



Stockholms Universitet
Institutionen för Socialt arbete

November 2011

Kontaktfamilj/-person för barn. Uppföljning och utvärdering med registerdata

Rapport till Stockholms Stad

Bo Vinnerljung ¹

Lars Brännström ²

Anders Hjern ³

¹ Professor, Institutionen för socialt arbete, Stockholms Universitet

² Docent, SOFI, Stockholms Universitet

³ Professor, CHESS, Stockholms Universitet

Innehållsförteckning

	<u>Sid nr</u>
Förord	2
Sammanfattning	3
Inledning och bakgrund	5
Metod	9
Resultat	17
Diskussion	35
Referenser	42

Förord

Stort Tack till Stockholms Stad som har finansierat denna studie. Stadens intresse har gjort det möjligt för oss att använda registerdata för att undersöka hur det går på längre sikt för barn som får kontaktfamilj eller kontaktperson under uppväxten, och för att utvärdera insatsens betydelse – så långt det nu är möjligt med registerdata och idag tillgängliga analysmetoder. Vi menar att uppdraget från Stockholms Stad har radikalt minskat bristen på kunskap om utfall av insatsen. Men det är fortfarande mycket vi inte vet.

Varmt tack till Mats Talbäck. Han är analytiker på Socialstyrelsen och doktorand på Karolinska Institutet. Mats Talbäck gav oss ovärderlig hjälp med den komplicerade programmeringen som studiens datauttag krävde.

Tack också till Julia Sandahl och Mikael Matsson-Flink, Stockholms Stad, som läste ett utkast till rapporten och lämnade värdefulla synpunkter.

Stockholm, november 2011

Bo Vinnerljung

Lars Brännström

Anders Hjern

Sammanfattning

Vi har samkört data från runt ett dussin nationella register med data över hela den svenskfödda befolkningen födda 1973-1990 för att undersöka hur det går efter insatsen – och för att i efterhand utvärdera insatsen - för två grupper av barn som fått kontaktfamilj eller kontaktperson:

1. Barn som påbörjade en kontaktfamiljsinsats när de var 2-5 år (födda 1980-1990) men som inte var i dygnsvård dessa år (n=7 841).
2. Barn som påbörjade en kontaktfamiljs- eller kontaktpersonsinsats när de var 10-13 år (födda 1973-1984) men som inte var i dygnsvård dessa år (n=7 063).

Bakgrundsdata om barnens och deras familjer hämtades från olika register, exempelvis om socioekonomisk bakgrund och förekomst av indikationer på missbruk, allvarlig psykisk ohälsa eller betydande kriminalitet hos föräldrarna.

Data från olika register användes för att undersöka hur det gått för barnen efter insatsen. Med hjälp av två olika statistiska metoder jämfördes utfall över tid hos barn som fått kontaktfamilj/kontaktperson när de var 2-5 respektive 10-13 år med barn från liknande bakgrundsförhållanden som inte fått insatsen under samma tid. Vi använde oss av regressionsmodeller (Cox regression) som innefattade hela den jämnåriga befolkningen (drygt 1 miljon personer/grupp). I andra analyser gjorde vi jämförelser med barn som matchades på sannolikheten att ha fått insatsen, givet vad vi kunnat observera i data, men som inte fick det (35 000 - 40 000/grupp). Den senare metoden kallas matchning på urvalssannolikheter (PSM-analyser)¹ Vi ställde fem frågor i studien:

1. **Verkar KF/KP minska risker för framtida placering i dygnsvård?**

Svar: Nej, insatsen verkar öka risken substantiellt för framtida placering i dygnsvård, kanske på grund av ökad insyn/kontroll av familjen och det enskilda barnet.

2. **Verkar interventionen minska risker för långsiktig ogynnsam utveckling på sikt?**

Svar: Nej, det finns inga tecken på det, oavsett analysmodell. Resultaten pekar snarast i motsatt riktning: barn som fått insatsen verkar ha högre risk för ogynnsam utveckling än barn med jämförbar bakgrund som inte fått insatsen. Trots detta resultat är det inte troligt att insatsen har skadlig effekt, snarast att det finns bakgrundsfaktorer som vi inte kunnat observera. Men – enkelt uttryckt – det ska mycket till i form av ej

¹ I rapporten använder vi förkortningen PSM-analyser, eng. *Propensity Score Matching*

observerade faktorer för att resultaten ska svänga över till att visa positiva effekter. Våra analyser pekar som bäst på nollresultat.

3. **Verkar Kontaktfamiljs/-personinsatsen ha gjort någon skillnad för barn vars föräldrar har indikationer på missbruk, avseende risk för placering i dygnsvård eller för ogynnsam utveckling på sikt?**

Svar: Nej, det finns inga tecken i resultaten som pekar på det – snarare en genomgående tendens i motsatt riktning. Men det kan bero på inflytande från bakgrundsfaktorer som vi inte kunnat observera.

4. **Har insatstidens längd någon positiv betydelse? Går det bättre för barn som fick insatsen under längre tid än för barn som fick insatsen under kortare tid?**

Svar: Nej, för barn som fick kontaktfamilj i förskoleåldern pekar analyserna i motsatt riktning. Längre insatstid tenderar att öka risken för ogynnsamma utfall, även om detta kan avspegla selektionsfaktorer. För den äldre gruppen (kontaktfamilj-/person när de var 10-13 år) har insatstid inte några påvisbara samband med utfall på lång sikt.

5. **Vilka bakgrundsfaktorer hos barnen som får KF/KP verkar predicera (förutsäga) sämre eller bättre framtida utfall?**

Svar: Det är huvudsakligen tre faktorer som ökar risken för ogynnsamma utfall för båda grupperna av barn, när alla andra bakgrundsfaktorer i analyserna är de samma: att mamman har låg utbildning, att mamman har varit socialbidragsberoende och att mamman har indikationer på betydande kriminalitet. Omvänt hade de barn som det gått bra för (enligt våra definitioner) i högre utsträckning en mamma med högskoleutbildning, en mamma som inte hade varit socialbidragsberoende och en mamma som inte hade indikationer på betydande kriminalitet.

Inledning och bakgrund

I rapporten redovisas resultat från en långtidsuppföljning och utvärdering av kontaktfamiljs-/personinsatsen för barn. Rapporten baseras på omfattande registerdataanalyser.

Omfattning

Kontaktfamilj infördes som en lagstadgad insats i Socialtjänstlagen i början på 1980-talet. Den blev snabbt en vanlig intervention. Antalet barn som hade kontaktfamilj/-person (ibland förkortat till KF/KP i rapporten) ökade varje år till runt 2000 då kurvan planar ut (Vinnerljung & Franzén, 2005; Berg Eklundh, 2010). Under 2000-talet verkar det ha skett en svag nedgång i antalet barn/unga som under ett visst år har kontaktfamilj/-person. År 2010 vad det enligt kommunernas rapporter (mängdstatistik) nästan 21 000 barn och unga (0-20 år) som någon gång under året hade fått insatsen, i grova tal nästan en procent av befolkningen 0-20 år (Socialstyrelsen, 2011). Kvaliteten i såväl den individbaserade statistiken fram till 1997 och i mängdstatistiken därefter är okänd. Det går inte att särskilja kontaktfamilj och kontaktperson i Socialstyrelsens årliga redovisningar, vare sig i aktuell eller i historisk statistik. Små barn får nästan uteslutande kontaktfamilj medan äldre barn (10+) kan få kontaktfamilj eller en kontaktperson (Andersson & Bangura Arvidsson, 2001).

Hur vanligt är det då att ett barn har haft kontaktfamilj eller kontaktperson någon gång under uppväxten? Den typen av prevalensdata ger en kompletterande, enligt vår mening också en bättre, bild av omfattningen än årlig tvärsnittstatistik. Vinnerljung och Franzén (2005) analyserade registerdata för åren 1990-1997 och fann att antalet barn i olika åldrar som hade erfarenhet av insatsen ökade ständigt under 1990-talet. År 1997 hade knappt tre procent av alla 18-åringar haft kontaktfamilj/-person någon gång under uppväxten, det vill säga i genomsnitt runt en i varje skolklass. Eftersom omfattningen av insatsen verkar ha ökat i ytterligare några år, och med tanke på en trolig underrapportering av insatsen, är det troligt att det idag handlar om drygt 3 procent. Det är ungefär lika många som någon gång under uppväxten placeras i dygnsvård (fosterhem eller institution; se Socialstyrelsen, 2006).

Bakgrund

I förarbeten till Socialtjänstlagen framgår att kontaktpersoner skulle i mycket ersätta 'övervakarna' som fanns både i den gamla Nykterhetsvårdslagen och Barnavårdslagen. Grovt uttryckt skulle övervakning med hjälp av frivilliga ersättas med stöd från frivilliga. Flera forskare har ingående diskuterat lagstiftarnas syfte med att skapa kontaktfamiljs-/personinsatsen sida och vad insatsen syftat till när den ges i praktiken (t ex Andersson, 1992,

1993; Andersson & Bangura Arvidsson, 2001; Berg Eklundh, 2010). Stöd och avlastning (t ex Regner, 2006), förstärkning av familjens nätverk (ibid.), ge barnen en manlig förebild (t ex Schanz, 2005) och tillgång till en normativt vanlig familj (Regner & Jonsson, 2006) är återkommande tema. En rad svenska och utländska forskare har klart identifierat insatsen för barn och familjer som förebyggande, framförallt skulle insatsen förebygga placeringar i dygnsvård (t ex Gould, 1988; Barth, 1991; Andersson, 1992, 1993; Andersson & Bangura Arvidsson, 2001; Berg Eklundh, 2010). Även många socialsekreterare verkar se insatsen som förebyggande, framförallt antas den hindra att redan existerande problem i familjen förvärras (Andersson & Bangura Arvidsson, 2001). Gunvor Andersson var länge den enda svenska forskaren som systematiskt ägnade stort intresse åt kontaktfamiljs-/personsinsatsen. Hon konstaterade för snart 20 år sedan:

Det förebyggande arbete, som socialtjänsten avser genom kontaktpersoner/-familjer, är riktat till enskilda barn och familjer med redan identifierade problem. Den förebyggande tanken är att insatsen ska förhindra eller lindra fortsatt problemutveckling, så att allvarigare problem i familjens liv kan undvikas, framförallt placering av barnen utanför hemmet – även om det inte är klart uttryckt (Andersson, 1992, s 13).

I sin licentiatavhandling diskuterar Lotta Berg Eklund (2010) detta perspektiv och efterlyser "... stora kvantitativa studier som kan visa vad som hänt barnen med kontaktfamilj över tid" (s 221). Hon menar att uppföljningar i vuxen ålder av barn som haft kontaktfamilj "...borde ge värdefulla inblickar i vilken betydelse insatsen kan ha haft i ett livsperspektiv och i vilken mån den kan ha varit en skyddsfaktor för dessa barn under sin uppväxt" (ibid., s 221). Vår rapport ställer denna typ av frågor.

Kontaktfamiljs/-personinsatsen har aldrig utvärderats, trots att det har varit socialtjänstens mest använda verktyg i arbetet med utsatta barn och familjer i ett par decennier. Detta gäller även om man ger begreppet utvärdering en bred innebörd. Det vi vet mest och bäst är att insatsen är populär, bland såväl brukare som socialarbetare, och att alla parter verkar nöjda med den (Andersson & Bangura Arvidsson, 2001).

Men det finns andra, mer oroväckande resultat, i den svenska forskningen. En studie av 75 påbörjade kontaktpersonsinsatser för tonåringar visade att majoriteten (60%) avslutades oplanerat (Teng, 2010). Det är högre sammanbrottsiffror än för dygnsvårdsplaceringar av barn med beteendeproblem (Vinnerljung, Sallnäs & Kyhle Westermarck, 2001). Från en rad nationella registerstudier vet vi också att gruppen som får kontaktfamilj/-person under uppväxten har höga överrisker för en rad psykosociala problem i framtiden, jämfört med andra barn. Det gäller självmordsbeteende och allvarlig psykisk ohälsa (Hjern, Vinnerljung & Lindblad, 2004; Vinnerljung, Hjern & Lindblad, 2006; Vinnerljung, Berlin & Hjern; 2010);

dåliga skolresultat och låg utbildning (Vinnerljung Öman & Gunnarson, 2005; Vinnerljung et al, 2010), tonårsföräldraskap (Vinnerljung, Franzén & Danielsson, 2007), samt missbruk, kriminalitet och bidragsberoende i ung vuxen ålder (Vinnerljung et al, 2010). Registerstudier har också visat att barn som fått kontaktfamilj eller kontaktperson har höga överrisker att hamna i dygnsvård efter insatsen, jämfört med barn i två så kallade högriskgrupper som inte haft kontaktfamilj/-person: 1) barn till mödrar som vårdats på sjukhus för missbruk eller psykisk ohälsa och 2) barn i familjer med långvarigt socialbidrag (Vinnerljung & Franzén, 2005; jfr Franzén, Vinnerljung & Hjern, 2008).

Rapportens frågor

I studien ställer vi fem frågor om vad som händer efter insatsen:

1. Verkar KF/KP minska risker för framtida placering i dygnsvård?
2. Verkar interventionen minska risker för ogynnsam utveckling på sikt?
3. Verkar KF/KP minska risken för placering i dygnsvård och/eller för ogynnsam utveckling på lång sikt för barn vars föräldrar har indikationer på missbruk (tung grupp i den sociala barnavården)?
4. Har insatstidens längd någon positiv betydelse (en s k dos-responseffekt)? Går det bättre för barn som fick KF/KP under längre tid än för barn som fick insatsen under kortare tid?
5. Vilka bakgrundsfaktorer hos barnen som får KF/KP verkar predicera (förutsäga) sämre eller bättre framtida utfall?

