

Familjevård för barn- och ungdomspsykiatriskt klientel

Av överläkare *Ingmar Lagergård*, Malmö

Varierande vårdformer

Olika länder inom vår västerländska kulturkrets har vitt skilda traditioner, när det gäller att ta hand om sådana barn och ungdomar, som inte kan vårdas hos sina egna föräldrar. Vad man främst haft att välja på är olika slags institutioner av barnhemstyp samt enskilda hem. Villigheten att ta emot andras barn i den egna familjen varierar från land till land, och det gör också förtroendet för den vårdformen hos biologiska föräldrar och myndigheter.

Den urgamla metoden att utackordera barn i s. k. fosterhem fick år 1785 i Sverige officiell sanktion i en Kungl. Maj:ts kungörelse för Allmänna barnhuset i Stockholm, som öppnats nära 150 år tidigare och som nu rekommenderades att utöver sin förra verksamhet också försöka placera ut barn i enskilda hem:

”Erfarenheterna såväl som andra länders lyckliggjorda försök hava äntligen bestyrkt den sanningen att de barn som underhållas på publik bekostnad, med långt mera framgång och till större gagn för samfundet, uppföstras på landet hos välsinnade fosterföräldrar än i städerna.” I fortsättningen talas om barnhusinrättningarnas olägenheter, med vantrevnad och ohälsa och svårigheter för barnen att där uppnå normal självständighet och arbetsduglighet. ”Förmånerna åter vid deras uppfödande på landet äro uppenbara och tydliga: mera frihet, mera rörelse, sundare luft bereder en friskare, mera glad och munter ungdom...” Och ekonomiskt sett: ”...ett vida större antal än förut kunna med samma tillgångar från nöd och elände räddas och bevaras...”

Debatten har emellertid fortsatt, eftersom det förekommit även olämpliga och kärlekslösa fosterhem, som ingivit en djup bitterhet mot samhället och dess socialvård åt de barn som anförtratts dem. Vårdformen har också misskredite-

rats genom att det ända fram till år 1918 enligt svensk lag var möjligt för en kommun att bortauktionera ett fosterbarn till den som begärde lägst ersättning.

Vår svenska fosterhemsinstitution hade sålunda länge ett mycket blandat anseende, eftersom det förekom ekonomisk spekulation på området och dålig kontroll, men sedan särskilda barnavårdslagar de senaste 60 åren genomförts, och målmedvetna tjänstemän länge arbetat efter principer som höjt fosterhemsvårdens standard, har den nu i många bygder ett mycket gott anseende och har i Sverige fått en kvantitativt dominerande omfattning. Dess roll illustreras av några siffror.

Efter en lång reduktionsperiod nådde de svenska ungdomsvårdsskolornas platsantal siffran 1.000 hösten 1961. Barnhemsplatserna i landet, som skall täcka alla åldrar upp till 16 år, utgjorde för ett par år sedan 3.500. Samtidigt var antalet barn som vårdades och fostrades i fosterhem omkring 28.000. Vi skulle inte komma långt utan fosterhemsvården.

Helt andra frekvenser finner man redan så nära som i övriga nordiska länder. Eftersom åldersgränserna för fosterbarn är något olika i grannländerna, har det inte varit möjligt att göra exakta jämförelser, men en grov överslagsberäkning med hjälp av tillgängligt siffermaterial tyder på att det relativa antalet fosterbarn är betydligt större i Sverige än i Danmark och Norge.

Också inom vårt land finns stora skillnader, som kan märkas redan vid jämförelse mellan ganska små, närbelägna regioner — och det bortsett från den naturliga skillnaden mellan stad och landsbygd. Så har exempelvis de barnavårdstjänstemän i Malmö som utplacerar fosterbarn i Skåne mycket lättare att finna fosterhem i Mellanskåne än t. ex. ute på Söderslätt. Det ligger nära till hands att sammanställa detta med att

man i Mellanskåne finner gott om småbruk, där befolkningen är bunden vid hemmet genom personlig skötsel av djur, som kräver ständig tillsyn, medan de stora högt rationaliserade och ofta kreaturslösa gårdarna brukar återfinnas på Söderslätt. Men detta kan inte vara hela förklaringen — i annat fall borde Norge med sina talrika småbruksbygder ha särskilt gott om fosterhem. En inarbetad fosterhemstradition torde ha den största betydelsen. De barnavårdstjänstmän som sköter utplaceringen från Malmö har framhållit, att det ofta är lättast att skaffa nya hem i de trakter där redan många fosterbarn är utplacerade.

