de placerade barnen ger effekter som är värda den extra kostnaden för insatserna? Detta projekt har visat att effekter av insatser mäts på en rad olika sätt. Man har därför omvandlat effekterna till ett gemensamt mått, kallat SMD eller Cohen's d (se Kapitel 3). I ekonomiska utvärderingar kan det måttet inte användas, eftersom det inte är möjligt för beslutsfattare att avgöra vad de är villiga att betala för att uppnå en ytterligare SMD. För ekonomiska utvärderingar krävs att utfallet beskrivs i ett mått som beskriver patientnytta och som är relaterat till målet för verksamheten. Ett sätt kan vara att omvandla tillbaka utfallet mätt i SMD till någon välkänd skala som beskriver barnens situation, till exempel Eyberg Child Behaviour Inventory (ECBI) [108] och Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) [109,110].

Målet med socialtjänstens arbete med barn skulle kunna vara att skydda barnet och ge det förutsättningar för en trygg uppväxt som leder till ett gott liv. En trygg uppväxt och ett gott liv skulle kunna beskrivas som ett liv utan allvarliga sociala problem, som till exempel psykisk ohälsa, kriminalitet och behov av långvarigt försörjningsstöd. Det finns ett exempel på ett mått som kunde skapas från svenska registerdata: "Har gått bra" [111]. Måttet innehöll bland annat om barnet fått betyg från grundskolan, hade annan utbildning och inte var socialbidragsberoende vid 21 års ålder, samt inte hade registrerats för allvarlig kriminalitet mellan 21 och 23 års ålder. Studien utvärderade en annan typ av insats för barn, men liknande mått borde vara av intresse även inom familjehemsvården.

I ekonomiska termer kan insatser för barn nämligen ses som investeringar. Familjehemsplaceringen syftar delvis till att barnet i framtiden ska undvika sociala problem som är förknippade med stora kostnader för samhället. Då kanske kostnaden för familjehemsvård och stödinsatser kan balanseras av framtida minskade samhällskostnader. En rättvisande ekonomisk utvärdering av insatser för familjehemsplacerade barn bör därför inkludera även de långsiktiga konsekvenserna på samhällets kostnader. Kostnaderna i en välgjord ekonomisk utvärdering är därför inte endast resursåtgången för att genomföra insatsen, utan inkluderar även framtida besparingar; en beräkning av den samhällsekonomiska nettokostnaden. En ekonomisk utvärdering bör även inkludera insatsens effekter på barnets livskvalitet och välfärd, på både lång och kort sikt. Detta diskuteras även i kapitlet med etiska aspekter (Kapitel 8).

Syftet med det ekonomiska avsnittet var att besvara frågeställningen:

- Vilka insatser för barn placerade i familjehem är kostnadseffektiva, det vill säga har en relation mellan kostnader och effekter som kan anses vara rimlig?

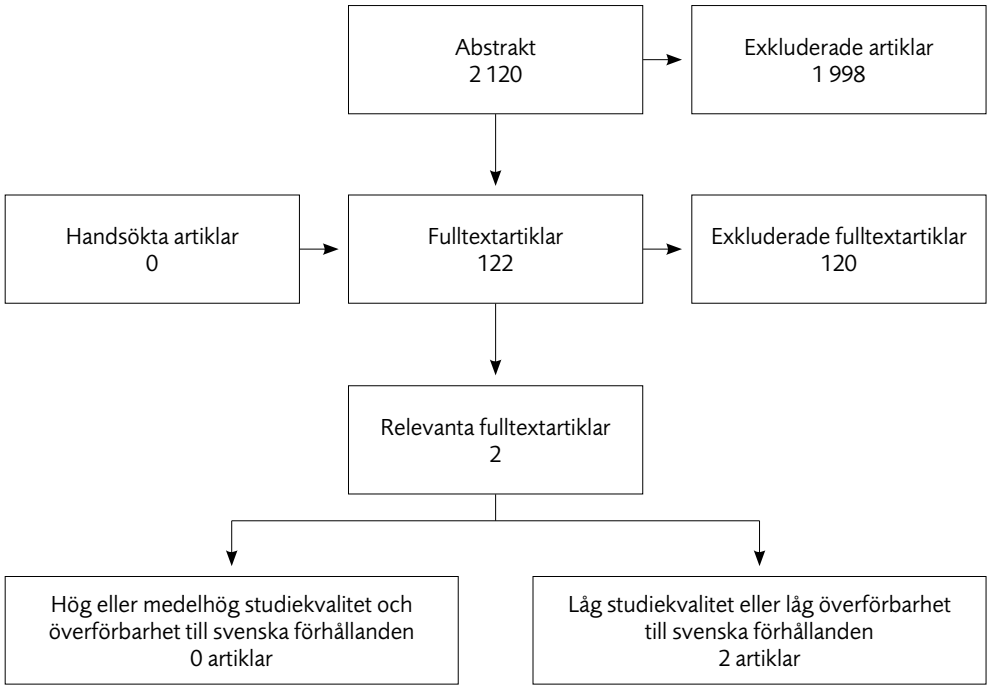
För att kunna besvara frågeställningen gjordes en litteraturöversikt som kritiskt granskade och sammanfattade det vetenskapliga underlaget för resursförbrukning, kostnader, kostnadseffektivitet och samhällsekonomiska nettokostnader för insatser för familjehemsplacerade barn.

De insatser som inkluderades syftade till att påverka barnen, det vill säga det som kallas direkta effekter i Kapitel 3. Dessa utfall är barnens psykiska och fysiska hälsa, på kort eller lång sikt (dvs. påverkan på barnens framtida vuxna liv) mätt i livskvalitet eller välfärd, och eventuella minskade samhällskostnader kopplade till barnens psykiska och fysiska hälsa och sociala situation, på kort och lång sikt. Av särskilt intresse var studier som redovisade samhällsekonomiska kostnader och utfall på längre sikt.

Resultat av den systematiska översikten

Totalt identifierades 2 120 publikationer i sökningen efter ekonomiska studier, varav 122 bedömdes vara relevanta och som lästes i fulltext (Figur 5.1). Av dessa bedömdes två uppfylla projektets kriterier. Ingen av dessa var fullständiga kostnadseffektivitetsanalyser och båda bedömdes ha låg överförbarhet till svenska förhållanden eller ha låg metodologisk kvalitet. För de exkluderade artiklarna, se Tabell 2 i Bilaga 2 (www.sbu.se/265).

Figur 5.1
Flödesschema över litteratursökning



Fördjupad analys: SBU:s krav på kvalitet och överförbarhet i ekonomiska studier

Skälen till att de två relevanta studierna från den ekonomiska litteratursökningen inte ansågs uppfylla SBU:s krav på överförbarhet till svenska nutida förhållanden och metodologisk kvalitet var främst att publikationerna var mycket sparsamma med detaljer om kostnader och kostnadsberäkningar. För att SBU ska kunna bedöma om resultaten i publikationerna är överförbara till svenska förhållanden måste publikationerna tydligt och detaljerat beskriva resursåtgången, till exempel antal arbetstimmar för en viss personalgrupp, och värderingen av resurserna, som lönen per timme för personalgruppen. Ett grundläggande krav på hälsoekonomisk studiekvalitet är därför en detaljerad metodbeskrivning av de ekonomiska analyserna. En tabell som listar vilka kostnadsposter som räknats in i analysen och hur de olika posterna prissatts är särskilt användbar.

En studie som utvärderade insatsen Neighbor To Family redovisade totalt antal dagar i familjehem med olika omfattning av stöd för de barn som fått insatsen och för kontrollalternativet [93]. De uppgifterna hade SBU kunnat använda för att genomföra en egen beräkning av de totala kostnaderna för familjehemsplaceringar i de två grupperna, om studien tydligt hade redovisat vad de olika placeringsformerna innebar. Ett alternativ hade varit att redovisa kostnaden per dygn för typerna av placeringar, för att ge någon ledtråd till vad de motsvarar i Sverige. Publikationen redovisade även den skattade genomsnittliga kostnadsbesparingen på grund av insatsen i fyra geografiska områden. Eftersom varken kostnaden för att genomföra insatsen eller kostnaderna för de två grupperna av barn redovisades var det inte möjligt att bedöma om resultaten skulle bli desamma i Sverige.

Ett exempel på hur de olika kostnadsposterna kan listas fanns i en studie som redovisade programmet Incredible Years (De otroliga åren) [91]. I en tabell redovisades olika typer av kostnader för de placerade barnen under sex månader efter insatsen, till exempel besök hos psykolog. Den totala kostnaden för barngruppen och den totala kostnaden delad med antalet barn redovisades. Det saknades dock uppgift om styckekostnaden för de olika posterna, exempelvis priset för ett psykologbesök, och hur många barn som fått de olika typerna av stöd. Dessa uppgifter behöver SBU för att bedöma om kostnaden för stödet i studien är likvärdig den svenska kostnaden och om svenska barn får stöd i lika stor utsträckning som studiens barn.

I studien redovisades dock utfallsmått som kan vara användbara för ekonomiska utvärderingar: barnens värden före och efter insatsen mätta med hjälp av de två instrumenten Eyberg Child Behaviour Inventory-Intensity (ECBI-I) och SDQ [91]. Resultatet redovisades främst som effektstorlek beräknat som SMD. Man rapporterade dock även andelen barn som hade värden som översteg vissa tröskelvärden som anses vara av särskild klinisk relevans, till exempel värdet 16 på SDQ totalskalan. Före insatsen återfanns 62 procent av barnen i inter-

ventionsgruppen över tröskelvärdet vilket sjönk till 35 procent efter insatsen. För kontrollalternativets barn var andelen 56 procent vid starten och 36 procent vid uppföljningen. I en ekonomisk utvärdering kan man jämföra kostnaderna för insatsen med det ökande antalet barn som mår bättre tack vare programmet, med hjälp av sådana tröskelvärden från etablerade skattningsskalor. Den typen av ekonomisk utvärdering kallas ofta kostnadseffektanalys, och det finns publicerade exempel [112,113] även från Sverige [114].

En annan metodologisk brist med ekonomiska utvärderingar inom socialt arbete är det korta tidsperspektivet. Om man vill se insatser för barn som investeringar måste de långsiktiga effekterna på barnens hälsa och välfärd och samhällets kostnader inkluderas i de ekonomiska analyserna. Om inga framtida kostnadsbesparingar inkluderas ger analyserna den felaktiga bilden att insatserna är kostsamma. Ingen av de två relevanta studierna inkluderade långsiktiga effekter på barnen eller på samhällets kostnader. För amerikanska förhållanden finns sådana beräkningar publicerade för olika sociala problem [115] och även samlade i databasen Washington State Institute for Public Policy (WSIPP) [116]. Det finns även publicerade ekonomiska utvärderingar som inkluderar långsiktiga samhällskostnader, till exempel från Australien vad gäller livstidskostnaden för barn som blivit misshandlade av sina föräldrar [117]. Ett första försök med en långsiktig svensk beräkning av att ungdomar uppnår avgångsbetyg från årskurs 9 finns publicerad [118].

6 Praxisundersökning av familjehemsvård

För att undersöka vilka insatser som används inom svensk familjehemsvård kontaktades kommuner och enskilda företag som erbjuder konsulentstödd familjehemsvård på kommuners uppdrag (frågeställning 6). Sammanlagt nämndes 30 specifika insatser som beskrivs närmare i Tabell 4.1. Utöver de 30 insatserna förekom fyra typer av insatser som var tillräckligt avgränsade för att medräknas (t.ex. nätverksarbete). Kategoriseringen av insatserna följer uppgifter från kommuner och företag och är oberoende av om det angivna syftet med insatsen motsvarar det som anges i manual eller motsvarande.

Metoder för att utreda familjers lämplighet

Nästan alla kommuner och enskilda företag uppgav att de hade minst en metod för att utreda familjernas lämplighet (Tabell 6.1). Sammanlagt nämndes 11 olika metoder. Dominerande var den ursprungliga Kälvestenintervjun samt den nya Kälvestenintervjun. Det förekom också egna utredningsunderlag som utformats med Kälvestenintervjun som förebild. Om vi summerar de olika versionerna av Kälvestenintervjun använde 76 procent av kommunerna och 88 procent av företagen någon av dessa versioner. Vidare användes Intervju om Anknytningsstil (IAS) av främst företagen. Hälften av kommunerna och en tredjedel av företagen använde också bedömningsmetoden Bedömning vid rekrytering av familjehem (BRA-fam) som är utformad av Socialstyrelsen. BRA-fam tydliggör socialtjänstens förväntningar på familjehemmet och de åligganden som ingår i uppdraget.

Ungefär fyra av tio kommuner och företag uppgav att de hade två eller fler metoder för att utreda familjers lämplighet. De två som oftast nämndes var Kälvestenintervjun och BRA-fam.

Tabell 6.1
Insatser för att utreda familjers lämplighet som familjehem (%) (flera svar möjliga).

Metod	Kommuner (n=80)	Enskilda företag (n=34)
Kälvestenintervjun	50	44
Nya Kälvestenintervjun	31	26
Modifierad Kälvestenintervju	8	18
Bedömning vid rekrytering av familjehem (BRA-fam)	50	32
Intervju om anknytningsstil (IAS)	3	12
Övriga[1]	11	6
Minst en metod	**91**	**97**
Minst två metoder	**42**	**35**

[1] Barns behov i centrum, Ett hem att växa i, Genogram, Pride, Team Parenting, Västeråsmodellen.

Insatser för att utbilda familjehem

Tre av fyra kommuner och sex av tio företag uppgav att de hade en insats för att utbilda familjehem innan ett barn skulle placeras (Tabell 6.2). Den vanligaste av de 11 insatserna var Ett hem att växa i som är Socialstyrelsens studiematerial. Det är en grundutbildning för jour- och familjehem och som handlar om uppdraget, lagstiftning, ansvar, samarbete och kunskap om familjehemsplacerade barns rättigheter och behov. Bland övriga insatser förekom självutvecklade familjehemsutbildningar i tio kommuner samt åtta andra insatser.

Tabell 6.2
Insatser för att utbilda familjehem före ett barn placeras (%) (flera svar möjliga).

Metod	Kommuner (n=80)	Enskilda företag (n=34)
Ett hem att växa i	61	53
BRA-fam	6	6
Övriga[1]	13	15
Minst en metod	**78**	**62**
Minst två metoder	**4**	**15**

[1] Barns behov i centrum, kognitiv beteendeterapi, kontaktperson, Marte meo, nätverksarbete, Pride, Safer Caring, Treatment Foster Care Oregon samt lokala familjehemsutbildningar.

Insatser för att stödja familjehem efter det att barnet placerats

Endast var femte kommun och vart fjärde företag nämnde insatser för att stödja familjehemmet efter det att barnet placerats (utöver den lagstadgade handledningen) (Tabell 6.3). Totalt nämndes 13 olika insatser. Den enda insatsen som nämndes av fler än två var Ett hem att växa i. Ingen kommun hade två insatser och endast tre företag använde mer än en namngiven insats. Om utbildningsmaterialet Ett hem att växa i exkluderades var det endast sex procent av kommunerna som hade en insats för att stödja familjehem.

Metod	Kommuner (n=80)	Enskilda företag (n=34)
Ett hem att växa i	13	0
Övriga[1]	6	23
Minst en metod	**19**	**23**
Minst två metoder	**0**	**9**

[1] Aggression Replacement Training, BRA-fam, Funktionell familjeterapi, kognitiv beteendeterapi, Komet, Marte meo, mentaliseringsbaserad terapi, Motiverande samtal, nätverksarbete (ospec), Team Parenting, Treatment Foster Care Oregon samt vägledande samtal (ICDP).

Tabell 6.3
Insatser för att stödja familjehem under barnets placering, utöver den lagstadgade handledningen (%) (flera svar möjliga).

Insatser för att stödja det placerade barnet i familjehemmet

Var femte kommun och vart fjärde företag hade specifika insatser som riktade sig till det placerade barnet (Tabell 6.4). Sammanlagt nämndes 21 olika insatser av de 15 kommuner och 9 företag som angav en insats. Kontaktperson eller kontaktfamilj var det vanligaste alternativet bland företagen och Tejping bland kommunerna. I övrigt var det ingen insats som nämndes av fler än tre kommuner och fler än två företag.

Metod	Kommuner (n=80)	Enskilda företag (n=34)
Kontaktfamilj/kontaktperson	0	15
Tejping	5	0
Övriga[1]	16	15
Minst en metod	**19**	**26**
Minst två metoder	**8**	**9**

[1] Aggression Replacement Training, BRA-fam, Emmadockor, Funktionell familjeterapi, barngrupp (ospec,), International Coaching Federation, interpersonell psykoterapi, kognitiv beteendeterapi, mentaliseringsbaserad terapi, Motiverande samtal, Nallekort, nätverksabete (ospec), Signs of safety, Skolfam, Tolvstegsbehandling, Trappan samt vägledande samtal (ICDP).

Tabell 6.4
Insatser för att stödja det placerade barnet i familjehemmet (%) (flera svar möjliga).