För att besvara frågorna 1 - 3 använder vi data från rad olika nationella register och statistiska metoder för att jämföra barn som haft kontaktfamilj/-person med barn från liknande bakgrund som inte fått insatsen. Vi använder information från register för att belysa utveckling över tid för dessa grupper. Frågorna 4 och 5 undersöks i analyser av registerdata för bara de barn som fått kontaktfamilj eller kontaktperson.

Det är långt från självklart att detta är den bästa ansatsen för att följa upp eller utvärdera kontaktfamiljs/-personinsatsen. Vi vet från flera studier att den stora majoriteten av föräldrarna är nöjda med vad de och barnen fått (t ex Barth, 1991; Sundell, Humlesjö & Carlsson, 1994; se också översikt i Andersson & Bangura Arvidsson, 2001). Det är också en viktig form av utvärdering, så kallat *consumer evidence*. Det är rimligt att argumentera för att det räcker långt, att det är en tillräcklig indikation på att insatsen fungerar som den ska (jfr Andersson & Bangura Arvidsson, 2001). Att en ensam mammas liv blir lättare genom en socialtjänstinsats (t ex Sundell, Humlesjö & Carlsson, 1994) eller att barnen trivs och har roligt under ett veckoslut i månaden är verkligen relevanta resultat av insatsen, också i ett

utvärderingsperspektiv. Men den typen av utfall har vi inte undersökt alls. Det har andra gjort (se översikter i Andersson & Bangura Arvidsson, 2001 och Berg Eklundh, 2010).

Metod

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

Population och undersökningsgrupper

Grundpopulationen är alla barn födda i Sverige 1973-1990. Dessa barn har identifierats i Socialstyrelsens Medicinska Födelseregister. För att göra analyserna betydligt enklare har vi följaktligen uteslutit utlandsfödda barn, barn som invandrat till Sverige. Dessa är dock underrepresenterade bland barn som får kontaktfamilj/-person (det har varit så länge, se Andersson & Bangura Arvidsson, 2001). Vi har exkluderat tre grupper:

- a) Alla som har en notering om utvandring efter födelsen i SCB:s Totalbefolkningsregister.
- b) Alla som enligt SCB:s LISA-register (inkomster, förmögenhet, utbildning m m) hade inkomster från förtidspension samma år de fyllde 23 år. Förtidspension i så unga år är ett tecken på förekomst av allvarligt fysiskt eller psykiskt funktionshinder som sannolikt har påverkat flera utfall i rapporten, exempelvis skolresultat och utbildning.
- c) En mycket liten grupp barn som avled före året de fyllde 16.

Ur populationen har vi skapat två undersökningsgrupper som vi följer över tid i registren:

1. **Yngre barn:** alla barn som inledde en kontaktfamiljsinsats när de var 2-5 år, men som inte var i dygnsvård (fosterhem eller institution) under de åren. Denna grupp består av 7 841 barn födda 1980-1990. De jämförs i analyserna med 1 005 067 barn födda 1980-1990, som inte påbörjat insatsen när de var 2-5 år. Dessa kallas i fortsättningen (av praktiska skäl) normalbefolkningsgruppen. Analyserna av 'yngre barn' baseras med andra ord på data om 1 012 908 barn. Studiegruppen avgränsades till födda 1980-1990 av två skäl: a) vi börjar analyserna med de som fick insatsen 1982. Första året (1981) är bortfallet i rapporteringen från kommunerna uppenbart stort. De äldsta (födda 1980) var två år 1982 och de yngsta (födda 1990) var 18 år 2008, sista året vi har tillgång till registerdata för uppföljning (vi satte 18 år som minimiålder för senaste möjliga uppföljning). Vi har antagit att dessa barn har fått uteslutande kontaktfamilj (inte kontaktperson) vilket avspeglas i tabellerna och i texten,
2. **Äldre barn:** alla barn som inledde en kontaktfamiljs/personsinsats när de var 10-13 år, men som inte var i dygnsvård under de två åren. Dessa består av 7 063 barn födda 1973-1984 som jämförs med 1 022 194 jämnåriga som inte fick insatsen under samma

tid. Analyserna av 'äldre barn' innefattar 1 029 257 barn. Vi avgränsade denna gruppss födelseår av liknande skäl som den yngre gruppen. Barn födda 1973 är de äldsta som ingår i det dataset som använts för analyserna. Avgränsningen i andra änden, födelseår 1984, bestämdes av att individregistreringen upphörde 1997 (då barn födda 1984 var 13 år). Vi har i text och tabeller antagit att en del av dessa barn har fått kontaktfamilj, andra kontaktperson. Men vi kan inte skilja på KF och KP i Socialstyrelsens Barn/Unga register där KF/KP registrerades på individnivå fram till 1997.

En liten grupp barn tillhör båda grupperna (1 och 2), det vill säga de har inlett en kontaktfamiljs/-personinsats både i förskoleåren och när de var 10-13 år. De utgör knappt 10 procent av alla barn som fått insatsen antingen när de var 2-5 år eller 10-13 år. Särskilda analyser av denna grupp ändrar inte resultaten.

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

Barn med missbrukande föräldrar är en stor och tung grupp i den svenska sociala barnavården (se t ex Vinnerljung, 1996; Andersson, 1995; Sundell & Egelund, 2000). Det gäller även bland barn som får kontaktfamilj/-person (Sundell, Humlesjö & Carlsson, 1994; Andersson, 1992, Andersson & Bangura Arvidsson, 2001; se även tabell 2 i denna rapport). Därför har vi gjort specialanalyser av barn vars föräldrar har registerindikationer på missbruk.

Utfallsvariabler

Vi använder en lång lista av utfall som konstruerats av oss från registerdata. De är baserade på erfarenheter från tidigare forskning och avser att spegla olika sidor av barnens liv under uppväxten och i vuxen ålder ('hur det gått' på lång sikt). Utfallen används i analyser av både yngre och äldre barn om inte annat framgår av texten nedan.

1. Inledd placering i dygnsvård efter kontaktfamiljsinsatsen, när barnen var 5-10 år (ja/nej). Detta utfall används bara för den yngre gruppen. Uppgifterna har hämtats från Socialstyrelsens Barn/Unga register.
2. Inledd placering i dygnsvård efter kontaktfamiljsinsatsen, när barnen var 13-18 år (ja/nej).
3. Inga/ofullständiga/låga betyg från årskurs 9 i grundskolan, i tabellerna förkortat till dåliga betyg (ja/nej). Data har hämtats från Årskurs 9-elevregistret (i fortsättningen kallat för Betygsregistret) som administrerats av SCB och Skolverket. Utfallet är

definierat på samma sätt som i Social Rapport 2010 (Socialstyrelsen, 2010). 'Låga betyg' avser medelbetyg från ÅK 9 som tillhör den sämsta sjättedelen i riket för det år barnen är födda.

4. Betyg från årskurs 9 som inte gett behörighet till gymnasieskolan (ja/nej; gäller bara barn födda 1982-1990). Data har hämtats från Betygsregistret.
5. Bara grundskola vid 21 års ålder enligt SCB:s LISA-register (ja/nej; bara för barn födda 1973-1987, minst 21 år vid sista uppföljningsåret 2008).
6. Död efter 16-årsdagen (mortalitet; ja/nej), Socialstyrelsens Dödsorsaksregister.
7. Inläggning på sjukhus för suicidförsök (ja/nej) efter 16-årsdagen, enligt Socialstyrelsens Patientregister
8. Indikation på narkotikamissbruk (ja/nej). Här kombinerar vi data från tre register: Socialstyrelsens Patientregister, Dödsorsaksregister och BRÅ:s Lagfördaregister. Indikation finns när personen antingen varit inlagd på sjukhus med en narkotikamissbrukrelaterad diagnos efter 16-årsdagen, eller avlidit av narkotikamissbruksrelaterade orsaker eller blivit lagförd för narkotikabrott (se Socialstyrelsen, 2010 där samma variabelkonstruktion användes).
9. Lagförd för allvarlig kriminalitet när personen var 20-23 år (ja/nej), definierat som dömd till skyddstillsyn, fängelse eller rättspsykiatrisk vård enligt Lagfördaregisteret (bara för barn födda 1973-1985, minst 23 år vid sista uppföljningsåret 2008). Dessa påföljder indikerar betydande kriminalitet eller allvarliga brott, särskilt i en ung population. Samma utfallsmått användes i Social Rapport 2010 (Socialstyrelsen, 2010).
10. Socialbidragsberoende vid 21 års ålder enligt LISA-registeret (ja/nej), definierat som att mer än 50 procent av den disponibla årsinkomsten det året utgjordes av socialbidrag (bara för barn födda 1973-1987, minst 21 år vid sista uppföljningsåret 2008).
11. Tonårsmamma, blev förälder före 20-årsdagen (ja/nej). Detta utfallsmått används bara för flickor eftersom det är ovanligt att pojkar blir pappa under tonåren (Vinnerljung et al, 2007). Data har hämtats från SCB:s Flergenerationsregister.
12. Uthämtade neuroleptika och/eller litium (ja/nej) under 2009, läkemedel som huvudsakligen skrivs ut till psykos- och bipolära patienter. Minst ett uthämtat recept under 2009 med ATC-kod 'NO5A'. Uppgifterna hämtas från Socialstyrelsens Läkemedelsregister.
13. Uthämtade sömnmedel under 2009 (ja/nej), enligt Läkemedelsregisteret. Minst ett uthämtat recept under 2009 med ATC-kod 'NO5C'.

14. Uthämtade ångestdämpande läkemedel under 2009 (ja/nej), enligt Läkemedelsregistret. Minst ett uthämtat recept under 2009 med ATC-kod 'N05B'.
15. Uthämtade antidepressiva läkemedel 2009 (ja/nej), enligt Läkemedelsregistret Minst ett uthämtat recept under 2009 med ATC-kod 'N06A'.
16. Uthämtade missbruksrelaterade läkemedel 2009 (ja/nej), enligt Läkemedelsregistret Minst ett uthämtat recept under 2009 med ATC-kod 'N07B' eller 'N07C'.

Data för variablerna 12-16, som innehåller indikationer på psykisk ohälsa, härrör sig från 2009 då de yngre barnen i studien var 19-29 år, de äldre 25-36 år.

För de äldre barnen – enbart pojkarna - har vi använt data i Pliktverkets Värnpliktsregister för att konstruera ytterligare utfallsindikationer. Data från detta register kan inte användas för de yngre barnen eftersom antalet unga pojkar som mönstrade föll kraftigt i början av 2000-talet.

17. Mönstrade (ja/nej). Under de år som studien analyserar var mönstring obligatorisk. Det var huvudsakligen ungdomar med psykiska eller fysiska funktionshinder som inte mönstrade, men (enligt anekdotiska bevis) även unga män som befann sig i institutionsvård eller i likande sociala situationer.
18. Dålig fysisk arbetskapacitet vid mönstring (ja/nej). De 10% i årskullen med lägst arbetskapacitet vid konditionstest på träningscykel.
19. Fetma vid mönstring (ja/nej; BMI >30).
20. Övervikt vid mönstring (ja/nej; BMI >25).
21. Undervikt vid mönstring (ja/nej; BMI <18,5).
22. Kortväxt vid mönstring (ja/nej; tillhörde den kortaste 1/6 bland de som mönstrade)

Variablerna 18-22 innehåller data relaterade till fysisk hälsa i slutet av tonåren.

Slutligen har vi skapat ett sammanfattningsvariabel: Har gått bra. Det är vår egen definition och konstruktionen av en sådan utfallsvariabel kan självklart göras på andra sätt. Vi har provat andra kombinationer av variabler men skillnaderna mellan KF/KP-barnen och normalgruppen är i stort de samma.

Vi menar att det 'Har gått bra' för de yngre barn (här begränsade till de som är födda 1980-1987) som

- inte placerades i dygnsvård när de var 5-10 år
- inte placerades i dygnsvård när de var i tonåren (13-18 år)
- inte misslyckades i skolan (fick betyg från åk 9 som inte var ofullständiga eller låga)
- hade mer än grundskola vid 21 års ålder
- inte var socialbidragsberoende vid 21 års ålder

Vi menar vidare att det 'Har gått bra' för de äldre barn (födda 1973-1984) som

- inte placerades i dygnsvård när de var i tonåren (13-18 år)
- inte misslyckades i skolan (fick betyg från åk 9 som inte var ofullständiga eller låga)
- hade mer än grundskola vid 21 års ålder
- inte var socialbidragsberoende vid 21 års ålder
- som inte hade indikation på allvarlig kriminalitet (blivit dömda till skyddstillsyn, fängelse eller rättspsykiatrisk vård) mellan 21 och 23 års ålder. Många i den äldre gruppen har fått insatsen på grund av beteendeproblem, därför har vi med detta kriterium (se översikt i Andersson & Bangura Arvidsson, 2001).

Bakgrunds-/matchningsvariabler

Barn som får socialtjänstinsatser skiljer sig på många sätt rejält från andra jämnåriga barn, de vi kallar 'normalbefolkningen'. Därför är det nödvändigt att ta hänsyn till dessa olikheter i analyserna av hur det går för kontaktfamiljs/-persons barnen, jämfört med andra barn. Vi använder sexton (16) bakgrundsvariabler för att statistiskt matcha våra kontaktfamiljs/-personbarn med andra barn som inte fått insatsen. Hur detta görs beskrivs i avsnittet Statistisk analys.

