

Om placering av omhändertagna spädbarn

Av leg. läk. *Elisabeth Bosaeus*, Göteborg.¹⁾

Ärligen omhändertages av barnavårdsnämnder runt om i landet, framför allt i storstäderna, åtskilliga spädbarn, som placeras på spädbarnshem för kortare eller längre tid. I enstaka fall sker omhändertagandet på grund av missförhållanden i hemmet (enl. BVL §§ 25 a—29), men till allt övervägande del sker omhändertagandet på begäran av föräldrarna — i regel modern — som av olika anledningar saknar möjligheter att ta hand om sitt barn och därför önskar hjälpaningen för mera tillfällig placering eller för definitiv placering i adoptivhem (omh. enl. BVL § 31).

Av de på spädbarnshem placerade barnen har adoptivbarnen tilldragit sig det allt övervägande intresset. Adoptivfallen har de sista årtiondena ökat markant såväl i Sverige som runt om i världen — i USA är man nu uppe i 100.000 legala adoptioner årligen. Handläggningen av adoptionsfall varierar emellertid starkt, inte bara mellan olika länder på grund av olikheter i utformningen av själva adoptionsinstitutet, utan även mellan olika delar av vårt land. Allmänt vedertagna riktlinjer saknas. Man synes dock överallt vara överens om, att dessa barn bör tillbringa en liten tid på spädbarnshem före utplaceringen i adoptivhemmen. Orsaken därtill är bland annat, att man inte vet, hur definitivt moderns beslut att lämna barnet är och att man också har större möjligheter att efter en tids observation bedöma barnets utvecklingsmöjligheter och placera det i ett adoptivhem, som är lämpat just för det aktuella barnet. Burkinshaw (1962) i USA rekommenderar, att de biologiska mödrarna skall vara 6 veckor tillsammans med barnet på mödrahem före utplaceringen i adoptivhem, för att mödrarna skall vara säkra på sin sak, när de lämnar barnet. I Sverige får

i regel mödrar, som är inställda på adoption, lämna sitt barn omedelbart till spädbarnshem — kanske utan att ha sett det — och sedan i lugn och ro tänka över sitt beslut. Att denna betänketid inte blir för lång är emellertid viktigt. Barnets vistelsetid på spädbarnshemmet bör av utvecklingspsykologiska skäl ej bli för långvarig. I det sammanhanget brukar Bowlby citeras, som menar, att en för lång institutionsvistelse äventyrar barnets utveckling och han förordar därför adoption inom de två första månaderna. I Allmänna Barnhusets skrift "Adoption" är den tid, som anses lämplig före utplaceringen, utsträckt till 3 månader. I praktiken synes emellertid den genomsnittliga tiden på spädbarnshemmen för adoptivbarn ligga åtskilligt högre. Beskow (1960) fann att de 59 barn, som under åren 1955—57 vistats på ett av Stockholms spädbarnshem i och för senare adoptionsplacering i genomsnitt stannade på spädbarnshemmet 7½ månad. För de mera komplicerade fallen förekom vårdtider på upp till 1 år. Berfenstam-Sjölin-Villner (1963) har undersökt ett material från Uppsala län av 123 barn, som under åren 1957—61 lämnats av modern för ev. adoption. Det visade sig, att endast 14 av dessa lämnat barnhemmet inom 3 månader och 8 barn var kvar ännu efter 1 år. I 62 % av fallen genomfördes en definitiv placering före 9 månaders ålder (före 6 mån. i 34 %). I 13 % av fallen förelåg uppenbara och helt acceptabla hinder i form av mindre god hereditet, sjukdomar hos barnet eller tveksamhet beträffande barnets utveckling för en placering före 9 månaders ålder. Men i ett antal fall (24 %) kunde man ej finna klara skäl till den fördröjda utplaceringen. Till en viss del (ung. hälften) av dessa hade modern uppgivits vara tveksam eller negativ inför adoptionen. Undersökningen gav belägg för misstanken, att alltför många onödiga förseningar förekommit och behovet av medicinsk

¹⁾ Vik. bitr. barnpsykiater vid Rådgivningsbyrån, Göteborgs Barnavårdsnämnd.

sakkunskap som hjälp åt barnavårdsman i varje fall i tveksamma adoptionsärenden framhålls.

De barn, som placeras på spädbarnshem av annan anledning än för senare adoptionsplacering, har ägnats mindre intresse. Allmänt känt är dock, att om för dessa barn en fosterhemsplacering är aktuell, det i regel tar ännu längre tid än vid en önskad adoption innan placering kan genomföras.

I Göteborg omhändertogs och placerades under 1963 303 barn på de fyra spädbarnshem, som finns där. Dessa hem besökes regelbundet av en barnpsykiater från den rådgivningsbyrå, som är knuten till Göteborgs Barnavårdsnämnd. Därvid undersöks och diskuteras alla barn, för vilka placering i enskilt hem som adoptiv- eller fosterbarn planeras och utöver dessa även sådana barn, som vållar problem, vare sig det gäller tveksamhet angående barnets utveckling eller rörande moderns möjligheter att åter ta hand om barnet. Alla barn, som skall placeras i enskilt hem, genomgår psykologobservation enligt Gessells utvecklingsschema eller Griffiths småbarnsskala. Detta kan ej ske före 3 månaders ålder, varför utplacering före denna tidpunkt i regel ej rekommenderas. När undersökningarna av barnet är klara och hereditära uppgifter införskaffats, skrives ett så kallat fosterhemsintyg, där barnhemmets pediater bedömer barnets hälsotillstånd, barnhemmets föreståndarinna beskriver barnets beteende och eventuella svårigheter vid skötseln samt barnpsykiatern sammanfattar de hereditära uppgifterna, barnets utveckling, de psykologiska observationerna och eventuellt yttrar sig om lämplig placering.