Aktuell diskussion om fosterhemsvård

Den undersökning, som Allmänna barnhuset redovisat (1956) av hur fosterbarn kunnat anpassa sig i samhället, omfattade 930 fosterbarn födda åren 1919—1930 med en genomsnittsalder omkring 25 år vid efterundersökningen, slumpvis uttagna ur ett material av 28.221 fosterbarn och med en bortfallsprocent bland de till undersökningen uttagna av endast c:a 6 %. Utfrågningar av tjänstemän och institutioner liksom forskningar i register över straffade brott och fylleriförseelser visade en högre frekvens av förseelser än i genomsnittsbefolkningen. Men ser man siffrorna från fosterbarnen mot bakgrunden av anpassningen hos deras biologiska föräldrar, "är barnens livsprestation ändå synnerligen god". Så många som 9/10 av fosterbarnen betecknades vid tiden för efterundersökningen av barnavårdsmyndigheterna såsom skötsamma eller utan anmärkning. Till jämförelse kan redovisas, att det i c:a 40 % av fallen förelåg någon brist hos båda eller endera av de undersöktas biologiska föräldrar och att i c:a 10 % av fallen fadern var okänd. Som brister har då räknats psykisk sjukdom eller efterblivenhet, alkoholmissbruk, straffregisterförda brott samt vissa andra brister såsom "föräldrarnas kringvandrande, hemmets undermålighet, lösaktighet hos modern" eller liknande.

På Allmänna barnhusets uppdrag har Ragn-

hild Berglind senare (1961; 1963) utfört två intervju-undersökningar sammanlagt av 219 st. bland de nämnda f. d. fosterbarnen, utvalda så representativt som möjligt, och därvid skaffat en bild av hur dessa vid en tillbakablick i vuxen ålder själva sagt sig ha upplevt i sin situation. I de två undersökningarna har 60—70 % förklarat, att de känt sig som barn i huset, och ytterligare ett betydande antal har betecknat den vård de fått som välvillig och god. Mellan 4 och 9 % av de intervjuade anser, att fosterhemmen inte varit tillfredsställande, främst känslomässigt. Högst frekvens av positiva uttalanden kom från dem som utplacerats i tidig ålder.

Dessa undersökningar bygger emellertid på ett material, där fosterbarnstiden ligger omkring 30 år tillbaka, och det har från flera håll påpekats i vilken hög grad fosterhemsklientelet ändrat karaktär sedan dess. I Allmänna barnhusets stora undersökning hade 71 % av barnen vistats i samma fosterhem 10—15 år innan de uppnådde 16 års ålder, och särskilt de utomäktenskapligt födda barnen, som utgjorde hela 70 % av materialet, hade till helt övervägande del placerats ut i tidig ålder.

För fosterbarn från Stockholm har K. E. Granath (1958) redovisat helt andra vårdtider, de har beräknats understiga 1 år för 75 % av de barn, som år 1957 omhändertogs för samhällsvård. Mindre än 10 % av fosterbarnen hade vistats över 10 år i fosterhemmet. Allt fler mödrar med barn u. ä. kan med nuvarande ekonomiska stödformer och en förändrad samhällssyn själva taga hand om sina barn, och även i övrigt gällar, att rent ekonomiska eller konventionella skäl till omhändertagande för lång tid i fosterhem inte förekommer i tillnärmelsevis samma utsträckning som förr. I Stockholm angavs huvudorsaken till placering i fosterhem i 13 % av fallen ha varit beteenderubbningar och uppförandevårigheter hos barnen. Kvantitativt främst som orsaker fann man sjukdom hos föräldrarna och behovet av vila, närmast följde bostadsbristen. Fosterhemsvården för storstadsklientelet visas i stor utsträckning vara av tillfällig art.

Barbro Hultstrand vid Göteborgs barnavårds-

nämnd har (1962) betonat, att bland de barn som lämnas för placering i fosterhem två åldersgrupper numera dominerar: de späda barnen och tonåringarna. För missanpassade tonåringar ifrågasättes, om det inte skulle vara bättre att skicka vederbörande direkt till ungdomsvårds-skola, och frågan ställes: "Hur stora prövningar har man rätt att utsätta fosterhemmen för?" Svårartade kriminella tendenser gör det givetvis särskilt svårt att framgångsrikt genomföra en fosterhemsplacering. Men eftersom det finns olika grader och former av missanpassning, måste man överväga från fall till fall. Även B. Hultstrand tror på en utvidgning av fosterhemsvården, om flera tjänstemän anställes till att anskaffa fosterhemmen och genom fortlöpande kontakt stödja dem.

Margit Törnudd har i sin stora undersökning från Finland av "värnlösa barn i samhällets vård" (1956) visat långt bättre siffror för den sociala prognosen hos barn som vuxit upp i fosterhem än hos sådana som vuxit upp under lång tid i institutioner, och hon ansluter sig med stöd av sina prognossiffror till de under senare decennier ofta framförda varningarna för bristande mödrakontakt i tidig ålder (D. Burlingham och A. Freud 1944; J. Bowlby 1951) och till synpunkten, att även vid institutioner goda moderssubstitut måste finnas (H. Lewys 1954).