Mot bakgrund av de många registerstudier som två av författarna (Vinnerljung och Hjern) tidigare har gjort vet vi ganska väl vilka bakgrundsfaktorer som är rejält olika men också vilka relevanta bakgrundsfaktorer som faktiskt kan identifieras i de nationella registren (se t ex Socialstyrelsens Social Rapport 2006 och Social Rapport 2010; Franzen et al, 2008; Vinnerljung et al, 2008). Det betyder inte att vi har hittat alla viktiga bakgrundsfaktorer där socialtjänstens barn skiljer sig från andra barn – långt därifrån. Det finns mycket som inte finns i nationella register, exempelvis familjeklimat och familjerelationer, barns erfarenhet av omsorgsbrist och övergrepp, genetiskt relaterade riskfaktorer etc. Men vi har konstruerat följande bakgrundsvariabler från registerdata och använt dem i analyserna. Barnens biologiska eller adoptivföräldrar har identifierats i SCB's Flergenerationsregister. Registerkälla anges inom parantes.

1. Barnets kön (Medicinska Födelseregistret).
2. Barnets födelseår (Medicinska Födelseregistret).
3. Geografisk uppväxtmiljö, kategoriserat som storstad, stad/tätort eller landsbygd. Vi har utgått från SCB:s H-regionsklassificering av kommuner. Data om boendekommun har hämtats från Registret för Totalbefolkningen (RTV) vid 17 års ålder.
4. Mors födelseland, kategoriserat som Sverige, Norden, Europa och utanför Europa. Data har hämtats från SCB:s Befolkningsregister.

5. Mor tonåring vid sitt första barn födelse (ja/nej; SCB's Flergenerationsregister).
6. Mor ensamstående när barnet var 17 år (kategoriserat som ja/nej eller ingen uppgift; LISA-registret).
7. Mors högsta utbildning när barnet var 17 år (LISA), klassat som max grundskola, gymnasium eller högskoleexamen.
8. Mor förvärvsarbetade den 1 november då barnet fyllde 17 år (ja/nej; LISA).
9. Mor förtidspension då barnet var 17 år (ja/nej; LISA).
10. Mor socialbidragsberoende när barnet var 17 år), definierat som att mer än hälften av den disponibla årsinkomsten utgjordes av socialbidrag (ja/nej; LISA).
11. Mor indikation (ja/nej) på psykisk sjukdom under observationsperioden (fram till 2008), definierat som antingen inläggning på sjukhus med psykiatrisk diagnos (Patientregistret) eller död med psykiatrisk diagnos som huvud- eller bidragande orsak (Dödsorsaksregistret).
12. Mor indikation (ja/nej) på missbruk under observationstiden, definierat som antingen vårdad på sjukhus med missbruksrelaterad diagnos (Patientregistret), död av missbruksrelaterade orsaker (Dödsorsaksregistret) eller lagförd för narkotikabrott eller/och rattfylleri/rattonykterhet (Lagfördaregistret).
13. Mor betydande kriminalitet under observationstiden, d v s fått skyddstillsyn, fängelse eller rättspsykiatrisk vård som påföljd (ja/nej; Lagfördaregistret).
14. Far indikation på psykisk sjukdom under observationstiden (ja/nej).
15. Far indikation på missbruk under observationstiden (ja/nej).
16. Far betydande kriminalitet under observationstiden (ja/nej).

För 11-16 använder vi en lång observationsperiod som sträcker sig flera år efter barnet blivit 18 år (till 2008) av två skäl. Dels leder psykisk ohälsa och missbruk ofta till dygnsvård på sjukhus (eller dödsfall) först efter många år.² Samma gäller till stor del sannolikt även kriminalitet där tyngre påföljder (skyddstillsyn, fängelse eller rättspsykiatriskvård) ofta utdöms efter flera fall av mindre ingripande påföljder. Det är med andra ord troligt att indikationerna vi ser i registren, även från en tid då barnet är äldre än 18 år, också ofta säger något om miljöförhållandena i hemmet under uppväxttiden. Men precisionen i dessa bakgrundsdata är bristfällig. Det andra skälet är konstaterade samband mellan föräldrars och barns psykiska ohälsa, missbruk och kriminalitet vilka innefattar genetiskt överförda sårbarhetsfaktorer (se t ex de svenska klassiska studierna av Bohman et al, 1981, 1982;

² Samma konstruktion har använts i flera skandinaviska registerstudier t ex Christoffersen & Soothill, 2003; Franzén et al, 2008; Vinnerljung et al, 2010.

Cloninger et al, 1981, 1982; Sigvardsson et al, 1982; Sigvardsson, Bohman & Cloninger, 1996).

Statistisk analys

Förekomst av bakgrundsfaktorer och utfall visas först i frekvenstabeller (tabellerna 1-3). Därefter analyseras resultaten med två statistiska metoder: regressionsanalys och med hjälp av matchning på urvalssannolikheter, så kallad *propensity score matching* (PSM-analys).

I regressionsmodellerna undersöks varje variabels unika samband med utfall, genom att alla andra variabler i modellen hålls konstanta. I regressionsanalyserna ställs med andra ord frågan: om fördelningen av de olika bakgrundsfaktorerna (exempelvis indikationer på missbruk och psykisk ohälsa hos föräldrarna) vore lika mellan KF/KP-barnen och normalbefolkningen – finns det då någon skillnad mellan barn som fått KF/KP och andra barn avseende t ex förekomst av låga betyg? Dessa beräkningar/statistiska simuleringar görs med hjälp av avancerade ekvationer i datorbaserade statistikprogram (se t ex Tabachnick & Fidell, 1996; Social Rapport, 2010, s 303-304).

Vi har använt Coxregressionsmodeller (Box-Steffensmeier & Jones, 2004). Metoden används vanligen för *time-to-event* analyser, där tiden (kallad persontid) till ett utfall, exempelvis dödsfall, är centralt i analysen. I våra analyser används persontid för att undersöka risker för mortalitet och självmordsförsök. Men för andra utfall används konstant persontid och vi använder barnens födelseår för att hantera olika uppföljningstider, beroende på personens ålder. Vi gör i de senare fallen analyser som i princip är de samma som logistiska regressionsanalyser (se t ex Tabachnick & Fidell, 1996). Resultaten visas i form av relativa risker (RR). Logistisk regressionsanalys producerar mer svårtolkade oddskvoter/odds ratios (OR), därför metodvalet (t ex Barros & Hikakata, 2003).

Jämförelsegruppen har alltid $RR=1$ och om kontaktfamiljs-/persons barnen har $RR=2$ betyder det att utfallet är dubbelt så vanligt i denna grupp (100% överrisk), när alla andra variabler i modellen har samma värden. Någonstans när RR är 2-3 passerar vi gränsen för vad som brukar betraktas som höga överrisker. Resultaten för relativa risker (RR) är ett punktestimat, inte en exakt siffra. Därför visas för alla RR även ett 95-procentigt konfidensintervall (95% KI i tabellerna) som visar osäkerheten i punktskattningen. Ju smalare detta intervall är, desto säkrare är RR -siffran. Stora urval ger vanligtvis smala konfidensintervall för någorlunda vanliga utfall. Men handlar det om sällsynta utfall, exempelvis dödsfall i en ung population, blir intervallen bredare även med stora undersökningsgrupper.

Regressionsanalyser jämför egentligen inte enskilda personer i ett datamaterial utan dimensioner, uttryckta i variabler. Kön är en dimension i materialet, födelseår och mammas utbildning andra dimensioner. För att öka kvaliteten i analysen använder vi därför också matchning på urvalssannolikheter (PSM-analys). Metoden har bland annat utnyttjats av danska forskare för att jämföra utfall mellan barn placerade i släktinghem och i vanliga fosterhem (Knudsen & Egelund, 2011) och av för att undersöka långsiktiga effekter av dygnsvård för barn (Olsen, Egelund & Lausten, 2011). Metoden har också använts i av en rad amerikanska forskare just för att studera effekter av dygnsvård för barn (t ex Doyle, 2007; Berzin, 2008; Berger et al, 2009; Stahmer et al, 2009). Metodiken innebär kortfattat att vi i PSM-analyserna jämför matchade personer, inte dimensioner som i regressionsmodellerna (Deheija & Wahba, 1999; Smith & Todd, 2005). Detta utgör en stor fördel hos metoden, jämfört med regressionsmodeller (Morgan & Harding, 2006).

I vårt fall innebär metoden att vi först med hjälp av en logistisk regressionsmodell skattar individers sannolikhet att ha fått insatsen. De faktorer vi har med i skattningen är sådana som har starka samband med sannolikheten att ha fått insatsen och som också påverkar sannolikheter/risker för de studerade utfallen (t ex 'mor socialbidragsberoende' eller 'mors utbildning'). Dessa faktorer är de 16 bakgrundsvariablerna vi tidigare listat. Därefter matchar vi, med hjälp av de sannolikheter modellen skattar, ihop individer från normalpopulationen som så mycket som möjligt liknar de individer som fått insatsen med avseende på dessa sannolikheter. I ett tredje steg jämför vi sedan de olika utfallen mellan grupperna. Annorlunda uttryckt så jämför vi skillnaden i utfall mellan de som faktiskt fått insatsen med de som givet deras observerade bakgrundsegenskaper kunde ha fått insatsen men inte fick den.

Vi testade att använda en, tre, fem och tio matchade personer i normalgruppen för varje KF/KP-barn, men fastnade för fem (5) matchade personer eftersom vi då fick tillräckligt god stabilitet i analyserna.

I resultatavsnittet redovisar vi resultaten från dessa två analysvägar var för sig, först resultaten från regressionsanalyserna, därefter resultaten från PSM-analyserna.

Resultat

Deskriptiva data

I tabellerna 1-3 visas deskriptiva data för undersöknings- och jämförelsegrupperna.

Tabell 1: Bakgrundsfaktorer relaterade till barnet, efter undersökningsgrupp. Förekomst i procent (avrundat till heltal).

	KF 2-5 år (n=7 841) %	Normalpop (n=1 005 067) %	KP/KF 10-13 år (n=7 083) %	Normalpop (n=1 022 908) %
Pojke	53	52	56	52
Flicka	47	48	44	48
Född 1973			5	9
1974			5	9
1975			6	9
1976			7	8
1977			7	8
1978			8	8
1979			8	8
1980	5	8	11	8
1981	6	8	11	8
1982	6	8	11	8
1983	8	8	11	8
1984	7	8	9	8
1985	9	9		
1986	10	9		
1987	10	9		
1988	12	10		
1989	13	11		
1990	14	11		
<i>Uppväxt i..</i>				
Storstad	40	39	31	31
Stad/tätort	42	43	50	49
Landsbygd	18	18	19	20

Som framgår av tabell 1 är det något fler pojkar än flickor i den äldre gruppen som får insatsen. KF/KP barnen i båda grupperna tenderar också att vara i genomsnitt något yngre än jämförelsegrupperna. Men insatsen verkar vara lika vanlig oavsett om barnen bor i storstad, annan tätort eller på landet.

Tabell 2: Bakgrundsfaktorer relaterade till barnets föräldrar, efter undersökningsgrupp. Förekomst i procent (avrundat till heltal)

	KF 2-5 år (n=7 841) %	Normalpop (n=1 005 067) %	KP/KF 10-13 år (n=7 083) %	Normalpop (n=1 022 908) %
<i>Mors födelseland</i>				
Sverige	86	90	86	91
Norden	7	4	9	5
Europa	3	3	3	3
Utanför Europa	4	3	2	1
Mor tonårsmamma	10	3	13	5
Mor ensamförälder	52	10	52	11
<i>Mors utbildning</i>				
Grundskola	29	15	37	23
Gymnasium	55	51	51	48
Högskola	16	34	11	29
Mor förvärvsarbete	53	85	53	85
Mor förtidspension	28	9	21	6
Mor soc bidr beroende	17	3	23	3
Mor psykisk ohälsa	19	4	7	1
Far psykisk ohälsa	8	4	7	1
Mor missbruk	16	3	12	2
Far missbruk	43	12	37	10
Mot betydande krim	11	1	11	1
Far betydande krim	45	10	40	8

Det framgår tydligt i Tabell 2 att barn som får KF/KP är en starkt selekterad grupp, i jämförelse med andra jämnåriga barn. Det är rejält vanligare att mamman fick sitt första barn i tonåren, att mamman är lågutbildad, saknar förvärvsarbete (47% jämfört med 15% bland 'normalbarnen') och att hon har förtidspension eller är socialbidragsberoende. Indikationer på psykisk ohälsa, missbruk och betydande kriminalitet är också mycket vanligare bland KF/KP barnens mammor. Men det en minoritet av mammorna till KF/KP barnen som är allvarligt problembelastade, runt var femte eller var sjätte (se Tabell 3).

De kanske mest uppseendeväckande uppgifterna i Tabell 2 gäller papporna. Bland barnen som fick kontaktfamilj i förskoleåren hade majoriteten (55%) en pappa med indikation på antingen psykisk ohälsa, missbruk eller kriminalitet – oftast både missbruk och kriminalitet (Tabell 2 och 3). Siffrorna var lite lägre för barnen som fick kontaktfamilj eller kontaktperson när de var 10-13 år.