Vid besöken på spädbarnshemmen kan man ej undgå att frapperas av, att man där finner många 10—12 månaders och även äldre barn, trots att 1 år skall vara den högsta tillåtna åldern för barn på spädbarnshem. För att söka få en uppfattning om de faktiska förhållandena stämmer med det allmänna intrycket och i så fall vilka orsakerna är till detta, har jag närmare granskat uppgifterna om de barn, som undersöktes på dessa spädbarnshem under 1963.

Hela materialet

omfattar 152 barn, varav 67 flickor och 85 pojkar. Orsaken till placeringen på spädbarnshem är till en stor del föräldrarnas önskan om adoption (85 barn). Önskan om fosterhemsplacering är mindre vanlig (22 barn). En mera tillfällig placering på spädbarnshemmet på grund av till exempel bostadsbrist, sjukdom hos modern, moderns arbetsförhållanden och dylikt, har avsetts vid placeringen i 33 fall. En neurosedynskadad pojke har intagits mera av humanitära skäl med tanke på den unga, ogifta moderns förhållanden. (Tabell 1).

Tabell 1. Orsak till omhändertagandet.

Begärd adoption	Flickor 39	Pojkar 46	Summa 85
Fosterhem	7	15	22
Tillfällig plac. (bostadsbrist, modern sjuk, skall börja arbeta el. dyl.)	14	19	33
Missförhållanden i hemmet (omh. enl. BVL §§ 25a—29)	7	4	11
Övrigt (neurosedynskadat barn)	—	1	1
Summa	67	85	152

De 152 barnen har följts fram till 1/7 1964. 5 var då fortfarande kvar på barnhemmen. En pojke dog vid 3 månaders ålder i plasmacells-pneumoni. 22 har gått tillbaka till modern, 4 till annat barnhem och 120 har placerats i enskilt hem, därav 68 i blivande adoptivhem och 52 i fosterhem (Tabell 2).

Tabell 2. Utplacering har skett:

i adoptivhem	Flickor 30	Pojkar 38	Summa 68
i fosterhem	27	25	52
åter till modern	8	14	22
till annat barnhem	1	3	4
kvar 1/7 1964	1	4	5
död	—	1	1
Summa	67	85	152

Tabell 3. Ålder vid utskrivningen från barnhemmet.

MÅN	Flickor	Pojkar	S:a
1			
2	1		
3	2	3	
4	1	—	
5	3	5	
6	6	3	24
7	6	6	
8	4	7	
9	5	9	
10	—	10	
11	7	6	
12	9	8	101
13	9	4	(efter 12 mån)
14	6	4	s:a
15	3	6	
16	2	4	
17	1	4	
18			
:			
21	—	1	
:			
24	1	—	45
KVAR död	1	4	
		1	
S:a	67	85	

Genomsnittlig ålder vid utskrivningen från barnhemmet 10 mån. (Lika för pojkar och flickor).

Barnens ålder vid utskrivningen framgår av tabell 3. Endast 24 av de 146 placerade har kommit ut före 6 månaders ålder och inte mindre än 45 barn (c:a 31 %) var över året, när de lämnade barnhemmen. Den genomsnittliga åldern vid utskrivningen är 10 månader för såväl pojkar som flickor. Om man i stället beräknar den tid, som barnen tillbringat på spädbarnshemmen, blir siffrorna en aning lägre, beroende på att en del barn ej kommit in som nyfödda; till exempel har prematurer vårdats en tid på KK; barn, som omhändertagits på grund av missförhållanden i hemmet har i regel varit några månader gamla vid intagningen på spädbarnshemmet. Motsvarande siffror beträffande vårdtidens längd blir då, att 35 placerats inom sex månader och 26 barn (c:a 18 %) har tillbringat mer än ett år på spädbarnshemmet. Den genomsnittliga vårdtiden är 9,3 månader (8,9 för flickor och 9,6 för pojkar). (Tabell 4). Av största betydelsen finner jag dock barnets faktiska ålder vid utskrivningen vara med hänsyn till den betydelse, som miljön under första lev-

nadsåret anses ha för barnets framtid. En god anpassning i ett adoptiv- eller fosterhem gynnas också av en placering i så tidig ålder som möjligt. Spädbarnshemmen är i regel ej heller utrustade så, att de kan erbjuda tillräckligt stimulerande miljö åt årsgamla barn.

Tabell 4. Vistelsens längd på spädbarnshemmet.

MÅN.	Flickor	Pojkar	
1			
2	3		
3	2	3	
4	1	1	
5	6	5	
6	8	6	35
7	9	10	
8	4	6	
9	4	11	
10	3	7	
11	6	7	
12	9	9	120
13	7	3	(mer än 12 mån)
14	1	3	S:a
15	1	5	
16	—	2	
17	1	1	
18			
:			
21	—	1	
:			
24	1	—	26
Kvar död	1	4	
		1	
S:a	67	85	

Genomsnittlig vistelsetid på spädbarnshemmet 9,3 mån. (8,9 för flickor och 9,6 för pojkar).

För att om möjligt få en uppfattning om vilka orsaker, som kan ligga bakom den fördröjda utplaceringen, har jag i första hand sammanställt de uppgifter, som finns om olika fysiska eller psykiska handikapp hos dessa barn. (Tabell 5). Det visar sig att materialet innefattar ett oväntat stort antal prematurfödda barn (prematurit enl. WHO:s rekommenderade definition=födelsevikt under 2.500 g). 17 av de 152 barnen har en födelsevikt under 2.500 (6 under 2.000 g). Två av dessa är födda i tvillingbörd. Jämfört med den "normala" prematuritetsfrekvensen på 5—6 % ligger detta ovanligt högt (11,2 %) och får ses mot den socialt svåra bakgrunden hos detta klientel.