Insatser för att stödja barnet eller familjehemmet under placeringen

Av kommunerna var det 34 procent och av de privata företagen 38 procent som hade minst en insats till familjehem eller barn när barnet väl hade placerats i familjehemmet. Tillsammans uppgav dessa 27 kommuner och 13 enskilda företag att de använde 24 olika insatser till antingen barn eller familjehem. Om man exkluderar de tio kommuner som enbart angav Ett hem att växa i som stöd till familjehemmet, återstår 23 insatser fördelade på 30 kommuner och företag. Det innebär att det var få som använde samma insats.

Insatsernas karaktär

För att få en bild av insatsernas karaktär har vi hämtat information från hemsidor och genom intervjuer med programansvariga, se Bilaga 7 (www.sbu.se/265). I de flesta fall saknade insatserna publicerade vetenskapliga artiklar vilket gav oss en mindre detaljerad kunskap än för de insatser som vi identifierade i litteraturöversikten. De metoder och insatser som framkom i praxisundersökningen är inte alltid utvecklade för familjehemsvård men kan trots det vara tillämpliga för målgruppen.

De 30 specifika metoder och insatser som vi identifierade har olika fokus:

- Rekrytering av blivande familjehemsföräldrar (9 metoder)
- Utbildning av blivande familjehemsföräldrar inför det att barnet ska placeras (3 metoder)
- Specifika punktinsatser som är utformade som stöd under placering (23 insatser).

Tre av dessa insatser har dubbla fokus, såsom att både rekrytera och stödja familjehem (t.ex. PRIDE). Ingen av insatserna har som syfte att utveckla familjehemsverksamheten generellt, till exempel för att säkra att vårdplanerna genomförs eller för att barnen får ta del av den samhällsservice de har rätt till samt får behålla kontakt med sitt nätverk.

De 30 metoderna och insatserna utgör en blandad grupp. Vissa av dem är framtagna för att användas inom familjehemsvården medan andra är utvecklade för andra målgrupper med en snarlik problematik som återfinns inom familjehemsvården (t.ex. Komet, Funktionell familjeterapi och Marte Meo). Flera av dessa har utvärderats i kontrollerade studier för andra målgrupper.

Bland de 30 metoder och insatser finns de som karaktäriseras av en hög grad av systematik och med en konkret målsättning om vad som ska uppnås, till exempel att träna barn eller familjehemsföräldrar i specifika färdigheter under en avgränsad tidsperiod. Detta innebär att utförare har stöd av en beskrivning

som anger hur länge och hur ofta man träffas och i vilken ordning olika delar tränas. Utförarna har ofta genomgått en specifik utbildning och det specificerade behandlingsinnehållet ger möjlighet till att löpande försäkra sig om att behandlingen genomförs på avsett sätt. Det finns också insatser som snarare bygger på ett förhållningssätt och som kan användas som ett komplement till andra insatser, ibland som medel för att hjälpa barn att uttrycka sig. Av de 30 insatserna är det 9 (30 %) som bedöms uppfylla samtliga kriterier på systematik, se Bilaga 7 (www.sbu.se/265). Motsvarande andel var 13 av 18 (72 %) bland insatserna från litteraturöversikten.

Sammanfattning

Resultaten från kommunerna och de enskilda företagen är lika eftersom de prioriterar att utreda familjers lämplighet som familjehem, framför allt med hjälp av olika versioner av Kälvestenintervjun. En majoritet använde också någon form av utbildning för blivande familjehemsföräldrar. Vanligast var Socialstyrelsens grundutbildning för jour- och familjehem Ett hem att växa i. Det var väsentligt färre som uppgav att de hade stödinsatser till familjehemsföräldrarna (utöver lagstadgad handledning) och till barnet, när barnet väl hade placerats. Vårt intryck är att det inte finns någon insats som är vanligare än andra utan att varje kommun och företag har sina egna favoriter.

Bland de metoder och insatser som används finns både de som kännetecknas av en hög grad av systematik och de med lägre grad av systematik.

Resultaten från vår praxisundersökning säger ingenting om hur många barn och familjehemsföräldrar som får ta del av de olika metoderna, endast hur många kommuner som säger sig använda metoderna. En tillförlitlig beskrivning av hur många som får olika insatser eller metoder kräver en granskning av barnens personakter och förutsätter att all relevant information är antecknad i akterna. Eftersom de enskilda familjehemmen tar emot barn från flera kommuner går det inte heller att slå samman resultaten för kommuner och företag för att få en total bild av förekomsten av stödinsatser i en viss kommun.

7 Erfarenheter av familjehemsvård

För att få en bild av vad som är viktigt för svensk familjehemsvård kontaktade vi personer som varit placerade i familjehem, deras föräldrar samt de som tagit emot barn i familjehem (frågeställning 7). Frågor till dem ställdes genom enkäter. Utformningen av enkäterna beskrivs i metodkapitlet (Kapitel 3).

Fyra ideella organisationer har bidragit med sina erfarenheter: Knas Hemma, Organisationen för vuxna adopterade och fosterbarn (AFO), Maskrosföräldrar och Familjevårdens Centralorganisation (FaCO). Samtliga intervjuer och enkätsvar utfördes mellan oktober 2016 och mars 2017. Ytterligare tre organisationer inbjöds att svara på enkäten men återkom aldrig: Maskrosbarn, Riksförbundet för Familjers Rättigheter samt Riksförbundet för Samhällets Styvbarn.

Nedan sammanfattas svaren om erfarenheter av svensk familjehemsvård. I Bilaga 6 (www.sbu.se/265) redovisas svaren i sin helhet. SBU tar inte ställning till huruvida svaren är representativa för personer med erfarenhet av familjehemsvård. Svaren visar dock vad personer med dessa erfarenheter kan uppleva.

Knas Hemma

Knas Hemma är en nybildad förening för unga vuxna som varit placerade i familjehem under sin barndom. Föreningen arbetar för att påverka beslutsfattare och har 20 medlemmar. Fjorton har utbildats till att bli ambassadörer, det vill säga personer som kan informera om de erfarenheter och upplevelser som föreningens medlemmar har. Två av ambassadörerna från Knas Hemma intervjuade vi med en enkät som underlag.

Knas Hemma upplevde att socialtjänstens arbete brast vad gällde utredning, omhändertagande och stabilitet i placering samt stöd efter placering. Till exempel hade 19 av 20 medlemmar erfarenhet av omplaceringar *”Det var förvaring, man skickades runt som ett brev”.* Den person med flest placeringar i familjehem och på institutioner kunde räkna till 33 stycken. Medlemmarna önskade att deras behov skulle ha utretts bättre av socialtjänsten och att de skulle ha fått stöd utöver själva placeringen. De önskade även att deras ursprungsfamiljer skulle ha fått hjälp före, under och efter placeringen.

Många hade erfarenheter av familjehemsvård där basala krav inte tillgodosågs. Det kunde vara att inte ha fått mat i familjehemmet, att inte ha fått gå i skola eller att ha placerats tillsammans med andra unga som använde narkotika. En person hade placerats i ett familjehem med upp till tio barn och utan eget rum. Det fanns också familjehem som hade välkomnat barnen med omsorg och som sett dem som sina egna.

De 20 medlemmarna i Knas hemma upplevde att de i vuxen ålder har svårt att knyta an till nya personer och att bygga relationer och lita på andra. Det som för många andra människor är en trygg miljö, upplevdes som otrygg.

Organisationen för vuxna adopterade och fosterbarn (AFO)

AFO är en intresseförening som bedriver lobbyverksamhet, utbildning och stödverksamhet till brukare och anhöriga. Föreningen har cirka 200 medlemmar som är 18 år eller äldre, både män och kvinnor. Alla medlemmar är antingen vuxna adopterade eller före detta fosterbarn.

AFO lämnade ett enkätsvar som omfattade en och en halv sida text och baserades på svar från sex medlemmar och en styrelseledamot. Samtliga hade erfarenhet av familjehemsplacering. Svaren från de sju medlemmarna uttryckte övergivenhet, saknad efter syskon och föräldrar, sorg och bitterhet. Flera beskrev att de saknade trygghet och någon som brydde sig om dem. I vuxen ålder hade de svårt att ta första steget in i nya relationer och att ta plats i större församlingar.

Maskrosföräldrar

Föreningen Maskrosföräldrar grundades år 2012 för föräldrar som på grund av tidigare missbruk eller psykiska funktionshinder hade eller hade haft sina barn placerade i familjehem. Föreningen har få betalande medlemmar men cirka 200 personer som deltar i en Facebookgrupp. Hittills är det flest mammor från Skåne i nätverket. Syftet är att bedriva opinionsbildning och att vara en kunskapsbank för studenter, familjehem, socialtjänst, forskning och politiker samt att stödja föräldrar till barn som är placerade. Vi intervjuade föreningens ordförande och en styrelsemedlem med en enkät som underlag.

Representanterna för Maskrosföräldrar var tydliga med att deras medlemmar tidvis inte hade varit bra föräldrar och att barnen många gånger behövt bli placerade i familjehem; samhället måste kunna skydda barn mot sina föräldrar när de inte fungerar. Samtidigt upplevde många att socialtjänsten inte gav tillräckligt stöd så att föräldrarna kunde behålla kontakten med barnen. Inte heller bistod socialtjänsten föräldrarna så att de kunde återförenas när föräldrarnas problem hade upphört *"Man måste inte vara 24/7 förälder, barnen kanske har rotat sig i den nya familjen. Men man kan vara förälder ändå, vara delaktig i barnens liv".* Många medlemmar önskade att de hade fått hjälp att återförenas med barnen efter placeringen. Idag saknade många föräldrar kontakt med sina vuxna barn. Föräldrarna kände skuld och skam. Att få sina barn omhändertagna upplevdes som att misslyckats med det mest basala i livet, nämligen föräldraskapet.

Representanterna för Maskrosföräldrar nämnde två problem. Det första var att socialtjänstens organisation försvårade för föräldrarna att hålla kontakt med sina barn. Så fort barnet var placerat överfördes föräldern från socialtjänstens barn- och familjeavdelning till en vuxenenhet där fokus var förälderns egen problematik. Där prioriterades inte kontakten med barnet. Om förälderns problematik upphörde fördes inte föräldern tillbaka till avdelningen som ansvarade för barnet. Det innebar att föräldern inte fick stöd i föräldrarollen eller stöd för återförening med barnet.

Det andra problemet handlade om kommunikation mellan ursprungsföräldrarna och familjehemsföräldrarna. Om föräldrarna fortfarande missbrukade kunde familjehemmet med rätta uppleva att barnets hälsa hotades om barnet skulle flytta tillbaka hem. Maskrosföräldrarnas medlemmar upplevde att socialtjänsten förmedlade känslan av att de skulle hålla sig borta från familjehemmen och deras barn så att de inte skulle förstöra dem. För att kunna behålla kontakt med barnen borde det vara socialtjänstens uppgift att ansvara för kommunikationen mellan ursprungsföräldrarna och familjehemmet, det borde inte ligga på familjehemmet som Maskrosföräldrar upplevde att det gjorde.

Nästan alla medlemmar i Maskrosföräldrar hade också exempel på positiva kontakter med socialarbetarna. Det man uppskattade var raka och ärliga personer som kunde ställa krav och ge egenmaktstöd. Dessa socialarbetare kunde till exempel berätta för föräldrarna vad de skulle göra och vara tydliga med vad som kunde ske om föräldrarna inte förmådde göra det. Man uppskattade socialarbetare som sa sanningen och inte de som försökte vara "terapeutiska".

Familjevårdens Centralorganisation (FaCO)

FaCO är en paraplyorganisation för fem medlemsföreningar. Den vänder sig till familjehem, jourhem, kontakt- och avlastningsfamiljer samt andra som arbetar med barn, ungdomar och vuxna som omfattas av insatser från socialtjänsten. Organisationen har cirka 560 medlemsfamiljer från hela Sverige. Alla åldrar och familjekonstellationer är representerade. FaCO har en hemsida för

att informera om sin verksamhet. Dessutom finns olika slutna Facebookgrupper för familjehem där de kan diskutera problem och erfarenheter samt få råd av varandra. De slutna Facebookgrupperna, som är helt fristående från FaCO, har cirka 3 600 medlemmar. FaCO:s målsättning är att förbättra alla former av familjehemsvård och kontaktpersonsverksamhet. Detta görs i första hand genom en planerad rekrytering, grund- och fortbildning, handlednings- och stödverksamhet.

Svaret på den enkät vi skickade till FaCO omfattade 27 sidor. Hur många som getts möjligheten att bidra med synpunkter i enkätsvaret framgår inte. Ett tydligt tema i enkätsvaren var att socialtjänstens placering av barn ofta skedde slumpartat och utan framförhållning – *”Hej, har ni plats och lust att ta emot X? Ja, vi har plats. OK, kan vi komma idag eller imorgon!”*. Variationen var stor mellan olika kommuner. Det fanns de som gav bra stöd och förberedelser inför uppdraget och som hade god uppföljning. Det fanns också kommuner där ingenting fungerade. Familjehemmen fick sällan information om barnens situation eller problematik och det var ovanligt med inskolning eller avslut från tidigare familjehem. När barnen omhändertagits akut kunde de komma med polisen, socialtjänsten eller socialjouren. Som regel hade de som transporterade barnen ingen kunskap om vad som hänt mer än att barnen inte fick bo kvar hemma. I dessa situationer kunde barnen sakna andra tillhörigheter än kläderna de hade på sig.

FaCO angav som önskvärt att familjehemmen skulle ges mer utbildning, kunskap och kvalificerad handledning, eftersom många familjehem fick barn med en allvarlig problematik. Förhoppningsvis skulle det kunna leda till färre sammanbrott om familjehemmet fick förebyggande hjälp.

Det var vanligt att familjehemmen inte hade genomgått en utredning och blivit godkända som familjehem när barnet placerades. Avtal eller genomförandeplaner var sällan skrivna eller undertecknade. Många fick inget avtal alls, en del fick färdigskrivna avtal som de upplevde att de bara förväntades skriva på utan information eller förhandling. FaCO upplevde att kommunernas ekonomi spelade stor roll.

Det som familjehemmen främst efterlyste från socialtjänsten var tillgänglighet. Därefter nämndes uppbackning, liksom tillit till och förtroende för familjehemmet. Högt upp kom också engagemang och delaktighet.

Sammanfattning

Svaren från de olika organisationerna ger en likartad bild. Framför allt har barnen, föräldrarna och familjehemmen önskemål om mer stöd utöver själva placeringen. För att kunna ge adekvat stöd och ge familjehemmen bättre förutsättningar behöver barnens och föräldrarnas behov undersökas systematiskt och kommuniceras till familjehemsföräldrarna. Ursprungsföräldrarna efterlyser mer delaktighet i sina barns liv.

8 Etiska och samhälleliga aspekter

Detta kapitel behandlar etiska frågor i samband med insatser för familjehemsvård (frågeställning 8). Den allvarligaste etiska aspekten är risken att insatserna skadar barnen eller inte tillgodoser deras rättigheter till följd av brister i kunskapsunderlag och organisation. Den analysen bottnar i allmänna värden och normer för socialtjänsten och i den särskilda utsatthet och sårbarhet som kännetecknar situationen för de barn som blivit omhändertagna och placerade i familjehem samt i det särskilda ansvar samhället har för barnen. Samhällets ansvar innebär att de insatser som används ska gynna barnet, utan onödiga eller oproportionerliga risker och etiska övertramp. Förutsättningarna för att göra det begränsas av bristen på forskning om insatsernas effekter och på hur socialtjänsten är organiserad. Enligt vår praxisundersökning (Kapitel 6) är till exempel ingen av de insatser som används i svensk familjehemsvård vetenskapligt utvärderad för barn i familjehem.

Etik i bedömning av specifika insatser

Integreringen av etiska aspekter i bedömningen av specifika insatser inom vård och omsorg utgår från tre grundläggande antaganden:

1. att det finns etiska skäl att föredra insatser som ger önskvärda effekter och som undviker oönskade effekter,

2. att det i värderingen av olika insatser kan uppstå frågor av etisk natur, till exempel hur risker ska värderas i ljuset av kunskap om insatsers för- och nackdelar,

3. att kunskapsluckor alltid aktualiserar en etisk problematik, eftersom uteblivna insatser i väntan på bättre underlag kan ha såväl bra som dåliga effekter.

En integrering av etiska aspekter vid bedömningen av insatser inom ett verksamhetsområde kräver en analys av de värden och normer som styr området. SBU har tagit fram en vägledning för integrering av etiska aspekter i bedömningar av sjukvårdsinsatser [119]. Den bygger på en professions- och områdesetisk praxis samt gällande regelverk för hälso- och sjukvården [120]. Grundläggande i vägledningen är dels att tydligt ange vilka värden som kan uppnås med insatser, vilka risker insatserna medför och vilket kunskapsunderlag som finns för att bedöma det, dels att värdera om insatserna kan strida mot andra etiska normer. Eftersom det finns väsentliga skillnader i socialtjänstens grundvärderingar jämfört med hälso- och sjukvårdens går det inte att använda de normer och värderingar som används inom hälso- och sjukvården för det sociala området [121]. Relaterat till familjehemsvård finns tre konkreta skillnader av särskild betydelse:

- Normativa ”medborgarideal”, där samhällets förväntningar är att föräldrar sköter sig på speciella sätt och att barns sociala utveckling leder fram till att de blir sådana vuxna som samhället eftersträvar (t.ex. självförsörjande och laglydiga).