Tabell 3: Indikation på antingen psykisk ohälsa, missbruk eller betydande kriminalitet hos mor och far, efter undersökningsgrupp. Förekomst i procent (avrundat till heltal).

	KF 2-5 år	Normalpop	KF/KP 10-13 år	Normalpop
	%	%	%	%
Mor	20	3	16	3
Far	55	17	47	14

Utfall – förekomst och fördelning

I tabellerna 4 och 5 visas förekomsten i procent av de utfall som vi konstruerat från registerdata. Vi redovisar pojkar och flickor var för sig, eftersom vissa av utfallen är könsspecifika, exempelvis de som har skapats med hjälp av data från mönstringen.

Tabell 4: Utfall för yngre barn, födda 1980-1990 och kontaktfamilj vid 2-5 års ålder, efter kön och undersökningsgrupp. Förekomst i procent (avrundat till heltal utom för frekvenser <1%).

Utfall	Pojkar		Flickor	
	KF 2-5 år %	Normalpop %	KF 2-5 år %	Normalpop %
Placerad 5-10 år	13	1	12	1
Placerad 13-18 år	21	2	22	2
Dåliga betyg i åk 9	44	16	35	11
Ej behörig till gymn (f 1982-1990)	28	10	24	7
Bara grundskola vid 21 år (f 1980-1987)	37	13	35	10
Död efter åk 9	1	0,4	0,4	0,2
Självordsförsök	5	2	7	1
Narkotikamissbruk	9	2	5	1
Allvarlig krim 20-23 år (f 1980-1985)	12	2	1	0,2
Socialbidragsber vid 21 år (födda 1980-1987)	29	5	28	6
Tonårsmamma	-	-	8	2
Neuroleptika 2009	2	0,7	2	0,6
Sömnmedel 2009	7	3	5	2
Ångestdämpande 2009	8	4	4	2
Antidepressiva 2009	11	7	7	3
Missbr rel läkemed 2009	1	0,2	0,7	0,1
'Har gått bra' (f 1980-87)	35	76	40	81

Tabell 5: Utfall för äldre barn, födda 1973-1984 och KF/KP vid 10-13 års ålder, efter kön och undersökningsgrupp. Förekomst i procent (avrundat till heltal utom för frekvenser <1%).

	Pojkar		Flickor	
Utfall	KF/KP 10-13 år	Norm pop	KF/KP 10-13 år	Norm pop
Placerad 13-18 år	21	2	21	2
Dåliga betyg i åk 9	58	21	43	12
Ej behörig till gymn (f 1982-1984)	36	9	27	6
Bara grundskola vid 21 år	46	14	41	11
Död efter åk 9	2	0,8	0,6	0,4
Självordsförsök	7	2	9	3
Narkotikamissbruk	13	3	6	1
Allvarlig krim 20-23 år	13	3	2	0,2
Socialbidr ber vid 21 år	40	8	38	9
Tonårsmamma	--	--	12	3
Neuroleptika 2009	3	1	3	1
Sömnmedel 2009	8	3	10	4
Ångestdämpande 2009	6	3	10	4
Antidepressiva 2009	10	5	17	9
Missbr rel läkem 2009	2	0,4	0,8	0,2
Mönstrade ej	17	8	--	--
Dålig arbets kap vid mönstring	24	15	--	--
Fetma vid mönstring	5	3	--	--
Övervikt/fetma vid mönstring	20	15	--	--
Undervikt vid mönstr	6	6	--	--
Kortväxt vid mönstring	24	17	--	--
'Har gått bra'	24	70	31	78

Drygt var femte (21-22%) i båda grupperna KF/KP, både pojkar och flickor, placerades i dygnsvård under tonåren. Bland de yngre barnen hamnade runt en av åtta (12-13%) i fosterhems- eller institutionsvård mellan fem och tio års ålder.

Dessa barn har klarat sig påtagligt dåligt i skol- och utbildningssystemet. Bland de som fick KF/KP i 10-13 års ålder (Tabell 5) hade majoriteten av pojkarna (58%) och drygt fyra av tio flickor (43%) inga, ofullständiga eller låga betyg från åk 9 i grundskolan. I samma grupp är

det nästan varannan pojke (46%) som bara har grundskola vid 21 års ålder, något färre bland flickorna. Motsvarande siffror för barn som fick kontaktfamilj i förskoleåldern (Tabell 4) är något lägre, men fortfarande runt tre gånger högre än för jämnåriga som inte fick insatsen i 2-5 års ålder.

I båda grupperna tyder data på en avsevärt högre förekomst av psykisk ohälsa än bland andra barn, även om det bara rör en minoritet av barnen. Det är avsevärt fler som varit inlagda på sjukhus för självmordsförsök och som fick utskriven psykofarmaka år 2009. Även förekomst av narkotikamissbruk och allvarlig kriminalitet är radikalt högre, i båda grupperna, liksom andelen flickor som blev tonårsmammor.

Runt tre av tio i den yngre gruppen och fyra av tio i den äldre har socialbidrag som sin dominerande inkomstkälla året de fyller 21, fyra till sex gånger fler än i normalgrupperna.

I den yngre gruppen som inte fick kontaktfamilj klarar 76-81 procent våra kriterier för 'Har gått bra', bland barnen som fick insatsen är det 35-40 procent. I den äldre gruppen är det runt tre av fyra utan erfarenhet av KF/KP i 10-13 årsåldern som klarar motsvarande kriterier, bland personer som fick insatsen är det rejält färre: en av fyra pojkar (24%) och en av tre flickor (31%).

Resultat från regressionsanalyser

I tabell 6 visas resultat från en lång rad (76 st) Cox-regressionsanalyser för både den yngre och den äldre gruppen. I den första och den tredje kolumnen (justerat för kön och föd år) har vi justerat resultaten endast för olikheter i fördelningen av kön och födelseår mellan KF/KP-grupperna och normalbarnen. Dessa relativa risker beskriver de reella skillnaderna mellan KF/KP-barnen och andra jämnåriga barn.

I de två andra kolumnerna (Full modell) har vi justerat för skillnader mellan KF/KP barnen och andra jämnåriga i fördelningen av alla 16 bakgrundsfaktorer, där alla utom tre (barnets kön och födelseår samt om barnet är uppväxt i storstad, annan tätort eller på landsbygden) beskriver barnets föräldrar (se listning under tabell 6). Dessa RR-tal beskriver jämförelsen med andra barn med liknande bakgrund, men som inte fick KF/KP när de var 2-5 år eller 10-13 år. Men observera att analysen baseras på 'dimensioner'/variabler i datamaterialet, inte på jämförelser mellan KF/KP barnen och grupper av matchade barn som i de följande PSM-analyserna (se avsnittet "Statistisk analys", s 15-16).

Tabell 6: Summering av resultat från Cox regressionsanalyser.

	KF 2-5 år		KF/KP 10-13 år	
	Justerat för kön och föd år	Full modell	Justerat för kön och föd år	Full modell
Utfall	RR (95% KI)	RR (95% KI)	RR (95% KI)	RR (95% KI)
Placerad 5-10 år	13,6 (12,7-14,6)	1,9 (1,8-2,1)	--	--
Placerad 13-18 år	9,8 (9,3-10,2)	1,9 (1,8-2,0)	10,7 (10,2-11,3)	2,1 (2,0-2,2)
Dåliga betyg i åk 9	3,0 (2,9-3,2)	1,3 (1,3-1,3)	3,2 (3,1-3,3)	1,5 (1,4-1,6)
Ej behörig till gymn (f 1982-1990)	3,0 (2,8-3,1)	1,3 (1,2-1,3)	4,0 (3,7-4,3)	1,7 (1,5-1,8)
Bara grundskola vid 21 år (f 1973-1987)	1,8 (1,7-1,9)	1,2 (1,1-1,2)	3,6 (3,3-3,8)	1,5 (1,4-1,6)
Död efter åk 9 *	2,7 (2,1-3,6)	[1,3 (1,0-1,8)]	2,8 (2,3-3,4)	1,6 (1,3-2,0)
Självmodsförsök *	2,6 (2,4-2,9)	1,2 (1,2-1,5)	3,5 (3,2-3,8)	1,6 (1,5-1,8)
Narkotikamissbruk	4,3 (4,0-4,7)	1,3 (1,3-1,6)	4,7 (4,4-5,1)	1,6 (1,5-1,7)
Allvarlig krim 20-23 år (f 1973-1985)	5,8 (5,1-6,5)	1,6 (1,4-1,8)	6,0 (5,6-6,6)	1,8 (1,6-2,0)
Socialbidragsber vid 21 år (födda 1973-1987)	5,1 (4,9-5,4)	1,4 (1,3-1,5)	5,0 (4,8-5,2)	1,6 (1,6-1,7)
Tonårsmamma	3,5 (3,1-4,3)	1,2 (1,1-1,4)	4,2 (3,8-4,6)	1,5 (1,3-1,7)
Neuroleptika 2009	2,9 (2,5-3,4)	1,5 (1,2-1,8)	2,9 (2,5-3,3)	1,4 (1,1-1,7)
Sömnmedel 2009	2,5 (2,3-2,8)	1,3 (1,2-1,5)	2,5 (2,3-2,8)	1,3 (1,2-1,5)
Ångstdämpande 2009	2,3 (2,1-2,6)	1,4 (1,2-1,5)	2,4 (2,2-2,6)	1,3 (1,2-1,5)
Antidepressiva 2009	1,9 (1,7-2,0)	1,2 (1,1-1,3)	1,9 (1,8-2,0)	1,2 (1,1-1,3)
Missbr rel läkem 2009	5,6 (4,5-7,1)	1,8 (1,4-2,4)	4,1 (3,3-5,0)	1,5 (1,2-1,8)
Mönstrade ej	--	--	2,1 (1,9-2,4)	1,4 (1,3-1,6)
Dålig arb kap, mönstr	--	--	1,6 (1,4-1,8)	1,2 (1,1-1,4)
Fetma vid mönstring	--	--	1,7 (1,4-2,3)	1,3 (1,1-1,6)
Överv/fetma, mönstring	--	--	1,3 (1,2-1,5)	1,1 (1,0-1,3)
Undervikt vid mönstr	--	--	[1,0 (0,9-1,3)]	[1,0 (0,8-1,2)]
Kortväxt vid mönstring	--	--	1,4 (1,2-1,5)	1,1 (1,0-1,2)
'Har gått bra'	0,5 (0,4-0,5)	0,7 (0,7-0,7)	0,4 (0,4-0,4)	0,5(0,5-0,6)

* Persontid, övriga variabler konstant persontid. Resultat markerade [,,,] är ej statistiskt signifikanta ($p < 0,01$). Full modell är justerad för barnets ålder, födelseår och geografisk uppväxt, mors födelseland, mor tonårsmamma, mor ensamförälder, mots utbildning, mor förvärvsarbete, mot förtidspension, mor socialbidragsberoende, mor eller far indikation på psykisk ohälsa, missbruk eller betydande kriminalitet.

Från RR-talen i den första och tredje kolumnen i tabell 6 ser vi att barnen som fick kontaktfamilj/-person har höga överrisker (jämfört med andra jämnåriga) för de flesta utfall vi undersökt. De har exempelvis 10-14 gånger högre risk att hamna i dygnsvård och sex gånger högre risk för allvarlig kriminalitet, det vill säga föra att ha fått skyddstillsyn, fängelse eller rättspsykiatrisk vård som påföljd av brott. Tre till fyra gånger fler flickor har blivit tonårsmammor, 2,6-3,5 gånger fler har fått sjukhusvård efter självmordsförsök, det är två till fyra gånger vanligare att de hämtat ut föreskriven psykofarmaka under 2009 etc. Två till fyra gånger fler har hamnat i utbildningssystemets marginal, antingen genom inga/dåliga betyg från åk 9, avsaknad av gymnasiebehörighet efter åk 9 eller genom att de bara har grundskoleutbildning i ung vuxen ålder.

I den andra och fjärde kolumnen visas relativa risker när vi justerat för olikheter mellan KF/KP barnen avseende alla 16 bakgrundsfaktorer som ingår i analyserna. Om vi jämför dessa RR-tal med siffrorna i den första och tredje kolumnen ser vi att de sjunker markant. Detta beror på att – som visats tidigare – gruppen barn som får KF/KP har en radikalt annorlunda fördelning av bakgrundsfaktorerna jämfört med andra barn i samma ålder.

Men även efter dessa omfattande justeringar kvarstår tydliga överrisker för nära nog alla utfall. De enda undantagen är dödlighet för de yngre barnen och förekomst av undervikt vid mönstringen för de äldre pojkar. Även efter att vi justerat för nästan allt mellan himmel och jord kvarstår en dubbel överrisk för att hamna i dygnsvård efter insatsen, jämfört med andra barn med liknande bakgrund, och en 60-80 procentig överrisk för allvarlig kriminalitet (enligt vår definition). Det handlar ofta om små överrisker (RR 1,1-1,3) i kolumnerna med full modell men mönstret är förvånansvärt konsistent.

Detta mönster blir särskilt tydligt för sammanslagningsvariabeln 'Har gått bra'. Om vi vänder på RR-talen (som är < 1 i tabellen) i en uträkning, och inte avrundar till en decimal, visar det sig att yngre barn som inte fått KF/KP, men som har liknande bakgrund, har 40 procent större sannolikhet för att det 'Har gått bra'. För de äldre barnen är motsvarande tal 80 procent.