Bland övriga medicinska problem, som kan ha försenat utplaceringen märks uppgifterna om

Tabell 5. *Faktorer, som kan tänkas ha försenat utplaceringen av barnet.*

	Flickor	Pojkar	S:a
Prematuritet	5	12	17
Förlossningskomplikation	3	13	16
Allmän utvecklingsförsening	7	12	19
Dålig hereditet	2	2	4
Somatiska "defekter":			
medfött hjärtfel	1	1	
susp. subduralhaematom	—	1	
grav hörseldefekt	1	—	
neurosedynskada	—	1	
medfödd höftledsluxation (+retard.)	—	1	
krampanfall (infantil spasm?)	—	1	
uppfödningssvårigheter (coeliaci)	1	1	9
S:a	20	45	65

Tabell 6. *Inverkan av handikapp på utplaceringen av barnet.*

	Placering efter	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	...	21	...	24	mån.	S:a
Barn utan anm.	Adoptivhem		1	4	1	6	7	8	3	4	2	3	—	1										
	Fosterhem					1	—	1	4	3	1	4	5	5	4	2	1							
	Åter till modern						1	1	—	3	1	2	3	2	—	—	1							
	Annat barnhem																							
	Kvar 1																					(efter 12 mån.)		
							21						69									S:a 16	86	
Barn med handikapp	Adoptivhem		1	—	1	1		3	1	3	3	1	2	2	3	—	2	2		1		1		
	Fosterhem								1	1	1	1	5	3	2	5	2	1						
	Åter till modern								1	—	2	2	1	—	1	1								
	Annat barnhem												1			1	2							
	Kvar 4																					(efter 12 mån.)		
	S:a						3						32									S:a 29	65	
																						S:a (1 död)	151	

komplikationer vid förlossningen, vilket förekommer i 16 fall. Hit har räknats till exempel kejsarsnitt på grund av tvärläge och hotande asfyxi, vakuummextraktioner och utgångstång på grund av hotande asfyxi, cyanosattacker, uppgifter om extra- och/eller intrauterin asfyxi. (Enbart missfärgat fostervatten, sätesbjudning eller dylikt utan uppgifter om asfyxi har ej medräknats.) I övrigt förekommer medfött hjärtfel i två fall, ett fall av vardera grav hörseldefekt, kongenital höftledsluxation i kombination med misstänkt retardering, krampanfall (infantil spasm?), suspekt subduralhaematom, neurosedynskada (små fingerrester på armarnas plats). Två barn har vårdats på Göteborgs Barnsjukhus för uppfödningssvårigheter under diagnos coeliaci. Smärre "defekter" såsom ensidig pes

equino-varus, ptos av ena ögonlocket, plexusför-lamning, hydrocele testis och dylikt har ej medtagits. Mulattutseende har ej räknats som tänkbar orsak till försenad placering. Om barnen haft mer än ett "handikapp" har de endast medräknats under en huvuddiagnos.

Hos 65 av de 151 barnen finner man alltså något "handikapp", som kan ha inverkat på utplaceringen av barnen, det vill säga i 43 %. Att dessa handikapp också haft en försenande inverkan på utplaceringen framgår av tabell 6. Av de barn, som varit utan anmärkning har 24 % placerats före 6 månader och 81 % före 12 månaders ålder, medan barn med handikapp endast i 5 % placerats före 6 mån. och endast 52 % hunnit utplaceras före 12 månaders ålder. Någon förklaring till varför 19 % av barnen, som

Tabell 7. *Tid från fosterhemsintyget klart till utplaceringen av barnet.*

	Flickor	Pojkar	S:a
Utplac. före intyget klart	6	1	7
efter 0 mån.	2	13	15
1 mån.	6	11	17
2 mån.	18	16	34
3 mån.	10	6	16
4 mån.	8	6	14
5 mån.	2	9	11
6 mån.	—	2	2
7 mån.	1	2	3
	S:a intyg		119

I genomsnitt utplacering 2,3 mån. efter det intyget är klart.

varit utan anmärkning, ej kommit ut förrän efter 12 månaders ålder får man dock ej.

Medicinska och psykologiska undersökningar och bedömningar liksom intygsskrivandet rörande dessa barn måste givetvis ta en viss tid i anspråk. För att eventuellt kunna eliminera detta som tänkbar orsak till en försening i utplaceringen har en sammanställning gjorts av den tid, som förflyter från det barnet är färdigbedömt och intyg skrivits tills det barnet lämnat barnhemmet. (Tabell 7). I genomsnitt kvarligger barnen 2,3 mån. efter det intyget är klart. I 7 fall har barnen varit klara, men intyget ej hunnit utskrivas förrän efter placeringen. Sammanlagt 119 intyg har skrivits. I 15 fall har barnen placerats inom en månad efter det intyget varit klart, men det kan dröja ända upp till 7 månader innan ett barn, som är klart för placering, lämnar barnhemmet.

