

Mortalitet bland fosterbarn som placerats före tonåren

BO VINNERLJUNG

Mortalitet – »den slutgiltiga variabeln« – är oundvikbar i studier av utsatta eller underprivilegierade populationer.

Undersökningen i artikeln ingår i ett pågående forskningsprojekt om fosterbarns liv som vuxna (se Vinnerljung, 1992). En av de första frågorna om vuxna fosterbarn blir följaktligen: är mortaliteten för denna grupp annorlunda än för normalbefolkningen? För att få svar har dödlighet för närmare 14 000 f.d. fosterbarn, födda 1960–1973, undersökts för perioden 1969–1991.

Forskning om fosterbarns och andra utsatta barns mortalitet

Mig veterligt finns det nästan inga moderna studier – vare sig svenska eller utländska – som utifrån större underlag har behandlat mortalitet hos fosterbarn. Det gäller dödlighet såväl under pågående vård som bland vuxna f.d. fosterbarn.

Konstaterad hög dödlighet bland fosterbarn i vård har varit incitament till familjepolitiska förändringar i flera länder. I 1700-talets Frankrike var det vanligt att familjer i städerna placerade ut spädbarn hos kvinnor på landsbygden för ammning. Myndighe-

terna upptäckte att inte mindre än 2/3 av dessa barn dog (Donzelot, 1979). Fosterhemsvård har i Sverige funnits jämsides med institutionsvård så långt tillbaka som vi kan se (Öberg, 1992). Så gott som alla historiska beskrivningar av äldre svensk barnavård har berört överdödlighet bland fosterbarn som bakgrund till statliga utredningar (t.ex. Underdånigt förslag till ordnande av fosterbarnsvården [1897], den första »Fosterbarnsutredningen«), politiska strider och beslut om vad staten kunde/skulle göra för de många barnen som föddes utanför äkten-skapet (se bl.a. Lagerberg, 1984; Persson, 1984, 1989; SoS 1990:4; Ohrlander 1992; Lönnroth 1992). Barn födda utom äkten-skap och barnhemsbarn/fosterbarn var till stor del samma grupp.

Bo Vinnerljung är doktorand vid Socialhögskolan i Lund.

Jag har bara funnit en undersökning av mortalitet i modern fosterhemsvård och då endast av spädbarnsdödlighet under den postneonatala perioden (första levnadsåret förutom de första 27 dagarna efter födseln). Siefert et al. (1994) gick genom Michigans samtliga 8.600 placeringar i »foster care« mellan 1980 och 1989 och fann att den postneonatala dödligheten var runt dubbelt så hög för fosterbarn i vård som genomsnittet för alla barn i delstaten. Det amerikanska begreppet »foster care placement« innefattar även institutionsvård. Placeringsformen berörs inte i artikeln även om ordet »foster parents« återkommer i texten, vilket då skulle tyda på att barnen var i fosterhem. Men det är en osäker tolkning. En artikel om självmordsprevention bland fosterbarn i Kanada redovisar inga empiriska data som stöder författarnas påstående att fosterbarn är en högriskgrupp i suicidsammanhang (Charles & Matheson, 1991). I väst-Afrika är det vanligt att lämna bort sina barn för »fostran« i andra familjer, vanligtvis till äldre kvinnor. Bledsoe et al. (1988) fann i en del av Sierra Leone, där över 60 procent av alla barn bodde i »fosterhem«, att frekvensen av både undernäring och dödlighet bland »fosterbarnen« var påtagligt högre än för barn som bodde med sina biologiska mödrar. Mortalitet bland utvecklingsstörda – varav en grupp finns i fosterhemsvård – lämnas utanför den här genomgången (se Eymann et al., 1988).

I enstaka svenska studier av vuxna fosterbarn finns s.k. »impressionistic evidence« som antyder att fler dör i ung ålder jämfört med s.k. normalgrupper (Bonnie & Kälvesten, 1990; Vinnerljung, 1993). Underlagen har dock varit små. Salo (1956a, -b) gjorde

på 50-talet en uppföljning av 900 personer födda före 1936 som i sin barndom varit aktuella för barnavård i den finska staden Waasa mellan 1924 och 1952, varav knappt 500 fosterbarn. Åldersspridningen var stor, troligen ingick barn födda 1910–1935. Som jämförelsegrupp användes i hemmen uppvuxna syskon till uppföljningsgruppen, drygt 400 personer. 1952 var 12 procent av fosterbarnen döda jämfört med en dubbelt så stor andel av hela syskongruppen. Skillnaden uppkom huvudsakligen under barndomsåren: före 15 år hade 2,5 procent av fosterbarnen och 15 procent i jämförelsegruppen avlidit. Därefter är dödlighetskurvorna likartade. Eftersom många fosterbarn bodde hemma under delar av uppväxttiden – bara drygt hälften var i vård fem år eller längre – är resultaten svårtolkade. När mortalitet före 15 år redovisas behandlas fosterbarnen som om alla hade varit placerade sedan födseln.