Dessa tankegångar ligger bakom en aktuell strävan att krympa ner formatet på de barnhem man bygger. Man har även sökt täcka vårdbehovet med nya typer av fosterhem. Dit hör de s. k. "storfosterhem", som i bl. a. Holland, England, Tyskland och Österrike prövats med goda erfarenheter efter sista världskriget (D. Carlsson 1962). En del av dessa storfosterhem påminner i sin organisation snarare om svenska s. k. inackorderingshem med husfar och husmor än om egentliga fosterhem. Skillnaden är dock bl. a. att inackorderingshemmen hos oss icke brukar motta barn i så låga och varierande åldrar som storfosterhemmen.

Från socialstyrelsen har Göta Rosén i flera sammanhang (bl. a. 1962) pläderat för en vidsträckt användning av fosterhem, och hon har

bedömt möjligheterna att skaffa fram hem som gynnsamma, om tillräckliga ekonomiska och personella resurser sätts in i fosterhemsvården.

Barn- och ungdomspsykiatriskt klientel i familjevård

Möjligheterna att placera barnpsykiatriskt klientel i enskilda hem påverkas givetvis av den omfattning fosterhemsvården över huvud taget har inom ifrågavarande land eller landsända. Det finns också i Sverige stora områden med utbyggd psykisk barn- och ungdomsvård, där barnpsykiatriskt klientel i mycket ringa omfattning placeras i fosterhems- eller om man så vill familjevård, uppenbarligen därför att socialvårdens tjänstemän eller barnpsykiatern misströstat om möjligheterna därtill.

Hj. Waergeland (1962) har meddelat, att det i Norge har visat sig mycket svårt att finna lämpliga fosterföräldrar till barn från åldern 11—12 år och uppåt. I anslutning till två barnpsykiatriska kliniker har man anordnat var sitt barnpsykiatriskt storfosterhem, som man kallar "familiehjem", och som doktor Waergeland efter c:a 2 års drift bedömde vara en obetingad succé. Man hyrde bostad åt ett par äkta makar, som fick ta emot 4 barn och därigenom avlasta det ordinarie psykiatriska behandlingshemmet. Husmodern jämte en hemhjälp avlönades. En speciellt anställd kurator håller kontakt med familjehemmet varje vecka och överläkaren har mera sporadiska kontakter. Han anser anordningen med kurator absolut outhärlig vid denna form av behandling.

Kai Tolstrup (1962) på barnpsykiatriska avdelningen vid Rigshospitalet i Köpenhamn omtalar, att man endast får några få barn per år utplacerade i fosterhem efter vård på kliniken.

I Värmlands län har T. Thysell (1957; 1963) speciellt intresserat sig för fosterbarnsvården och i förhållandevis stort antal undersökt och följt sådana barn. Han gör personligen regelbundna resor till fosterhem, där kliniken placerat barn och anser kontakten med fosterhemmen vara en av sina angelägnaste uppgifter. Medelåldern för de barn han redogjort för är väsentligt lägre än

för dem som utplacerats genom barnpsykiatriska kliniken i Malmö.

K. Grunewald och B. Haak (1960) har beskrivit fosterbarn, undersökta vid den barnpsykiatriska kliniken i Kristianstad. Av de 51 fosterbarnen i materialet bedömdes 90 % vara miljöskadade. Av 31 barn, som uppvisat miljöskador redan före utplaceringen hade endast 2 förbättrats och 17 blivit oförbättrade medan 12 försämrats. I sanning nedslående resultat. Författarna själva framhåller emellertid, att materialet utgör ett urval av länets mest störda fosterbarn och ej är representativt för hela gruppen. Det medger därför inga slutledningar om fosterhemmets möjligheter som behandlingsinstrument. Författarna påleder för bättre undersökning och urval, så att barn och fosterhem passar för varann.

K. Grunewald och G. Rabbowitz (1963) har redovisat goda erfarenheter av en växande familjevård för psykiskt efterblivna i landet.

Gustav Jonsson (1961) har redovisat, att man vid Barnbyn Skå i omkring 6 % mottar barn, som haft sin huvudsakliga uppväxt i fosterhem, vilket är en siffra som ungefär 6 gånger överstiger fosterbarnsprocenten för vanliga stockholmspojkar. Då han för de tidigt karaktärsstörda, vilka är i majoritet bland klientelet där, ser som institutionsbehandlingsmål att göra det möjligt för barnen att inpassa sig i en familjegemenskap utanför Skå, och då föräldrahemmen ofta visar mycket allvarliga brister, är fosterhemsplaceringarnas antal efter utskrivningen flerfaldigt större. Av de 100 på Skå först intagna barnen utskrevs 18 till fosterhem, av de 100 sist intagna däremot 38 st., vilket är ungefär samma antal som de barn vilka återgick till sitt föräldrahem. Vid Skå hade utplaceringen i ökande utsträckning skett genom förmedling av där anställd personal, så att institutionen själv tagit kontakten med $\frac{3}{4}$ av de fosterhem, som anskaffats åt barn bland de 100 sist antagna. Vården på barnbyn ses alltså som ett slags nödvändig "förbehandling" till den följande vården i fosterhemmet, och fortsatt kontakt med fosterföräldrar, barn och biologiska föräldrar hålles ofta under årtal.