Förutom svårigheter att finna enskilda hem åt dessa barn, föreligger säkerligen en mängd sociala faktorer i detta selekterade material, vilka kan tänkas påverka utplaceringen. Barn, som till exempel omhändertagits i samband med föräldrarnas skilsmässa måste eventuellt kvarstanna på spädbarnshemmet tills vårdnadsfrågan är utredd; saknar modern lämplig bostad betyder detta också mycket långa vårdtider på spädbarnshemmet. Svårigheter att få klarhet i moderns vilja eller möjligheter att åter ta hand om sitt barn ligger säkerligen bakom många av de

sena utplaceringarna. I en del sådana tveksamma fall — tjugo i hela materialet — har modern eller båda föräldrarna besökt rådgivningsbyråns läkare för diskussion om barnet och dess placering.

Hur stor de sociala faktorernas inverkan på utplaceringen av dessa barn är, har varit omöjlig att uppskatta. För en grupp av de undersökta barnen, nämligen de barn, som lämnats för senare adoption, i fortsättningen för korthets skull benämnda adoptivbarnen, bör en del av dessa faktorer kunna elimineras liksom svårigheterna att anskaffa enskilda hem och för jämförelses skull har därför dessa granskats för sig på samma sätt som hela materialet.

Adoptivbarnen

utgörs av 85 barn, varav 39 flickor och 46 pojkar. Av dessa är fortfarande 2 kvar på spädbarnshem, 1 död, 2 har flyttats till annat barnhem, 4 har återtagits av modern. Av de 76 i enskilt hem utplacerade har 61 gått till blivande adoptivhem och 15 till fosterhem. (Tabell 8). Det visar sig att barnen i genomsnitt vid utplaceringen endast är en månad yngre (9 mån.) än barnen genomsnittligt är i hela materialet. (Tabell 9). Den totala vistelsetiden genomsnittligt på spädbarnshemmet är för adoptivbarnen 8,5 månader när det gäller flickor, 8,8 månader när det gäller pojkar. Endast 24 har utplacerats före 6 månaders ålder och fortfarande vid ett års ålder är 15 av de 82 barnen (18 %) kvar på spädbarnshemmet. (Tabell 10).

Tabell 8. *Utplacering av adoptivbarn har skett:*

	Flickor	Pojkar	S:a
I adoptivhem	29	32	61
i fosterhem	7	8	15
åter till modern	2	2	4
till annat barnhem	1	1	2
kvar 1/7-64	—	2	2
död	—	1	1
S:a	39	46	85

Tabell 9. *Adoptivbarnens ålder vid utskrivningen från barnhemmet.*

Mån.	Flickor	Pojkar	S:a
1			
2	1		
3	2	3	
4	1	—	
5	3	5	
6	6	3	24
7	5	4	
8	3	5	
9	3	5	
10	—	6	
11	3	2	
12	4	3	67
13	2	2	(efter
14	3	2	12 mån)
15	1	1	S:a
16	—	—	
17	1	1	
:			
21	—	1	
:			
24	1	—	15
Kvar	—	2	
död	—	1	
S:a	39	46	

Genomsnittlig ålder vid utskrivningen från spädbarnshemmet 9 mån. (lika för pojkar och flickor).

Tabell 10. *Vistelsens längd på spädbarnshemmet för adoptivbarnen.*

Mån.	Flickor	Pojkar	S:a
1			
2	1		
3	2	3	
4	1	1	
5	4	4	
6	8	4	28
7	5	7	
8	3	2	
9	1	7	
10	1	3	
11	3	2	
12	4	4	70
13	3	2	(mer än
14	—	1	12 mån)
15	1	1	S:a
16	—	—	
17	1	1	
:			
21	—	1	
:			
24	1	—	12
Kvar	—	2	
Död	—	1	
S:a	39	46	

Genomsnittlig vistelsetid på spädbarnshemmet 8,6 mån. för flickor och 8,8 mån. för pojkar.

Tabell 11. *Faktorer som kan tänkas ha försenat utplaceringen av adoptivbarnen:*

	Flickor	Pojkar	S:a
Prematuritet	3	6	9
Förlossningskomplikationer	1	8	9
Allmän utvecklingsförsening	6	6	12
Dålig hereditet	1	1	2
Somatiska "defekter":			
medfött hjärtfel	1	1	
susp. subduralhaematom	—	1	
grav hörseldefekt	1	—	
medfödd höftledsluxation (+retard.)	—	1	5
S:a	13	24	37

Bland adoptivbarnen förekommer 9 prematurfödda, det vill säga en prematuritetsfrekvens på 10,6 %. Fördelningen av övriga tänkbara medicinska skäl till en förlängd vistelse på spädbarnshemmet framgår av tabell 11. Ungefär samma frekvens av barn med handikapp framkommer här som i hela materialet, c:a 44 %. Av tabell 12 framgår liksom för samtliga barn, att barn med handikapp blir betydligt fördröjda i utplaceringen. Före 6 månaders ålder har 45 % av adoptivbarn, som varit utan anmärkning placerats ut mot endast 8,5 % av adoptivbarn med handikapp. 91 % av adoptivbarn utan anmärkning är placerade före 12 månaders ålder mot 68,5 % av adoptivbarn med handikapp. De fyra barn utan anmärkning, som lämnat spädbarnshemmet först efter ett års ålder, har varit kvar så länge av följande skäl: 1) biologiska föräldrarna tog tillbaka adoptionsmedgivandet, 2) biologiska modern försökte övertala mormodern att få ta hem barnet, men lyckades ej, 3) en tvilling kvarlåg emedan tvillingsystem var prematur och något långsam i utvecklingen; dessutom tog den 16-åriga modern så småningom tillbaka sitt adoptionsmedgivande, 4) ett barn återtog till spädbarnshemmet efter utplacering i ett fosterhem, då fosterfadern avlidit i hjärtattack 14 dagar efter barnets placering där och nytt fosterhem måste anskaffas.