Om vi går utanför fosterhemsvården till närliggande populationer finns flera tämligen färskas undersökningar. Både Anderson (1976) och Jonsson (1990) har rapporterat om hög dödlighet bland vuxna män som under barndomen bodde på Barnbyn Skå. Liknande resultat finns i Malmströms (1993) uppföljning av 340 barn och ungdomar som tvångsomhändertogs av de barnavårdande myndigheterna i Stockholm 1970. Hela 10 procent hade avlidit före 1989. Undersökningsgruppen jämfördes med dödstal för jämnåriga i Stockholm under tidsperioden. Bland ungdomarna som var äldre vid omhändertagandet och som togs in i vård p.g.a. eget beteende (främst kriminalitet och missbruk) var överdödligheten skrämmande hög: 1,8–5,4 gånger för män och 3,5–

5,8 gånger för kvinnor. Sannolikt hade dessa ungdomar främst varit placerade på institution. Bland barn som omhändertogs före 15-årsdagen fanns ingen registrerad överdödlighet, ej heller bland en grupp icke dygnsvårdade syskon till äldre tvångsomhändertagna ungdomar. Underlaget var dock selekterat eftersom endast tvångsomhändertagna barn ingick och för litet för att få tillförlitliga uppgifter om dödlighet för f.d. fosterbarn eller f.d. samhällsvårdade barn generellt.

Svensk forskning är jämfört med utländsk relativt rik på mortalitetsstudier som utgår från ungdomsmaterial. Samtliga pekar entydigt på en överdödlighet bland män som under uppväxten varit i kontakt med barn- och ungdomsvården, oavsett materialets storlek. Nylander et al. (1966) fann i en 10-årsuppföljning av 124 pojkar som i 15–20-årsåldern var aktuella hos barnavårdsnämnden i Stockholm 4–5 gånger fler döda jämfört med jämnåriga Stockholmspojkar. Drygt tio år senare gjorde Nylander (1979) en ny uppföljningsstudie, denna gång av över 2.300 f.d. barn- och ungdomspsykiatripatienter. Av dessa hade 50 st. avlidit under en 20-årsperiod, de flesta av våldsamma dödsorsaker (olyckor, självmord m.m.). Nästan alla pojkar som fått en våldsam död hade antingen visat »asociala symtom« i tidig ålder eller vuxit upp i hem där föräldrarna missbrukade. I en mycket stor undersökning av runt 50 000 värnpliktiga 13–14 år efter mönstringen hade värnpliktiga män som haft kontakt med barnavårdsnämnd eller polis under sin uppväxttid nästan dubbelt så hög dödlighet (efter multivariatanalys) jämfört med jämnåriga utan denna erfarenhet och 2,5 gånger gånger högre för ung-

domar med upprepad myndighetskontakt (Andreasson et al., 1988; Romelsjö et al., 1992). Eva Johansson (1981) fann en markant överdödlighet bland 128 f.d. ungdomsfängelseinternerna 25 år efter frigivningen.

Levnadsnivåundersökningarna 1968, 1974 och 1981 innehöll frågor om uppväxtbakgrund men svarskonstruktionen gör det omöjligt att i efterhand urskilja fosterbarn (Vuksanovic, 1979; se även t.ex. Eriksson & Åberg, 1984). Olle Lundberg (1993) har senare relaterat mortalitet till dessa svarsdata. Han fann visserligen en förhöjd dödlighet bland intervjuade som inte växte upp med båda sina föräldrar men skillnaden var inte statistiskt signifikant i något av analysleden. Däremot noterades en svagt signifikant ökad dödsrisk för personer som vuxit upp i hem med allvarliga slitningar.

Metod

Från SCB:s register över socialtjänstens åtgärder för barn och unga (det s.k. »historiska barnavårdsregistret«) hämtades uppgifter om samtliga individer som någon gång under perioden 1968–1973 varit fosterhemsplacerade – 13 891 st. Män är något överrepresenterade (53 procent). Eftersom första registrerade födelseåret var 1960 består gruppen nästan enbart av barn som kom till fosterhem för första gången före tonåren (förutom 232 st födda 1960 med placeringsår 1973). 62 procent placerades i förskoleåldern; 60,4 procent av männen, 63,3 av kvinnorna. Urvalet är alltså födda mellan 1960 och 1973. De levande var 18–31 år vid uppföljningsperiodens slut (1991). Medianen – född 1965 – var 26 år vid sista året då data i de båda registerna jämfördes.

88 procent är födda under 60-talet. Registret innehåller inte alla som var placerade under aktuell tid utan bara personer födda 1960 och senare. Det fanns många äldre fosterbarn (9–17 år) i vård vid registrets start. Sannolikt finns ett betydande bortfall även för de yngre barnen i registrets uppbyggnadsskede. Antalet nyregistrerade ökar för varje år. Det är svårt att säga hur de nämnda ofullständigheterna påverkar representativiteten för fosterbarnspopulationen som helhet.