Sammanfattningsvis finns det inte några som helst tecken i regressionsanalyserna, för något utfall vi undersökt, på att kontaktfamilj/kontaktperson har gjort en positiv skillnad för barnens framtidsutsikter. Våra analyser pekar till och med i andra riktningen: det har gått sämre för KF/KP barnen än andra barn med liknande bakgrund. Vi diskuterar hur man kan tolka dessa resultat i rapportens diskussionsavsnitt (s 35-41).

Barn vars föräldrar har indikation på missbruk

Definitionen på barn med föräldrar som har indikation på missbruk är att mor eller far under observationstiden antingen vårdats på sjukhus med missbruksrelaterad diagnos, har avlidit av missbruksrelaterade orsaker eller blivit lagförd för narkotikabrott eller/och rattfylleri/rattonykterhet. I specialanalyserna har vi jämfört barn med denna bakgrund som fått KF/KP-insats med barn från samma bakgrund som inte fått KF/KP:

- 3 836 barn som fick KF när de var 2-5 år jämförs med 138 397 barn som inte fick KF. Båda grupperna har minst en förälder med indikation på missbruk.
- 2 794 barn som fick KF/KP när de var 10-13 år jämförs med 117 789 barn som inte fick insatsen. Båda grupperna har minst en förälder med indikation på missbruk.

Som framgår av siffrorna är det en liten grupp av barn, vars föräldrar har indikationer på missbruk, som fått KF/KP: 2,7 procent bland de yngre barnen och 2,4 procent bland de äldre.

Vi redovisar i tabell 7 resultat från regressionsanalyserna. Först visas risktal efter att vi justerat resultaten för kön och födelseår. Men det är sannolikt att barn som får KF/KP, och som har minst en förälder med indikation på missbruk, är en starkt selekterad grupp även bland alla barn med denna bakgrund. Därför justerar vi i kolumnen med 'Full modell' för samma faktorer som i tabell 6 (men inte för mor och fars missbruk naturligtvis eftersom urvalet bara består av barn vars föräldrar har sådana indikationer). Vi har här reducerat antalet utfall som analyserats till tio utfallsindikatorer med hygglig statistisk kraft.

Tabell 7: Summering av resultat från Cox regressionsanalyser av utfall för barn vars föräldrar har indikation på missbruk.

	KF 2-5 år		KF/KP 10-13 år	
	Justerat för kön och föd år	Full modell	Justerat för kön och föd år	Full modell
Utfall	RR (95% KI)	RR (95% KI)	RR (95% KI)	RR (95% KI)
Placerad 5-10 år	4,0 (3,7-4,4)	1,6 (1,5-1,8)	--	--
Placerad 13-18 år	3,5 (3,3-3,7)	1,7 (1,6-1,8)	3,3 (3,1-3,6)	1,6 (1,5-1,7)
Dåliga betyg i åk 9	1,7 (1,7-1,8)	1,2 (1,2-1,2)	1,9 (1,8-2,0)	1,4 (1,3-1,4)
Bara grundskola vid 21 år (f 1973-1987)	1,7 (1,6-1,8)	1,2 (1,2-1,3)	1,9 (1,8-2,0)	1,3 (1,3-1,4)
Självmodsförsök *	1,6 (1,4-1,8)	[1,1 (1,0-1,3)]	2,2 (1,9-2,5)	1,5 (1,4-1,7)
Narkotikamissbruk	2,2 (2,0-2,4)	1,4 (1,2-1,5)	2,2 (1,9-2,4)	1,4 (1,2-1,5)
Allvarlig krim 20-23 år (f 1973-1985)	2,4 (2,0-2,8)	1,4 (1,2-1,7)	2,6 (2,3-2,9)	1,5 (1,4-1,6)
Socialbidragsber vid 21 år (födda 1973-1987)	2,3 (2,1-2,5)	1,3 (1,2-1,4)	2,4 (2,3-2,6)	1,5 (1,4-1,6)
Tonårsmamma	1,9 (1,6-2,2)	1,2 (1,0-1,4)	2,1 (1,8-2,4)	1,4 (1,2-1,6)
'Har gått bra'	0,5 (0,5-0,5)	0,7 (0,7-0,7)	0,4 (0,4-0,4)	0,6 (0,5-0,6)

* Persontid, övriga variabler konstant persontid. Resultat markerade [,] är ej statistiskt signifikanta ($p < 0,01$). Full modell är justerad för barnets ålder, födelseår och geografisk uppväxt, mors födelseland, mor tonårsmamma, mor ensamförälder, mors utbildning, mor förvärvsarbete, mot förtidspension, mor socialbidragsberoende, mor eller far indikation på psykisk ohälsa eller betydande kriminalitet.

Som framgår av kolumnerna med 'Full modell' i Tabell 7 kvarstår klara överrisker för så gott som alla tio utfall, även efter att vi tagit hänsyn till en lång rad andra faktorer som påverkar resultaten, exempelvis allvarlig kriminalitet, psykisk sjukdom hos föräldrarna och socialbidragsberoende för mamman. Vi hittar i dessa analyser inga tecken på att insatsen varit till substantiell nytta för barn vars föräldrar har indikationer på missbruksproblem. Resultaten pekar snarare i andra riktningen. Det kan bero på det finns andra viktiga bakgrundsfaktorer som vi inte har med i analyserna (se avsnittet "Diskussion", s 35-41). Med denna viktiga reservation i minnet är det ändå anmärkningsvärt att bland dessa utsatta barn är chansen att det 'Har gått bra' drygt 40 procent större för yngre barn och drygt 70 procent större för äldre barn som inte fått KF/KP, jämfört med jämnåriga från samma bakgrund som fått insatsen (1:0,7 resp 1:0,6; kolumnerna med full modell).

Resultat från PSM-analyser

De resultat vi redovisar bygger på att vi matchar utifrån principen närmaste granne (eng. *nearest neighbour*; för detaljer, se Leuven & Sianesi, 2003). Varje individ av de som fått insatsen jämförs med de fem mest lika individerna i normalpopulationen (så kallad 1-5-matchning). Vi har även genomfört separata analyser av pojkar respektive flickor. Resultatet från dessa undergruppsanalyser förändrade inte bilden mer än marginellt och redovisas därför inte i rapporten.

Som framgår av tabellerna 7 och 8 har vi här valt ut betydligt färre utfall än den långa listan som analyserades i regressionsmodeller (se tabell 6). Det finns flera skäl för detta. I alla de PSM-analyser vi gjorde var resultaten förvånansvärt samstämmiga med de resultat som vi fick i regressionsmodellerna (se kommande tabell 9). PSM-analyserna, framförallt de nödvändiga sensitivitetsanalyserna som är mycket beräkningsintensiva, tog mycket lång tid att genomföra även med en extremt snabb dator. Vi valde därför ut de centrala utfall som tidsmässigt låg så nära insatsen som möjligt: Placering i dygnsvård och Inga/ofullständiga/ låga betyg i åk 9 (dåliga betyg från åk 9). Dessutom valde vi ett utfall på lite längre sikt: allvarlig kriminalitet vid 20-23 års ålder. Mot bakgrund av att många äldre barn troligen fick kontaktperson på grund av föräldrars/skolans/socialtjänstens oro för begynnande beteendeproblem (Andersson & Bangura Arvidsson, 2001) är detta utfall särskilt intressant för den äldre gruppen.

Vi redovisar resultaten från PSM-analyserna i tabellerna 7 och 8. Tabellerna är enklare att läsa än vad man kanske tror vid första anblicken. Procenttalen i den tredje kolumnen visar hur många bland KF/KP-barnen som hade utfallet – samma frekvens före och efter matchningen. Den fjärde kolumnen (Kontroll) visar andelen i jämförelsepopulationen som hade samma utfall före matchningen (hela normalpopulationen) och efter matchningen. Den femte kolumnen visar skillnad i procentenheter mellan KF/KP barnen före och efter matchningen, tillsammans med ett 95-procentigt konfidensintervall (95% KI) som beskriver osäkerheten i punktestimatet. Den sista kolumnen är en enkel uträkning av den relativa risken (RR) också med ett 95-procentigt konfidensintervall. Vi visar med ett exempel. Gå till tabell 7, utfall dygnsvård 5-10 år. Det var 11 procent av KF-barnen som placerades i dygnsvård efter insatsen, när de var 5-10 år. I hela normalpopulationen (Kontroll, första raden) var det 0,7 procent. Efter matchningen hade vi en jämförelsegrupp (N=39 305) där 5 procent hamnade i dygnsvård när de var 5-10 år (Kontroll, andra raden). Skillnaden mellan KF-barnen och de

matchade barnen är 11% minus 5% = 6% (femte kolumnen, andra raden). Nu är det också enkelt att räkna relativ risk: 11% delat med 5% = 2,2 – vilket är RR-talet i den sista kolumnen.

Tabellerna 7 och 8 visar att båda grupperna av KF/KP barn hade drygt dubbelt så hög risk att hamna i dygnsvård efter insatsen jämfört med de matchade barnen. De yngre KF-barnen hade runt 30 procents högre risk att lämna grundskolan med inga/ofullständiga/låga betyg. De äldre hade 60 procents högre sannolikhet för samma utfall. Jämfört med de matchade barnen hade de yngre KF-barnen runt 70 procents högre risk ($RR=1,7$) att ha indikationer på allvarlig kriminalitet (fått skyddstillsyn, fängelse eller rättspsykiatrisk vård) när de var 20-23 år. Motsvarande överrisk för de äldre barnen var 100 procent ($RR=2,0$).

Sammanfattningsvis visar PSM-analyserna inga tecken på att det har gått bättre för de barn som fått KF/KP jämfört med andra barn från liknande bakgrundsförhållanden som inte fått insatsen när de var 2-5 eller 10-13 år. Det har gått tydligt sämre för KF/KP barnen – samma trend i resultaten som vi fick med regressionsmodellerna.

PSM-analysen har matchat på observerade egenskaper. Det är rimligt att anta att det finns bakgrundsfaktorer som är betydelsefulla i sammanhanget, men som vi inte kan observera i registerdata. Exempel på sådana faktorer är relationer i familjen och förekomst av beteendeproblem hos barnet (för de äldre barnen). Det här får som konsekvens att resultaten som redovisats kan ha underskattat effekten av insatsen.

Ett sätt att undersöka effekten av icke observerade egenskaper och därmed få en indikation på om våra resultat är robusta är att använda sig av simulering (Nannicini, 2007). Vi simulerade för vart och ett av de matchade resultaten effekten av en icke observerad bakgrundsfaktor som hade samma egenskaper som den starkaste markören för att ha fått insatsen vilket var att bo med en ensamstående mamma. Resultaten från dessa simuleringar (redovisas ej i tabell) visar att de tidigare negativa resultaten förbättras i den meningen att effekten av insatsen går mot ett nollresultat. Men trots att vi simulerar effekten av ytterligare en bakgrundsfaktor - med samma egenskaper som den starkaste prediktorn vi har observerat - så kan vi inte se att insatsen har positiva resultat för barnen.

Tabell 7: Effekten av att ha fått kontaktfamilj vid 2-5 års ålder. Resultat från matchning (1-5) på urvalssannolikheter (PSM).

Utfall	Urval*	KF 2-5 år (%)	Kontroll (%)	Skillnad KF -Kontroll Procentenheter(95% KI)	RR (95% KI)
Dygnsvård 5-10 år	Omatchat	11.0	0.7	10.3 (9.8-10.3)	15.7 (14.7-16.8)*
	Matchat	11.0	5.0	6.0 (5.2-6.8)	2.2 (2.0-2.3)
Dygnsvård 13-18 år	Omatchat	20.0	1.9	18.1 (17.9-18.3)	10.5 (10.0-11.0)*
	Matchat	20.0	9.3	10.7 (9.7-11.7)	2.2 (2.0-2.3)
Dåliga betyg i åk 9	Omatchat	38.8	12.7	26.1 (25.3-26.9)	3.1 (3.0-3.1)*
	Matchat	38.8	28.8	10.0 (8.6-11.4)	1.3 (1.3-1.4)
Allvarl krim 20-23 år	Omatchat	3.5	0.7	2.8 (2.6-3.0)	5.0 (4.4-5.6)*
	Matchat	3.5	2.1	1.4 (0.9-2.3)	1.7 (1.5-1.9)

* Ej justerat för kön och f-år, jfr Tabell 6

Omatchat: Kontaktperson 2-5 år N=7 841, kontroll N=1 005 067

Matchat: Kontaktperson 2-5 år N=7 841, kontroll N=39 205

Tabell 8: Effekten av att ha fått kontaktfamilj/-person vid 10-13 års ålder. Resultat från matchning (1-5) på urvalssannolikheter (PSM).