Att man lyckats finna adoptivföräldrar även till barnen med handikapp framgår också av tabell 12. Endast två svårt retarderade barn har överförs till annat barnhem för stadigvarande vård. I adoptivhem har placerats bland annat

Tabell 12. *Inverkan av handikapp på utplaceringen av adoptivbarnen.*

	Placering	efter	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	...	21	...	24	mån.	S:a
Barn utan anm.	Adoptivhem		1	4	1	6	7		6	5	3	1	3	—	1										
	Fosterhem					1	—		—	1	2	1				2	1								
	Åter till modern					1																			
	Annat barnhem																								
	Kvar —																						(efter 12 mån.)		
	S:a							21						43									S:a 4		47
Barn med handikapp	Adoptivhem			1	—	1	1		3	1	3	3	1	2	2	2			1			1		1	
	Fosterhem									1			1	4	1	1									
	Åter till modern											1		1											
	Annat barnhem																1		1						
	Kvar 2																								
	S:a							3						24									S:a 11 (efter 12 mån.)		37
																							S:a		84
																							(1 död)		

ett hjärtfelsbarn, ett försenat barn med CP-symtom, ett barn, som haft ett par krampanfall av okänd genes utan samband med infektion och med patol. EEG-fynd. Även för neurosedynbarnet har ett adoptivhem erhållits. Att anskaffa dessa hem måste rimligtvis ta långre tid i anspråk än anskaffandet av hem för normala barn.

Tabell 13. *Tid från fosterhemsintyget klart till utplaceringen av adoptivbarnen.*

	Flickor	Pojkar	S:a
Utplac. före intyget klart	6	1	7
efter 0 mån.	2	8	10
1 mån.	5	6	11
2 mån.	12	12	24
3 mån.	6	4	10
4 mån.	2	2	4
5 mån.	1	4	5
6 mån.	—	—	—
7 mån.	1	1	2
	S:a intyg		73

I genomsnitt utplacering 2 mån. efter det intyget är klart (1,9 mån. för flickor, 2 mån för pojkar).

Tabell 14. *Tid från fosterhemsintyget klart till utplacering av adoptivbarn utan anm.*

	Flickor	Pojkar	S:a
Utplac. före intyget klart	5	—	5
efter 0 mån.	2	7	9
1 mån.	5	3	8
2 mån.	8	4	12
3 mån.	2	1	3
4 mån.	1	1	2
5 mån.	1	3	4
	S:a intyg		43

I genomsnitt utplacering 1,6 mån. efter det intyget är klart (1,5 mån. för flickor, 1,8 mån. för pojkar).

Av tabell 13 och 14 framgår att adoptivbarn i allmänhet kvarligger 2 månader på spädbarnshemmet, sedan de är klara för utplacering, men om man frånräknar de handikappade barnen, sjunker denna siffra till 1,6 månader för barn utan anmärkning.

Vid utplaceringen av adoptivbarnen visar det sig således att de medicinska problemen spelar en stor roll. Man ställs inför frågan hur stor hänsyn man skall ta till dessa olika faktorer, prematuritet, förlösningskomplikationer, hereditära sjukdomar och olika somatiska defekter hos barnet. Bedömningen måste givetvis bli individuell, men vissa generella riktlinjer vore värdefulla att ha. Italienarna Menichella-Giardini (1962) behandlar i en artikel medicinska problem vid adoption, men då det i Italien finns möjligheter till så kallad affiliation, ett mellanling mellan fosterbarnsplacering och adoption, kan författarnas synpunkter på placeringen vid olika medicinska komplikationer ej överföras på svenska förhållanden.

För att få fram några riktlinjer för bedömning av de vanligaste problemen har jag sökt efter uppgifter i litteraturen. Prognosen för prematura barn har behandlats mycket ingående av många forskare. Beskow (1949) undersökte 273 prematura barn i skolåldern. Han fann, att deras utveckling genomgående var långsammare än kontrollmaterialets, men om man undantog de barn, som haft hjärnblödning eller cyanos-

attacker vid födelsen och de barn, vars föräldrar hade mentala defekter, utvecklades prematurbarnen normalt. De uppvisade emellertid nervösa störningar i större utsträckning än kontrollbarnen. Howard-Norrell (1952) undersökte 22 barn med födelsevikt upp till 1.820 g och kom också till resultatet att om man uteslöt hjärnskadade barn prematuriteten i sig själv hade "nor a beneficial nor a harmful" effekt på den intellektuella utvecklingen, men fann, att hälften av barnen hade anpassningssvårigheter. Alm (1953) fann i sitt stora material av 999 prematurer (alla pojkar, födda i. ä.) bland annat fler barn, som gått i specialklass, fler barn, som hade tecken på hjärnskada, fler institutionsvårdade barn än bland kontrollerna, men i övrigt hade de prematura barnen när det gällde social ställning och anpassning i samhället i genomsnitt lyckats lika bra som kontrollerna. Drillien (1958) studerade 600 prematura och fullgångna barn och fann stadigt sjunkande intelligenskvot med sjunkande födelsevikt, men däremot ingen korrelation till eventuell förlossningsskada. Bland 73 barn med födelsevikt under 1.370 g var resultatet mycket nedslående, 2/3 visade senare fysisk, mental eller emotionell defekt. Harper-Fisher-Rider (1959) undersökte 460 prematura barn i åldern 3—5 år och fann, att det stora flertalet låg inom normalgränserna och att fördelningen av deras testresultat mycket nära följde de fullgångnas, även om de låg något i underkant. Skillnaden var mycket liten för barn med födelsevikt 2.000—2.500 g; de, som hade en födelsevikt under 1.501 g, var däremot allvarigare handikappade. Gedda (1960) fann i sitt Göteborgsmaterial omfattande 859 barn ingen signifikant skillnad mellan antalet prematurfödda, som gått i specialklass och kontrollerna. Risker för alkoholism och kriminalitet var snarast mindre hos de prematura än hos kontrollerna, vilket ju är intressant, eftersom under uppväxten relativt många prematurer angetts ha anpassningssvårigheter. Brown sammanfattar 1962 prognosen för prematura barn sålunda, att ingen av de dittills publicerade undersökningarna avslöjat någon större skillnad i psy-