Att ha varit fosterhemsplacerad kan teoretiskt betyda allt från en dags till 18 års vårdtid. I designen valdes att bortse från vårdtiden av två skäl: dels bedömdes uppgifter om placeringars längd som alltför osäkra f.n. (jämför Socialstyrelsen, 1994 om sådana brister idag), dels var det av primärt intresse att få ett så stort underlag som möjligt. Studiepopulationen matchades sedan med SCB:s dödsorsaksregister under perioden 1969–1991 fr.o.m. det året då individen noterades i registret för fosterhemsplacering. Att uppföljningen startar med placeringsåret medför olika lång uppföljningstid för personer av samma ålder och att studien kommer att omfatta dödlighet hos fosterbarn både under barndomen och i vuxen ålder. Runt 40 procent av alla avlidna dog före 18 års ålder (38 procent för män och 43 procent för kvinnor).

I dataanalysen, som genomförts av fil. dr. Marin Ribe vid SCB, har den observerade överlevnaden i studiepopulationen (fosterbarnen) jämförts med den som kunde förväntas utifrån uppgifter om dödligheten i hela rikets befolkning (»normalbefolkningen«). Förväntad överlevnad har beräknats med hjälp av s.k. livslängdstabellsteknik.

Livslängdstabeller – *life tables* i engelskspråkig vokabulär – har använts sedan 1700-talet för att visa dödligheten i en befolkning (se Statistisk Årsbok för årliga tabeller över situationen i Sverige). De beskriver bl.a. kalkylerad återstående livslängd och dödsrisker i olika åldrar utifrån faktiska dödlighetsdata under en viss tid (i Statistisk årsbok de senaste fem åren). Tabelltekniken visar följaktligen hur mortaliteten i befolkningen kommer att utvecklas om dessa dödlighetsförhållanden skulle bestå (se vidare Hofsten, 1982; Chiang, 1984).

Livslängdstabellsteknik kan också användas för att beräkna en viss populations avvikelser från den genomsnittliga dödligheten i befolkningen. Här har för varje person i undersökningspopulationen beräknats sannolikheten för överlevnad efter fosterhemsplaceringen. Dessa beräknade individuella överlevnadssannolikheter, som har utgått från ålders, köns- och årsspecifika dödsrisker för Sveriges befolkning, har sedan aggregerats till en förväntad överlevnad/dödlighet i studiepopulationen som helhet och jämförts med faktisk dödlighet. Vid jämförelsen med normalbefolkningen kontrolleras m.a.o. för ålder, kön och år för riskexponering. Varje person följs till uppföljningsperiodens slut, (1991) eller i förekommande fall till sin död. Eftersom personerna gör sitt inträde i studiepopulationen vid olika tidpunkter kommer de att följas under olika lång tid, vilket analysen beaktar. Förfarandet är en modifierad tillämpning av den prospektiva modell som diskuteras i Harz et al. (1983).

Att fosterbarnens mortalitet på detta sätt har jämförts med löpande dödlighetsdata för hela befolkningen är en praktisk

kompromiss p.g.a. studiepopulationens utseende vilket medfört olika uppföljningstider. Ett socialt skiktat jämförelsematerial kunde dessvärre inte konstrueras, men hade varit ett bättre alternativ. Fosterbarn har vanligen sin sociala bakgrund i de »lägsta« sociala skikten och är i mycket hög utsträckning barn till ensamstående mödrar (se t.ex. Hessle, 1988). Vi vet att barn från lägre socioekonomiska grupper även i Sverige har en förhöjd mortalitetsrisk jämfört med högre, även om flera forskare har påpekat att »klassperspektivet« härvid har blivit relativt sent uppmärksammat (Leon et al., 1992; Lundberg, 1993). Skillnader i dödlighet mellan barn till tjänstemän och till kroppsarbetare har konstaterats såväl för spädbarn av båda kön (Leon et al., 1992) som för främst pojkar i alla åldrar mellan 1 och 19 år (Vägerö & Östberg, 1989). Andra resultat pekar på att skillnaderna fortsätter även upp i 30-års-åldern bland män, även om två »klassperspektiv« nu blir svåra att skilja åt: bakgrund från barndomen baserad på föräldrarnas yrke och tillhörighet i vuxen ålder, baserad på eget yrke m.m. (Andreasson et al, 1988; Östberg & Vägerö, 1991; se även Vägerö & Norell, 1989). En brittisk studie har visat en mycket hög överdödlighet under hela barndomen för barn till ensamstående mödrar utan arbete, en vanlig hembakgrund för fosterbarn (Judge & Benzeval, 1993; för fosterbarns bakgrund se bl.a. Hessle, 1988). Nu har flera av de refererade undersökningarna jämfört barn till kroppsarbetare med tjänstemannabarn, där de senare varit »normalgrupp«. Även egna rörelseidkares pojkar fick då en förhöjd dödlighetsrisk (Östberg & Vägerö, 1991) I två studier (a a; Vägerö & Östberg, 1989) har dock arbetar-

barnen varit nästan dubbelt så många som tjänstemannabarnen vilket gör att skillnaden mellan dödligheten för den förstnämnda gruppen och den *genomsnittliga* »normalbefolkningen« reduceras.