Erfarenheter från Malmö

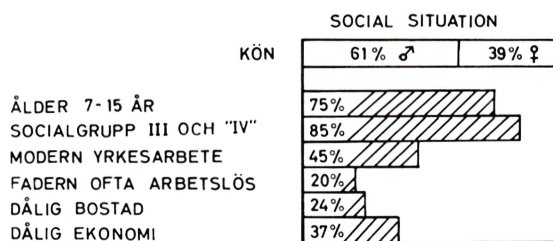
I barnpsykiatriskt arbete är den huvudregeln allmänt vedertagen, att man så vitt möjligt hjälper patienterna tillrätta, medan de lever i sin naturliga hemmiljö. Det finns dock fall, där hemmet har sådana brister, eller där barnet ställer så stora krav på kvalificerad vård som anförvanterna inte kan motsvara, att stödåtgärder och behandlingsmetoder inte räcker till med mindre barnet byter miljö och därigenom kommer in i en ny situation. I de svåraste fallen krävs ofta sluten vård på en barnpsykiatrisk avdelning, behandlingshem, upptagningshem eller utredningshem som en första åtgärd i en svår uppfosteringssituation. Men om långvarigt miljöbyte erfordras, synes i regel vård i annan familj vara den naturligaste formen, en uppfattning, som i Sverige klart företrädes bl. a. i barnvårdslagen.

I Malmö har från februari 1960 till samma månad 1962 utplacerats 54 barn i fosterhem efter inrådan från barnpsykiatriska kliniken läkare, alltså 27 barn per år. Avvägningen mellan olika vårdformer är vanskelig. En analys av detta 2-årsmaterial kan något visa hur vi gjort den avvägningen och upplysa om våra preliminära resultat.

Frekvenssiffrorna i följande tabeller, anges i procent; därvid får man för de mindre talen givetvis hålla i minnet den grad av osäkerhet, som följer av det bearbetade materialets begränsade storlek.

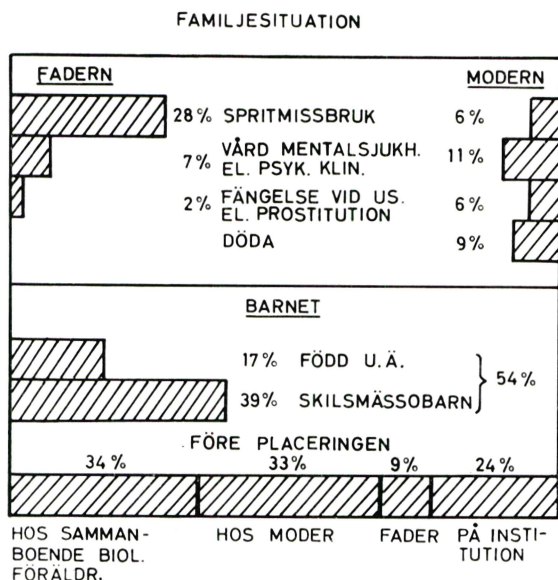
De 54 fosterbarnens sociala bakgrund belyses på bild 1. Som synes finnes en måttlig övervikt för pojkar, och barn i skolåldrarna dominerar materialet, som dock sträcker sig mellan ålders-

Bild 1



gränserna 2¹/₂—16 år. Ett par av barnen kommer från socialgrupp 1 och ett något större antal från socialgrupp 2, tillsammans 15 %, men socialgrupp 3 och den inofficiella grupp 4 dominerar betydligt mer än i befolkningen som helhet. I själva verket kommer en avsevärd del av barnen från förhållanden som har sådana brister, att de inte är representativa för någon av de tre vedertagna socialgrupperna. Det är anmärkningsvärt att 1 av 5 fäder ofta varit arbetslös vid en undersökning under pågående högkonjunktur med stor efterfrågan på arbetskraft. Dålig bostad och dålig ekonomi föreligger i hög frekvens.

Bild 2



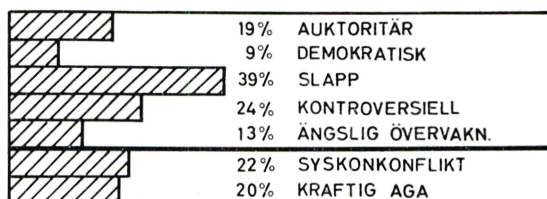
Vi försöker driva analysen vidare från den yttre sociala situationen till familjesituationen. En påfallande hög frekvens av spritmissbruk förekommer hos fäderna. Bland mödrarna finns några, som missbrukar sprit och några som är prostituerade. En lätt överfrekvens av föräldrar, vårdade på mentalsjukhus eller psykiatrisk klinik, torde föreligga med hänsyn tagen till föräldrarnas måttliga genomsnittsalder. Bland de utplacerade barnen finns flera, vilkas mödrar avlidit.