kisk utveckling mellan fullgångna barn och prematurer med födelsevikt mellan 2.000 och 2.500 g. För barn med födelsevikt under 1.500 g skulle däremot chansen att utvecklas psykiskt normalt vara 4:1 och för normal fysisk utveckling 8:1.

Av denna genomgång av litteraturen kanske man vågar dra vissa slutsatser för sitt praktiska handlande. Prematurfödda barn med födelsevikt ner till 2.000 g borde kunna placeras i adoptivhem, om inga komplikationer föreligger. Barn med födelsevikt under 1.500 g bör i första hand placeras i fosterhem. I övriga fall får bedömningen bli helt individuell och ev. adoptivhemsplacering ske först efter diskussion med blivande adoptivföräldrar.

Värderingen av förlossningskomplikationer är ännu svårare. Eventuella följder av instrumentella ingrepp, långdragna förlossningar, asfyxi eller cyanosattacker hos barnet kan vara svåra eller omöjliga att diagnostisera i spädbarnsåldern. Ett CP-syndrom kanske inte manifesterar sig förrän vid 10—12 månaders ålder. De psykologiska undersökningar, som står till buds i denna ålder — och ända upp till 2-årsåldern — korrelerar dåligt med senare intelligenskvoter. En normal utvecklingskvot vid några månaders ålder garanterar inte någonting för den framtida utvecklingen. Bland de undersökta barnen i detta material finns till exempel en flicka, som vid 5 månaders ålder fick en utvecklingskvot=98 enligt Griffith, men hade en något spänd motorik och hon observerades därför ytterligare en tid. Vid ett års ålder hade utvecklingskvoten sjunkit till 70 och hon vistas nu på barnhem för stadigvarande vård. En pojke hade likaså en utvecklingskvot=98 vid 6 månaders ålder, men vid ett år var han stel och spänd. Vid 16 månader var utvecklingskvoten 74 och han hade lätta CP-symtom. Å andra sidan finner man hos en flicka, som hade haft ett par krampanfall, en misstänkt retardering vid 11 månaders ålder, med en utvecklingskvot enligt Griffith=84, men synes senare ha utvecklats helt normalt och vid 22 mån. var hennes kvot=97. — Värderingen av förlossningskomplikationer synes få ske från

fall till fall och generella riktlinjer är svåra att få fram.

De hereditära faktorerna spelar en viktig roll vid bedömningen av lämplig placering av adoptivbarnen. Om det i släkten förekommer sjukdomar, som anses genetiskt betingade med större eller mindre penetrans, till exempel hereditära nervsjukdomar, haemofili, manodepressiv psykos, schizofreni, sinnesslöhet etc. förefaller det svårt att rekommendera annat än fosterhemsplacering i första hand. Det är enligt min erfarenhet emellertid relativt sällan man möter sådana problem, kanske beroende på bristfälliga hereditära uppgifter. Detta kan i sin tur bero på felaktig utfrågningsteknik eller på att barnens ofta unga föräldrar ej känner till eventuella sjukdomar i sina släkter. Hos föräldrarna själva kanske inte en psykos, en diabetes eller dylikt hunnit manifestera sig. Ibland har faderskapet ej kunnat fastställas.

De vanligaste hereditära uppgifter man möter och som kan vålla problem vid bedömningen av adoptivbarnen är uppgifter om debilitet, alkoholism, asocialitet och liknande. Vid ärftligt betingad efterblivenhet räknar man med att ca 30 % av barnen blir efterblivna, om en av föräldrarna är det; om bägge är det 62—78 %. Vad som i det enskilda fallet skall bedömas som ärftlig eller miljöbetingad efterblivenhet kan vara svårt att avgöra och om just det aktuella barnet kommer att bli retarderat är omöjligt att förutse. En intressant undersökning rörande den intellektuella utvecklingen hos adoptivbarn, vars biologiska mödrar var efterblivna redovisas av Skeels-Harnes (1948). De undersökte dels barn till mödrar med IQ under 75, dels barn, vars fäder hade ett okvalificerat arbete (som tillfällighetsarbetare eller oskolade arbetare) och en tredje grupp, där föräldrarna tillhörde båda dessa grupper. De fann bland 107 barn till mödrarna, vars IQ varierade mellan 32—75, en genomsnittlig IQ på 105,5. Endast fyra barn hade en IQ under 80. Hos de 111 barn, vars fäder klassificerats som okvalificerade arbetare, var den genomsnittliga kvoten 110,3. I den tredje gruppen omfattande 35 barn låg intelligenskvo-