- Stort utrymme för att prioritera barns intresse enbart därför att de är barn.

- Detaljerad regleringsstyrning som begränsar utrymmet för vetenskapligt grundade professionella bedömningar, till exempel kravet på insatser då det finns oro att barn far illa.

Däremot kan man även inom det sociala området tydliggöra vilka värden som kan förverkligas eller som hotas av olika insatser, tydliggöra risker för negativa bieffekter och överträdelse av etiska normer, samt tydliggöra det kunskapsunderlag som ger stöd åt sådana bedömningar.

Vid familjehemsvård kan det uppstå oenigheter både om vilka värden som är centrala och hur de ska vägas mot varandra och tolkas. Det är ett grundläggande etiskt och juridiskt krav att värden och regler tillämpas konsekvent och utan godtycke. Skälen för eller mot en viss insats måste därför utgöra samma

sorts skäl för eller mot andra insatser där samma faktorer förekommer. Det kan handla om konkreta fördelar och risker, andra etiska komplikationer (t.ex. inslag av tvång eller särbehandling) eller vilka mål som insatsen bör förverkliga. Det innebär att insatser kan bedömas på ett etiskt godtagbart sätt endast då de jämförs med alternativa insatser. Ett sådant alternativ kan vara att avvakta med mer aktiva insatser och samla mer information samtidigt som barnets situation bevakas.

Etiska dimensioner inom socialt arbete och familjehemsvård

Barnets sårbarhet och samhällets ansvar

Utgångspunkten för samhällets sociala insatser till barn är antagandet om att föräldrar själva klarar av att sörja för sina barn. Det är först när föräldrarna själva eller någon annan rapporterar en oro om att detta inte stämmer, som åtgärder kan vidtas. Familjehemsvård och andra former av placeringar kan då bli aktuella, antingen med föräldrarnas medgivande eller med tvång. Genomgående ska hänsyn till barnets intresse vara styrande. Då det finns risk att barn far illa föreskriver socialtjänstlagen (14 kap. 1 § SoL) en förhållandevis både vid och låg tröskel för initiativ: alla myndigheter är skyldiga att rapportera oro om sådan risk till sociala myndigheter och de senare är skyldiga att utreda den rapporterade befarade risken. Denna hållning har sin etiska grund i en särskild tolkning av det som brukar kallas principen om barnets bästa som uttrycks i FN:s barnkonvention [122]. Principen säger att när beslut rör barn ska barnens intressen prioriteras och ägnas särskild uppmärksamhet. Det gäller barnets omedelbara välmående och möjlighet att utvecklas till att bli en vuxen individ som fungerar i samhället, samt barnets intresse att få integritet och självbestämmande respekterade i proportion till mognad och utveckling. Eftersom principen gäller lika för alla barn, uttrycker den också ett moraliskt krav på likabehandling [123].

Att barns intressen är prioriterade gäller inte bara i förhållande till ursprungsfamiljen utan även till familjehemsvården, liksom vid valet av olika insatser inom vårdens ramar. Eftersom det alltid finns en risk att en insats skadar barnet, räcker det därför inte med en oro om att barn far illa för att motivera en specifik insats. Sådan oro måste kompletteras med tillräckligt goda skäl för att insatsen gynnar barnets intresse i tillräckligt hög grad för att den ska vara etiskt berättigad.

Det finns tre etiska huvudfrågor som brukar aktualiseras i samband med insatser till barn [123,124]:

- Är vården tillräckligt gynnsam för barnet i ljuset av kunskapsunderlag om effekter och risker samt om etiska nackdelar (t.ex. tvång)?
- Tillgodoser vården barnets rätt till delaktighet och självbestämmande mot bakgrund av barnets mognadsgrad?
- Innebär vården att barnet behandlas på lika villkor som andra barn?

En kompletterande etisk grund handlar om samhällets särskilda moraliska ansvar. Detta ansvar följer när samhället träder in i föräldrars ställe (ofta benämnt *in loco parentis),* det vill säga tar över hela eller delar av vårdnadsansvaret, med eller utan tvång [123]. Då samhället väljer att upphäva den vanliga ordningen kring vård av barn uppstår en skyldighet att kunna påvisa att den ersätts med något tillräckligt bra. Samhällets insatser ska vara effektiva för att minska de risker för barnet som observerats och helst inte förvärra eller skapa nya risker, samt kunna hantera oundvikliga risker på ett optimalt sätt. Samhället har också ansvar att tillgodose kravet att barnet får grundläggande behov tillgodosedda på lika villkor som andra barn. Detta särskilda moraliska ansvar kommer till uttryck i lagstiftningens krav på kvalitetssäkring av sociala insatser (jämför 3 kap. 3 § och 14 kap. 2 § SoL).[1]

Allmänna etiska frågor för familjehemsvården

Det finns fyra beslut relaterade till familjehemsvård som väcker etiska frågor:

1. Beslutet om att inleda och avsluta utredningar som kan aktualisera familjehemsvård.
2. Beslutet om att inleda, förlänga och avsluta familjehemsvård.
3. Beslutet om att en familj ska vara ett familjehem.
4. Vid pågående placering, val av specifik insats för att öka vårdens kvalitet.

Vid dessa beslut behöver socialtjänsten jämföra olika insatser för att bedöma deras förmåga att uppnå goda resultat utan oacceptabla bieffekter eller överträdelser av etiska gränser (t.ex. otillbörligt tvång, integritetskränkning eller orättvisa). Sådana jämförelser måste alltid innehålla krav på att värdera kunskapsunderlaget och inkludera alternativet att avvakta med insatser i de fall kunskapen brister eller riskbilden är alltför oklar.

[1] Situationen är delvis annorlunda i de fall då det inte finns några föräldrar i vars ställe samhället kan träda, t.ex. föräldralösa barn eller ensamkommande barn. De nämnda etiska resonemangen kan dock motivera beslut om insatser även i dessa fall. Principen om barnets bästa gäller lika mycket för barn som saknar reguljär vårdnadshavare, och även om samhället här inte aktivt upphäver föräldrars vårdnad i dessa fall, så gäller likväl att det aktivt träder in i föräldrars ställe.

När det finns en oro för att barn far illa är socialtjänsten skyldig att överväga en insats. Det kan aktualisera etiska avvägningar beroende på effekterna av att inhämta information från barn och familj [123]. Samtidigt medför inte en utredning i sig att socialtjänsten måste vidta någon insats (t.ex. att placera barnet i ett visst familjehem, eller inom ramen för pågående placering sätta in en specifik insats). Det finns alltid en risk att en insats är verkningslös, att den förvärrar problemet, att den har mindre effekt än alternativa insatser, eller att den medför oacceptabla risker och skador av annat slag. Därför är det viktigt att bedöma insatser och arbetssätt mot bakgrund av forskning och dokumenterad erfarenhet.

Det finns exempel på ineffektiva och direkt skadliga insatser som använts under lång tid på grund av bristande kunskapsunderlag och uppföljning. Den så kallade attachment-terapin för barn är ett exempel som befaras ha orsakat ett antal dödsfall, andra exempel är terapier såsom ”våga säga nej till droger” och ”Scared Straight!” [125–128]. Just nu pågår en omfattande omvärdering av så kallad positiv psykologi (”positivt tänkande”), som under flera decennier haft brett stöd inom såväl social som medicinsk omvårdnad [129,130].

Även familjehemsvårdens allmänna utformning har betydelse för hur väl barnets intressen och rättigheter tillgodoses. Det kan gälla kontrollen över hur många barn från olika förvaltningar som vårdas i ett familjehem, vilken kapacitet och vilka resurser som finns där och hur väl familjehemmet är insatt i och förberett på det placerade barnets problematik och behov (se Vanvårdsutredningen [131]). Ett annat exempel är att grundläggande krav på likabehandling åsidosätts när barn i social dygnsvård inte får reguljär läkarundersökning och tandvård i samma omfattning som andra barn [46,47,50].

Det är tänkbart att det i vissa situationer finns så stora risker eller kunskapsluckor med samtliga tillgängliga aktiva insatser, att barnets situation bäst tillgodoses genom att de sociala myndigheterna avvaktar och nöjer sig med ett begränsat stöd (t.ex. samtal med socialsekreterare) i väntan på att kunskapsläget kan klarläggas och insatser med bättre evidens kan identifieras. Det kan också vara så att barnets situation är så allvarlig att det är försvarligt att agera även i ljuset av omfattande kunskapsluckor eller kända nackdelar med insatserna. Frågan om hur mycket kunskap som behövs i specifika situationer för att handla ansvarsfullt är en etisk fråga av största vikt [132].

För äldre barn som har mer utvecklade beslutsförmågor och därmed har starkare anspråk på delaktighet och självbestämmande, kan det uppstå målkonflikter vid bedömningen av vilka insatser som ska sättas in. Detta är särskilt relevant för tvångsbaserad familjehemsvård. Frågan är hur vården kan utformas så att den är förenlig med att äldre placerade barn ska få samma respekt som om de inte hade vårdats i familjehem. En 15-åring har till exempel rätt att ha sex med vem hen vill och hur hen vill, eller kan gå med i forskningsstudier utan vårdnadshavares godkännande. Det är ett kritiskt etiskt ställningstagande hur man väljer att styra vårdens utformning så att barnets intressen värnas och samtidigt respektera barnets egna önskemål respektive mål att forma en framtida individ med vissa för samhället önskvärda egenskaper.

Principen om barnets bästa är förenlig med att hänsyn måste tas även till andra berörda parter. Inte minst gäller det andra barn i både ursprungsfamiljen och i familjehemmet samt i barnets omgivning. Det är tänkbart att alla dessa parter kan påverkas negativt av beslut om och inom familjehemsvård, till exempel förlorad kontakt med syskon och vänner eller ökad konkurrens om uppmärksamhet och omsorg (från familjehemsföräldrarna). Påverkan kan förstås också vara positiv. Principen om barnets bästa upphäver heller inte människovärdet för vuxna som vårdnadshavare eller familjehemmets företrädare. I händelse av intressekonflikter blir det därför kritiskt att bedöma hur dessa ska värderas och hanteras.

Specifika etiska utmaningar i bedömning av insatser: makt, kunskap och organisation

Den allmänna etiska problematik för socialtjänst och dygnsvård (som beskrivits ovan) behandlas i översiktsböcker och artiklar om professionsetik i socialt arbete och familjehemsvård och avspeglas även i professionsetiska riktlinjer [124,133–136]. De specifika etiska aspekter som aktualiseras i samband med att välja, bedöma och utvärdera insatser har dock en undanskymd plats i denna litteratur.

Tre specifika etiska utmaningar aktualiseras i bedömningen av insatser i familjehemsvården. Den första handlar om de maktstrukturer som finns inbyggda i familjehemsvårdens organisation. Den andra är bristen på kunskap inom området. Den tredje är bristen på dokumentation och uppföljning av insatser som används. Tillsammans ökar dessa faktorer riskerna för placerade barn och att samhället misslyckas att ta sitt ansvar att främja barnets bästa med respekt för etiska gränser.

Maktstrukturer

Familjehemsvård innebär att det placerade barnet görs beroende av flera aktörer: familjehemsfamiljen, ursprungsfamiljen och socialtjänsten. Alla insatser där barnet används för informationsinhämtning kan få familjehemsföräldrarna att utöva påtryckningar på barnet för att dölja missförhållanden eller begränsa barnets frihet [123]. Familjehemmet kan också när som helst välja att avbryta barnets placering. Det skapar en möjlighet till manipulation av barnet att acceptera förhållanden det annars inte hade gjort av rädsla att förlora till exempel trygghet. Detta gör det även svårare att bedöma insatser, då familjehemmen kan blockera väsentlig information.

Ursprungsfamiljen kan också påverka barnet före en placering eller inför att placeringen ska upphöra. Under placeringen kan barnet pressas av föräldrarna eller av sin lojalitet till föräldrarna, att överdriva deras omsorgsförmågor eller att ge bild av att familjehemmet fungerar dåligt. I båda fallen kan det medföra att tvångsvården avbryts. Är vården frivillig kan barnet vara pressat att få den att framstå på olika sätt för att antingen motivera att den fortgår eller att den avbryts. Likaså kan barnet drabbas av att ursprungsföräldrarna drar tillbaka sitt godkännande av frivillig familjehemsvård. Insatser som är menade att hjälpa barn kan alltså skapa risker genom att vuxna anpassar sitt beteende utifrån

insatsernas utformning i syfte att förhindra att missförhållanden uppmärksammas och åtgärdas.

Vid sidan av ursprungs- och familjehemsföräldrarna är barnets situation påverkad av den socialsekreterare som sköter kontakten med ursprungsfamiljen och familjehemmet. Socialsekreteraren har stort inflytande över vilka utredningar som ska göras, om vård ska inledas respektive avslutas och hur vården ska bedrivas. Dessa beslut kan ha stor inverkan på barnets situation.

Kunskap om insatsers effekter

Kunskapen om insatsers effekter inom familjehemsvården är svag. Det faktum att ingen av de insatserna i praxisundersökningen har utvärderats vetenskapligt för målgruppen antyder att många arbetssätt införs och fortgår utan vare sig prövning eller systematisk uppföljning med avseende på effekt och bieffekt. Samtidigt visar den systematiska litteraturöversikten (Kapitel 4) att de kontrollerade utvärderingarna av specifika insatser ger en svag grund för att bedöma önskade och oönskade effekter. Dessutom försvåras jämförelser mellan olika insatser av bristande standardisering i det sätt utvärderingar genomförts på.

Till detta kommer att många insatser lanseras i forskning av individer och grupper med bristfälligt redovisade intressekonflikter av ekonomisk och annan natur. Utvärderingar utförs ofta av samma personer eller grupper som utvecklat och förvaltar insatsen och som har kommersiella intressen i dem. Ofta utförs arbetet med insatsen av affärsdrivande konsulter eller företag, vilkas tjänster handlas upp av socialtjänsten. Det medför kommersiella och andra särintressen hos forskare och utförare att framställa sina insatser som verksamma, oskadliga och billiga. Problemet är inte unikt för socialtjänsten. Inom hälso- och sjukvården har det gradvis införts allt skarpare och snävare regler kring hur kommersiella intressen får medverka i vårdens utveckling. Så kallat ordnat införande görs bland annat via formaliserade granskningar av kunskapsunderlag, etik och resursprioritering, där intressekonflikter tas med i beräkningen [137–139]. Socialtjänstens och familjehemsvårdens områden saknar liknande säkerhetsarrangemang för att balansera inflytandet av ekonomiska särintressen på val av insatser.

Försök att förbättra kunskapsläget medför även etiska problem av annat slag. Utvärdering av insatser och arbetssätt i familjehemsvården kräver till exempel att man närmar sig familjehemmen och de placerade barnen för att klargöra hur verksamheten fungerar. Det kan medföra risker för hur barnen behandlas i familjehemmet och för hur deras autonomi och integritet respekteras. Sådana risker blir svårare att berättiga vid utvärderingsforskning i jämförelse med när det handlar om beprövade insatser [123,140,141].

Organisation

De socialsekreterare som ska bereda underlag för beslut om arbetssätt och val av insatser är inte bara kringskurna av ursprungsfamiljernas och familjehemsfamiljens goda vilja, utan även av svagheter i dokumentation av metoder och metodernas effektivitet och riskbild. Etiska komplikationer med att förbättra

och hantera denna situation ansvarsfullt kompliceras av att organisationen inte är utformad för denna uppgift. Utsikterna är mycket dåliga idag för en socialsekreterare att kunna överblicka vilka insatser som finns för de beslutstyper som listades ovan, vilket stöd som finns i forskningen, om intressekonflikter har påverkat, samt hur dessa aspekter ska vägas samman i ljuset av en specifik problematik på grundval av principen om barnets bästa och etiska hänsynstaganden.

Vägar framåt

Det är önskvärt att forskning om familjehemsvården granskar nyttan av familjehemsvårdens insatser så att praktiker får ett mer robust kunskapsunderlag att utgå från. Samtidigt är det en långsam process. Under överskådlig framtid kommer således det vetenskapliga underlaget för att bedöma specifika insatser inom familjehemsvården att vara bristfälligt. Det hotar samhällets möjligheter att ta ett moraliskt ansvar för barn i familjehemsvård.

Ett sätt att hantera denna situation är genom att införa rutiner med systematisk kritisk granskning av specifika insatsers för- och nackdelar, samt dokumentation och uppföljning av insatsernas effekter för det enskilda barnet. Detta liknar det arbetssätt som inom klinisk sjukvård brukar kallas ”empirisk” behandling: flexibla riktlinjer tillämpas i kombination med specifika insatser för en viss patient, under kontinuerlig övervakning och understödjande vård, med ständig beredskap att förändra vårdens inriktning eller avsluta den. Det kräver tydliga och gemensamma rutiner, så att barns lika rätt till grundläggande vård och stöd respekteras. Sådana rutiner behövs också för att ge professionella trygghet att avvakta med att använda insatser som saknar vetenskapligt stöd utan att därmed åsidosätta barnens behov. Med god dokumentation kan kvalitetsregister byggas, vilka sedan kan tas till utgångspunkt för forsknings- och utvecklingsarbete som leder till tydligare riktlinjer grundade i dokumenterad professionell erfarenhet. Då kan man tidigare och mer enhetligt upptäcka indikationer på för- och nackdelar med insatser när det saknas forskning. Sådana indikationer kan sedan läggas till grund för vetenskapliga studier för att förbättra beslutsfattares kunskap om specifika insatser. Det ger även bättre förutsättningar att hantera den etiska utmaningen med att avvakta med insatser i väntan på bättre kunskapsunderlag när det till synes finns skäl att agera. Forskning och utveckling kan ske i kombination med att insatser prövas under noggrann övervakning och kontinuerlig uppföljning samt med väl definierade kriterier för att avbryta, modifiera och införa på bred front.