Resultat

204 f.d. fosterbarn hade avlidit före 1992, varav drygt 3/4 män. Den proportionella könsfördelningen är ungefär vad som kan förväntas utifrån observerade dödsrisker i rikets befolkning (se t.ex. livslängdstabellerna i SCB:s Statistisk Årsbok) och liknar vad Nylander (1979) noterade för vuxna f.d. barn- och ungdomspsykiatripatienter.

I tabellerna 1–3 redovisas sammanfattande jämförelser avseende uppföljningsperioden som helhet med signifikantstestning av en riktad hypotes (s.k. »one-tail«-test) om överdödlighet i studiepopulationen jämfört med normalbefolkningen.

Gräns för statistisk signifikans är $p < 0,05$. Signifikant överdödlighet är följaktligen begränsad till männen. Grovt uttryckt säger RR-talen i tabellen att fosterpojkar löpt nästan 70 procent större risk att dö unga jämfört med jämnåriga i befolkningen som helhet. För fosterflickorna finns bara en tendens i samma riktning. Detta går igen när materialet bryts ner ytterligare i följande tabeller (2 och 3). Notera att osäkerheten ökar – konfidensintervallet blir bredare – ju mindre grupperna blir.

Övriga uppgifter från dödsorsaksregistret har behandlats i begränsad omfattning. En test av dödsorsaksmönstret genom chi2-summering visar för männen – ej kvinnorna – en signifikant avvikelse ($p < 0,001$) från jämnåriga döda i normalbefolkningen.

Tabell 1

Dödlighet bland fosterbarnen som grupp och efter kön jämfört med normalbefolkningen

Grupp	O	E	RR	95% CI	P
Hela populationen	204	132,8	1,54	1,32-1,76	<0,001
Män	156	92,6	1,68	1,41-1,95	<0,001
Kvinnor	48	40,2	1,19	0,84-1,54	0,097

O = observerat antal döda

E = förväntat («expected») antal döda

RR = relativ risk = O/E

95% CI = approximativt 95% konfidensintervall för RR.

P = p-värde för test av nollhypotes »ingen överdödlighet i studiepopulationen«

Tabell 2

Dödlighet bland fosterbarnen efter vissa dödsorsaker jämfört med normalbefolkningen

Grupp	O	E	RR	95% CI	P
Endast död av sjukdomar	63	53,8	1,17	0,87-1,47	0,094
Endast död av skador	141	79,5	1,77	1,47-2,07	<0,001
Mäns död av skador	113	60,2	1,88	1,52-2,24	<0,001
Kvinnors död av skador	28	19,3	1,45	0,90-2,00	0,024
Suicid inkl. ovisst	48	28,5	1,68	1,19-2,17	<0,001
Mäns suicid inkl. ovisst	36	20,5	1,75	1,16-2,24	<0,001
Kvinnors suicid inkl. ovisst	12	8,0	1,51	0,63-2,39	0,075

O = observerat antal döda

E = förväntat («expected») antal döda

RR = relativ risk = O/E

95% CI = approximativt 95% konfidensintervall för RR.

P = p-värde för test av nollhypotes »ingen överdödlighet i studiepopulationen«

Tabell 3

Dödlighet bland fosterbarnen relaterat till ålder vid placering jämfört med normalbefolkningen

Grupp	O	E	RR	95% CI	P
Intagn. ålder 0-6 år	102	75,6	1,35	1,08-1,62	0,001
Intagn. ålder > 6 år	102	57,2	1,78	1,42-2,14	<0,001
Män intagn. ålder 0-6 år	76	50,8	1,50	1,15-1,85	<0,001
Kvinnor intagn. ålder 0-6 år	26	24,9	1,05	0,63-1,47	0,409
Män intagn. ålder > 6 år	80	41,8	1,91	1,48-2,34	<0,001
Kvinnor intagn. ålder > 6 år	22	15,3	1,44	0,82-2,06	0,043

O = observerat antal döda

E = förväntat («expected») antal döda

RR = relativ risk = O/E

95% CI = approximativt 95% konfidensintervall för RR.

P = p-värde för test av nollhypotes »ingen överdödlighet i studiepopulationen«

Den största skillnaden finns i en överrepresentation av död genom missbruksrelaterade orsaker bland f.d. fosterpojkar. Men de numeriska talen är små vilket gör jämförelsen osäker.

I nästa tabell relateras dödligheten bland fosterbarnen till några grova grupper av dödsorsaker (riktad hypotes, s.k. »one-tail«-test). Uppdelningen av dödsorsaker följer av WHO:s och SCB standardiserade definitioner (SCB, 1990). »Ovisst« i tabellen avser »skada genom ovisst uppsåt«, dvs. ovisst självmord (ICD9 = E980-E989).