Barnen var födda u. ä. i 17 %, medan genom-

snittssiffran för barn i motsvarande åldrar beordnåra frekvensen av skilsmåssor finner man också i barnens familjer, och lägger man ihop antalet u. ä.-barn och skilsmåssobarn, omfattas funnits vara 10 %. En klar avvikelse från den mer än hälften av vårt klientel. Jag räknar då till skilsmåssobarn också dem, vars mor hunnit gifta om sig och bilda fullständigare familj igen. Vi

Bild 3

FOSTRAN - FAMILJEATMOSFÄR

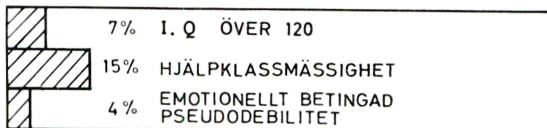


finner nederst på diagrammet, att endast ¹/₃ av barnen före utplaceringen bodde hemma hos sammanboende biologiska föräldrar.

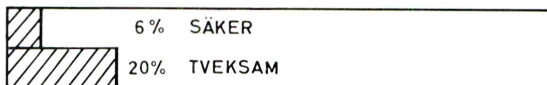
I det tredje diagrammet efterstråvas en översikt över den svåranalyserade men mycket viktiga inre atmosfären i de familjer barnen kommer ifrån. Som synes förekommer en enligt vår bedömning direkt slapp fostran i den högsta frekvensen, närmare 40 %, och kontroversiell fostran med markant motstridiga uppfostringslinjer är också vanlig. Demokratisk fostran är den minst vanliga typen i de familjer från vilka barn på vårt initiativ placerats i familjevård. Syskonkonflikter och kraftig aga från föräldrarna förekommer ofta.

Bild 4

INTELLEKTUELLA FUNKTIONER



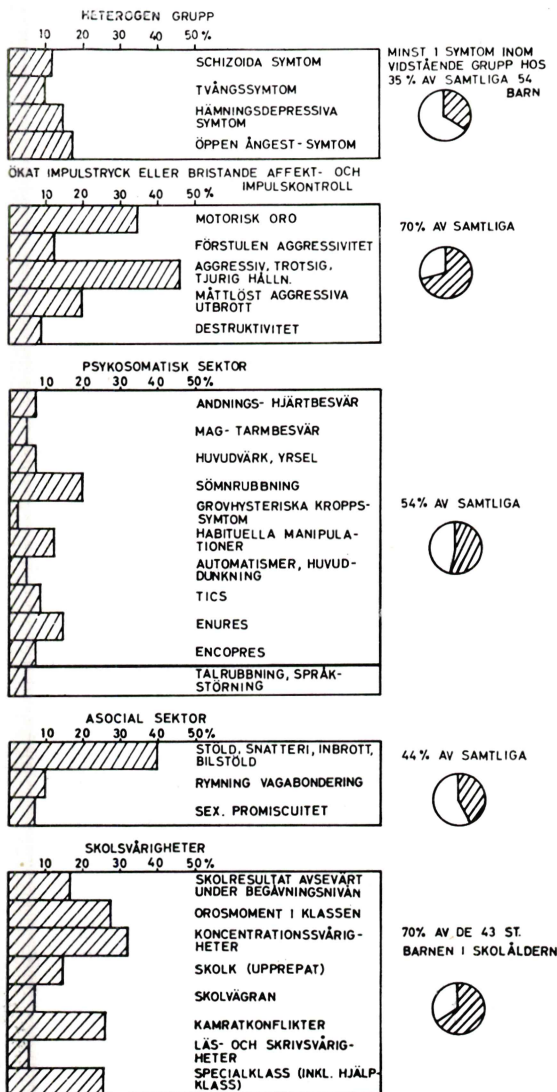
HJÄRNLESION



Efter beskrivning av det utplacerad barnets omgivning och bakgrund redovisas i fortsättningen data, som karakteriserar barnet självt.

Av fjärde bilden framgår, att hjälpklassmässig intelligensnivå i vårt material är överrepresenterad, medan testmässig intelligensnivå över 120 fanns med i ett antal, som ungefär torde motsvara normalfördelning. Den lilla viktiga gruppen, där emotionell undernäring givit den falska bilden av efterblivenhet, representerar en typ av barn som behöver långvarig vård i lämpligt fosterhem, efter en tid på psykiatrisk klinik. Våra

Bild 5



exempel på detta tillstånd hänför sig till småbarns- resp. förskoleåldern. — Vidare redovisas förekomsten av hjärnlesion.