Idag finns det inslag i socialtjänstens organisation som försvårar en sådan utveckling, till exempel vad gäller beställarkompetens. Visserligen finns utrymme att ställa skarpare krav på utförare att redovisa på vilka grunder deras insatser har god kvalitet, så att dessa kan granskas. Även om det är formellt möjligt för socialsekreterare att konsultera forskningslitteraturen för att granska sådana uppgifter saknas dock en organisation och kompetensprofil som gör det praktiskt möjligt. Socialtjänstens organisationen ger som regel inte tillgång till vetenskapliga databaser och socionomutbildningarna ger svag träning i att bedöma interventionsforskning [142]. Även i övrigt är socialtjänstorganisationen illa anpassad för denna uppgift [143]. Likaså saknas gemensamma riktlinjer

för att ge en likvärdig grundläggande vård och ett likvärdigt stöd, till exempel när det gäller den fysiska hälsan. Riktlinjerna skulle kunna ge professionella behövlig trygghet att avvakta med beslut om insatser och samtidigt tillgodose barnets rättigheter till stöd. Det sociala områdets organisation har förändrats mot alltmer ”slimmade” organisationer byggda på upphandling av privata utförares varor och tjänster [144]. Det ökar behovet av just sådan kompetens och kapacitet för att socialsekreteraren ska kunna agera professionellt. Därmed har även socialsekreterare etiska skäl att utveckla det sociala områdets kompetenser och organisationer, så att förmågan till kritisk bedömning av kunskapsunderlag, intressekonflikter och specifika insatser förstärks. Insatser riktade mot barn, däribland familjehemsvård, kan då utformas mer ansvarsfullt och bedömas på basis av principen om barnets bästa och existerande kunskapsläge.

Sammanfattning

Familjehemsvård aktualiserar komplexa etiska frågor som bottnar i barns särskilda sårbarhet, samhällets särskilda ansvar för barn som far illa, komplicerade maktstrukturer som styr familjehemsvården, kvaliteten på kunskapsunderlag om specifika insatser, samt organisationen som ansvarar för familjehemsvården. Det är ett etiskt problem att inga av de insatser som används i Sverige är utvärderade för barn i familjehem. Därmed är det oklart om samhällets familjehemsvård gynnar barnen eller lever upp till grundläggande etiska krav på ansvarstagande från samhällets sida. Detta kan också innebära att verksamheten är lagstridig.

9 Diskussion

I detta avsnitt besvaras först frågeställningarna. Därefter diskuteras resultatens tillförlitlighet och överförbarhet till Sverige. Avslutningsvis kommenteras den svenska praxisundersökningen samt behov av förändringsarbete.

Resultat

Frågeställning 1

Vår systematiska litteraturöversikt identifierade inte någon relevant studie som utvärderat om familjehemsbarn gynnas av att man utreder familjers lämplighet. Det betyder att de utredningsmetoder som används i Sverige idag är bristfälligt undersökta och att man inte kan bedöma deras värde.

Frågeställning 2

Vi hittade inte någon relevant studie om specifika utbildningar av blivande familjehem som mätt effekter på barnen.

Frågeställning 3

I litteraturöversikten identifierade vi 18 insatser som vänder sig till barn i familjehem eller till familjehemsföräldrar med barn placerade hos sig. För tre av de 18 insatserna finns ett begränsat vetenskapligt stöd. Utbildningsinsatser för familjehemsföräldrar i form av Attachment and Biobehavioral Catch-up kan minska vissa psykiska symtom hos barnen och föräldradelen av programmet

Incredible Years kan minska barns beteendeproblem samt öka familjehemsföräldrars förmåga att klara föräldrarollen. Take Charge är en specialpedagogisk insats till ungdomar som kan förbättra deras självbestämmande, utbildningsgång och möjligheter till arbete. I samtliga fall var effekterna svaga till medelstarka. Omvandlat till antal barn som behöver få insatsen för att en ska bli hjälpt (så kallat NNT) så varierar det mellan fem och åtta. För övriga 15 insatser går det inte att bedöma evidensen eftersom de utvärderats i endast en studie, i allmänhet av den som också utvecklat insatsen. Det ska noteras att för 10 av de 15 insatserna rapporterade författarna statistiskt säkerställda effekter som gynnade barns utveckling och välbefinnande. Den gräns som fastställts som kliniskt relevant (SMD 0,20) överskreds i flertalet fall. Ytterligare två studier rapporterade om ökad stabilitet i placering respektive ökad kompetens hos familjehemsföräldrarna.

Frågeställning 4

Det finns ett vetenskapligt stöd för att det går att påverka familjehemsplacerade barns psykiska hälsa (internaliserade och externaliserade symtom och anpassningsförmåga), fysiska hälsa, sociala situation (utbildning och anställning), livskvalitet samt placeringens stabilitet. Resultaten ger dock inget tydligt svar på om det finns verksamma komponenter som är gemensamma för dessa insatser. Det är en fråga för fortsatt forskning. För två utfallsmått bedöms det vetenskapliga underlaget som otillräckligt: familjehemsföräldrars föräldraförmåga och psykiska hälsa.

Frågeställning 5

Den ekonomiska litteratursökningen identifierade inte någon studie av tillräcklig god kvalitet och relevans för svenska förhållanden. De få studier som är relevanta för området beskrev inte resursåtgången och kostnaderna tillräckligt noga och inkluderade inga konsekvenser för barnens fysiska och psykiska hälsa och sociala situation, eller relaterade samhällskostnader, på lång sikt. Det finns därför inga underlag för beslutsfattare om möjliga insatser för familjehemsplacerade barn som tar hänsyn till både resursåtgång och effekter.

Frågeställning 6

Enligt praxisundersökningen används 30 insatser i Sverige. Ingen av dessa återfinns bland insatserna i litteraturöversikten. Några av de 30 insatserna har utvärderats för andra målgrupper än för barn i familjehem och har därmed fallit utanför de inklusionskriterier som vi använt. Därför går det inte att bedöma om de har positiva effekter på barn i familjehem.

Frågeställning 7

Uppgifter från organisationer för personer som varit placerade, för föräldrar till placerade barn samt för familjehemsföräldrar, ger en relativ samstämmig bild av svensk familjehemsvård: barn, föräldrar och familjehemsföräldrar upplever att de får otillräckligt stöd under barnens placering i familjehemmet, vilket gene-

rerar problem av olika slag. Det är oklart om dessa upplevelser är representativa för samtliga som berörs av svensk familjehemsvård.

Frågeställning 8

Den etiska analysen identifierade en påtaglig risk att både insatser och frånvaro av insatser kan skada barn eller leda till att deras rättigheter förbises, till följd av brister i kunskapsunderlag och organisation.

Tillförlitlighet

För att genomföra utvärderingen gjorde vi vissa avgränsningar som kunde påverka resultatens tillförlitlighet och representativitet. Vi valde att avgränsa litteratursökningen till studier publicerade efter år 1989. Vår bedömning var att äldre studier dels skulle vara mycket få, dels vara föråldrade och knappast överförbara till dagens situation.

De språk som togs med i den systematiska litteratursökningen var engelska och svenska. Om en artikel var publicerad på annat språk men hade en sammanfattning på engelska identifierades den i sökningarna och togs med. Experter i Norge och Danmark tillfrågades också om jämförande studier av familjehemsvård. Dessutom gjordes handsökning av vetenskapliga tidskrifter på tyska, franska och spanska. Det resulterade inte i någon ytterligare inkluderad studie.

Av de 23 studier som höll tillräckligt hög kvalitet var 20 randomiserade kontrollerade studier. Även om antalet är begränsat talar allt för att antalet utvärderingar om familjehemsvård ökar snabbt. Av de 23 studier som denna rapport bygger på var 1 publicerad på 1990-talet, 8 publicerade mellan 2000–2009 och återstående 14 från 2010. Ökningen av utvärderingar inom detta område lovar gott för framtiden. Att endast tre icke-randomiserade studier togs med beror på att det var färre som identifierades jämfört med randomiserade kontrollerade studier. Tre icke-randomiserade studier exkluderades på grund av hög risk för bias.

Den vanligaste anledningen till att studier inte medtogs var att målgruppen inte motsvarade inklusionskriterierna. Vi tog endast med studier där högst 30 procent av barnen placerats tillsammans med släktingar. Släktinghem är i genomsnitt bättre för barns psykiska hälsa jämfört med familjehem utan släktinganknytning [6,7]. Andra studier exkluderades eftersom jämförelsegruppen utgjordes av barn i institutionsvård. Enligt en metaanalys från år 2015 är det en vårdform som i genomsnitt ger sämre resultat för barn, både vad gäller internaliserade och externaliserade symtom [145]. Vidare exkluderade vi studier som vände sig till fel målgrupp (t.ex. insatser till ursprungsföräldrar och insatser till adopterade barn) eller att de saknade uppföljningsmätning eller att undersökningsgrupperna var små. De 20 randomiserade kontrollerade studier som vi tog med omfattade i genomsnitt 133 barn och de tre icke-randomiserade studierna i genomsnitt 710 barn.

Uppföljningstiden efter avslutad insats sattes till en månad för barn under två år och tre månader för barn över två år. Korta uppföljningstider riskerar både att övervärdera effekter (effekten är ofta starkast direkt efter att insatsen avslutats) och att missa effekter som visar sig efter längre tid (”sleeper effects”). Det var endast i tre studier som riktades till spädbarn som uppföljningstiden var kortare än sex månader. Detsamma gällde tre studier om förskolebarn. För övriga studier var den genomsnittliga uppföljningstiden 18 månader. Vår bedömning är därför att för skolbarn och äldre barn är uppföljningstiden rimlig vad gäller att tillförlitligt identifiera effekter. För förskolebarn är visserligen den faktiska uppföljningstiden kortare men även relativt lång i förhållande till deras ålder.

Vi använde samma strategi som i tidigare systematiska översikter om familjehemsvård, nämligen att söka brett efter insatser inom området istället för att söka efter specifika insatser (se t.ex. [146,147]). Vår litteraturöversikt beskriver trots detta inte samtliga utvärderade insatser för familjehemsbarn och familjehemsföräldrar. Vi känner till en handfull insatser som vi exkluderat eftersom de bland annat använt en annan kontrollgrupp än den vi fokuserat på. Till en sådan insats återkommer SBU i en separat utvärdering, Treatment Foster Care Oregon (före detta MTFC). Om det finns insatser som inte är utvärderade i kontrollerade studier och som inte ingår i vår praxisundersökning, så har de inte identifierats i vår litteraturöversikt.

I svensk och internationell interventionsforskning av psykologiska och sociala insatser i ordinarie verksamhet används sällan frånvaro av behandling som kontrollalternativ. Vid familjehemsvård är det till exempel oetiskt att i vetenskapligt syfte undanhålla barn från insatser som de bedöms behöva. Det förekommer inte en specifik standardbehandling utan flera olika standardbehandlingar, vilket gör det svårt att avgöra exakt hur stark effekt en insats har; det beror på vilka insatser kontrollgruppen fått. Bland insatserna i litteraturöversikten är det vanligaste kontrollalternativet standardbehandling eller väntelista (som är att likställa med standardbehandling eftersom ingen som behöver hjälp kan undanhållas det). Ett annat sätt att uttrycka det på är att kontrollgruppen har fått standardbehandling medan experimentgruppen har fått standardbehandling plus en extra insats.

Ett problem är att detta forskningsområde inte följer en gemensam norm vad gäller genomförande, vilket gör det svårt att jämföra effekterna av olika studier. Forskarna har till exempel i de inkluderade studierna ofta använt olika kontrollalternativ, olika utfallsmått, olika instrument för att mäta samma utfallsmått och olika uppföljningstid. Ett annat problem är att viktig information ibland inte gått att utläsa ur artiklarna (t.ex. innehållet i standardbehandling). Till sist är det svårt att bedöma om det finns utvärderingar som inte publicerats (publikationsbias) eller om enskilda utfallsmått inte rapporterats (rapporteringsbias). På grund av studiernas olikhet i metodik har det inte bedömts som meningsfullt att statistiskt testa risken för publikationsbias (s.k. funnel plot). Handsökningen efter litteratur identifierade inte några studier som motsvarade inklusionskriterierna. Rapporteringsbias är svårt att upptäcka eftersom endast fyra forskare till studierna i vår litteraturöversikt i förväg hade publicerat ett protokoll för studien, vilket skulle ha kunnat användas för att stämma av vilka

resultat som rapporterats. Att forskare inom samhällsvetenskaplig forskning inte publicerar protokoll i förväg är ett vanligt problem [148,149]. Vi kontaktade huvudförfattarna för att efterhöra om det fanns resultat som inte publicerats. Svar erhölls från författare till 14 av 23 studier, varav en (Supporting Siblings in Foster Care) meddelade att analyser pågick för att rapportera om ytterligare utfallsmått utöver de som redan presenterats (psykisk hälsa, utbildning och livskvalitet).

Överförbarhet

Av de 23 studier som inkluderades i vår översikt var 20 från USA. Det finns fyra faktorer som påverkar bedömningen av om effekterna av insatserna kan förväntas bli desamma om de implementeras i Sverige: målgrupp, familjehemsföräldrar, jämförelsealternativ och kontextuella faktorer.

Målgrupp

Problembilden för yngre familjehemsplacerade barn i USA förefaller vara snarlik den i Sverige [150]. Barnen har ibland placerats redan som spädbarn eller i förskoleåldern på grund av föräldrarnas missbruk eller på grund av vanvård eller misshandel. En översiktsartikel av internationella studier visar att mellan 14–45 procent av de placerade barnen har känslomässiga problem, mellan 34–63 procent har beteendeproblem, 14–20 procent anknytningsproblem och mellan 15–36 procent kognitiva problem eller skolproblem [151]. Många barn har anknytningsskador, bristande affektreglering eller följdsymtom av traumatisering. Sammantaget visar ovanstående på omfattande problematik hos de barn som placeras i familjehem.

Familjehemsföräldrar

I de länder som är representerade i vår rapport (USA, Storbritannien, Nederländerna och Sverige) är samhällets uppdrag till familjehemmet att ge barnet en god omvårdnad, men uppdraget är inte att bedriva specifikt behandlingsarbete[1]. Familjehemmet väljs, utbildas och får stöd av social myndighet. Om barnet behöver psykologisk eller psykiatrisk behandling eller stöd i skola, ska det ges av andra organisationer än av de sociala myndigheterna.

Få av de granskade studierna beskriver familjehemmen; endast i 6 av 23 studier redovisas viss information om familjehemmen och i de studierna skiljer sig inte familjehemsföräldrarna påtagligt åt vad gäller utbildningsnivå, inkomst och civilstånd från familjehemsföräldrar i Sverige. Kunskapen om svenska familjehemsföräldrar är begränsad [152,153], även om det finns resultat som visar att de har svag anknytning till den öppna arbetsmarknaden [152]. Det går därför

[1] Ett undantag är så kallat Treatment Foster Care som vanligtvis får dygnetrunt-handledning och stöd från centrala resurser. En sådan finns med i litteratursökningen: MTFC-p.

inte att avgöra om det finns skillnader mellan länderna rörande familjehemmen som kan spela roll för insatsernas effekter.

Jämförelsealternativen

För att kunna bedöma effekten av en insats är det viktigt att veta vad den jämförs med. I vårt material var den vanligaste jämförelsen standardbehandling, det vill säga en blandning av olika insatser som normalt används. I två studier användes väntelistkontroll som innebär att jämförelsegruppen erbjuds samma behandling som experimentgruppen efter att datainsamlingen avslutats. Väntelistkontroll bör innebära detsamma som standardbehandling under undersökningstiden, det vill säga att barnen får förekommande traditionella insatser vid behov. Fem utvärderingar använde en annan namngiven insats som jämförelsealternativ. Dessa kontrollinsatser förefaller ha hållit en relativt hög kvalitet. Det är dock viktigt att skilja mellan insatser som har erbjudits och vad som faktiskt har genomförts. Med denna reservation saknas beskrivning av de traditionella insatserna i sex studier (inklusive de med väntelista). Två studier bedömdes ha lägre kvalitet, tre bedömdes ha medelhög och återstående tolv hög kvalitet i jämförelsealternativen, inklusive de fem med annan namngiven insats (t.ex. att en stor andel barn erhållit psykoterapi, familjeterapi samt regelbundna hembesök av socialarbetare som inkluderat screening för utvecklingsmässiga problem). Att resultaten är statistiskt säkerställda trots att kontrollalternativen många gånger hållit hög kvalitet antyder att de utvärderade insatserna bör kunna ge liknande resultat i Sverige, oberoende av om de svenska insatserna har hög eller låg kvalitet.

