

Överleva barndomen: effekter av att tvångs- omhändertaga barn

Ronja Helénsdotter

Studier visar att 2–6 procent av alla barn någon gång kommer att placeras utanför hemmet. Dessa barn löper en ökad risk att dö i förtid, använda tunga droger, utföra suicidförsök och diagnostiseras med en rad fysiska och psykiska sjukdomar. Kunskapen om hur just placeringen utanför hemmet påverkar dessa risker hos omhändertagna barn är dock begränsad. Med hjälp av nya svenska data visar denna studie att beslutet att placera barn utanför hemmet med tvång orsakar en kraftigt ökad risk för att dö i förtid i de fall då det inte är självklart att barnet borde omhändertas. Barnen hade alltså haft större chanser att överleva barndomen om de inte blivit tvångsomhändertagna. Tvångsomhändertagning orsakar också kraftiga öknings i risken att begå brott mot andra personer och att bli inlagd på sjukhus för psykiska sjukdomar och självsador. Brister i omsorgen och skadlig exponering för andra barn är viktiga förklaringar till att tvångsomhändertagning minskar chanserna att barnen överlever barndomen.

Ronja Helénsdotter är forskare i nationalekonomi vid Massachusetts Institute of Technology (MIT) och Göteborgs universitet.

Denna rapport bygger på Helénsdotter (2024a). Jag är tacksam för de ovärderliga råd, den feedback och det stöd jag fått av mina handledare Randi Hjalmarsson och Andreea Mitrut. Jag tackar David Autor, Jason Baron, Mitchell Downey, Joseph Doyle, Andreas Dzemski, Amy Finkelstein, Marie-Pascale Grimon, Emily Leslie, Mikael Lindahl, Matthew Lindquist och seminariedeltagare vid Copenhagen Business School, Duke University, EALE, MIT, Stockholms universitet, Texas Economics of Crime Workshop, Ragnar Frisch Centre for Economic Research, The Stockholm Health Day och Göteborgs universitet för många hjälpsamma kommentarer och förslag. Jag är tacksam för finansiellt stöd från Vetenskapsrådet, Herbert & Karin Jacobssons Stiftelse, Kungl. och Hvitfeldtska stiftelsen och Stiftelsen Lars Hiertas Minne. Material och uppgifter från Sveriges förvaltningsrätter, Riksarkivet, Stockholms stadsarkiv, Domstolsverket, Statistiska centralbyrån, Socialstyrelsen, Statens institutionsstyrelse och Brottsförebyggande rådet har möjliggjort denna forskning. Forskningen har godkänts av Etikprövningsmyndigheten.

Göteborg, oktober 2024

Ronja Helénsdotter

»Barn som placeras utanför hemmet löper större risk att använda tunga droger, utföra suicidförsök och diagnostiseras med en rad olika fysiska och psykiska sjukdomar.«

Inledning

Suicid och narkotikamissbruk är bland de främsta orsakerna till dödsfall bland tonåringar i många västländer.¹ En särskilt utsatt grupp är barn som är placerade utanför hemmet. Studier i bland annat Australien, Danmark och Sverige dokumenterar att 2–6 procent av alla barn kommer att placeras utanför hemmet någon gång.² Dessa barn löper 3–5 gånger så stor risk att dö under tonåren och de tidiga vuxenåren som sina jämnåriga.³ Barn som placeras utanför hemmet löper också större risk att använda tunga droger, utföra suicidförsök och diagnostiseras med en rad olika fysiska och psykiska sjukdomar.⁴ Kunskapen om hur dessa risker påverkas av själva placeringen utanför hemmet är dock mycket begränsad.

Den här studien använder nya svenska data för att studera hur barns dödlighet påverkas av att de tvångsomhändertas med stöd av lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU, se faktarutan). För att förstå varför tvångsplaceringar påverkar dödlighet undersöks också effekterna på sjukhusinläggningar, besök hos specialistläkare, kriminalitet, utbildning och en rad utfall för barnens biologiska föräldrar.

VAD SÄGER LAG (1990:52) MED SÄRSKILDA BESTÄMMELSER OM VÅRD AV UNGA?