Överdödligheten i populationen är begränsad till skador medan det endast finns en tendens till mer frekvent död av sjukdomar. Båda könen död av skador är signifi-

kant avvikande från normalbefolkningen: en utökad dödsrisk med närmare 90 procent för männen och 45 procent för kvinnorna. Motsvarande skillnaden för död genom suicid är signifikant bara för män (för kvinnor är $p > 0,05$). Få kvinnor i undersökningsgruppen har dött genom suicid vilket gör osäkerheten stor i den statistiska analysen, som framgår av det vida konfidensintervallet. I mindre grad gäller samma för kvinnors död av skador.

Ur SCB:s data kan även utläsas ålder vid första placering i fosterhemsvård. Men eftersom undersökningsgruppen består av alla registrerade för fosterhemsvård just de år registret var i ett uppbyggnadsskede (1968-1973) är det osäkert om och när

åldersuppgiften avser första placering eller första registrering. Varaktigheten är dessutom obekant eftersom data om placeringens längd ej använts p.g.a. tveksamhet om tillförlitligheten. »Placering vid ett års ålder« kan vara allt från en tillfällig, månadslång fosterhemsvistelse till en som varat hela uppväxttiden. Tabell 3 (se sid 66), där dödligheten relateras till ålder vid placering, ska med andra ord betraktas med viss skepsis. Syftet med att redovisa den är i första hand att se vad dessa data kan säga oss. För att inte få alltför små undergrupper används en grov och enkel uppdelning: 0-6 år eller >6 år vid första placeringen (fortfarande riktad hypotesprövning, s.k. »one-tail«-test).

Det könsbundna mönstret märks även här. För männen finns en signifikant överdödlighet, oavsett om de kom till fosterhem för första gången i förskoleåldern eller senare. Den relativa dödsrisken är större för de som var äldre. Däremot är överdödligheten bland kvinnorna bara signifikant ($p < 0,05$) om de fosterhemsplacerades vid 7 års ålder eller senare. Men antalet döda kvinnor i undergruppen är så få att analysen blir rejält osäker.

Tendensen att dödstalen ökar med ålder vid placering antyds också i en enkel frekvenstabell. Inga slutsatser kan dras enbart utifrån denna eftersom födelseår är okontrollerat och 13-åringarna är så få:

Tabell 4

Frekvens döda bland fosterbarnen relaterad till ålder vid placering

	Ålder vid placering			
	0-3 år	4-6 år	7-12 år	13 år
Tot antal f-barn	4 477	4 099	5 083	232
Antal döda	44	58	95	7
% döda	1,0%	1,4%	1,9%	3,0%

Diskussion

Undersökningen behandlar mortalitet under barndom och unga år bland fosterbarn som placerats före tonåren. Resultaten visar en tydlig och signifikant överdödlighet jämfört med normalbefolkningen men könsbegränsad till f.d. fosterpojkar. När materialet bryts ner efter vissa dödsorsaker kvarstår den markerade könsskillnaden, även om det finns en signifikant överdödlighet av skador även bland fosterflickor, dock mer osäker. Samma gäller när dödligheten relate-

ras till ålder vid placering. Oavsett om männen kom i fosterhemsvård (alternativt registrerades) för första gången i förskoleåldern eller senare består överdödligheten medan den bara är signifikant för kvinnor om de placerades efter 6 års ålder. Även andra studier av mortalitet under uppväxtåren kopplad till social bakgrund har funnit könsspecifika mönster (Vägerö & Östberg, 1989).

Urvalet konstruerades med det primära målet att få en så stor studiepopulation som möjligt. Jag tog helt enkelt allt som fanns,

alla barn som sedan databasens uppbyggnad hade blivit noterade för fosterhemsvård och som hade hunnit fylla minst 18 år vid sista uppdateringen. Andra rimliga och egentligen nödvändiga önskemål om bättre precision, en mera robust definition av fosterbarn annan än »förekommande i SCB:s register«, en socialt skiktad jämförelsegrupp etc fick stå tillbaka för kravet på att få en stor studiepopulation. Detta är dock försvarbart, enligt min mening, med tanke på att ingen liknande studie har gjorts tidigare.

Är överdödligheten för fosterpojkar stor eller är det mindre avvikelser som framkommit? Det är svårt att finna rimligt jämförelsematerial. Andra forskningsresultat, främst Andreasson et als (1988) stora undersökning av mortaliteten hos 50 000 värnpliktiga, antyder samstämmigt att fosterpojkaras 50–90 procentiga förhöjda risk för tidig död inte gör dem till en extremgrupp. Nedan visas den relativa dödsrisken för några grupper i Andreassons et als studie, före multivariatanalys (relativ risk för jämförelsegruppen = 1,0).