Kontextuella faktorer

I både USA och Sverige är målsättningen att barnet ska återförenas med sina föräldrar. Men därutöver finns stora skillnader. I Sverige omprövas vården var sjätte månad och kan så fortgå tills barnet når myndig ålder. I USA är det uttalade målet i lagstiftningen att barnet ska ges en stabil uppväxt med tillgång till samma föräldrar (eng. permanency). Om barnet inte kan återvända hem aktualiseras adoption eller vårdnadsöverflyttning, alternativt långvarig placering hos släktingar. Det sker oavsett om ursprungsföräldrarna samtycker eller inte. Långvarig familjehemsvård anses inte vara en acceptabel lösning, främst på grund av den höga risken för omplaceringar. Enligt den federala lagen The Adoption and Safe Families Act 1997 ska barnavårdsmyndigheterna planera för en varaktig lösning inom 12 månader; antingen ska barnet flytta hem eller till exempel adopteras. Om barnet varit i familjehems- eller institutionsvård i 15 av de senaste 22 månaderna ska myndigheten hos domstol begära att föräldrarna fråntas vårdnaden. I Sverige är långvarig familjehemsvård eller institutionsvård i praktiken det enda alternativet för barn i vård som inte kan flytta hem, undantaget en mindre grupp där familjehemsföräldrarna blir vårdnadshavare. I USA ger lagstiftningen barnet rätt till permanenta föräldragestalter som barnet kan förhålla sig till under sin uppväxt.

En annan skillnad mellan länderna är att straffmyndighetsåldern är olika. Barn i USA är straffmyndiga vid 12 års ålder (10 år i England) och beslut om vård i familjehem eller på institution som påföljd fattas av ungdomsdomstol. I Sverige blir barn straffmyndiga vid 15 år och påföljden som beslutas av domstolen kan vara vård inom socialtjänsten. Då avgör socialtjänsten vårdens innehåll. Om påföljden är särskild ungdomsvård sker vården inom Statens institutionsstyrelses (SiS) ungdomshem.

Ytterligare en skillnad är att Socialnämnden har en lagstadgad skyldighet att sörja för att barnet har kontinuerlig kontakt med sin vårdnadshavare under placeringen (om inte särskilda skäl föreligger). Socialnämnden är också skyldig att involvera vårdnadshavaren i beslut som gäller barnet eller den unge under placeringen.

Till sist är det oklart om USA:s skolsystem och anställningsvillkor sätter begränsningar i möjligheten att överföra resultat från två av insatserna (Better Future och Take Charge) till Sverige.

Sammanfattningsvis är vår bedömning att insatserna i litteraturöversikten bör kunna användas i svensk familjehemsvård med förväntat överförbara resultat för barnen. Viss anpassning bör ske till svensk lagstiftning och praxis. I Sverige har familjehemsföräldrar till exempel hög förvärvsfrekvens utanför hemmet, vilket innebär att det finns begränsad tid för vad som kan göras på dagtid. Krav på permanent placering inom 12 månader saknas i Sverige och den översyn av vården som ska ske var sjätte månad kan innebära en viss osäkerhet för barn och unga samt familjehemsföräldrar i vad mån man ska investera i relationen och i placeringen.

Ekonomiska aspekter

Den ekonomiska litteraturöversikten kunde inte presentera någon vägledning för svensk socialtjänst vid val mellan insatser i familjehemsvården. Det är olyckligt, då kortsiktiga budgethänsyn kan ta överhanden. Familjehemsplaceringar är mycket kostsamma och kan medföra påfrestningar på enskilda kommuners budget, särskilt för små kommuner med ett begränsat skatteunderlag. Men kanske just för att placeringar är så kostsamma är det särskilt viktigt att säkerställa att den vård som erbjuds barnen uppfyller målen med verksamheten. En extra insats som endast medför en marginellt ökad resursåtgång skulle kunna ha långtgående följder för barnets nuvarande situation och framtida liv. Samtidigt finns det kanske inte utrymme i socialtjänstens vardag för stödinsatser som kräver stora utgifter och mycket personalresurser. En avvägning mellan kortsiktig resursåtgång och barnets nutida och framtida välfärd måste alltid göras, vilket kostnadseffektivitetsanalyser skulle ha kunnat bidra med.

Placeringar i familjehem skulle i princip kunna ses som investering. Om uppväxten i familjehem blir trygg kan det tänkas leda till framtida besparingar i kostnader för sociala problem. Samtidigt är naturligtvis även kortsiktiga effekter på barnens välfärd och livskvalitet viktiga utfall. Vid utvärderingar av insatser

är det önskvärt att utfallen kan mätas på ett sådant sätt att de kortsiktiga effekterna på barnens situation blir belysta samtidigt som utfallsmåttet kan användas för att skatta framtida konsekvenser på samhällskostnader och livskvalitet. Då kan effekter på både kort och lång sikt inkluderas i ekonomiska utvärderingar. Dessa skulle då ge en rättvisande bild av värdet av väl fungerande insatser inom socialtjänstens arbete med barn.

Svensk praxis

Att döma av praxisundersökningen ligger tyngdpunkten i Sverige på rekrytering och lämplighetsbedömning av blivande familjehemsföräldrar med hjälp av Kälvestenintervjun samt en förberedande utbildning med Socialstyrelsens program Ett hem att växa i. Däremot var det bara ungefär en tredjedel av kommunerna och företagen som sade sig använda insatser för stöd till barn eller familjehemsföräldrar under barnens placering. Att socialtjänsten sällan ger stöd under barnens placering beskrevs också av representanter från Familjevårdens Centralorganisation, Knas Hemma och Maskrosföräldrar (Kapitel 7). Vidare hade få kommuner och företag tillgång till mer än en insats, trots att det rimligen behövs olika typer av stöd beroende på problematik (t.ex. ångest och aggressivitet behandlas bäst med olika insatser). Dessutom var det få insatser som nämndes av två kommuner eller företag. Det antyder att det inte finns någon beprövad erfarenhet för detta område inom svensk familjehemsvård.

I motsats till resultatet från praxisundersökningen handlar litteraturöversiktens insatser om att stödja barn och familjehemsföräldrar under barnens placering. De insatserna kan delas in i två grupper. Den första och vanligaste typen handlar om tidsbegränsade insatser för att träna barn eller familjehemsföräldrar i specifika färdigheter som lärs ut via korta didaktiska inslag, rollspel eller modellinlärning (t.ex. föräldrakompetens). De flesta av dessa insatser anger hur länge och hur ofta man träffas och i vilken ordning olika delar tränas. En genomgången utbildning leder ofta till certifiering av den personal som genomför insatsen. Genom det specificerade behandlingsinnehållet finns möjlighet att löpande försäkra sig om att behandlingen genomförs på avsett sätt. Eftersom det finns en tydlig idé om vad som ska förändras och för vem finns en möjlighet att undersöka om önskad förändring uppnås. Dessa kännetecken gäller så gott som samtliga insatser i litteraturöversikten medan det gäller färre än hälften av insatserna som används i Sverige. Den andra gruppen insatser i litteraturöversikten vänder sig till familjehemsvårdens personal och syftar till en generell kvalitetshöjning så att vårdplaner genomförs och att barnet får ta del av sina rättigheter till olika typer av samhällsservice (t.ex. skolgång, hälso- och tandvård). Ingen sådan typ av insats återfanns i praxisundersökningen.

Insatserna som används i Sverige utgör en blandad grupp. Bland dem finns de som i allt väsentligt liknar de från litteraturöversikten i struktur och tydlighet. Men det finns också insatser som snarare bygger på ett förhållningssätt för att bemöta eventuella behov som kan uppkomma och som saknar tydlig idé om vad som ska förändras och för vem, tydlig tidsavgränsning, specificerat innehåll, obligatoriska komponenter och en speciell utbildning.

Även om gruppen insatser som används i Sverige varierar i struktur och tydlighet så finns inget som hindrar att de kan utvärderas och således skulle ha kunnat funnits med bland insatserna i litteraturöversikten.

Förändringsarbete

I detta avslutande avsnitt diskuteras tre åtgärder som kan ge familjehemsplacerade barn en bättre psykisk och fysisk hälsa (se även Kapitel 8).

Rutinmässig bedömning av psykisk och fysisk hälsa

För att kunna ge bästa hjälp till familjehemsplacerade barn behöver deras psykiska och fysiska hälsa utredas med hjälp av tillförlitliga och relevanta bedömningsmetoder, något som många kommuner saknar tillgång till [154]. En kommande SBU rapport pekar särskilt på vikten av att barn i dygnsvård genomgår en fysisk hälsokontroll respektive tandhälsokontroll då många av barnen har dålig hälsa [155–157].

Systematisk uppföljning och dokumentation

Idag är vår kunskap dålig om vilka positiva och negativa effekter som familjehemsvårdens insatser har. Det gäller de 30 insatserna i praxisundersökningen och de flesta internationella insatser från litteraturöversikten. I väntan på bättre vetenskaplig kunskap om insatsers effekter behöver de insatser som används följas upp systematiskt av respektive socialtjänst [158]. Det kan göras genom att använda standardiserade bedömningsmetoder före en insats ges och efter att den avslutats för att dokumentera förändring och på det sättet värdera insatsen. Det kan också göras genom att införa rutiner för att löpande följa en viss insats för- och nackdelar för det enskilda barnet och med ständig beredskap att byta insats, avsluta den eller komplettera med andra insatser. Ett sådant arbetssätt liknar Målinriktad och systematisk utvärdering av insatser för enskilda personer (MOS) [159]. Om nationella rutiner införs för hur detta ska ske, vad som ska dokumenteras och hur, ges också en möjlighet att skapa kvalitetsregister som kan användas för framtida bedömningar av värdet av olika insatser.

Implementering av nya insatser

Som framgår av praxisundersökningen är det en minoritet av kommuner och företag som erbjuder systematiskt stöd till barn eller familjehem under barnets placering. Det talar för att det finns ett behov av att implementera den typen av insatser. Beslut om att introducera nya specifika insatser och utmönstra gamla bör ske utifrån en kritisk granskning av kvaliteten på kunskapsunderlag och med respekt för barns behov och rättigheter. Eftersom det i allmänhet saknas vetenskaplig kunskap om insatsers effekter behöver annan kunskap vägas in. En tydlig behandlingsteori samt en manual för användandet kan till exempel fungera som en slags kvalitetsindikator eftersom det ger transparens om innehåll och form. Kännedom om intressekonflikter hos forskare som utvecklat och

utvärderat insatser samt utförare av insatserna är också viktigt att väga in vid bedömning av insatsers relevans och tillförlitlighet.

Flera faktorer kan försvåra en nationell spridning av insatser till stöd för barn och familjehem. En första är att de flesta svenska kommunerna har få invånare; 51 procent av Sveriges kommuner har färre än 16 000 invånare. Som en följd har många kommuner ett fåtal barn i dygnsvård. Enligt statistik från Socialstyrelsen från 2014 hade 35 procent av kommunerna högst 10 barn i åldern 0–12 år som någon gång under året var placerade i dygnsvård (familjehem, jourhem, institution) [160]. Det är kan därför vara svårt för små kommuner att implementera effektiva insatser och upprätthålla tillräcklig behandlingskompetens när medarbetarna endast kan använda en insats för något enstaka barn per år. En tänkbar lösning på detta problem är att överföra familjehemsvården till en regional nivå eller liknande för att skapa bättre förutsättningar för en typ av högspecialiserad vård för barn i familjehem.

Ett annat problem är att de insatser som identifierades i litteraturöversikten bygger på en hög grad av systematik i arbetet, det vill säga att de professionella har ett standardiserat tillvägagångssätt som innebär att man använder insatsen som avsett för alla barn som får ta del av den. Sådan systematik är grundläggande i det mesta av hälso- och sjukvård men mer ovanlig i svenskt socialt arbete. Ett exempel på bristande systematik är en svensk studie av Aggression Replacement Training (ART) som används för antisociala ungdomar [161]. Studien beskriver användningen av ART i 104 kommuner och stadsdelar vid två tillfällen, 2006 och 2012. Resultaten visar att det endast var 22 procent respektive 9 procent av kommunerna som använde ART enligt manualen. Ett annat exempel är den mångfald av insatser i praxisundersökningen som används för att stödja barn och familjehem.

Det finns också andra faktorer som försvårar ett vetenskapligt underbyggt utvecklingsarbete. Dit hör personalbyten, omorganisationer och andra åtaganden för socialtjänsten som till exempel den kraftiga ökningen av flyktingar år 2015. Ett ytterligare problem är att familjehemmen ofta tar emot barn som varierar i ålder och behov, vilket försvårar implementering av metoder som är avsedda för en specifik målgrupp.

10 Kunskapsluckor

Den systematiska litteraturöversikten identifierade 18 specifika insatser för stöd till barn i familjehem och för deras familjehemsföräldrar. Tre av insatserna har ett visst vetenskapligt stöd, vilket motiverar oberoende svenska replikeringsstudier: Attachment and Biobehavioral Catch-up, Incredible Years och Take Charge. För de övriga 15 insatserna räcker inte underlaget för att bedöma effekten. Av de 15 bedöms 4 insatser som mer intressanta att utvärdera för familjehemsvården eftersom de redovisar relevanta och statistiskt säkerställda effekter till barnens förmån och där dessa resultat bedöms ha låg risk för snedvridning: Fostering Healthy Futures, Fostering Individualized Assistance Program, Keeping foster and kin parents supported and trained och Middle School Success.

Enligt praxisundersökningen används 30 insatser i Sverige, men ingen är utvärderad för familjehemsvården. Några av insatserna har dock granskats vetenskapligt för andra målgrupper med lovande resultat: Funktionell familjeterapi, Komet, Marte Meo och Motiverande samtal. Om dessa resultat även gäller för barn i familjehem behöver undersökas i kontrollerade studier. Bland insatserna finns också de som förefaller viktiga att utvärdera eftersom de är vanligt förekommande. Dit hör Kälvestenintervjun som finns i flera versioner och som används för att bedöma lämpligheten hos personer som vill bli familjehemsföräldrar. Med tanke på att Kälvestenintervjun används så gott som av alla kommuner och företag bör den vara prioriterad att utvärdera, något som också motiveras av att det finns resultat som antyder att den ursprungliga Kälvestenintervjun inte är överlägsen andra sätt att bedöma blivande familjehem [14,66]. Socialstyrelsens grundutbildning Ett hem att växa i och bedömningsmetoden Bra-fam (bedömning och rekrytering av familjehem), är rimligen också viktiga att utvärdera med tanke på att de används av många.

De flesta av insatserna från litteraturöversikten beskriver effekter på barns internaliserade och externaliserade symtom. Endast två studier belyser det centrala utfallsmåttet barns fysiska hälsa. För utfallsmåttet tandhälsa saknas helt forskning. Vi vet samtidigt att barn som är, eller har varit, placerade har väsentligt sämre fysisk hälsa och tandhälsa [46,157,162]. Det saknas också studier om tidigt föräldraskap som är en stark riskfaktor för både mammor och barn [10,55,56]. Eventuella skadliga eller oönskade effekter av insatserna redovisas inte heller i studierna. Det är ett viktigt område för framtida forskning med tanke på ett ökat antal rapporter om skadliga insatser inom till exempel psykologisk behandling som liknar insatser inom socialtjänsten [126,163–165].

Vidare saknas ekonomiska utvärderingar av god kvalitet som är relevanta för svensk socialtjänst med utfallsmått som är tydligt relaterade till socialtjänstens mål. Det saknas även studier som inkluderar de långsiktiga konsekvenserna av insatser på framtida samhällskostnader samt livskvalitet och välfärd under barnets vuxna liv.

Till sist är det få studier som följer upp insatsernas effekter längre än två år. Det är också få studier som undersöker betydelsen av samsjukliga tillstånd för effekten av insats, liksom om barnets ålder och kön har betydelse för insatsers effekter. Det saknas i stort resultat om barn och familjehemsföräldrar upplever socialtjänstens insatser som acceptabla eller inte.

Ett problem för familjehemsvården är att många studier som undersöker insatsers effekter gör det med metodologiska begränsningar [166]. Detta gör det svårt att avgöra resultatens relevans och tillförlitlighet. Det gäller även de 296 svenska studier av barn i familjehem som identifierades. Det går till exempel inte att avgöra om en insats är effektiv utan jämförelsegrupp och utan att följa barnen över tid för att kunna avläsa förändringar. Det finns också andra metodologiska faktorer som radikalt minskar värdet av utvärderingar [167]. Till detta kan läggas det problem som kommer sig av bristen på standardisering i val av mätinstrument, uppföljningstid med mera.

Ingen studie i vår litteraturöversikt kommer från Skandinavien. Det är överraskande med tanke på att vi så påtagligt värnar om barns rätt till en god uppväxt. Bristen på forskningsstöd är problematisk i ljuset av bland annat den så kallade vanvårdsutredningen (SOU 2011:61), den etiska analysen i denna rapport och de personer vi varit i kontakt med under utvärderingen och som har erfarenhet av social dygnsvård. Bristen på svensk forskning innebär att internationellt lovande insatser inte utvärderats i Sverige, men också att insatser som är unika för Sverige inte utvärderats. En konsekvens av det senare är att eventuellt effektiva insatser inte sprids till andra länder.