1 § Vid beslut enligt denna lag ska vad som är bäst för den unge vara avgörande.

2 § Vård skall beslutas om det på grund av fysisk eller psykisk misshandel, otillbörligt utnyttjande, brister i omsorgen eller något annat förhållande i hemmet finns en påtaglig risk för att den unges hälsa eller utveckling skadas.

3 § Vård skall också beslutas om den unge utsätter sin hälsa eller utveckling för en påtaglig risk att skadas genom missbruk av beroendeframkallande medel, brottslig verksamhet eller något annat socialt nedbrytande beteende.

1. Världshälsoorganisationen (2020).

2. Ubbesen m.fl. (2015), Rouland och Vaithianathan (2018), Yi m.fl. (2020), Berlin m.fl. (2021).

3. Socialstyrelsen (2013), Segal m.fl. (2021), Sariaslan m.fl. (2022), Sørensen m.fl. (2023).

4. Braciszewski och Stout (2012), Deutsch och Fortin (2015), Evans m.fl. (2017).

Det finns flera skäl till att tvångsplaceringar av barn kan påverka barnens dödlighet. Dessa skäl kan struktureras kring fyra teman: miljöstörningar, omsorgsförhållanden, andra placerade barn samt föräldrar.

MILJÖSTÖRNINGAR

Att störa barnets sociala och fysiska miljö genom tvångsomhändertagning kan vara djupt stressande och ha långvariga negativa effekter på barnets hälsa och utveckling.⁵ Tidigare forskning tyder nämligen på att denna grupp barn är mer känsliga för stress och negativa upplevelser.⁶

OMSORGSFÖRHÅLLANDEN

Vidare kan placering utanför hemmet förbättra eller försämra omsorgen om barnet. Att flytta ett barn från ett hem där det utsätts för misshandel eller försummelse kan vara positivt, eftersom misshandel och försummelse är förknippade med psykisk sjukdom, missbruk och suicid.⁷ Tyvärr finns ingen garanti för att uppväxtmiljön utanför hemmet är bättre. Svenska myndigheter har nämligen funnit omfattande och allvarliga brister i den omsorg som erbjuds utanför hemmet.⁸

»Tyvärr finns ingen garanti för att uppväxtmiljön utanför hemmet är bättre.«

ANDRA PLACERADE BARN

Jämnåriga som placeras i samma boende kan påverka barnet genom kamrat-effekter. Tidigare forskning från Sverige visar att om ungdomar med en historia av missbruk eller självskadebeteende exponeras för jämnåriga med liknande bakgrund ökar risken för att de kommer uppleva allvarliga negativa händelser (exempelvis död och sjukhusinläggning) relaterade till missbruk och självskadebeteende.⁹

Placerade barn kan även påverka varandra genom att behandla varandra illa. En internationell översikt dokumenterar att det är vanligt att placerade barn utsätter varandra för våldsbrott. Sverige är inget undantag: under de senaste två decennierna har det förekommit otaliga nyhetsinslag om mord, våldtäkter och överfall som begåtts i svenska familjehem, grupphem och institutioner.¹⁰ Utsatthet för våld kan direkt öka risken för död genom mord, och indirekt genom försämrad psykisk hälsa och ökad risk för självmord.¹¹

FÖRÄLDRAR

Tidigare studier hävdar att tvångsomhändertagningens påverkan på föräldrarna är en viktig förklaring till eventuella effekter på barnet. Å ena sidan kan tvångsomhändertagningen underlätta för föräldrarna att påbörja hälso- och missbruksbehandling och uppmuntra dem att förbättra hemmiljön. Å andra sidan kan traumat av att förlora ett barn leda till att föräldrar faller djupare ner

5. Goldsmith m.fl. (2004), Jolleyman och Spencer (2008), Astrup m.fl. (2017), Cohen och Mannarino (2019).

6. Oreopoulos m.fl. (2008), Adda m.fl. (2011), Van Heeringen och Mann (2014), Turecki och Brent (2016); Dobbie m.fl. (2018), Carballo m.fl. (2020).