Men jämförelser med andra undersökningar blir osäker. Andra undersökningar som funnit ökade dödsrisker för barn från socialgrupp 3 eller motsvarande har vanligen har använt de mest gynnade i dödsriskhänseende – barn från socialgrupp 1 (se exemplet i tabell 5) eller barn till tjänstemän – som jämförelsegrupp. Fosterbarnen har studerats både under barndomen och i unga vuxna år samt under olika lång tid medan de värnpliktiga i Andreasson et als studie har följts under de första 15 vuxna åren. Ålder vid sista uppföljningsår skiljer dessutom: 18–31 år för fosterbarnen, 33–34 år för de värnpliktiga. Man kan inte ta för givet att fosterbarnens mortalitet följer samma ålderskurva som andra grupper.

Speglar den konstaterade högre dödsrisken för fosterpojkar att de kommer från de svagaste socioekonomiska skikten eller är det något specifikt för just fosterbarn? Fosterbarn är dessutom inte bara med avseende på socioekonomisk bakgrund en selekterad grupp utan också efter extrema familjeförhållanden eller eget avvikande be-

Tabell 5

Exempel från Andreassons et als (1988) undersökning av mortalitet hos värnpliktiga män under 15 år efter mönstringen med avseende på bakgrundsfaktorer och relativ dödsrisk (före multivariatanalys)

<i>Bakgrundsvariabel</i>	<i>relativ dödsrisk</i>
socialgrupp 3 jämfört med socialgrupp 1	1,3
erfarenhet av cannabismissbruk jämfört med ingen erfarenhet	2,0
dålig anpassning i skolan jämfört med god	2,2
har någon gång rymt hemifrån jämfört med har aldrig gjort det	2,6
har fått medicinsk behandling för nervösa besvär jämfört med ingen sådan erfarenhet	3,0

teende under barndomen. Det är möjligt att den förhöjda dödsrisken i unga år är en följd av just denna selektion, trots att de flesta i studiepopulationen fosterhemsplacerades för första gången i förskoleåldern. En central frågeställning måste då vara i vilken mån fosterhemsvården har en kompenserande effekt, d.v.s. minskar risken för tidig död (som Salos hävdade, 1956a, -b) och vilka betingelser som påverkar detta, t.ex. ålder vid placering och vårdtid. Det finns flera exempel på att föreställningar om långvarig fosterhemsvårds kompenserande förmåga har kommit på skam genom forskning om »utfall«, bl.a. när fosterbarns skolprestationer jämförts med i hemmet uppvuxna barn från utsatta familjer (Fox & Arcuri, 1980; Dumaret, 1984; Runyan & Gould, 1985; Heath et al, 1989, 1994;

Aldgate et al 1993; Christoffersen, 1993; Vinnerljung, kommande m.fl.). Allt tillsammans belyser undersökningens största svaghet: det saknas en adekvat jämförelsegrupp. Men det är sannolikt problematiskt att konstruera en sådan.

Undersökningens endimensionella ansats och dess trubbiga instrument har dessvärre bara tecknat en grov bild. Fosterhemsvården har lång tradition i Sverige som den viktigaste dygnsvårdsformen för barn och berör/har berört en relativt stor grupp i befolkningen.¹ »Hårda« frågor om mortalitet, morbiditet etc är därför väl värda att ställas av forskningen. Nya studier efterlyses med bättre preciserade bakgrundsvariabler och framförallt med trovärdiga jämförelsegrupper med andra i barndomen utsatta populationer.

Acknowledgements:

Dataanalysen med livslängdstabeller genomfördes av fil. dr Martin Ribe vid SCB. Eventuella tolkningsbrister skall tillskrivas artikelförfattaren.

-
- 1 Enligt data i SCB:s »historiska barnavårdsregister« hade 2,2 procent i födelsekohorterna 1972–1974 varit i fosterhem någon gång under sin uppväxt, i hela den vuxna befolkningen är andelen sannolikt ännu större (Vinnerljung, insänt för publicering).