Faktaruta 10.1
Identifierade kunskapsluckor.

- Av litteraturöversiktens insatser är det tre som har ett visst vetenskapligt stöd. De bör även utvärderas i Sverige för att säkra att de fungerar: Attachment and Biobehavioral Catch-up, Incredible Years och Take Charge.
- Bland övriga 15 insatser framstår några som mer intressanta att utvärdera i Sverige: Fostering Healthy Futures, Fostering Individualized Assistance Program, Keeping foster and kin parents supported and trained och Middle School Success.
- Ingen av de metoder och insatser som används i Sverige är utvärderade. Särskilt viktiga att utvärdera är de som är mest spridda: Kälvestenintervjun för att bedöma familjers lämplighet, grundutbildningen Ett hem att växa i samt bedömningsmetoden Bra-fam (bedömning och rekrytering av familjehem).
- Några av insatserna som används i Sverige har granskats vetenskapligt för andra målgrupper med lovande resultat och bör undersökas för barn i familjehem: Funktionell familjeterapi, Komet, Marte Meo och Motiverande samtal.
- Det saknas helt forskning som familjehemsplacerade barns tandhälsa samt tidigt föräldraskap.
- Eventuella skadliga eller oönskade effekter av insatserna redovisas inte i studierna.
- Få studier följer upp insatsernas effekter längre än två år.
- Det saknas kontrollerade studier som undersöker betydelsen av samsjukliga tillstånd för effekten av insats, inklusive medicinering.
- Det är okänt vad barnets ålder eller kön har för betydelse för insatsers effekter.
- I stort saknas studier om hur barn och familjehemsföräldrar upplever social-tjänstens insatser.
- Det saknas ekonomiska utvärderingar som är relevanta för nutida svensk socialtjänst med utfallsmått som är tydligt relaterade till socialtjänstens mål.

11 Projektgrupp, externa granskare, råd och nämnd

Projektgrupp

Sakkunniga

MARTIN BERGSTRÖM
docent, Socialhögskolan,
Lunds universitet

MARIANNE CEDERBLAD
professor emerita,
barn- och ungdomspsykiatri,
Lunds universitet

CHRISTIAN MUNTHE
professor i praktisk filosofi,
Institutionen för filosofi,
lingvistik och vetenskapsteori,
Göteborgs universitet

BO VINNERLJUNG
professor emeritus i socialt arbete,
Institutionen för socialt arbete,
Socialhögskolan, Stockholm;
seniorforskare, enheten för klinisk
epidemiologi, Institutionen för
medicin, Karolinska Institutet,
Stockholm

INGEGERD WIRTBERG
docent, Institutionen för psykologi,
Lunds universitet

SBU

KNUT SUNDELL
projektledare

KICKAN HÅKANSON
projektadministratör

PIA JOHANSSON
hälsoekonom

ANN KRISTINE JONSSON
informationsspecialist

PERNILLA ÖSTLUND
biträdande projektledare

Externa granskare

SBU anlitar externa granskare till sina rapporter. De har kommit med värdefulla kommentarer, som i hög grad bidragit till att förbättra rapporten. I slutversionen av rapporten har SBU dock inte kunnat tillgodose alla ändrings- eller tilläggsförslag från de externa granskarna, bland annat därför att de inte alltid varit samstämmiga. De externa granskarna står därför inte nödvändigtvis bakom samtliga slutsatser eller andra texter i rapporten.

Externa granskare har varit:

CLARA HELLNER
professor i barn- och ungdomspsykiatri, Karolinska Institutet

TITTI MATTSSON
professor i offentlig rätt,
Lunds universitet

TERJE OGDEN
professor i psykologi, Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo och forskningsdirektør vid Nasjonalt Utviklingssenter for Barn og Unge, Norge

Bindningar och jäv

Sakkunniga och granskare har i enlighet med SBU:s krav inlämnat deklaration rörande bindningar och jäv. Dessa dokument finns tillgängliga på SBU:s kansli. SBU har bedömt att de förhållanden som redovisas där är förenliga med krav på saklighet och opartiskhet. I arbetet med att relevans- och kvalitetsgranska studier bedömde de sakkunniga experterna inte artiklar där de själva var medförfattare eller på annat sätt jäviga.

SBU:s vetenskapliga råd – Eira

SBU:s vetenskapliga råd har granskat det vetenskapliga underlaget i rapporten.

KJELL ASPLUND
ordförande, professor, Stockholm

HENRIK ANDERSHED
professor i psykologi, docent i kriminologi, Örebro universitet

KRISTINA BENGTSSON BOSTRÖM
docent, Billingens vårdcentral, Skövde

CHRISTINA BERGH
professor, Kvinnokliniken, SU/Sahlgrenska, Göteborg

ANNA EHRENBERG
professor, vårdvetenskap, Högskolan Dalarna

INGEMAR ENGSTRÖM
professor, psykiatri, etik, Örebro universitet

NILS FELTELIUS
docent, Läkemedelsverket

YLVA NILSAGÅRD
med dr, docent, fysioterapi, CAMTÖ, Region Örebro Län

STEN-ÅKE STENBERG
professor, social forskning, Stockholms universitet

KATARINA STEEN CARLSSON
fil dr, hälsoekonomi, IHE Lund

SBU:s vetenskapliga råd – Brage

SBU:s vetenskapliga råd har granskat det vetenskapliga underlaget i rapporten.

LARS HANSSON
ordförande, professor, vårdvetenskap, Lunds universitet

CHRISTEL BAHTSEVANI
leg sjuksköterska, med dr, vårdvetenskap, Malmö Högskola

PER CARLSSON
professor, hälsoekonomi, Linköpings universitet

BJÖRN-ERIK ERLANDSSON
professor, medicinteknik, KTH, Stockholm

ARNE GERDNER
professor, socialt arbete, Hälsohögskolan i Jönköping

LENNART ISELIUS
docent, Hälso- och sjukvårdsdirektör, Landstinget Västmanland

MUSSIE MSGHINA
docent, överläkare, psykiatri, Karolinska Universitetssjukhuset

LARS SANDMAN
professor, vårdetik, Högskolan i Borås

BRITT-MARIE STÅLNACKE
professor/överläkare, rehabiliterings-medicin, Umeå Universitet

SVANTE TWETMAN
professor, tandvård, Halmstad samt Köpenhamns Universitet

SBU:s nämnd

SBU:s nämnd har fattat beslut om slutsatserna i rapporten.

NINA REHNQVIST
ordförande, professor,
Karolinska Institutet

PETER ALLEBECK
huvudsekreterare, Forte

SUSANNA AXELSSON
generaldirektör, SBU

HEIKI ERKERS
förbundsordförande,
Akademikerförbundet SSR

EVA FRANZÉN
forsknings- och utvecklingschef,
Statens Institutionsstyrelse

JAN-INGVAR JÖNSSON
huvudsekreterare för ämnesrådet
för medicin, Vetenskapsrådet

LARS-TORSTEN LARSSON
avdelningschef, Socialstyrelsen

STIG NYMAN
ordförande, Handikappförbunden

LARS OSCARSSON
professor, Ersta Sköndal högskola

SINEVA RIBEIRO
förbundsordförande, Vårdförbundet

HEIDI STENSMYREN
ordförande, Sveriges läkarförbund

ANDERS SYLVAN
landstingsdirektör,
Västerbottens Läns Landsting

MAGNUS WALLINDER
förvaltningschef, Ljungby kommun

12 Ordförklaringar och förkortningar

Bias	Systematiska fel i en undersökning som innebär att undersökningens resultat blir otillförlitligt
Cohen's d	Mått på effekt, se standardiserad medelvärdesskillnad
Didaktisk	Undervisande, lärande, pedagogisk
Effektstorlek	Statistisk term som beskriver storleken och riktningen på effekten av en viss insats. Exempel på effektstorlekar är Cohen's d, oddskvot, riskkvot och number needed to treat
Estimat	Skattning
Evidens	Något som bedöms tyda på att ett visst förhållande gäller (av latinets evidentia – tydlighet). I termen evidensbaserad praktik är evidens det sammanvägda resultat av systematiskt insamlade och kvalitetsgranskade vetenskapliga observationer, vilka ska uppfylla bestämda krav på tillförlitlighet så att de sammantaget kan anses utgöra bästa tillgängliga bevis i en viss fråga
Evidensstyrka	Evidensstyrkan är en bedömning av hur starkt det sammanlagda vetenskapliga underlaget är för att besvara en viss fråga på ett tillförlitligt sätt. SBU tillämpar det internationellt utarbetade evidensgraderingssystemet GRADE. För varje effektmått utgår man i den sammanlagda bedömningen från förekomsten av försvagande eller förstärkande faktorer (påverkansfaktorer), det vill säga studiekvalitet, samstämmighet, överförbarhet, effektstorlek, precision i data, risk för publikationsbias och andra aspekter, till exempel dos–responssamband
Exklusionskriterier	Omständigheter som förhindrar en person att delta i en undersökning, eller att en viss studie inte tas med i en systematisk granskning. Dessa kriterier ska vara angivna i undersökningens protokoll. Exempel: annan pågående behandling. Termen används även vid metaanalys och systematisk översikt och avser då omständigheter som gör att resultaten från en viss studie inte kan tas med
Experimentgrupp	Grupp deltagare i en utvärdering som ges den insats som testas och vars utfall jämförs med en kontrollgrupp eller en jämförelsegrupp

Externaliserat symtom	Symtom på psykisk ohälsa som är av typ "utagerande", till exempel störande eller våldsamt beteende, trotsig eller verbalt hotfull
Familjehem	Tidigare kallat fosterhem. Familj som, på uppdrag av socialnämnden, tar emot barn och ungdomar för stadigvarande vård och fostran eller vuxna för vård och omvårdnad och vars verksamhet inte bedrivs yrkesmässigt
Frekvens	Hur ofta något inträffar eller hur många individer som tillhör en viss kategori
Försörjningsstöd	Tidigare kallat socialbidrag. Försörjningsstödet består av dels riksnormen, dels skäliga kostnader utanför riksnormen. I riksnormen ligger kostnader som är någorlunda lika för alla. Till exempel ingår kostnader för mat, kläder och hygien. Kostnader för boende och en del andra behov där variationen kan vara stor, ligger utanför riksnormen. Eftersom dessa kan variera beroende till exempel på var och hur man bor kan vad som är skäligt inte bestämmas på nationell nivå
HVB-hem	Hem för vård eller boende. Institution för heldygnsvistelse som inkluderar vård eller behandling. Verksamheten bedrivs yrkesmässigt
Implementera	Införa, igångsätta
Inklusionskriterium	Betingelser som ska uppfyllas för att en person ska kunna tillfrågas att delta i en undersökning. Kriterierna kan gälla viss problematik, åldersgrupp med mera. Att informerat samtycke getts är ett obligatoriskt inklusionskriterium. Deltagande i undersökningen kräver dessutom att inget av exklusionskriterierna finns. Termen inklusionskriterium används även vid metaanalys och systematisk översikt och avser då vilka villkor som en publicerad undersökning ska uppfylla för att dess data ska accepteras i analysen
Internaliserat symtom	Symtom på psykisk ohälsa som riktas "inåt" mot individen själv, till exempel självmordstankar, ångest, rädsla för att göra fel
Insats	Medveten åtgärd för att åstadkomma en förändring och som syftar till att uppnå ett visst mål (t.ex. förebygga psykiska eller sociala problem) för en definierad population. Insatser sammanfattas i form av en skriftlig eller muntlig överförbar kunskap och görs tillgängliga genom utbildning, undervisning, handledning eller självstudier
Intervention	Insats
Jämförelsegrupp	Kontrollgrupp
Klinisk	Benämning på allt löpande arbete och all forskning som ska diagnostisera, förebygga och behandla problem eller ohälsa och som utförs i kontakt med de personer det gäller
Konfidensintervall (KI)	Sifferintervall som med viss angiven sannolikhet innefattar det sanna värdet för till exempel ett medeltal eller en oddskvot. Konfidensintervallet innehåller alla tänkbara värden som inte kan förkastas på grundval av föreliggande data. Vanligen anges övre och nedre gränsen för ett konfidensintervall som har 95 procents sannolikhet
Kontrollerad studie	Experimentell studie där insatsgrupp och jämförelsegrupp följs över tid. En kontrollerad studie kan vara randomiserad eller icke-randomiserad
Kontrollgrupp	Den deltagargrupp i en klinisk prövning som endera får overksam insats (ofta placebo), en annan insats, standardbehandling eller får vänta på att få insatsen till ett senare tillfälle
Kostnads-effektivitetsanalys	Cost-effectiveness analysis, hälsoekonomisk analys som beräknar kostnaden per uppnådd effekt för en viss åtgärd, till exempel kostnad per vunnet levnadsår. Möjliggör jämförelser mellan åtgärder
Kvalitetsjusterade levnadsår	Quality-adjusted life years (QALY), ett mått på sjuklighet i en befolkning eller en grupp som anger den återstående livslängden i friska år. Olika sjukdomar/skador ges olika vikter beroende på svårighetsgrad (1=full hälsa, 0=död). Utifrån sjukdomens/skadans förekomst (prevalens) summeras de viktade levnadsåren för att beräkna antalet återstående friska år. QALYs används oftast som ett mått på effekten av medicinska åtgärder i hälsoekonomiska analyser

Livskvalitet	Hur en person värderar sitt liv. Livskvalitet är en av de effekter som bedöms i många kliniska studier och används ofta som effektmått i hälsoekonomiska analyser i form av QALYs
Longitudinell studie	Studie som undersöker en grupp individer vid olika tillfällen över tid
Matchning	Åtgärder för att åstadkomma maximal jämförbarhet i kontrollerade undersökningar där randomisering inte använts. För varje fall utses en eller flera matchade kontroller som liknar fallen i avseenden som antas vara viktiga för utfallet
Medelvärde	Genomsnitt, summan av samtliga observationstal dividerad med antalet observationer
Median	"Mittvärde", det värde i en rangordnad serie som delar denna i två lika stora delar. Om serien har ett jämnt antal värden blir medianen medelvärdet mellan de två tal som ligger i mitten
Metaanalys	Statistisk sammanvägning av resultat från flera studier. En metod att göra en samlad bedömning av ett antal jämförande undersökningar genom att statistiskt sammanföra deras resultat. Metaanalysen redovisar samtliga delresultat i form av ett resultatmått (t.ex. SMD) med tillhörande konfidensintervall. De summerade resultatmåtten ger en uppfattning om huruvida publikationerna visat att en insats är bättre än en annan
Number needed to treat (NNT)	Antal personer som behöver behandlas för att, under viss angiven tid, en av dem sannolikt drar nytta av behandlingens gynnsamma effekt
Population	Grupp personer som har något gemensamt, till exempel alla barn i Sverige som är placerade i ett familjehem. En utvärdering utförs i regel på ett urval ur en population, till exempel de barn i familjehem som har fyllt 15 år, inte bor alltför långt bort, accepterar att delta i undersökningen och uppfyller studiens inklusions- och exklusionskriterier. En sådan urvalsgrupp kan också kallas en (studie)population
Precision	Noggrannhet
Propensity score	Mått som mäter sannolikheten att en individ tillhör en viss population
Publikationsbias	Snedvridning av publicerade resultat av studier orsakad av att forskare, ibland också tidskriftsredaktörer, föredrar att publicera undersökningar som gett positivt resultat, till exempel visat att en insats har effekt. Studier som inte visat någon effekt blir till stor del okända, och bilden av insatsens värde blir omotiverat gynnsam
Punktestimat	Ett visst statistiskt resultatvärde, till exempel ett medelvärde eller en relativ risk. Hur "säkert" punktestimatet är framgår av dess standardavvikelse eller dess konfidensintervall
Randomisering	Slumpmässig fördelning av deltagarna mellan grupperna i en undersökning. Randomisering ger det bästa skyddet mot selektionsbias
Randomiserad kontrollerad studie	Experimentell studie med slumpvis fördelning av individer mellan försöks- och kontrollgrupper och aktiv behandling. Genom randomiseringen minskar risken att studiegrupperna skiljer sig åt före studiens start. Randomiseringen fördelar okända störfaktorer (confounders) lika mellan grupperna
Rapporteringsbias	Uppstår när forskare i sin rapportering utelämnar utfallsmått som inte påverkats av insatsen alternativt lägger till utfallsmått (där positiva effekter påvisats) som inte var tänkta att inkluderas från början. En liknande snedvridning kan ske på studienivå
Regressionsanalys	Statistisk analysmetod. I en regressionsanalys justeras resultaten för olika bakgrundsfaktorer, exempelvis ålder och kön. Det innebär att analysen tar hänsyn till att fördelningen av ålder och kön skiljer sig åt mellan de grupper som ingår i analysen. En regressionsanalys ger svar på frågan: Finns det en skillnad om alla övriga faktorer som ingår i analysen är lika fördelade?
Retrospektiv studie	Undersökning som är tillbakablickande, dvs. baseras på data om det förflutna (t.ex. information om hur vuxna minns sin barndom)

Selektionsbias	Selektionsbias medför att de grupper vars behandlingsresultat ska jämföras inte är jämförbara vid studiens start. Därmed är det svårt att avgöra om eventuella effekter beror på insatsen eller på att grupperna har olika förutsättningar
Signifikant	Statistiskt mått på om en observation beror på slump eller inte
Standardavvikelse (SD)	Ett spridningsmått för en sannolikhetsfördelning; hur utspridd fördelningen är kring ett medelvärde. En liten standardavvikelse innebär att de flesta mätvärden ligger nära medelvärdet
Standardbehandling	Traditionell insats, den insats som vanligtvis ges till en viss målgrupp
Standardiserad medelvärdes-skillnad (SMD)	Effektstorlek som räknas ut genom att man subtraherar en grupps medelvärde från en annan grupps medelvärde och dividerar med gruppernas genomsnittliga standardavvikelse. Vanligtvis motsvarar $d = 0{,}20$ en liten effekt, $d = 0{,}50$ en medelstor effekt, och $d = 0{,}80$ en stor effekt av insatsen
Statistiskt säkerställd	Förhållande som enligt vedertagen statistisk praxis är med minst 95 procents säkerhet beroende av annat än slumpen
Systematiskt fel	Bias
Systematisk översikt	Strukturerad metod som används för att identifiera, välja ut, bedöma och sammanfatta forskning avseende en tydlig och avgränsad fråga. Ambitionen är att så systematiskt och transparent som möjligt väga samman forskningsresultat från alla kända och relevanta primärstudier som håller acceptabel vetenskaplig kvalitet. De uttömmande anspråken medför att den systematiska översikten är ett levande dokument som ska revideras regelbundet. Arbetet genomförs i enlighet med ett protokoll där samtliga arbetsmoment har specificerats i förväg
Utfallsmått	Aspekter av en persons kliniska och funktionella status som mäts inom ramen för en effektutvärdering och som fungerar som kriterium för att värdera insatsens effekter, till exempel hur stor andel som inom viss tid återfallit i brottslighet

13 Referenser

1. Jackson S. Educational success for looked-after children: The social worker's responsibility. Practice: 1998;10:47-56.