I ett försök att översiktligt presentera de många symtom vi funnit hos de utplacerade barnen, har symtomgrupper sammanställts i bild 5.

Den s. k. heterogena symtomgruppen innefattar psykiska avvikelser av en ofta djupgripande typ, som i flertalet av våra exempel upplevts såsom plågsamma främst för patienten själv. Där finns extrema konstitutionella särdrag som disponerat för en aktuell psykisk insufficiens, där finns svårartade neurotiska symtom, men intet av barnen har bedömts vara i klassisk mening psykotiskt vid utplaceringen.

I nästa grupp har samlats symtom oftast lika besvärande för omgivningen som för patienterna. Symtomen synas orsakade av bristande kontrollresurser eller ett ökat tryck av affekter och impulser hos barnen, vilket tagit sig uttryck i olika former av aggressivitet eller motorisk oro, som ej kunnat behärras.

Den efterföljande psykosomatiska symtomsektorn visar en rik variation, där exempelvis sömn och rörelsemönster kan ha påverkats eller vegetativa rubbningar i inre organ uppkommit.

I den asociala sektorn har olika former av egendomsbrott samlats i en lång stapel, medan rymning och vagabonderi resp. påfallande sexuell promiskuitet redovisas för sig.

I gruppen av skolvårigheter dominerar koncentrationsbrister, störande uppträdande och kamratkonflikter. Barn, som i skolan ej ens tillnärmelsevis nått resultat motsvarande den testmässiga begåvningen, har ofta allvarliga störningar, och jag åsyftar här inte sådana som hindras av speciella läs- och skrivsvårigheter, vilka är betydligt färre i vårt material. Skolk och skolvägran är andra viktiga grupper. Som synes har åtskilliga av våra barn gått i någon form av specialklass. Då det gällt önskemål av pedagogiskt stor betydelse, t. ex. beträffande utpräglat hjälpklassmässiga barn eller sådana med mycket stora läs- och skrivsvårigheter, har vi sökt fosterhem i distrikt som haft motsvarande specialklasser. Andra gånger har lärarna kunnat ta sig

an de avvikande barnen i sin normalklass, eftersom klasserna generellt är mindre i åtskilliga skoldistrikt på landet.

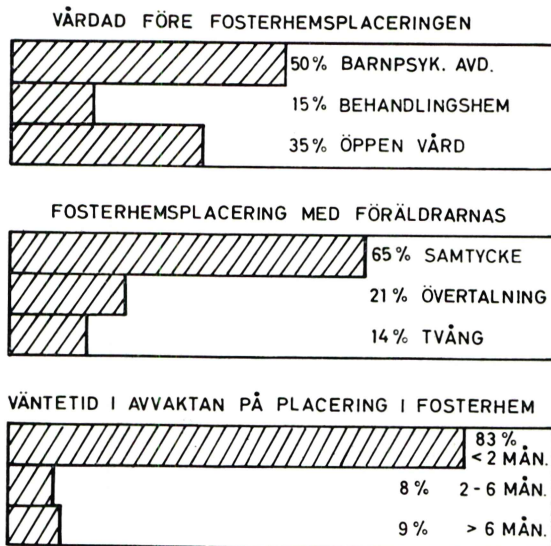
Vid en översikt av de nämnda grupperna som illustreras med cirklar till höger i figuren finner man, att aggressivitet eller motorisk oro förekommit hos 70 %, psykosomatiska symtom hos 54 %. Markerat asocialt beteende finner man i inte mindre än 44 % av klientelet och skolsvårigheter av ett eller flera slag har framkommit i 70 %. Markerade psykiska symtom inom den s. k. heterogena gruppen har påträffats i 35 % hos barnen. I jämförelse med genomsnittligt barnpsykiatriskt klientel torde här olika typer av aggressivitet och koncentrationsbrist samt asocialt beteende vara överrepresenterade. Att den psykosomatiska sektorn har relativt hög frekvens är inte ägnat att förvåna med kännedom exempelvis om Ingvar Nylanders undersökning (1960) av nervösa symtom bland barn i alkoholism, där kroppssymtom ofta synas ha uppkommit som en följd av upprepat hot mot tryggheten.

I vårt klientel finns ofta väsentliga brister i de egna föräldrarnas personligheter, som försämrat barnens möjlighet till identifikation med sina fostrare och därför föranlett förflyttning till fosterföräldrar. Så kan här nämnas om en 12-årig pojke, som var i ett depressivt stämningsläge, trött och håglös, och ofta hade psykogena buksmärtor. Skolleda med tendens att vagabondera och isolera sig från kamrater föranledde undersökningen. Vi fann en starkt ambivalent hållning till den ensamstående modern, som pojken ständigt längtade efter då han skilts från henne, men i vars närhet han alltid blev irritabel och djupt olustig. Detta hade sin förklaring i att hon hade lätta defektsymtom efter ett schizofrent skov, som gjort henne oförmögen att fylla sonens emotionella behov. Mot hans vilja tvingades vi placera honom i fosterhem, där han i första desperationen rymde. Men sedan han hämtats tillbaka och hunnit bekanta sig något mera, försvann alla de depressiva symtomen, och han rotade sig i den nya miljön. Ett halvår senare var det en annan fosterpojke i en granngård som

ville ha honom med på en rymning. Men då svarade han: "Varför det? Jag har ju det bra där jag är".