Utfall	Urval*	KF/KP 10-13 år (%)	Kontroll (%)	Skillnad KF/KP-Kontroll Procentenheter(95% KI)	RR (95% KI)
Dygnsvård 13-18 år	Omatchat	19.8	1.7	18.1 (17.7-18.5)	11.7 (11.1-12.2)*
	Matchat	19.8	8.8	11.0 (10.0-12.0)	2.3 (2.1-2.4)
Dåliga betyg i åk 9	Omatchat	51.6	16.1	35.5 (34.7-36.3)	3.2 (3.1-3.3)*
	Matchat	51.6	32.8	18.8 (17.4-20.2)	1.6 (1.5-1.6)
Allvarl krim 20-23 år	Omatchat	8.1	1.2	6.9 (6.7-7.1)	6.7 (6.2-7.3)*
	Matchat	8.1	4.0	4.1 (3.3-4.9)	2.0 (1.8-2.2)

* Ej justerat för kön och f-år, jfr Tabell 6

Omatchat: Kontaktperson 10-13 år N=7 043, kontroll N=1 022 194

Matchat: Kontaktperson 10-13 år N=7 043, kontroll: N=35 215

Jämförelse mellan resultat i regressionsmodeller och från PSM-analyser

Som framgår av tabell 9 blev skillnaderna mellan resultaten från de två analysmetoderna försumliga. Det är samma resultat eftersom konfidensintervallen överlappar varandra för alla utfall. Det finns i tabellen en mycket svag tendens att risksiffrorna till och med blir aningen högre med PSM-analys, men det är inget att fästa avseende vid. Det är mot bakgrund av dessa resultat (och en del andra oredovisade, långa datakörningar) som vi beslutade att begränsa antalet utfall som analyserades med PSM.

Oavsett analysmetod och ålder vid insatsen verkar barn som fått kontaktfamilj eller kontaktperson löpa dubbelt så hög risk att placeras i dygnsvård efter KF/KP insatsen, jämfört med barn med liknande bakgrund som inte fick insatsen (Tabell 9). I båda analysmodellerna har de 30-60 procents högre risk att lämna grundskolan med inga/ofullständiga/låga betyg jämfört med andra barn med liknande bakgrundsförhållanden och runt dubbelt så hög risk att få allvarliga brottspåföljder redan när de är 20-23 år.

Tabell 9: Jämförelse av utfall i regressionsmodeller och från PSM-analyser, utdrag från tabellerna 6, 7 och 8

Utfall	Cox regr, full modell*	PSM-analyser (1-5)
	RR (95% KI)	RR (95% KI)
Yngre barn		
Plac i dygnsvård 5-10 år	1,9 (1,8-2,1)	2,2 (2,0-2,3)
Plac i dygnsvård 13-18 år	1,9 (1,8-2,0)	2,2 (2,0-2,3)
Dåliga betyg i åk 9	1,3 (1,3-1,3)	1,3 (1,3-1,4)
Allvarlig krim 20-23 år	1,6 (1,4-1,8)	1,7 (1,5-1,9)
Äldre barn		
Plac i dygnsvård 13-18 år	2,1 (2,0-2,2)	2,3 (2,1-2,4)
Dåliga betyg i åk 9	1,5 (1,4-1,6)	1,6 (1,5-1,6)
Allvarlig krim 20-23 år	1,8 (1,6-2,0)	2,0 (1,8-2,2)

*Full modell är justerad för: barnets ålder, födelseår och geografisk uppväxt, mors födelseland, mor tonårsmamma, mor ensamförälder, mots utbildning, mor förvärvsarbete, mot förtidspension, mor socialbidragsberoende, mor eller far indikation på psykisk ohälsa, missbruk eller betydande kriminalitet.

Analyser av bara kontaktfamiljs-/persons barnen: vilken betydelse har insatstiden?

Vi har fördelat insatstid som påbörjades när barnen var 2-5 år respektive 10-13 år, i fyra grupper (se Tabell 10):

- <1år (max 364 dagar
- 1-2 år (365-729 dagar
- 2-4 år (730-1459 dagar
- 4 år eller mer (1460 dagar eller längre)

Tabell 10: fördelning av insatstid efter undersökningsgrupp i procent (avrundat till heltal).

Insatstid	KF 2-5 år	KF/KP 10-13 år
<1år	26	20
1-2 år	25	20
2-4 år	28	26
4 år el mer	21	34

I tabell 11 visas resultat från regressionsanalyser av barn KF/KP-barnen där vi undersökt om och hur insatstid påverkar resultaten, efter att vi tagit hänsyn till alla andra 16 bakgrundsvariabler som använts i de tidigare analyserna. Går det bättre för de barn som haft kontaktfamilj eller kontaktperson under längre tid, jämfört med kortare tid? Vi redovisar i tabell 11 inte en lång lista med RR-tal, utan bryr oss bara om RR på 1,3 eller högre (30 procents övrig risk eller mer). Dessutom har vi sållat bland utfallen och redovisar bara tio tunga utfall med hygglig statistisk kraft ('power').

Tabell 11: Summering av Cox regressionsanalyser, efter undersökningsgrupp. Samband mellan insatstid och utfall.

Utfall	KF 2-5 år	KF/KP 19-13 år
Placerad 5-10 år	*	--
Placerad 13-18 år	*	
Dåliga betyg i åk 9		
Bara grundskola vid 21 år		
Självvmordsförsök		
Narkotikamissbruk	*	
Allvarlig krim 20-23 år	**	
Socialbidragsber vid 21 år	*	
Tonårsmamma		
Har gått bra		

* RR=1,3-1,4, ** RR=1,5-1,9

Resultaten är justerade för barnets ålder, födelseår och geografisk uppväxt, mors födelseland, mor tonårsmamma, mor ensamförälder, mors utbildning, mor förvärvsarbete, mor förtidspension, mor socialbidragsberoende, mor eller far indikation på psykisk ohälsa, missbruk eller betydande kriminalitet.

För barn som var 2-5 år när de fick kontaktfamilj tenderar lång insatstid tenderar att öka risken för de flesta utfall i tabellen (det omvända för 'Har gått bra'), även för de utfall där RR

är mindre än 1,3. Men det handlar huvudsakligen om små eller moderata överrisker ($RR < 1,5$). Det finns inga substantiella eller konsistenta samband mellan insatstid och utfall för barn som fick kontaktfamilj/-person när de var 10-13 år.

Analys av bara kontaktfamiljs-/persons barnen: vilka bakgrundsfaktorer predicerar sämre och bättre utfall?

I tabellerna 12 och 13 visas resultat från regressionsanalyser av bara de barn som fått kontaktfamilj eller kontaktperson. Resultaten har justerats för födelseår och insatstid. Vilka bakgrundsfaktorer har samband med bättre eller sämre utfall? Som i föregående tabell redovisar har vi gjort ett urval bland tidigare redovisade utfall och vi noterar inte små överrisker, det vill säga RR som är mindre än 1,3.

De starkaste, mest återkommande sambanden mellan negativa utfall på lång sikt och de bakgrundsfaktorer som listas i tabellerna 9 och 10 rör mammans utbildning, att mamman hade socialbidrag när barnet var 17 år samt att mamman har indikationer på betydande kriminalitet – när alla andra faktorer i modellen var lika. Det omvända gäller för sammanslagningsutfallet 'Har gått bra'. Givet att alla andra faktorer är lika, är chansen substantiellt större för KF/KP barn som har

- en högutbildad mamma
- en mamma som inte var socialbidragsberoende eller
- en mamma utan indikationer på betydande kriminalitet

Tabell 12: Summering av Cox regressionsanalyser, efter utfall. Samband mellan bakgrundsfaktorer och utfall för barn som fick KF de var 2-5 år.

Bakgrunds-faktor	Plac 5-10 år	Plac 10-13 år	Dåliga betyg i åk 9	Bara grundskola vid 21 år	Själv försök	Nark-missbruk	Allvarl krim 20-23 år	Soc bidr ber vid 21 år	Tonårs mamma	Gått bra
Kön					**	**	***			
Storstad/stad/land						**				
Mors f land						*	*			
Mor tonårsmamma							**			
Mor ensamst										
Mors utbildn	**	**	***	*	*	*	*	**	***	**
Mor förv arbetar inte	**	*						*	*	
Mor fört pens	*	*								
Mor soc bidr	*	**	*	*		**	**	**	*	***
Mor psyk	*	*			*					
Mor missbruk	**	**				*				
Mor krim	**	**			*	*	*			*
Far psyk						*			**	
Far missbruk						*			*	
Far krim						*	**			

* RR=1,3-1,4, ** RR=1,5-1,9, *** RR $\geq$ 2,0. Resultaten är justerade för barnets födelseår och insatstid.

Tabell 13: Summering av Cox regressionsanalyser, efter utfall. Samband mellan bakgrundsfaktorer och utfall för barn som fick KF/KP när de var 10-13 år.

Bakgrundsfaktor	Plac 10-13 år	Dåliga betyg i åk 9	Bara grundskola vid 21 år	Själv- försök	Nark- missbruk	Allvarl krim 20-23 år	Soc bidr ber vid 21 år	Tonårs mamma	Gått bra
Kön		*			***	***			*
Storstad/stad/ land									
Mors f land				*	**	**			
Mor tonårsmamma								**	
Mor ensamstående									
Mors utbildning	**	**	*	*	*	**	**	***	**
Mor förvärvs arbetar inte								*	
Mor förtidspension									
Mor socialbidr beroende	**		*				*	*	**
Mor psyk	*				*				
Mor missbruk									
Mor krim	**			*	**	**			*
Far psyk								*	
Far missbruk									
Far krim				*	*	*			

* RR=1,3-1,4, ** RR=1,5-1,9, *** RR $\geq$ 2,0. Resultaten är justerade för barnets födelseår och insatstid.

Diskussion

Vi har utgått från och analyserat data för alla barn som föddes i Sverige 1973-1990.

Resultaten baseras följaktligen på en totalundersökning, inte på ett urval. Vi valde ut två undersökningsgrupper:

1. Barn som påbörjade en kontaktfamiljsinsats när de var 2-5 år (födda 1980-1990) men som inte var i dygnsvård dessa år (n=7 841).
2. Barn som påbörjade en kontaktfamiljs- eller kontaktpersonsinsats när de var 10-13 år (födda 1973-1984) men som inte var i dygnsvård dessa år (n=7 063).

Dessa jämfördes först i regressionsmodeller med drygt en miljon jämnåriga/grupp, genom att vi justerade resultaten för 16 olika bakgrundsvariabler där fördelningen mellan KF/KP-barnen och resten av den jämnåriga befolkningen skilde sig radikalt. I nästa steg matchade vi varje KF/KP barn med fem jämnåriga som givet deras observerade värden i de 16 bakgrundsvariablerna borde/kunde tillhöra någon av insatsgrupperna men inte gjorde det. Efter matchningen jämfördes drygt 35 000 barn med de yngre KF-barnen och knappt 40 000 jämfördes med den äldre KF/KP-gruppen.

Sammanfattning av resultaten

Här följer en kortfattad sammanfattning av resultaten, utifrån de fem frågorna som varit grunden för studien:

Verkar KF/KP minska risker för framtida placering i dygnsvård?

Svar: Nej, insatsen verkar tvärtom öka risken substantiellt för framtida placering i dygnsvård. Även efter kontroll för våra 16 bakgrundsfaktorer och i PSM-analyserna handlar det om dubbla överrisker jämfört med barn med liknande bakgrund, som inte fick KF/KP när de var 2-5 respektive 10-13 år.

Verkar interventionen minska risker för långsiktig ogynnsam utveckling på sikt?

Svar: Nej, det finns inga tecken på det, oavsett analysmodell och oavsett utfallsmått.

Resultaten pekar snarast i motsatt riktning: barn som fått insatsen hade högre risker för ogynnsam utveckling än barn med jämförbar bakgrund som inte fått insatsen. Detta gällde för skola och utbildning, psykisk ohälsa, missbruk, kriminalitet, allvarliga försörjningsproblem, tonårsföräldraskap och för de grova indikationer på fysisk hälsa för pojkar som vi konstruerade med hjälp av mönstringsdata. Det gällde även när vi vände på steken och skapade mått på gynnsam utveckling, i rapporten exemplifierat med utfallsvariabeln 'Har gått bra'.

Verkar Kontaktfamiljs/-personinsatsen ha gjort någon skillnad för barn vars föräldrar har indikationer på missbruk, avseende risk för placering i dygnsvård eller för ogynnsam utveckling på sikt?

Svar: Nej, det finns inga tecken i resultaten som pekar på det – snarare en genomgående tendens i motsatt riktning. Men det kan bero på inflytande från bakgrundsfaktorer som vi inte kunnat observera.

Verkar insatstidens längd ha positiv betydelse? Gick det bättre för barn som fick insatsen under längre tid än för barn som fick insatsen under kortare tid?

Svar: Nej, för barn som fick kontaktfamilj i förskoleåldern pekar analyserna till och med i motsatt riktning. Längre insatstid tenderade att öka risken för ogynnsamma utfall. För den äldre gruppen (kontaktfamilj-/person när de var 10-13 år) fanns inga sådana klara eller entydiga tendenser. Insatstid hade inte några påvisbara samband med utfall på lång sikt.

Vilka bakgrundsfaktorer hos barnen som fått KF/KP predicerade sämre eller bättre framtida utfall?

Svar: Det var huvudsakligen tre faktorer som ökade risken för ogynnsamma utfall för båda grupperna av barn, när alla andra bakgrundsfaktorer i analyserna var de samma:

- att mamman hade låg utbildning
- att mamman var socialbidragsberoende när barnet var 17 år och
- att mamman hade indikationer på betydande kriminalitet

Omvänt hade de barn som det 'gått bra för' i högre utsträckning en mamma med högskoleutbildning, en mamma som inte hade varit socialbidragsberoende och en mamma som inte hade indikationer på betydande kriminalitet.

Varför dessa resultat? Hur ska man förstå dem?

När vi ska förklara eller diskutera vad som ligger bakom resultaten hamnar vi snabbt på tunn is, eftersom vi saknar data som gör det möjligt att svara på frågorna. Vi tvingas att utgå från annan forskning, men också från vår förståelse av registerstudiers begränsningar. Resultatet blir tolkningar och ibland även spekulationer. Därför blir det nödvändigt att börja med studiens begränsningar.