2. Smithgall C, Gladden RM, Howard E, Goerge RM, Courtney ME. Educational experiences of children in out-of-home care. Chapin Hall Center 2004, University of Chicago, Chicago.

3. Föräldrabalken (1949:381). Svensk författningssamling 1949:381 t.o.m. SFS 2017:727. http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/foraldrabalk-1949381_sfs-1949-381.

4. Mattsson T. Rätten till familj inom barn- och ungdomsvården. Liber 2010, upplaga 1. ISBN 978-91-47-09501-8.

5. Socialtjänstlag (2001:453). Svensk författningssamling 2001:453 t.o.m. SFS 2017:742. http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453.

6. Winokur M, Holtan A, Batchelder KE. Kinship care for the safety, permanency, and well-being of children removed from the home for maltreatment. Cochrane Database Syst Rev 2014;31:CD006546.

7. SBU. Placering i släktinghem respektive vanliga familjehem – Vad gynnar barnen? SBU kommenterar. www.sbu.se/2016_07

8. Socialstyrelsen. Förskrivning av psykofarmaka till placerade barn och ungdomar. Publiceringsår 2014. ISBN 978-91-7555-235-4. http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-11-3

9. Socialstyrelsen. Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. Publiceringsår 2013. ISBN 978-91-7555-042-8. http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-3-15

10. Vinnerljung B, Hjern A, Ringbeck Weitoft G, Franzén E, Estrada F. Children and young people at risk. Int J Soc Welf 2007;16:163-202.

11. Lundström T, Vinnerljung B. Omhändertaganden av barn under 1990-talet. Välfärdstjänster i omvandling: antologi från Kommittén Välfärdsbokslut, SoU 2001:289-336.

12. Thoburn J. Globalisation and child welfare: Some lessons from a cross-national study of children in out-of-home care. Social Works Monographs, UEA, Norwich, 2007. ISBN 978-1-85784-126-8.

13. Vinnerljung B, Sallnäs M, Oscarsson L. Dygnsvård för barn och ungdom 1983–1995 – förändringar i vårdlandskapet sedan Socialtjänstlagens tillkomst. Socionomens forskningssupplement nr 11 (Socionomen 8/1999), 1-20.

14. Vinnerljung B, Sallnäs M, Kyhle Westermark P. Sammanbrott vid tonårsplaceringar – om ungdomar i fosterhem och på institution. Stockholm: Socialstyrelsen/CUS 2001.

15. Vinnerljung B, Öman M, Gunnarsson T. Educational attainments of former child welfaire clients- a swedish national cohort study. Int J Soc Welf 2005;14:265-76.

16. Sallnäs M, Vinnerljung B. Instabilitet i familjehemsvården – en regional studie om sammanbrott bland yngre barn och bland barn i långvarig familjehemsvård. Oplanerade avbrott i familjehemsplaceringar av yngre barn och långvarigt placerade barn. Stockholm, Socialstyrelsen 2012:24-68.

17. Sundell K, Vinnerljung B, Andrée Löfholm C, Humlesjö E. Socialtjänstens barn – Hur många är de, vilka är insatserna, hur ofta återaktualiseras de och vad händer dem i vuxen ålder? Stockholm: FoU-rapport, Socialförvaltningen 2004:4, 1404-3351.

18. Franzén E, Vinnerljung B, Hjern A. The epidemiology of out-of-home care for children and youth. A national cohort study. Br J Soc Work 2008; 38:1043-59.

19. Vinnerljung B. Fosterbarn som vuxna. Akad. avhandl. Lund: Arkiv Förlag 1996.

20. Doyle J. Child protection and child outcomes: Measuring the effects of foster care. Am Econ Revi 2007;97:1583-610.

21. Doyle J. Child protection and adult crime: Using investigator assignment to estimate causal effects of foster care. J Public Econ 2008;116:746-70.

22. Berzin SC. Difficulties in the transition to adulthood: using propensity scoring to understand what makes foster youth vulnerable. Soc Serv Rev 2008;82:171-96.

23. Berzin SC. Understanding foster youth outcomes. Is propensity score better than traditional methods? Res Soc Work Pract 2010;20:100-11.

24. Olsen R, Egelund T, Lausten M. Tidligere anbragte som unge voksne. SFI – Den Nationale Forskningscenter For Velfærd, København, Danmark 2011. ISBN 978-87-7119-043-4.

25. Lindquist MS, Santavirta T. Does placing children in foster care increase their adult criminality? Labour Econ 2014;31:72-83.

26. Warburton WP, Warburton, RN, Sweetman, A, Hertzman, C. The impact of placing adolescent males into foster care on education, income assistance and convictions. Canadian J Econ 2014;47:35-69.

27. Dumaret A. IQ, scholastic performance and behaviour of sibs raised in contrasting environments. J Child Psychol Psychiatry 1985;26:553-80.

28. Vinnerljung B, Brännström, L, Hjern, A. Long term outcomes of growing up in foster care – A Swedish sibling study. Kommande.

29. Vinnerljung B, Berlin M, Hjern A. Skolbetyg, utbildning och risker för ogynnsam utveckling hos barn. I Socialstyrelsen Social Rapport 2010, kap 7, s 227-266.

30. Goemans A, van Geel M, Vedder P. Over three decades of longitudinal research on the development of foster children: a meta-analysis. Child Abuse Negl 2015;42:121-34.

31. Vanderfaeillie J, Van Holen 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. Child Youth Serv Rev 2013;35:587-93.

32. Vinnerljung B, Hjern A, Lindblad F. Suicide attempts and severe psychiatric morbidity among former child welfare clients – a national cohort study. J Child Psychol Psychiatry 2006;47: 723-33.

33. Vinnerljung B, Hjern A. Consumption of psychotropic drugs among adults who were in societal care during their child-

hood-A Swedish national cohort study. Nord J Psychiatry 2014;68:611-9.

34. Vinnerljung B, Brännström L, Hjern A. Disability pension among adult former child welfare clients: A Swedish national cohort study. Child Youth Serv Rev 2015;56:169-76.

35. Lehmann S, Havik OE, Havik T, Heiervang ER. Mental disorders in foster children: a study of prevalence, comorbidity and risk factors. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 2013;7:39.

36. Goodman A, Heiervang E, Collishaw S, Goodman R. The 'DAWBA bands' as an ordered-categorical measure of child mental health: description and validation in British and Norwegian samples. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2011;46:521-32.

37. Egelund T, Lausten M. Prevalence of mental health problems among children-placed in out-of-home care in Denmark. Child Fam Soc Work 2009;14:156-65.

38. Holtan A, Rønning JA, Handegard BH, Sourander A. A comparison of mental health problems in kinship and nonkinship foster care. Eur Child Adolesc Psychiatry 2005;14:200-7.

39. McCann JB, James A, Wilson S, Dunn G. Prevalence of psychiatric disorders in young people in the care system. BMJ 1996;313:1529-30.

40. 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. BMJ 1999;319:675.

41. 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. Br J Psychiatry 2007;190:319-25.

42. Pecora P, White C, Jackson L, Wiggins T. Mental health of current and former recipients of foster care: a review of recent studies in the USA. Child Fam Soc 2009;14:132-46.

43. Hochstadt NJ, Jaudes PK, Zimo DA, Schachter J. The medical and psychosocial needs of children entering foster care. Child Abuse Negl 1987;11:53-62.

44. Chernoff R, Combs-Orme T, Risley-Curtiss C, Heisler A. Assessing the health status of children entering foster care. Pediatrics 1994;93:594-601.

45. Schneiderman JU, Leslie LK, Arnold-Clark JS, McDaniel D, Xie B. Pediatric health assessments of young children in child welfare by placement type. Child Abuse Negl 2011;35:29-39.

46. Köhler M, Emmelin M, Hjern A, Rosvall M. Children in family foster care have greater health risks and less involvement in Child Health Services. Acta Pædiatr 2015;104:508-13.

47. Kling S, Vinnerljung B, Hjern A. Hälsokontroll för SiS-ungdomar. En studie av hälsoproblem och vårdbehov hos ungdomar på fyra särskilda ungdomshem. Institutionsvård i Fokus nr 4, 2016. Statens institutionsstyrelse SiS.

48. Hansen RL, Mawjee FL, Barton K, Metcalf MB, Joye NR. Comparing the health status of low-income children in and out of foster care. Child Welfare 2004;83:367-80.

49. Egelund T, Andersen D, Hestbæk A-D, Lausten M, Knudsen L, Fuglsang Olsen R, Gerstoft, F. Anbragte Børns udvikling og Vilkår. Resultater fra SFI's Forløbsundersøgelser af Årgang 1995. København: SFI 2008. ISBN 978-87-7487-910-7.

50. Kling S. Fosterbarns hälsa - det medicinska omhändertagandet av samhällsvårdande barns hälsa i Malmö. Nordiska Högskolan för Folkhälsovetenskap. Malmö stad 2010.

51. Zlotnick C, Tam TW, Soman LA. Life course outcomes on mental and physical health: the impact of foster care on adulthood. Am J Public Health 2012;102:534-40.

52. Fiedler Backteman U, Blennow M, Lindfors A. Hälsovård för barn placerade i samhällsvård: Brister finns, förbättringar möjliga. Stockholms läns landsting 2014.

53. Vinnerljung B, Forsman H, Jacobsen H, Kling S, Kornør H, Lehman S. Barn kan inte vänta. Översikt av kunskaps-

läget och exempel på genomförbara förbättringar. Stockholm: Nordens Välfärdscenter. Projekt: Nordens barn – fokus på barn i fosterhem. 2015. ISBN 978-91-980800-4-9.

54. Brännström L, Vinnerljung B, Hjern A. Risk factors for teenage births: Are they the same for foster youth as for majority population peers? Child Youth Serv Rev 2015;54:393-410.

55. Vinnerljung B, Franzen E, Danielsson M. Teenage parenthood among child welfare clients: a Swedish national cohort study of prevalence and odds. J Adolesc 2007;30:97-116.

56. 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 Fam Soc Work 2008;13:144-55.

57. Vinnerljung B, Berlin M, Hjern A. Skolbetyg, utbildning och risker för ogynnsam utveckling hos barn. Socialstyrelsen: Social Rapport 2010 p. 227-66. Stockholm.

58. Frønes I, Strømme H. Risiko og marginalisering: Norske barns levekår i kunnskapssamfunnet. Oslo, Gyldendal 2010. ISBN/EAN: 9788205464308.

59. Gauffin K, Vinnerljung B, Fridell M, Hesse M, Hjern A. Childhood socioeconomic status, school failure and drug abuse: a Swedish national cohort study. Addiction 2013;108:1441-9.

60. Bäckman O, Estrada F, Nilsson A, Shannon D. The life course of young male and female offenders: Stability or change between different birth cohorts. Br J Criminol 2014;54:393-410.

61. Berlin M, Vinnerljung B, Hjern A. School performance in primary school and psychosocial problems in young adulthood among care levers from long term foster care. Child Youth Serv Rev 2011;33:2489-97.

62. Dæhlen M. Child welfare clients and educational transitions. Child Fam Soc Work 2015:22;317-329. E-publ doi:10.1111/cfs.12243.

63. Berlin M, Vinnerljung B, Hjern A. School performance in primary school and psychosocial problems in young adulthood among care levers from long term foster care. Child Youth Serv Rev 2011;33:2489-97.

64. Oosterman M, Schuengel C, Wim Slot N, Bullens RA, Doreleijers T. Disruption in foster care: A review and meta-analysis. Child Youth Serv Rev 2007;29:53-76.

65. Olsson M, Egelund T, Host A. Breakdown of teenage placement in Danish out-of-home care. Child Fam Soc Work 2012;17:13-22.

66. Oplanerade avbrott i familjehemsplaceringar av yngre barn och långvarigt placerade barn. Socialstyrelsen 2012. Artikelnummer 2012-11-28. https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-11-28

67. Westerberg V. Sammanbrott i samhällsvård - En studie om barns placeringsmönster. FoU Västernorrland, Rapport mr 2011:3. http://www.fouvalfard.se/sammanbrott-i-samhallsvard-en-studie-om-barns-placeringsmonster

68. Vinnerljung B, Sallnäs M, Berlin M. Placement breakdowns in long-term foster care – a regional Swedish study. Child Fam Soc Work 2017:22;15-25. Epubl DOI:10.1111/cfs.12189.

69. Scholte E. Criteria for residential and foster care. International J Child Psychol Psychiatry 1997;38:657-66.

70. Andreassen T. Institutionsbehandling av ungdomar. Vad säger forskningen? Stockholm, Gothia Fortbildning 2003. ISBN 9789172053762.

71. Sundell K, Vinnerljung B, Löfholm AC, Humlesjö E. Child protection in Stockholm: A local cohort study of childhood prevalence of investigations and service delivery. Child Youth Serv Rev 2007;29:180-92.

72. Sundell K, Karlsson U. Social barnavård i tio svenska kommuner. Vilka barn berörs, hur utreds de och vad händer med dem? FoU-rapport 1999:26. Socialtjänstförvaltningen, Forsknings- och utvecklingsenheten, Stockholm. ISBN 91-88738-71-X.

73. SBU. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården. En handbok, 2 uppl.

Stockholm 2014. http://www.sbu.se/metodbok

74. Borenstein M, Hedges L, Higgins J, Rothstein H. Introduction to Meta-Analysis. John Wiley & Sons Ltd 2009. ISBN13 9780470057247.

75. Higgins J, Green S. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. A co-publication between The Cochrane Collaboration and John Wiley & Sons Ltd 2008. ISBN 978-0-470-69951-5.

76. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ 2008;336:924-6.

77. Interest Group on Patient and Citizen Involvement in HTA (PCIG). http://www.htai.org/interest-groups/patient-and-citizen-involvement/pcig-home.html

78. Nemeroff CB. Fostering foster care outcomes: quality of intervention matters in overcoming early adversity. Arch Gen Psychiatry 2008;65:623-4.

79. Geenen S, Powers LE, Phillips LA, Nelson M, McKenna J, Winges-Yanez N, et al. Better futures: a randomized field test of a model for supporting young people in foster care with mental health challenges to participate in higher education. J Behav Health Serv Res 2015;42: 150-71.

80. Taussig HN, Culhane SE. Impact of a mentoring and skills group program on mental health outcomes for maltreated children in foster care. Arch Pediatr Adolesc Med 2010;164:739-46.

81. Taussig HN, Culhane SE, Garrido E, Knudtson MD. RCT of a mentoring and skills group program: placement and permanency outcomes for foster youth. Pediatrics 2012;130:33-9.

82. Linares LO, Li M, Shrout PE. Child training for physical aggression?: Lessons from foster care. Child Youth Serv Rev 2012;34:2416-22.

83. Kothari BH, McBeath B, Sorenson P, Bank L, Waid J, Webb SJ, Steele J. An intervention to improve sibling relationship quality among youth in foster care: Results of a randomized clinical trial. Child Abuse Negl 2017;63:19-29.

84. Powers LE, Geenen S, Powers J, Pommier-Satya S, Turner A, Dalton LD, et al. My life: Effects of a longitudinal, randomized study of self-determination enhancement on the transition outcomes of youth in foster care and special education. Child Youth Serv Rev 2012;34:2179-87.