ten i medeltal på 104,1. Alla barnen hade placerats i adoptivhemmen i genomsnitt vid 4—5 månaders ålder och testades omkring 5 års ålder. — Slutsatsen av undersökningen blev den, att barn till mödrar med ringa intellektuell utrustning eller till fäder med okvalificerat yrke eller en kombination av bådadera, när, om de placerats som spädbarn i adoptivhem, en psykisk utveckling, som är lika med eller överstiger genomsnittsbefolkningens. Skodak-Skeels (1949) redovisar också resultatet av en follow-up undersökning av 100 adoptivbarn, som testades vid fyra olika åldrar (omkr. 2, 4, 7 och 13 års ålder). De 63 mödrar, som testats, hade en genomsnittlig kvot på 85,7, medan barnen nådde 106 i genomsnitt. Författarna konstaterade, att det räcker ej med tillgängliga data om föräldrarnas utbildning och sociala standard för att förutsäga barnens mentala utveckling. Andra faktorer, i första hand emotionella och personliga, vilka troligtvis är att finna i fosterhemmen, tycks ha ett mer betydelsefullt inflytande på den psykiska utvecklingen. Författarna rekommenderar adoptionsbyråer att placera barnen tidigt och i adoptivhem, som kan erbjuda emotionell värme och trygghet i en miljö, som socialt ligger något över genomsnittet. — Man skulle således ej behöva vara rädd för att placera barn till efterblivna mödrar i adoptivhem. Finner man flera fall av grav efterblivenhet i släkten till exempel hos mor- eller farföräldrar, får man dock räkna med den ärftliga faktorn och placera barnet i fosterhem, även om barnet ter sig normalt vid undersökningen på spädbarnshemmet.

Alkoholism anses ju numera allmänt som en sjukdom utan hereditär genes. Alkoholism förekommer dock oftare i vissa släkter. Risken för att ett barn till en alkoholist sjuknar är enligt Cook (1963) 25 % mot 2 % risk för befolkningen i allmänhet. Att denna ökade risk beror på miljöpåverkan illustreras bland annat av en undersökning av Anne Roe, vilken refereras av Cook. Hon studerade en grupp på 36 barn till alkoholiserade föräldrar. Barnen hade placerats hos icke alkoholiserade fosterföräldrar och un-

dersöktes efter 21 års ålder. Man fann ingen skillnad vid jämförelse med andra fosterbarn, vars föräldrar icke var alkoholister. Ingen av barnen till alkoholiserade föräldrar blev alkoholist och endast tre använde alkohol regelbundet. — Förekommer alkoholism i flera generationer i barnets släkt, är man väl ändå benägen att tro, att det kan finnas en medfödd konstitutionell svaghet, som disponerar för alkoholism och med stöd av den uppfattning, som Jellinek kom fram till, att alkoholism i 15 % står på en fysiologisk bas, i första hand välja fosterhem i dessa fall, när det gäller placering av adoptivbarn.

I fråga om kriminalitet, asocialitet och liknande räknar man ej heller med direkta ärftliga faktorer. Att adoptivbarn i större utsträckning än andra visar anpassningssvårigheter är omvittnat, men herediteten behöver därvid ej vara utslagsgivande. Curman (1951) undersökte 46 adoptivbarn, för vilka sökts barnpsykiatrisk hjälp och fann att de två fall, som hade den gravaste herediteten, tillhörde de bäst anpassade. Allmänna Barnhusets stora undersökning (1956) "Hur går det för fosterbarnen?" visar visserligen ett högre antal relativt eller mindre sköt-samma fosterbarn bland de barn, vars föräldrar företedde någon form av misskötsamhet, men barnens livsprestation betecknades ändå som synnerligen god jämfört med föräldrarnas. Detta gällde alltså fosterbarn, vilka i regel placeras senare än adoptivbarnen och därigenom kan ha hunnit påverkas av en dålig miljö före utplaceringen.

Det framgår således av ovan citerade undersökningar, att många av de barn, som klassificerats som handikappade, bör kunna placeras i adoptivhem som normala barn. Även de övriga handikappade barnen bör man söka adoptivhem för. Strängt taget borde ju barn med handikapp behöva en ännu bättre uppväxtmiljö än barn utan anmärkning. Enligt vad som framkommer av material, som Förenta Nationerna låtit publicera rörande adoptionsfrågor, har utvecklingen i en del länder lett till, att man inom adoptions-verksamheten målmedvetet — och framgångsrikt — inriktat sig på att finna adoptivföräldrar ock-

så för barn med vissa mentala och fysiska defekter. — Det är en given sak, att adoptivföräldrar, som tar hand om handikappade barn, måste vara väl medvetna om, vad de gör. Kraven på dem är stora och man kan inte begära, att adoptivföräldrar i allmänhet skall vara inställda på att ta hand om ett handikappat barn och ha förmåga att betrakta det som sitt eget. I många fall måste placering som fosterbarn ur allas synpunkter vara den lyckligaste lösningen. I praktiken blir det väl så, att föräldrar, som tagit sig an ett barn, antingen som foster- eller adoptivbarn, ändå aldrig vill lämna det ifrån sig sedan de haft hand om det en längre tid.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis har denna undersökning visat, att av 152 barn, som 1963 intogs på spädbarnshem i Göteborg, 147 utskrivits efter en genomsnittlig vistelsetid av 9,3 månader på barnhemmet och vid i medeltal 10 månaders ålder. Nära 1/3 (c:a 31 %) av barnen var mer än ett år gamla, när de lämnade barnhemmet. Ett oväntat stort antal, 43 %, av barnen uppvisade något fysiskt eller psykiskt handikapp, som kan ha fördröjt vidareplaceringen, men ungefär en femtedel (19 %) av barn, som var utan anmärkning, kvarstannade på barnhemmet till över ett års ålder. Sedan barnen bedömts som klara för placering har i genomsnitt 2,3 månader förflutit innan barnen lämnat barnhemmet.