Det är uppenbart att ett klientel med hög frekvens av aggressivitet och i många fall asociala tendenser måste vara svårt för fosterhemmen, men vi har i regel inte väjt för detta, om vi ansett nya identifikationsmöjligheter oundgängliga för barnet personlighetsutveckling.

Bild 6



För att familjevården skall kunna utformas så att den kan motsvara klinikens förväntningar måste det enskilda, nervöst störda barnets personlighet omsorgsfullt bedömas, så att barnavårdstjänstemannen med ledning av undersökningen kan söka efter ett hem, motsvarande just det barnets behov. Av den anledningen har precis hälften av barnen, som bild 6 visar, varit intagna för observation på den barnpsykiatriska avdelningen innan de placerats ut. Ytterligare 15 % har observerats på ett under barnavårdsnämnden sorterande behandlingshem med barnpsykiatrisk läkartillsyn, medan 35 % bedömts i öppen vård. Såsom ytterligare framgår av bild 6 har det stora flertalet av föräldrarna spontant lämnat samtycke till vårt förslag om placering. Åtskilliga har själva i förväg varit inne på tanken att barnet

måste hemifrån, och många har varit lättade att komma ur en olidlig situation, för barnet eller dess fostrare. Denna samarbetsvilja är inte förvånande, eftersom andra behandlingssvågar än förflyttning från den egna familjen omsorgsfullt prövats, innan ett förslag om miljöombyte har lagts fram.

21 % har emellertid måst övertalas. Därvid har det från klinikens sida gällt att bearbeta de biologiska föräldrarnas skuldkänslor inför att lämna ifrån sig sitt barn och främst se till barnets intresse på lång sikt, när ett miljöbyte syntes nödvändigt.

Slutligen har ibland tvång måst tillgripas. Det har i sådana fall främst gällt socialt gravt bristfälliga hem där föräldrarna i spontanreaktion motsatt sig ingripande, trots en mycket allvarlig utveckling hos barnet som krävt miljöbyte för att utsikterna till god personlighetsbildning och läkning av nervösa symtom skulle öka.

Åt övertalning av tveksamma eller avvisande föräldrar har vid behov ägnats mycken tid från klinikens sida, då det givetvis är av största vikt att även när tvång enligt lagen är tillämpligt söka nå samförstånd från placeringens början. Uppgiften har i flera fall varit att till samarbetsvilja omstämma föräldrar, som länge varit i harnesk mot myndigheterna och misstrott alla dessas motiv. Sådan påverkan har underlättat den fortsatta kontakten, även i flera fall då föräldrarna formellt-juridiskt stannat i en avvisande position.

Även om åtskilliga till familjevård föreslagna fall ej kunnat placeras, har dock mer än hälften av våra förslag kunnat förverkligas, och av dessa har såsom fig 6 visar 4/5 utplacerats inom kort tid, mindre än 2 månader efter avslutad barnpsykiatrisk utredning. Men principen att inte godkänna ett för ifrågavarande barn mindre lämpligt fosterhem har ständaktigt hävdats både från klinikens och barnavårdsnämndens sida. I de fall, då en placering varit särskilt angelägen och samtidigt särskilt svår, har väntetiderna kunnat stiga till över 6 månader utan att behandlingsplanen uppgivits. Även synnerligen svårplacerade barn har därför kommit med i materialet.

Från utplaceringen i fosterhem fram till efter-

undersökningen har gått högst 2¹/₂ och lägst 1¹/₂ år. Drygt hälften av barnen var vid efterundersökningen ännu kvar i fosterhemmen, medan flertalet av de övriga återvänt till sina biologiska föräldrar och ett litet antal omplacerats till annat fosterhem eller till barnhem.

Behandlingsresultat

Skattningen av uppnådda resultat har givetvis sina speciella problem som all bedömning av behandlingsresultat i klinisk verksamhet. Åtskilliga av barnen har kontinuerligt följts av kliniken genom återbesök till mottagningen. Vi har då haft tillfälle att ta del av fosterföräldrarnas omedelbara beskrivning och locka fram konkreta skildringar av barnens beteende, förutom att vi även själva kunnat bedöma barnen från gång till gång. I några fall har läkaren gjort besök i fosterhemmen hos barn som haft särskilt stor svårighet i sin anpassning.