85. Geenen S, Powers LE, Powers J, Cunningham M, McMahon L, Nelson M et al. Experimental Study of a Self-Determination Intervention for Youth in Foster Care. Career Dev Transit Except Individ 2013;36:84-95.

86. Bick J, Dozier M. The effectiveness of an attachment-based intervention in promoting foster mothers' sensitivity toward foster infants. Infant Ment Health J 2013;34:95-103.

87. Dozier M, Lindhiem O, Lewis E, Bick J, Bernard K, Peloso E. Effects of a Foster Parent Training Program on Young Children's Attachment Behaviors: Preliminary Evidence from a Randomized Clinical Trial. Child Adolesc Social Work J 2009;26:321-32.

88. Dozier M, Peloso E, Lindheim O, Gordon MK, Manni M, Sepulveda S, Ackerman J. Developing Evidence-Based Interventions for Foster Children: An Example of a Randomized Clinical Trial with Infants and Toddlers. J Soc Issues 2006;62:767-85.

89. van Andel H, Post W, Jansen L, Van der Gaag RJ, Knorth E, Grietens H. Optimizing foster family placement for infants and toddlers: A randomized controlled trial on the effect of the foster family intervention. Am J Orthopsychiatry 2016;86:332-44.

90. Linares LO, Montalto D, Li M, Oza VS. A promising parenting intervention in foster care. J Consult Clinical Psychol 2006;74:32-41.

91. Bywater T, Hutchings J, Linck P, Whitaker C, Daley D, Yeo ST, Edwards RT. Incredible Years parent training support for foster carers in Wales: a multi-centre feasibility study. Child Care Health Dev 2011;37:233-43.

92. Chamberlain P, Price J, Leve LD, Laurent H, Landsverk JA, Reid JB. Prevention of behavior problems for children in foster care: outcomes and mediation effects. Prev Sci 2008;9:17-27.

93. Rast J, Rast JE. Neighbor To Family: Supporting Sibling Groups in Foster Care. Fam Soc 2014;95:83-91.

94. Maaskant A, van Rooij FB, Overbeek GJ, Oort FJ, Hermanns JMA. Parent training in foster families with children with behavior problems: Follow-up results from a randomized controlled trial. Child Youth Serv Rev 2016;70:84-94.

95. Unrau Y, Wells M, Hartnett MA. Removing barriers to service delivery: an outcome evaluation of a 'remodelled' foster care programme. Adoption & Fostering 2004;28:20-30.

96. Spieker SJ, Oxford ML, Fleming CB. Permanency Outcomes for Toddlers in Child Welfare Two Years After a Randomized Trial of a Parenting Intervention. Child Youth Serv Rev 2014;44:201-06.

97. Kessler R, Pecora P, Williams J, Hiripi E, O'Brian K, English D, et al. Effects of Enhanced Foster Care on the Long-term Physical and Mental of Foster Care Alumni. Arch Gen Psychiatry 2008;65:625-33.

98. Clark HB, Lee B, Prange ME, McDonald BA. Children Lost Within the Foster Care System: Can Wrap-around Service Strategies Improve Placement Outcomes? J Child Fam Stud 1996;5:39-54.

99. Clark HB, Prange ME, Lee B, Boyd LA, McDonald BA, Stewart ES. Improving adjustment outcomes for foster children with emotional and behavioral disorders: Early findings from a controlled study on individualized services. J Emot Beh Disord 1994;2:207-18.

100. Kim HK, Leve LD. Substance use and delinquency among middle school girls in foster care: a three-year follow-up of a randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol 2011;79:740-50.

101. Kim HK, Pears KC, Leve LD, Chamberlain P, Smith DK. Intervention effects on health-risking sexual behavior among girls in foster care: The role of placement disruption and tobacco and marijuana use. J Child Adolesc Subst Abuse 2013;22:370-87.

102. Fisher PA, Burraston B, Pears K. The early intervention foster care program: permanent placement outcomes from a randomized trial. Child Maltreat 2005;10:61-71.

103. Fisher PA, Kim HK. Intervention effects on foster preschoolers' attachment-related behaviors from a randomized trial. Prev Sci 2007;8:161-70.

104. Fisher PA, Stoolmiller M. Intervention effects on foster parents stress: Associations with child cortisol levels. Dev Psychopathol 2008;20:1003-21.

105. Fisher PA, Stoolmiller M, Gunnar MR, Burraston BO. Effects of a therapeutic intervention for foster preschoolers on diurnal cortisol activity. Psychoneuroendocrinology 2007;32:892-905.

106. Mersky JP, Topitzes J, Grant-Savela SD, Brondino MJ, McNeil CB. Adapting Parent–Child Interaction Therapy to Foster Care. Res Soc Work Pract 2016; 26:157-67.

107. Vårdanalys. Hittar vi hem? En kartläggning och analys av den sociala dygnsvården för barn och unga. Rapport 2016:5. http://www.vardanalys.se/Rapporter/2016/Hittar-vi-hem/

108. Funderburk BW, Eyberg SM, Brendan AR, Behar L. Further psychometric evaluation of the eyberg and behar rating scales for parents and teachers of preschoolers. Early Educ Dev 2003;14:67-81.

109. Goodman R. Psychometric Properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001;40:1337-45.

110. Socialstyrelsen. Metodguiden för socialt arbete. SDQ. Accessed 170703 at http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialtarbete/sdq

111. Vinnerljung B, Brännström L, Hjern A. Kontaktfamilj/-person för barn. Uppföljning och utvärdering med registerdata. Stockholms universitet,

Samhällsvetenskapliga fakulteten. Institutionen för socialt arbete, 2012. Rapport i Socialt arbete nr 138. ISBN 978-91-637-0044-6.

112. Furlong M, McGilloway S, Bywater T, Hutchings J, Smith SM, Donnelly M. Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Feb 15;(2):CD008225. doi: 10.1002/14651858.CD008225.pub2.

113. Sloan S, Winter K, Lynn F, Gilde A, Connelly P. Nuture groups in Primary Schools in Northern Ireland. Belfast: Centre for Effective Education, Queens University, Belfast 2016.

114. Sampaio F, Enebrink P, Mihalopoulos C, Feldman I. Cost-Effectiveness of Four Parenting Programs and Bibliotherapy for Parents of Children with Conduct Problems. J Ment Health Policy Econ 2016;19:201-12.

115. Wilson FA, Araz OM, Thompson RW, Ringle JL, Mason WA, Stimpson JP. A decision support tool to determine cost-to-benefit of a family-centered in-home program for at-risk adolescents. Eval Program Plann 2016;56:43-9.

116. Washington State Institute for Public Policy, WSIPP. http://www.wsipp.wa.gov/

117. Dalziel K, Segal L. Home visiting programmes for the prevention of child maltreatment: cost-effectiveness of 33 programmes. Arch Dis Child 2012;9:787-98.

118. Bernfort L, Lundqvist M. Är insatsen SkolFam lönsam? Utvärdering av SkolFam2 i Norrköpings kommun. Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi, Linköpings universitet 2014. http://www.skolfam.se/wp-content/uploads/2014/12/SkolFam_utv%C3%A4rd-140207.pdf

119. Sandman L, Heintz E, Hultcrantz M, Jacobson S, Lintamo L, Levi R, Munthe C, Tranæus S, Östlund P. Etiska aspekter på åtgärder inom hälso- och sjukvården. En vägledning för att identifiera relevanta etiska frågor. SBU:s Metodbok, bilaga 9. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering 2014.

120. Heintz E, Lintamo L, Hultcrantz M, Jacobson S, Levi R, Munthe C, et al. Framework for systematic identification of ethical aspects of healthcare technologies: the SBU approach. Int J Technol Assess Health Care 2015;31:124-30.

121. Munthe C, Sandman L, Nykänen P. Delat beslutsfattande och evidensbaserad praktik inom socialtjänsten: mål, begrepp och etik för utformning och implementering. Rapport webserien nr. 62. Göteborg: Göteborgs universitet 2015. http://flov.gu.se/digitalAssets/1544/1544813_slutversionpubliceradfinalmedomslag.pdf

122. UNICEF. Barnkonventionen: FN:s konvention om barnets rättigheter. Stockholm: UNICEF Sverige 1989. http://barnkonventionen.se/fns-konvention-for-barns-rattigheter/

123. Munthe C, Hartvigsson T. Etiska aspekter på att lyssna på barn i familjehem - mål, komplikationer och konflikter. Stockholm: Socialstyrelsen 2015. ISBN 978-91-7555-265-1. http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-1-15

124. Molin R, Palmer S. Consent and Participation: ethical issues in the treatment of children in out-of-home care. Am J Orthopsychiatry 2005;76:152-57.

125. Kennedy SS, Mercer J, Mohr W, Huffine CW. Snake oil, ethics, and the first amendment: what's a profession to do? Am J Orthopsychiatry 2002;72:5–15.

126. Lilienfeld SO. Psychological Treatments That Cause Harm. Perspect Psychol Sci 2007;2:53-70.

127. Lilienfeld SO, Lynn SJ, Ruscio J, Beyerstein BL. 50 Great Myths of Popular Psychology: Shattering Widespread Misconceptions about Human Behavior. Wiley-Blackwell 2009. ISBN 978-1-4051-3112-4.

128. Sundell K, Vinnerljung B. Goda intentioner kan vålla skada: om etik i socialt arbete. Ingår i Evidensbaserad praktik i socialt arbete, Gothia/IMS 2008;36-46.

129. Coyne JC, Tennen H. Positive Psychology in cancer care: bad science, exaggerated claims, and unproven medicine. Ann Behav Med 2010;39:16-26.

130. Coyne JC. A skeptical look at The Lancet behavioural activation versus CBT for de-pression (COBRA) study. PLOS Blogs: Mind the Brain, 24 August, 2016. http://blogs.plos.org/mindthebrain/2016/08/24/a-skeptical-look-at-the-lancet-behavioural-activation-versus-cbt-for-depression-cobra-study/

131. Vanvård i social barnavård – slutrapport, SOU 2011:61. http://www.regeringen.se/rattsdokument/statens-offentliga-utredningar/2011/09/sou-201161/

132. Munthe C. Precautionary Principle. In: ten Have, H (ed.). Encyclopedia of Global Bioethics. Cham: Springer 2016;2257-65.

133. Banks S. Ethics and Values in Social Work, 4th Edition. Hampshire, UK: Palgrave Macmillan 2012.

134. Blennberger E. Etik i socialpolitik och socialt arbete. Studentlitteratur 2005, vol 350.

135. Petterson U. Etik och socialtjänst 4:e uppl: om förutsättningarna för det sociala arbetets etik. Gleerups Utbildning AB 2013. ISBN 9789140685636.

136. Etik i socialt arbete – Etisk kod för socialarbetare, 2015. Stockholm: Akademikerförbundet SSR.

137. Gustafsson LL. Steg mot rationell introduktion av nya läkemedel i Sverige. Läkartidningen 2016;113:D93D.

138. Liliemark J, Lööf L, Befrits G, Back S, Sandman L. Betalningsviljan för nya läkemedel bygger på etiska principer. Läkartidningen 2016;113:D4WP.

139. Wallerstedt SM. Nya läkemedel kan nomineras för introduktionsfinansiering: Prioriteringen bygger på medicinsk och vetenskaplig värdering – goda erfarenheter från process i Västra Götalandsregionen. Läkartidningen 2016;113:D43D.

140. Millum J, Emanuel EJ. The ethics of international research with abandoned children. Science 2007;318:1874-75.

141. Sallnäs M, Wiklund S, Lagerlöf H. Samhällsvårdade barn, gate-keeping och forskning. Socialvetenskaplig tidskrift 2010;17:nr 2:152-69.

142. Gassne J. Evidensbaserad praktik på svenska socialhögskolor. Socialstyrelsen 2010. ISBN 978-91-86585-07-5.

143. Tengvald K. Förutsättningar för kunskapsstyrning av socialtjänsten. Socialstyrelsen 2015. ISBN 978-91-7555-277-4.

144. Banks S. Ethics, Accountability, and the Social Professions. Hampshire, UK: Palgrave Macmillan 2004. ISBN 0333751663.

145. Strijbosch E, Huijs JAM, Stams GJJM, Wissink IB, van der Helm GHP, de Swart JJW, van der Veen Z. The outcome of institutional youth care compared to non-institutional youth care for children of primary school age and early adolescence: A multi-level meta-analysis. Child Youth Serv Rev 2015;58:208-18.

146. Kerr L, Cossar J. Attachment Interventions with Foster and Adoptive Parents: A Systematic Review. Child Abuse Rev 2014;23:426-39.

147. Kinsey D, Schlösser A. Interventions in foster and kinship care: A systematic review. Clin Child Psychol Psychiatry 2012;18:429-63.

148. Cybulski L, Mayo-Wilson E, Grant S. Improving transparency and reproducibility through registration: The status of intervention trials published in clinical psychology journals. J Consulting Clin Psychol 2016;84:753-67.

149. Bonell C, Jamal F, Melendez-Torres GJ, Cummins S. 'Dark logic': theorising the harmful consequences of public health interventions. J Epidemiol Community Health 2015;69:95-8.

150. Khoo E, Skoog V, Dalin R. In and out of care. A profile and analysis of children in the out-of-home care system in Sweden. Child Youth Serv Rev 2012;34:900-07.

151. Leloux-Opmeer H, Kuiper C, Swaab H, Scholte E. Characteristics of Children in Foster Care, Family-Style Group Care, and Residential Care: A Scoping Review. J Child Fam Stud 2016;25:2357-71.

152. Bäck-Wiklund M, Höjer I. Fosterfamiljens inre liv. Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet. 2001.

153. Lagerlöf H. Samhällsvård och välfärdsresurser. En studie av skolgång, fritid och kamratrelationer bland unga i familjehem och institutioner. Institutionen för socialt arbete - Socialhögskolan, Stockholms universitet. 2012. Rapport i socialt arbete, ISSN 0281-6288;137.

154. Bergström U, Sundell, K. Evidensbaserad praktik i socialtjänsten 2007, 2010 och 2013. Kommunala enhetschefer om evidensbaserad praktik och användning av evidensbaserade metoder inom socialtjänstens verksamhetsområden. Socialstyrelsen 2014. ISBN 9789175551661.

155. Socialstyrelsen. Tandhälsa bland unga vuxna som varit placerade – Registerstudie av tandhälsa och tandvårdskonsumtion bland 20–29-åringar som varit placerade i heldygnsvård under uppväxten. Socialstyrelsen 2016. Artikelnummer 2016-2-28.

156. Socialstyrelsen. Utsatta barns hälsa. Resultat av en undersökning av fysisk och psykisk hälsa hos barn vars behov utreds av socialtjänsten. Socialstyrelsen 2015. ISBN 978-91-7555-287-3.

157. Kling S, Vinnerljung B, Hjern A. Somatic assessments of 120 Swedish children taken into care reveal large unmet health and dental care needs. Acta Pædiatr 2016;105:416-20.

158. Systematisk uppföljning. Beskrivning och exempel. Socialstyrelsen 2014. ISBN 978-91-7555-194-4.

159. Med målet i sikte – Målinriktad och systematisk utvärdering av insatser för enskilda personer (MOS). Socialstyrelsen 2012. ISBN 978-91-87169-66-3.

160. Statistik om socialtjänstinsatser till barn och unga 2014. Socialstyrelsen 2015. Artikelnummer 2015-12-33.

161. Kaunitz C. Aggression Replacement Training (ART) i Sverige. Spridning, programtrohet, målgrupp och utvärdering Stockholms universitet, institutionen för socialt arbete 2017. Rapport i socialt arbete nr 36. ISBN 978-91-7649-833-0.

162. Sarri G, Evans P, Stansfeld S, Marcenes W. A school-based epidemiological study of dental neglect among adolescents in a deprived area of the UK. Br Dent J 2012;213:E17.

163. Jonsson U, Alaie I, Parling T, Arnberg FK. Reporting of harms in randomized controlled trials of psychological interventions for mental and behavioral disorders: a review of current practice. Contemp Clin Trials 2014;38:1-8.

164. Rozental A, Kottorp A, Boettcher J, Andersson G, Carlbring P. Negative Effects of Psychological Treatments: An Exploratory Factor Analysis of the Negative Effects Questionnaire for Monitoring and Reporting Adverse and Unwanted Events. PLoS One 2016;11:e0157503.

165. Rozental A, Magnusson K, Boettcher J, Andersson G, Carlbring P. For Better or Worse: An Individual Patient Data Meta-Analysis of Deterioration Among Participants Receiving Internet-Based Cognitive Behavior Therapy. J Consult Clin Psychol 2017;85:160-177.

166. Rork KE, McNeil CB. Evaluation of Foster Parent Training Programs: A Critical Review. Child Fam Behav Ther 2011;33:139-170.

167. Sundell K. Att göra effektutvärderingar. Socialstyrelsen och Gothia Förlag AB. ISBN 978-91-7205-838-5. http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/attarbetaevidensbaserat/Documents/att-gora-effektutvarderingar.pdf

SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering

webbplats: www.sbu.se • twitter: @SBU_se • telefon: 08-412 32 00

RAPPORTNUMMER 265 • PUBLICERAD 2017 • ISBN 978-91-88437-07-5