Referenser

- Aldgate J, Heath A, Colton M & Simm M (1993): »Social work and the education of children in foster care.« *Adoption & Fostering*, vol 17, no 3, 1993 s. 25–34..
- Anderson M (1976): *Hur går det för 50-talets Stockholms-pojkar?* Monografier utgivna av Stockholms kommunalförvaltning, nummer 38.
- Andreasson S, Allebeck P & Romelsjö A (1988): »Alcohol and mortality among young men: longitudinal study of Swedish conscripts.« *British Medical Journal*, vol 296, 9 April 1988, pp 1021-1025.
- Bledsoe C, Ewbank D & Isiugo-Abane U (1988): »The effect of child fostering on feeding practices and access to health services in rural Sierra Leone.« *Social Science Medicine*, vol 27, no 6, pp 627-636.
- Bonnier L & Kälvesten A-L (1990): *För sommaren – eller för hela livet*. Stockholm. Socialtjänsten, FoU-rapport 104.
- Charles G & Matheson J (1991): »Suicide prevention and intervention with young people in foster care in Canada.« *Child Welfare*, vol LXX, no 2, March-April 1991, pp 185-191.
- Chiang C L (1984): *The life table and its applications*. Malabar, Fla. Robert E Krieger Publishing Co.
- Christoffersen M G (1993): *Anbragte børns livsförlopp*. Köpenhamn. Socialforskningsinstitutet, rapport 93:11.
- Donzelot J (1979): *The policing of families*. New York. Pantheon Books.
- Dumaret A (1985). »IQ, scholastic performance and behaviour in sibs raised in contrasting environments.« *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, no 4, 1985 (translation from French by Stewart J), s. 553–580.
- Eriksson R & Öberg R (1984): *Välfärd i förändring*. Stockholm. Bokförlaget Prisma.
- Eyman R, Borthwick-Duffy S, Call T & White J (1988): »Prediction of mortality in community and institutional settings.« *Journal of Mental Deficiency Research*, vol 32 (3), pp 203-213.
- Fox M & Arcuri K (1980): »Cognitive and academic functioning in foster children.« *Child Welfare*, vol LIX, no 8, Sept-Oct 1980, s. 491–496.
- Hartz A J, Giefer E E & Hoffmann R G (1983): »A comparison of two methods for calculating expected mortality.« *Statistics in Medicine*, 2/ 1983, pp 381-386.
- Heath A, Colton M & Aldgate J (1989): »The educational progress of children in and out of care.« *British Journal of Social Work*, vol 19, no 6, December 1989, s. 447–460.
- Heath A, Colton M & Aldgate J (1994): »Failure to escape: a longitudinal study of foster children« educational attainment.« *British Journal of Social Work*, 24, 1994, s. 241–260..
- Hessle S (1988): *Familjer i sönderfall*. Göteborg. Norstedts.
- Johansson E (1981): »Recidivistic criminals and their families: morbidity, mortality and abuse of alcohol.« *Scandinavian Journal of Social Medicine*, supplementum 27.
- Jonsson B (1990): *En gång Skå-pojke...* Doktorsavhandling. Stockholms Universitet, Socialhögskolan. Rapport i Socialt Arbete nr 49 – 1990.
- Judge K & Benzeval M (1993): »Health inequalities: new concerns about the children of single mothers.« *British Journal of Medicine*, vol 306, 13 March, 1993, pp 677-680.
- Lagerberg D (1984): *Fosterbarn – forskning, teori och debatt*. Stockholm. SkeabFörlag.
- Leon D A, Vägerö D & Otterblad Olausson P (1992): »Social class differences in infant mortality in Sweden: comparison with England and Wales.« *British Journal of Medicine*, vol 305, 19 Sept, 1992, pp 687-691.
- Lundberg O (1993): »The impact of childhood living conditions on illness and mortality in adulthood.« *Social Science Medicine*, vol 36, no 8, pp 1047-1052.
- Lönnroth L (1992): »Barnens rätt – rätten till barnet.« I Ohrlander (red): *Barnhus*. Stockholm. Allmänna Barnhuset.
- Malmström U (1993): *Missbruk och samhällsätgärder i ett flergenerationsperspektiv*. Doktorsavhandling. Stockholms Universitet, Socialhögskolan.