Alla studier har begränsningar och problem, oavsett design, urval och val av analysmetod. Vår studie har begränsningar som gäller specifikt för registerdataanalyser. Framförallt saknar vi viktiga data om faktorer som sannolikt påverkat resultaten. Vi kan bara analysera de data som finns i registren och det är mycket som inte noteras i våra nationella register. För det första har vi ingen information om skäl för insatsen. Sådana data saknas i Socialstyrelsens

Barn-Unga register. Vi saknar dessutom information på en rad andra områden, om faktorer som troligen påverkar sannolikheten att ett barn får insatsen men även hur det går för barnet i framtiden, exempelvis:

- förekomst av beteendeproblem bland de äldre barnen
- familjeklimat, familjerelationer
- förekomst och omfattning av stöd från barnets far, från släkt och vänner
- förekomst av familjevåld
- förekomst av psykisk ohälsa och missbruk hos mor eller far som inte lett till sjukhusvård, missbruksrelaterade brott eller död
- mammans somatiska hälsa/ohälsa
- förekomst och omfattning/varighet av allvarlig stress för mamman under barnets uppväxt
- barnets psykiska och somatiska hälsa
- förekomst och omfattning/varighet av allvarlig stress för barnet under uppväxten
- barnets kamratstatus i skolan
- barnets och mammans kognitiva kapacitet
- förekomst av genetiska risk- eller friskfaktorer, framförallt det komplexa samspelet mellan miljörelaterade riskfaktorer och genetiskt överförda sårbarhetsfaktorer.

Det finns med andra ord en hel del selektionsfaktorer som vi inte har kunnat ta hänsyn till i analyserna (jfr diskussion i Olsen et al, 2011) och som helt enkelt inte kan fångas i registerdatastudier. Våra statistiska analyser kan inte simulera en experimentell studie där barn lottas till en grupp som får en speciell insats eller till en kontrollgrupp som får en så kallad standardinsats eller ingen insats alls (t ex Shadish, Cook & Campbell, 2002; Sundell, 2008). En sådan design gör att initiala skillnader mellan grupperna är slumpmässiga. Så är inte fallet i våra analyser, det finns sannolikt systematiska skillnader. Vi har helt enkelt gjort vad som är möjligt att göra i efterhand, med de data och de metoder vi har till förfogande. Med dessa viktiga begränsningar i minnet kan vi dock göra vissa, hyggligt välgrundade, antaganden.

Varför minskar insatsen inte placeringsrisken – varför verkar risken till och med öka?

Vi vet exempelvis att insatsen ofta används för familjer med allvarliga sociala problem (t ex Andersson, 1992, Andersson & Bangura Arvidsson, 2001). I en Stockholmsstudie från början av 1990-talet gällde det majoriteten av familjerna (Sundell, Humlesjö & Carlsson, 1994). Även om Gunvor Andersson och Maria Bangura Arvidsson i sin översikt (2001) inte fann några starka tecken på att insatsen användes som kontrollinstrument, hade Andersson i en tidigare rapport noterat att det inte var ovanligt. Det nämndes som ett direkt syfte med insatsen av var tredje socialsekreterare som hon intervjuade (Andersson, 1992). Så kallade

anekdotiska bevis (samtal med socialarbetare) pekar också på att insatsen ibland används för familjer där socialtjänsten misstänker att man i framtiden måste göra en placering i vård utom hemmet. Socialarbetarna söker därför ibland en kontaktfamilj som kan bli familjehem om situationen i barnets familj försämras allvarligt. En rimlig hypotes är att insatsen – oavsett socialtjänstens initiala avsikt – ökar insynen i familjen och därmed i sig också ökar sannolikheten för en framtida placering. Men av oss ej observerade selektionsfaktorer kan också ha påverkat dessa resultat.

Varför går det inte bättre för barnen som fått KF/KP, inte heller för barn med KF/KP vars föräldrar har indikationer på missbruk? Våra resultat är mycket snarlika de som studier med liknande ansats funnit avseende långsiktiga effekter av dygnsvård för barn (te x Olsen et al, 2011). En lång rad registerstudier visat att barn som får KF/KP inte är en 'barnavård-light' grupp i utvecklingshänseende (se rapportens inledningsavsnitt). De har höga överrisker för alla möjliga framtida psykosociala problem, även efter att man tagit hänsyn till deras bakgrund i jämförelser med andra jämnåriga. Det var följaktligen väntat att de skulle ha höga överrisker för de flesta av de utfall som vi använde i denna studie, när de jämfördes med andra barn. Skillnaden mellan denna och tidigare studier är att analyserna i denna rapport undersökte mycket fler utfall än tidigare studier och vi kontrollerade för betydligt fler bakgrundsfaktorer än i tidigare studier. Dessutom använde vi PSM-analyser, en mer avancerad statistisk metod. Ändå gick det inte bättre KF/KP-barnen när de statistiskt jämfördes med barn från liknande bakgrund som inte fått insatsen (det gick t o m sämre). Hur ska man förstå det? En trolig orsak är – igen – att det finns skillnader mellan KP/KF-barnen och andra barn som vi inte kunnat ta hänsyn till i våra analyser (jfr diskussion i Olsen et al, 2011). Men det är också troligt att frånvaron av positiva resultat i våra analyser också kan skyllas på själva insatsen. Den har helt enkelt inte räckt till för att hjälpa dessa barn till bättre framtidsutsikter. Insatsen har varit för svag, den har troligen i många fall riktats mot fel riskfaktorer i barnens liv (riskfaktorer som påverkat barnens långsiktiga utveckling) eller så har den helt enkelt inte fungerat som en riskreducerande intervention. Familjerna har kanske haft alltför allvarliga problem för att insatsen skulle kunna göra någon skillnad på lång sikt. En stor grupp av de äldre barnen har sannolikt fått insatsen på grund av omgivningens oro över barnens beteende (Andersson, 1992; Andersson & Bangura Arvidsson, 2001). Utvärderingar av de amerikanska Mentor-programmen, som har vissa likheter med KF/KP-insatsen, har visat att när mentorsinsatsen ges till barn och ungdomar som redan har individuella problem så blir det inga positiva effekter. Resultaten kan till och med bli negativa (Rhodes & DuBois, 2006). Gynnsamma effekter får programmen främst när de riktas till barn som inte har indikerade problem, men som befinner sig i riskmiljöer eller tillhör riskgrupper. Vi vet dessutom från en rad andra studier att barn med tidiga beteendeproblem har en dyster prognos (t ex Stattin & Magnusson, 1991, 1995; översikt i Andershed & Andershed, 2005).

Det är troligt att en del av barnen som fick KF/KP när de var 10-13 år tillhör gruppen med tidiga beteendeproblem. Även för många av dem har insatsen uppenbarligen varit otillräcklig, vilket inte förvånar. Få insatser har starka effekter på denna bekymmersamma grupp (ibid.).

Varför gick det till och med sämre för KF/KP-barnen i jämförelserna? Är insatsen skadlig? Nej, det finns idag inga hållbara skäl för ett sådant antagande. Här är det istället troligt att, som vi nämnt tidigare, det handlar om icke observerade skillnader mellan barnen som fick KF/KP och de som inte fick insatsen, skillnader som påverkat resultaten men som inte ingått i analyserna. Vår tolkning är inte att insatsen gjort skada - men det finns å andra sidan inte några tecken i våra data på att den gjort någon nytta på långt sikt. PSM analyserna i kombination med sensitivitetsanalyserna visade – enkelt uttryckt – att det skulle mycket till i form av ej observerade faktorer för att resultaten skulle svänga över från negativa effekter till att visa positiva effekter. Våra analyser pekar som bäst på nollresultat.

Varför verkar insatstidens längd inte minska risken för oönskade utfall – snarare tvärtom för de yngre barnen? Det här resultatet var mer oväntat. Den amerikanska forskningen om mentorsprogram – som har mycket gemensamt med kontaktpersonsinsatsen - har visat att chansen för bra resultat ökar om insatsen är varaktig över tid (Rhodes & DuBois, 2005). Däremot verkar längre tid i dygnsvård för placerade barn, framförallt för tonåringar, inte ha samband med bättre utfall på längre sikt (t ex Vinnerljung & Sallnäs, 2008).

Mentorsinsatser i USA som avbryts av mentorn – exempelvis på grund av att hon/han tröttnar - får ofta negativa effekter (Rhodes & DuBois, 2005). Oplanerade avslut av psykosociala interventioner speglar oftast en selektionsprocess. Familjer/barn/ungdomar med de mest allvarliga problemen tenderar att vara starkt överrepresenterade bland dem som avbryter eller exkluderas från psykosociala behandlingsinsatser (Soydan & Vinnerljung, 2002). Vi vet nästan ingenting om dessa processer för kontaktfamiljs-/personinsatsen. Enda undantaget är en rapport där Siri Teng (2000) följde 75 kontaktpersonsinsatser för ungdomar 13-20 år över tid i socialtjänstens akter. Materialet kompletterades med intervjuer; fem socialsekreterare samt fem ungdomar. Skäl för insats framgår inte i rapporten men den var ofta kortvarig – hälften varade högst ett år – och majoriteten (60%) avslutades oplanerat. Det är svårt att utifrån Tengs rapport dra några slutsatser om vad som tydligt skiljde de insatser som avslutades någorlunda ordnat och de som slutade oplanerat. Eftersom det saknas data om oplanerade respektive planerade avslut i vårt datamaterial vet vi inte om det finns några samband mellan avslutningsform och de utfall vi undersökt. Men eftersom oplanerade avslut rimligen måste vara fler bland barn med korta insatstider (Teng, 2000; jfr dygnsvårdsinsatser Vinnerljung, Sallnäs & Kyhle Westermarck, 2001) borde sådana samband – om de fanns – visa sig genom att barn med kortare insatstider klarade sig sämre på sikt. Men resultaten för de yngre barnen

pekar i andra riktningen. Kanske är det så att barnen med mest och flest problem fick längst insatser – det vet vi inget om. Men resultaten om negativa eller inga samband mellan insattid och utfall pekar snarare på att insatsen i sig inte har påverkat risken för framtida problem – i skolan och på andra områden - i någon större utsträckning, eller till och med inte alls. Insatsen har kanske inte fokuserat på att minska inflytandet från riskfaktorer som gör skillnad på lång sikt (se t ex Farrington & Welsh, 2007)..

De två viktigaste faktorerna som – när alla andra faktorer i modellerna var lika -

predicerade sämre och bättre resultat var mammans utbildning och att mamman varit socialbidragsberoende. Hur ska man förstå det?

Det här resultatet är lite lättare att tolka eftersom vi har relativt färsk forskning. I våra data hade barn, vars mammor hade högre utbildning än grundskola, också bättre betyg i skolan och lägre risk för att bara ha grundskola i vuxen ålder. Vi vet från omfattande svenska registerstudier att dåliga skolresultat har starka samband med högre risk för framtida psykosociala problem, såväl för alla barn som för socialt utsatta barn (t ex Vinnerljung, Hjern & Berlin, 2010; Berlin, Hjern & Vinnerljung, 2011). Dåliga skolresultat verkar vara en stark determinant för barns framtida utveckling, mycket tydligt så för barn i den sociala marginalen. Grovt uttryckt: om socialt utsatta barn inte misslyckas i skolan har de goda chanser att 'klara sig', om de misslyckas i skolan blir oddsen radikalt sämre. Den lägre risk för ogynnsamma utfall som vi funnit för barn med högre utbildade mammor har troligtvis medierats av att dessa barn klarat sig bättre i skolan.

Vi vet sedan tidigare att barn från familjer med långvarigt socialbidrag också är en högriskgrupp för framtida problem, oavsett hur vi väljer att definiera 'problem' (Ringbäck Weitoft et al, 2008; Vinnerljung, Berlin & Hjern, 2010). Troligen finns det en ackumulering av olika problem i dessa familjer som inte framgår av andra registerdata och troligen har det stor betydelse att dessa familjer är ekonomiskt utsatta under lång tid. Oavsett orsakerna vet vi att socialbidrag under lång tid i familjen är en tung riskmarkör (av proxy-typ) för ogynnsam utveckling hos barnen. Men vi vet också att dessa barn klarar sig mycket dåligt i skolan och att 40-60 procent av de höga överriskerna dessa barn har för framtida psykosociala problem kan förklaras statistiskt just av dåliga skolresultat (Vinnerljung, Hjern & Berlin, 2010; samma siffror gäller för barn som växer upp i fosterhem). Det är med andra ord troligt att de särskilt dåliga utfallen för KF/KP-barnen från familjer med långvarigt socialbidrag kan förklaras av dels deras dåliga skolprestationer, dels av andra belastningsfaktorer i familjerna som vi inte kan avtäcka med våra registerdata. Hur som helst, våra resultat understryker vad som framkommit i andra svenska studier: detta är en mycket utsatt grupp barn om vi tänker på deras framtidsutsikter.

Implikationer av resultaten

Vad ska vi göra med dessa resultat? Vilka rimliga implikationer har de för det praktiska sociala arbetet? Vi har ingen ensamrätt på att tolka resultaten i en praktisknära kontext, vi är sannolikt inte bäst på att göra det heller. Men vi har några reflektioner.