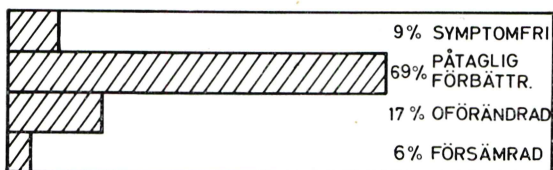
De av barnavårdsnämnden placerade, vilka utgör det stora flertalet, har kontinuerligt följts genom besök i fosterhemmen av den tjänsteman som ombesörjt placeringen. Tillståndet hos vart och ett av dessa barn har bedömts i samtal mellan barnavårdstjänsteman och läkare sedan tjänstemannen preciserat sina iakttagelser i skrift. Rapporter från lärare har inhämtats då skolanpassningen varit ett problem. De fosterhem, som från början anskaffats av klinikens egna tjänstemän har stått i fortsatt kontakt med den, som genom personlig förbindelse skaffat hemmet.

Det har därvid stått klart att många symtom direkt kunnat registreras som försvunna, t. ex. enkopres, snatteri, tics, tvångssymtom, missanpassning i skolklass m.m. Även så svårt objektivt kvantifierbara symtomgrupper som aggressivitet har vi ansett oss kunna bedöma i de talrika fall, då från fosterhemmet första tiden kommit rapporter om samma störningar som föranlett barnets placering där, men där sedan en drastisk förbättring beskrivits inom några månader. Barnen har då ofta spontant uttryckt lättnad, och själva deras uppträdande vid återbesök har varit förändrat, med bortfall av moto-

risk oro, slutenhet, trots, depressiva symtom. I några av de svåraste fallen av aggressivt neurotiskt beteende har tillfrisknandet kommit dramatiskt snabbt och överträffat våra förhoppningar.

Bild 7

PRIMÄRRESULTAT AV FOSTERHEMSPLACERINGEN



Såsom framgår av det sista diagrammet har cirka $\frac{3}{4}$ av klientelet visat påtaglig förbättring eller i några fall symtomfrihet. 17 % är oförändrade och 6 % försämrade. Bland de oförändrade finns ett friskt barn (från en syskonskara med flera störda), och två barn som från början var så gravt hjärnskadade, att påtaglig förbättring i den psykiska anpassningen inte kunde förväntas. Bland de påtagligt förbättrade finnas några som på grund av tillståndets svårighetsgrad likväl tröttnat ut ett fosterhem och måst omplaceras; därvid har i regel den väsentliga förbättringen skett i den sista omgivningen.

Dessa preliminära resultat synes oss mycket uppmuntrande. Det är emellertid nödvändigt att kritiskt granska deras värde enligt följande resonemang.

Skillnader i yttre möjlighet att leva ut sin vitalitet och ändringar ifråga om yttre stöd från fostrarna kan ge ett nytt beteende, som endast gäller i den nya omgivningen och inte grundar sig på någon personlighetsförändring hos barnet.

Å andra sidan kan det verkligen försiggå en process av integration och läkning inom barnet självt. Här kan givetvis själva tiden och mognad

den spela en roll, om man eliminerat ogynnsamma faktorer som hindrat lämplig mognad. Redan under korta placeringstider kan man ha viss nytta av viloeffekten på föräldrarna. Mera specifika s. k. neurotiska symtombilder med sedan länge fixerade mönster kan också läka ut, och barnet på grund därav finna sig bättre tillrätta i omgivningen. Vid återgången till ursprungsmiljön får man då nytta av läkningsproceduren. Att sådana inre förändringar verkligen sker har vi haft tillfälle att konstatera i åtskilliga fall, då barnet hunnit återvända till en hemmiljö som det inte varit möjligt att väsentligt ändra på under barnets bortovaro.

Det är angeläget för den psykiska barna- och ungdomsvården att hålla kontakt med de biologiska föräldrarna, så att dessa får bättre insikt i barnets personlighet och behov och ev. även själva uppnår bättre psykisk balans. Om man lyckas med detta, kan föräldrarnas och barnets inbördes anpassning förbättras mera varaktigt. Då emellertid arbetskraft för intensiv föräldrapåverkan endast i begränsad omfattning står till buds, och då för övrigt flera ogynnsamma faktorer kan vara omöjliga att förändra, måste man räkna med att en del av de många gynnsamma resultaten inte blir bestående i längden — upprepade efterundersökning för bedömning av långtidsresultaten är behövlig. I några fall har vi nödgats ställa upp som mål att över huvud taget undvika återgång till de biologiska föräldrarna förrän barnet vuxit upp, och vi har sett barn och föräldrar kunna ställa in sig på detta och nöja sig med mera sporadisk inbördes kontakt. Fortsatt efterundersökning torde kunna ge en viss vägledning i hur långa vårdtider i fosterhem, som bör eftersträvas för skilda åldrar och typer av psykiskt störda barn och typer av egna hemmiljöer.

(Forts. i nästa nr.)