- lan. Rapport i Socialt Arbete nr 63 – 1993.
- Nylander I (1979): »A 20-year prospective follow-up study of 2 164 cases at the child guidance clinics in Stockholm.« *Acta Paediatrica Scandinavica*, supplement 276, 1979.
- Nylander I, Hellström L H & Möllerström K (1966): »Mortality among boys reported to the Stockholm youth welfare committee.« *Acta Paedopsychiatrica*, 33 (1966), pp 315-321.
- Ohrlander K (1992): *I barnens och nationens intresse*. Doktorsavhandling. Högskolan för Lärarutbildning i Stockholm, institutionen för pedagogik. Studies of psychology and education nr 30.
- Persson B (1984): »Barnens rättsliga ställning under 1900-talet.« I Persson (red): *Att skilja barn från föräldrar*. Stockholm. Natur och Kultur.
- Persson B (1989): »Fosterbarn på 1800-talet: vart tredje spädbarn dog.« *Forskning och Framsteg* 1989:1.
- Romelsjö A, Kaplan G, Cohen R, Allebeck P & Andreasson S (1992): »Protective factors and social risk factors for hospitalization and mortality among young men.« *American Journal of Epidemiology*, vol 135, no 6, pp 649-658.
- Runyan D & Gould C (1985): »Foster care for child maltreatment. II. Impact on school performance.« *Pediatrics*, vol 76, no 5, March 1985, s. 841-847.
- Salo R (1956a). *Kunnallinnen lastenuejelutyö sosi-aalisen sopeutumisen kasvattajana*. Municipal child welfare work as promoter of social adjustment (English summary). Doktorsavhandling. Vaasa. Vaasan Kirjapaino.
- Salo R (1956b). »Municipal child welfare work as a promoter of social adjustment.« *International Child Welfare Review*, vol X, 1956, no 4, pp 347-360.
- SCB (1990): *Klassificering av dödsorsaker i svensk statistik*. Stockholm. SCB, Meddelanden i samordningsfrågor 1990:3.
- Siefert K, Schwartz I & Ortega R (1994): »Infant mortality in Michigan s child Welfare system.« *Social Work*, vol 39, no 5, September 1994, pp 574-579.
- Socialstyrelsen (1994): *Barn på institution. En uppföljning av barn i åldern 2-9 år som den 31 december 1992 sammanhängande vistats i hem för vård eller boende mer än tre år*. Stencilerat PM.
- SoS-rapport 1990:4. *Vård utom hemmet*. Stockholm. Socialstyrelsen.
- Underdånigt förslag till ordnande av fosterbarnsvården* (1987). Skrivelse till Kong Maj:t från utsedd kommitte. Stockholm.
- Vinnerljung B (1992). *235 syskon med olika uppväxtöden – en retrospektiv aktstudie*. Lunds Universitet, Meddelanden från Socialhögskolan 1992:5.
- Vinnerljung B (1993): »Vuxenlivet hos utsatta syskon med olika uppväxtöden – några preliminära resultat från en registerundersökning samt tentativa tolkningar.« Paper presenterat vid FORSAs *Rikssymposium, Stockholm, 16-17 September 1993*. Lunds Universitet, Socialhögskolan. Stencil.
- Vinnerljung B (insänt för publ): »Fosterbarnsvårdens omfattning – en epidemiologisk studie med några metodologiska reflektioner«
- Vinnerljung B (kommande): »Fosterbarn som vuxna« (avhandlingsarbete).
- Vuksanovic M (1979): *Kodbok för 1974 års levnadsnivåundersökning*. Stockholm, Institutet för Social Forskning. Rapport nr 6 från levnadsnivåprojektet.
- Vägerö D & Norell S (1989): »Mortality and social class in Sweden – exploring a new epidemiological tool.« *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 17, 1989, pp 49-58.
- Vägerö D & Östberg V (1989): »Mortality among children and young persons in Sweden in relation to childhood socioeconomic group.« *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1989, 43, pp 280-284.
- Öberg L (1992): »Bonderomantik och fosterhem på landet.« I Ohrlander (red): *Barnhus*. Stockholm. Allmänna Barnhuset.
- Östberg V & Vägerö D (1991): »Socio-economic differences in mortality among children. Do they persist into adulthood?« *Social Science Medicine*, vol 32, no 4, pp 403-410.

Summary

Mortality among foster-children placed before their teens

There is a dearth of research on mortality among foster-children, in on-going care as well as in their adult years. In this study, Personal Identification Numbers (a 10-digit unique number, assigned to everyone living in Sweden) for nearly 14,000 foster children, born 1960–1973, were checked against The National Cause of Death Registry (CDR) for the period 1969–1991. The study population consisted of everyone born before 1974 who had been noted as being in foster-care in the computerized national records on child welfare measures, kept by the Statistics, Sweden. This database became operational in 1969 and limited registration of foster-children to birth year 1960 and later. With this research design mortality among the foster children was studied both during childhood (before 18 years of age) and during young adult years.

Death rates were compared to survival data of the general population by using life tables in a prospective model, that is, expected and actual survival were compared. Age, sex and time of death risk exposure were controlled for in this model. The life table analysis was compiled by Martin Ribe, a Ph.D. and demography specialist employed by Statistics Sweden. In addition, data on certain causes of death and of age at first placement, dichotomized to 0–6 years and >6 years, was utilized. Information on length of care was discarded for reasons of suspected unreliability.

Results showed a highly significant ($p < 0.001$) excess mortality among the foster children compared to the general population, but restricted to men. Relative risk

of death (RR) was 1.54 (95 per cent CI=1.32-1.76). RR was still significantly higher ($p < 0.001$) for placement both before and after 7 years of age, but again only for men. Foster girls, placed when they were 0–6 years old had a death risk almost identical to the general population, when controlled for age, sex and time of risk exposure. For girls placed later there was an excess mortality but weaker in significance and more statistically uncertain, since CI was very wide due to few deaths. Analysis revealed no excess mortality due to death by disease but did find this among both sexes for violent deaths. Results were highly significant for men but less so for girls ($p < 0.05$) and more uncertain, due to the wide CI. A higher rate of death by suicide than in the general population was highly significant for men ($p < 0.001$) but non-significant for women.

The study lacks an adequate comparison group, e.g. a population with comparable adverse childhood conditions that did not result in coming into care. This is an obvious limitation since two basic questions remain unanswered: 1) to what extent do the results mirror excess mortality in a selected group at the lowest end of the social scale instead of in a group with specific foster-care experiences? 2) Has foster-care in any way mediated the higher death risk from birth into highly unprivileged birth families? Are there any factors that promote this compensation, e.g. length of care, age at placement? Calls for additional research with more precise background variables are made, and for studies where the problem of a credible comparison group is solved.