7. Felitti m.fl. (1998), Dube m.fl. (2001).

8. Se Barnombudsmannen (2010, 2011, 2019) för översikter.

9. Helénsdotter (2024b).

10. Järkstig (2016), Mazzone m.fl. (2018), Hellman (2019).

11. Dustmann och Fasani (2016), Nikolaou (2017), Bharadwaj m.fl. (2021).

i missbruk, psykisk sjukdom och destruktiva beteenden.¹² Föräldrarnas hälsa och beteende kan sedan påverka barnen genom spridningseffekter och försämrade hemmiljö efter placeringstiden.

Tidigare litteratur

I årtionden har forskare intresserat sig för effekterna av att placera barn utanför hemmet. Tillgången till data har dock varit mycket begränsad.¹³ I takt med att tillgången till data ökat har nya studier publicerats med högre trovärdighet. Ett ständigt hinder har dock varit att urskilja effekten av tvångsplaceringar från barnens tidigare erfarenheter och bakgrundsfaktorer. Barn som omhändertas har i genomsnitt sämre förutsättningar än andra barn redan innan själva omhändertagandet sker. Dessa sämre förutsättningar skulle kunna förklara varför dödligheten är högre bland omhändertagna barn. Detta innebär att om vi direkt jämför omhändertagna barn med icke-omhändertagna riskerar vi att få missvisande resultat på grund av urvalsskevheter.

Typiskt har forskningen försökt begränsa problemet genom att säkerställa att grupperna är jämförbara vad gäller kön, ålder, socioekonomisk bakgrund, härkomst och andra observerbara faktorer.¹⁴ Men eftersom vi inte kan observera allt som påverkar barnens framtid kommer effektskattningarna troligen fortfarande vara missvisande. Exempelvis är det svårt att mäta graden och karaktären av missförhållanden i barnets tidigare hem.

Den utmanande uppgiften att skapa jämförbara grupper med hjälp av begränsad bakgrundsinformation skulle kunna undvikas om barn slumpmässigt omhändertas. Då skulle den omhändertagna och icke-omhändertagna gruppen inte skilja sig från varandra på något systematiskt sätt utöver statusen som omhändertagen (givet tillräckligt stor urvalsstorlek).

I denna studie bygger analysen just på att studera fall där barns omhändertagande kan ses som slumpmässigt, ett så kallat naturligt experiment. Specifikt bygger strategin på att olika domare är olika benägna att fatta ett visst beslut, samtidigt som slumpen avgör vilken domare som tilldelas ett visst mål.

Först ut att använda ett naturligt experiment för att skatta effekterna av familjehemsplaceringar var Joseph J. Doyle (2007). Studien genomfördes i Illinois, USA, och fokuserade på kriminalitet, tonårsgraviteter och sysselsättning. I Illinois var det nämligen slumpen som avgjorde vilken socialtjänsthandläggare som tilldelades ett barnskyddsärende. Samtidigt spelade det roll vilken handläggare som hanterade ärendet eftersom det fanns stora skillnader i olika handläggares benägenhet att rekommendera familjehemsplacering. Efter Doyles banbrytande studie har ett dussin ytterligare studier publicerats som på ett trovärdigt sätt lyckats isolera effekterna av att placera barn utanför hemmet. Resultaten av dessa studier är blandade, vilket skulle kunna bero på skillnader i institutionella förutsättningar.¹⁵

12. Kendler m.fl. (1993), Grimon (2020), Baron och Gross (2022).

13. Översikter av den tidiga litteraturen (1960–1990) erbjuds av exempelvis McDonald m.fl. (1996).

14. Se t.ex. Berger m.fl. (2009) och Lindquist och Santavirta (2014). För en översikt, se Gypen m.fl. (2017).

15. Se Bald, Doyle m.fl. (2022) och Helénsdotter (2024a) för översikter.

Studiens mervärde

Det finns få studier som har lyckats isolera effekten av placeringar utanför hemmet från barnets befintliga egenskaper och bakgrund. Hittills har de studierna fokuserat nästan uteslutande på utbildnings-, brotts- och arbetsmarknadsutfall. Genom att använda ett naturligt experiment för att studera effekterna på dödlighet (men även sjukhusinläggningar och specialistbesök) utökas vår kunskap om hälsoeffekterna av att placera barn utanför hemmet.