Av de 152 barnen var 85 lämnade med tanke på senare adoption. För dessa är vistelsetiden i genomsnitt något kortare (8,6 månader för flickor, 8,8 för pojkar) och åldern vid utskrivningen i genomsnitt 9 månader. 18 % var mer än ett år gamla, när de lämnade spädbarnshemmet. Samma höga frekvens (44 %) av handikapp förekom bland dessa barn. Även dessa barn har kvarlegat 2 månader på barnhemmet, sedan de bedömts vara färdiga för utplacering.

Med hänsyn till barnens psykologiska utveckling måste en så lång institutionsvistelse under det betydelsefulla första levnadsåret anses mycket olämplig och alla försök att förkorta vist-

sen göras. Då så många barn är handikappade i ett eller annat avseende, måste man söka få fram riktlinjer för bedömningen av dessa "defekters" betydelse, för att man så snabbt som möjligt skall kunna finna en adekvat placering för barnet. Genom en bättre samordning mellan de instanser, som bedömer barnet och de, som ansvarar för vidareplaceringen, borde en placering kunna ske snabbare, när barnen är klara och vistelsen därigenom kunna avkortas ett par månader. Detta bör beträffande adoptivbarnen kunna ske, genom att dessa ärenden handlägges av en eller två tjänstemän (vilket från och med i år kommer att ske i Göteborg). Men ytterligare åtgärder måste vidtagas, om man skall komma ner till de ideala vårdtiderna på 3 till högst 6 månader. Ett mera intensivt arbete behövs för att så snart som möjligt efter barnens intagning på spädbarnshemmen klarlägga de biologiska mödrarnas inställning till eventuell vidareplacering eller deras förmåga och möjligheter att själva ta hand om barnen igen. Anskaffandet av fosterhem behöver också intensifieras. Allt detta kräver en utökning av de personella resurserna och därmed ökade kostnader. Varje barn på spädbarnshemmen kostar emellertid c:a 40 kronor per dag. Man behöver således inte enbart stödja sig på barnpsykiatriska synpunkter för att finna argument för en förkortning av vårdtiderna på spädbarnshemmen.

LITTERATURFÖRTECKNING:

1. *Allmänna Barnhuset*, Adoption, Stockholm 1955.
2. *Allmänna Barnhuset*, Hur går det för fosterbarnen? — *Sociala Meddelanden* 1956:8 s. 493.
3. *Alm*, The longterm prognosis for prematurely born children. — *Acta paediatrica* 1953 suppl. 94.
4. *Berfenstam—Sjölin—Villner*, Orsaken till försenad definitiv placering av spädbarn som lämnats för adoption. — *Socialmedicinsk tidskrift* 1963:9 s. 371.
5. *Beskow*, Mental Disturbances in premature Children at School Age. — *Acta Paediatrica* 1949:37 s. 125.
6. *Beskow*, Barn som lämnas. — *Svenska Läkartidningen* 1960:5 s. 344.
7. *Brown*, Prognosis in premature infants. — *Developmental Medicine and Child Neurology* 1962:4 nr 5.
8. *Burkinshaw*, The best age for adoption. — *Developmental Medicine and Child Neurology* 1962:4 s. 548.

9. *Cook*, The aetiology of alcoholism. — *New Zealand Med. Journ.* 1963:62 s. 87.
10. *Curman*, Adoptionsproblem i belysning av material från en rådgivningsbyrå. — *Barnavård och Ungdomsskydd* 1951:4 s. 101.
11. *Drillien*, A longitudinal study of the growth and development of prematurely and maturely born children. — *Arch. of Disease in Childhood* 1958:33.
12. *Gedda*, Den låga födelsevikten — "prematuritetens" — betydelse för livsdugligheten och den sociala prognosen. — *Almqvist och Wiksell* 1960.
13. *Green—Godfrey*, Contributions of a childrens diagnostic clinic to child welfare; services in relation to adoption. — *Journ. of Pediatrics* 1963:32 s. 131.
14. *Harper—Fisher—Rider*, Neurological and intellectual status of prematures at three to five years of age. — *Journ. of Pediatrics* 1959:55 s. 679.
15. *Howard—Norrell*, Premature infants in later life. — *Journ. of Pediatrics* 1952:9 s. 577.
16. *Menichella—Giardini*, Medicinska problem vid adoption. — *Minerva Nipologica* 1962 vol. 12 nr 5 s. 359.
17. *Skeels—Harnes*, Children with inferior histories; their mental development in adoptive homes. — *Journ. of Genetic Psychology* 1948:72 s. 283.
18. *Skodak—Skeels*, A final follow-up study of one hundred adopted children. — *Journ. of Genetic Psychology* 1949:75 s. 85.
19. Stockholms Barnavårdsnämnd, Tjänstememorial angående adoptionsverksamheten 3/4 -62.

ARBETSTERAPI-och HOBBYMATERIAL

Porslinsmosaik i olika utförande.

Pärlor av trä, glas, kristall och metall.

Indiska Ädelstenar till halsband och armband.

Brasiliansk Onyx till hängsmycken, halsband, örhängen och nyckelringar.

Silvertråd och silverplåt i olika former och dimensioner.

Rundböjtänger för träarbeten.

Halsbandslås i olika utförande 1—5 rader.

Sadelgjord såväl mönstrad som enfärgad i 22 färger.

Väskhandtag i pärlbambu och rotting.

Pappstommar och Silkebast för bastflätning.

Skin och läder för alla ändamål.

Arbetssatser i rikhaltig sortering.

Begär prislista och prover.

Vi sända gärna påseendesändningar på öppet köp.

Firma SUNE ENGLUND Örebro

Klostergatan 18
Box 266

Tel. 019/12 09 14 - 12 10 95