Om en kontaktfamiljs/-personsinsats gör livet lättare för mamman (t ex genom avlastning på helgerna), om barnet har det bra i kontaktfamiljen och om alla parter är nöjda – räcker inte det? Jo, vi menar det. Men då ska insatsen, klart uttalat för alla parter, syfta till just det – att göra livet lättare för föräldrar och barn på kort sikt. Socialtjänsten bör då använda insatsen främst med kortsiktiga, omedelbara mål. Då kan vi städa undan de förebyggande målen, framförallt på lång sikt. Våra analyser visar - trots alla begränsningar – att kontaktfamiljs/-personinsatsen inte verkar producera den typen av positiva resultat. Ett ställningstagande om att fokusera på kortsiktiga mål får konsekvenser för vilka som får insatsen och för hur vi kan utvärdera den. Om vi har klara kortsiktiga mål, exempelvis att minska föräldrars stress och förbättra deras och barnens välbefinnande är det ganska lätt att undersöka om insatsen verkar ha gjort en skillnad. Vi kan använda standardiserade testinstrument för att mäta upplevelser av stress, välbefinnande, psykisk hälsa etc hos föräldrar (och äldre barn) före insatsen och exempelvis ett år senare. Har det blivit bättre? Det blir då också naturligt – som ett viktigt komplement – att fråga föräldrar (och barn när det är möjligt) om de anser sig ha haft någon nytta av insatsen.

Det är också möjligt att använda insatsen mer målinriktat än idag. Framgångsrika interventioner har generellt som gemensamt att de minskar inflytandet från i forskning identifierade riskfaktorer och riskprocesser (t ex Ferrer-Wreder et al, 2004). Vi vet – som tidigare diskuterats i rapporten – att dåliga skolprestationer verkar vara en avgörande riskfaktor för socialt utsatta barns utveckling (t ex Vinnerljung, Berlin & Hjern, 2010). Varför inte använda kontaktfamiljer och kontaktpersoner för att hjälpa barnen med sitt skolarbete, att ge kontaktfamiljen/-personen i uppdrag att fungera som *tutors* ('hjälpklärare'. privatlärare, handledare, stödperson för skolarbete) – för de barn som verkar behöva sådan hjälp? Då är det dessutom möjligt att ge dem adekvat träning för sitt uppdrag, exempelvis genom att lära dem olika tekniker för lästräning (Forsman, 2011; Forsman & Vinnerljung, under tryckning). Det verkar faktiskt troligt att sådan hjälp kan ge goda resultat (ibid.). Däremot vet vi mycket lite om exempelvis tillgång till en 'manlig förebild' eller 'en vanlig familj' är skyddsfaktorer, även om denna typ av motiv för att ge barn en kontaktfamilj verkar vara vanliga (t ex Andersson & Bangura Arvidsson, 2001; Regnér, 2006). En logisk följd blir då också att i ökad utsträckning använda insatsen som stöd åt barn som tillhör riskgrupper, exempelvis barn i familjer med långvarigt socialbidrag, men som inte har utvecklat individuella allvarliga problem (jfr de amerikanska erfarenheterna med mentorer, Rhodes & DuBois, 2006).

Referenser

Andershed, H. & Andershed, A-K. (2005). *Normbrytande beteende i barndomen*. Stockholm: Gothia/IMS.

Andersson, G. (1992). *Stöd och avlastning. Om insatsen kontaktperson/-familj*. Lund: Meddelanden från Socialhögskolan 1992:2.

Andersson, G. (1993). Support and relief: the Swedish contact person and contact family program. *Scandinavian Journal of Social Welfare*, 2, 54-62.

Andersson, G. (1995). *Barn i samhällsvård*. Lund: Studentlitteratur.

Andersson, G. & Bangura Arvidsson, M. (2001). *Vad vet vi om insatsen kontaktperson/-familj? En kunskapsöversikt*. Lund: Meddelanden från Socialhögskolan 2001:1.

Barros, A. & Hirakata, V. (2003). Alternatives for logistic regression in cross sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Medical Research Methodology* 2003, 3; doi:10.1186/1471-2288-3-21.

Barth, R. (1991). Sweden's contact family program. Informal help bolsters vulnerable families. *Public Welfare*, 49, 36-46.

Berg Eklundh, L. (2010). *Kontaktfamilj. En förebyggande stödinsats eller mellanvård?* Lic.avhandl. Stockholm: Stockholms Universitet, inst för socialt arbete, Rapport i socialt arbete nr 135.

Berlin, M., Vinnerljung, B. & Hjern, A. (2011). School performance in primary school and psychosocial problems in young adulthood among care leavers from long term foster care. *Children and Youth Services Review*, DOI 10.1016/j.childyouth.2011.08.024

Berger, L., Bruch, S., Johnson, E., James, S. & Rubin, D. (2009). Estimating the 'impact' of out-of-home placement on child well-being; Approaching the problem of selection bias. *Child Development*, 80, 1856-1876.

Berzin, S.C. (2008). Difficulties in the transition to adulthood: using propensity scoring to understand what makes foster youth vulnerable, *Social Service Review*, 82, 171-196.

Bohman, M., Cloninger, R., Sigvardsson, S. & von Knorring, A-L. (1982). Predisposition to petty criminality in Swedish adoptees. I. Genetic and environmental heterogeneity. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1233-1241.

Bohman, B., Sigvardsson, S. & Cloninger, R. (1981). Maternal inheritance of alcohol abuse. *Archives of General Psychiatry*, 38, 965-969.

Box-Steffensmeier, J. M. & Jones, B. S. (2004). *Event history modeling. A guide for social scientists*. Cambridge: Cambridge University Press.

Christoffersen, M.N. & Soothill, K. (2003). The long-term consequences of parental alcohol abuse. A cohort study of children in Denmark. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25, 107-116.

Cloninger, R., Bohman, M. & Sigvardsson, S. (1981). Inheritance of alcohol abuse. *Archives of General Psychiatry*, 38, 861-868.

Cloninger, R. , Sigvardsson, S., Bohman, M. & von Knorring, A-L. (1982). Predisposition to petty criminality in Swedish adoptees. II. Cross-fostering analysis of gene-environment interaction. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1242-1247.

Deheija, R. & Wahba, S. (1999). Causal effects in non-experimental studies: reevaluating the evaluation of training programs. *Journal of the American Statistical Association*, 94, 1053-1062.

Doyle, J. (2007). Child protection and child outcomes: Measuring the effects of foster care. *The American Economic Review*, 97, 1583-1610.

Farrington, D. & Welsh, B (2007). *Saving children from a life of crime. Early risk factors and effective interventions*. Oxford: Oxford University Press.

Ferrer-Wreder, L., Stattin, H., Cass Lorente, C., Tubman, J. & Adamson, L. (2004). *Successful prevention and youth development programs. Across borders*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publ.

Forsman, H. (2011). *Interventioner som avser att förbättra placerade barns skolprestationer. En kunskapsöversikt*. C-uppsats. Stockholm: Stockholms Universitet, inst för socialt arbete.

Forsman, H. & Vinnerljung, B. (under tryckning). Interventions aiming to improve school achievements of children in out-of-home care: a scoping review. *Children and Youth Services Review*.

Franzén, E., Vinnerljung, B. & Hjern, A. (2008). The epidemiology of out-of-home care for children and youth. A national cohort study. *British Journal of Social Work*, 38, 1043-1059.

Gould, A. (1988). *Conflict and control in welfare policy. The Swedish example*. London: Longman House.

Hjern, A., Vinnerljung, B. & Lindblad, F. (2004). Avoidable mortality among child welfare recipients and intercountry adoptees: a national cohort study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58, 412-417.

Knudsen, L. & Egelund, T. (2011). *Effekter af slaegtspleje*. Köpenhamn: SFI, Rapport 11:20.

Leuven, E. & Sianesi, B. (2003). PSMATCH2: Stata module to perform full Mahalanobis and propensity score matching, common support graphing, and covariate imbalance testing. <http://ideas.repec.org/c/boc/bocode/s432001.html>. Version 1.2.3.

Morgan, S. L. & Harding, D. (2006). Matching estimators of causal effects. Prospects and pitfalls in theory and practice. *Sociological Methods & Research*, 35, 3-60.

Nannicini, T. (2007). A simulation-based sensitivity analysis for matching estimators. *Stata Journal*, 7, 334-350.

Olsen, R.F., Egelund, T. & Lausten M. (2011). *Tidligere anbragte som unge voksne*. Köpenhamn: SFI, rapport # 11:35.

Regné, M. (2006). *Familjebilder. Om klientfamiljer, kontaktfamiljer och idealfamiljer*. Doktorsavhandl. Göteborg: Göteborgs Universitet, inst för socialt arbete

Regné, M. & Jonsson, L. (2006). Ensamma föräldrar och vanliga familjer. *Nordisk Socialt Arbeid*, 02/2006, 98-109.

Rhodes, J. & Dubois, D. (2006). Understanding and facilitating the youth mentoring movement. *Social Policy Report*, 10, no. III, 3-19.

Ringbäck Weitoft, G., Hjern, A., Batljan, I. & Vinnerljung, B. (2008). Health and social outcomes among children in low-income families and families receiving social assistance – a Swedish national cohort study. *Social Science and Medicine*, 66, 14-30.

Schantz, Y. (2005). *Hur synliggörs barnperspektivet i kontaktfamiljsprocessen?* Mag.upsats. Lund: Lunds Universitet, Socialhögskolan.

Shadish, W., Cook, T. & Campbell, D. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Boston: Houghton Mifflin Co.

Sigvardsson, S., Bohman, M. & Cloninger, R. (1996). Replication of the Stockholm study of alcoholism. Confirmatory cross-fostering analysis. *Archives of General Psychiatry*, 53, 681-687.

Sigvardsson, S., Cloninger, R., Bohman, M. & von Knorring, A-L. (1982). Predisposition to petty criminality in Swedish adoptees. III. Sex differences and validation of the male typology. *Archives of General Psychiatry*, 29, 1248-1253.

Smith, J. A. & Todd, P. E. (2005). Does matching overcome Lalonde's critique of non-experimental estimators? *Journal of Econometrics*, 125, 305-353.

Socialstyrelsen (2006). *Social rapport 2006*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2010). *Social rapport 2010*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2011). *Barn och unga – insatser år 2010*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Soydan, H. & Vinnerljung, B. (2002). Några problem i utvärdering av sociala interventioner och i utfallsstudier. *Socialvetenskaplig Tidskrift*, 9, 160-174.

Stahmer, A., Jurlburt, M., Horwitz, S.M., Landsverk, J., Zhang, J. & Leslie, L. (2009). Associations between intensity of child welfare involvement and child development among young children in child welfare, *Child Abuse & Neglect*, 33, 598-611.

Stattin, H. & Magnusson, D. (1991). Stability and change in criminal behaviour up to age 30. *British Journal of Criminology*, 31, 327-346.

Stattin, H. & Magnusson, D. (1995). Onset of official delinquency. Its co-occurrence with educational, behavioural and interpersonal problems. *British Journal of Criminology*, 35, 417-449.

Sundell, K. & Egelund, T. (2000). *Barnavårdsutredningar. En översikt*. Stockholm: Gothia/IMS.

Sundell, K., Humlesjö, E. & Carlsson, M. (1994). *Att hjälpa sin nästa. En undersökning av kontaktfamiljer i Stockholm*. Stockholm: Socialtjänsten, FoU-byrån, FoU-rapport 1994:15.

Sundell, K. (2008). Effekttvärderingar. I U. Jergeby (red.) *Evidensbaserad praktik i socialt arbete*, s 47-87. Stockholm: Gothia/IMS.

Tabachnick, B. & Fidell, L. (1996). *Using multivariate statistics*. Third ed. New York: Harper Collins Publ.

Teng, S. (2010). *Kontaktpersoner för ungdomar genom socialtjänsten*. Tullinge: FoU-Södertörns skriftserie nr 89/10.

Vinnerljung, B. (1996). *Svensk forskning om fosterbarnsvård*. Stockholm: LiberUtbildning/CUS.

Vinnerljung, B., Berlin, M. & Hjern, A. (2010) . Skolbetyg, utbildning och risker för ogynnsam utveckling hos barn'. I Socialstyrelsen *Social Rapport 2010*, kap 7, s 227-266. Stockholm: Socialstyrelsen.

Vinnerljung, B. & Franzén, E. (2005). Kontaktfamilj/kontaktperson – omfattning och samband med placering i dygnsvård. *Socialvetenskaplig Tidskrift*, 12, 345-365.

Vinnerljung, B., Franzén, E. & Danielsson, M. (2007). Teenage parenthood among child welfare clients – a Swedish national cohort study. *Journal of Adolescence*, 30, 97-116.

Vinnerljung, B., Franzén, E., Gustavsson, B. & Johansson, I-M. (2008). Out of home care among immigrant children in Sweden – a national cohort study. *International Journal of Social Welfare*, 17, 301-311.

Vinnerljung, B., Hjern, A. & Lindblad, F. (2006). Suicide attempts and severe psychiatric morbidity among former child welfare clients – a national cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 723-733.

Vinnerljung, B. & Sallnäs, M. (2008). Into adulthood: a follow-up study of 718 youths who were placed in out-of-home care during their teens. *Journal of Child and Family Social Work*, 13, 144-155.

Vinnerljung, B., Sallnäs, M. & Kyhle-Westermarck, P. (2001). *Sammanbrott vid tonårsplaceringar – om ungdomar i fosterhem och på institution*. Stockholm: Socialstyrelsen/CUS.

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