Samtliga studier som har tillgång till variation i placeringsbeslut som är trovärdigt fria från urvalsskevhet är genomförda i Nordamerika.¹⁶ Denna studie bidrar med de första resultaten baserade på sådan typ av variation utanför Nordamerika och undviker därmed att resultaten snedvrids av barnets befintliga egenskaper och bakgrund. Eftersom den institutionella miljön i Nordamerika skiljer sig avsevärt från den i Europa när det gäller exempelvis hälso- och sjukvård, skolgång och socialförsäkringssystem är det mycket viktigt att även i Europa få kunskap om effekterna av att omhänderta barn.

Studien bidrar också till forskningslitteraturen om förklaringsfaktorerna för psykisk ohälsa.¹⁷ Resultaten – som rör en mycket utsatt grupp – är även relevanta för forskningslitteraturen om ojämlikhet i dödlighet.¹⁸ Genom att studera nya utfall för föräldrar (dödlighet, vårdkonsumtion, civilstånd, arbetsinkomst) bidrar studien dessutom med insikter om förklaringsfaktorer och kunskap om familjeeffekter av att barn placeras utanför hemmet.¹⁹

Empiriska utmaningar och lösningar

DATA

För att skatta effekterna av att placera barn utanför deras hem krävs ett omfattande datamaterial där individer följs över tid. Därför samlade jag in och bearbetade drygt 21 000 svenska domar från 2001 till 2019 och extraherade relevant information, inklusive personnummer, för varje barn. Med hjälp av personnumren länkade Statistiska centralbyrån barnen och deras föräldrar till omfattande registerdata, inklusive dödsorsaks-, patient-, utbildnings- och brottsregister.

METOD

För att separera effekten av själva tvångsplaceringen från effekterna av barnets egenskaper och bakgrund använder jag samma typ av metod som användes i Doyle's (2007) studie. Specifikt utnyttjar jag faktumet att det är slumpen som avgör vilken domare som tilldelas ett LVU-mål, samtidigt som domare har olika benägenhet att döma till fördel för tvångsplacering. På så sätt skapas slumpmässighet i vilket beslut som fattas. Denna metod är en typ av instrumental variabelanalys som kallas för »domar-IV design« och har använts i flera

16. Se t.ex. Lindquist och Santavirta (2014), Drange m.fl. (2022) och Gram Cavalca m.fl. (2022) för rigorösa studier baserade på detaljrika och stora datamängder från Skandinavien.

17. Persson och Rossin-Slater (2018), Powell m.fl. (2018), Adhvaryu m.fl. (2019), Fruehwirth m.fl. (2019), Baranov m.fl. (2020), Alpert m.fl. (2022), Kiessling och Norris (2023).

18. Miller m.fl. (2021), Case och Deaton (2022).

19. Se Bald, Chyn m.fl. (2022), Baron och Gross (2022) och Grimon (2020).

framstående studier inom en rad olika områden.²⁰

I Sverige dömer vissa domare till fördel för omhändertagning i färre än 70 procent av fallen, medan andra domare alltid dömer till fördel för omhändertagning. Den här variationen mellan domare beror inte på att domare får olika mål utan på att domare varierar i hur benägna de är att fatta ett visst beslut (deras underliggande *placeringstendens*, se faktaruta).

PLACERINGSTENDENS

Ett mått på hur benägen domaren är att godkänna socialtjänstens ansökan om vård utanför hemmet.

Domare kan ha olika placeringstendens eftersom de har olika åsikter, bedömer bevisen olika eller gör olika prediktioner om framtiden.

Placeringstendens i mål m beräknas som andelen barn som domaren beslutar ska omhändertas i alla andra mål förutom mål m .

INSTRUMENTAL VARIABELANALYS

IV är en vanlig metod inom samhällsvetenskap för att studera orsakssamband.

Om det finns faktorer som snedvrider resultaten när vi studerar hur X påverkar Y kan vi, i vissa fall, i stället använda en annan variabel, Z , som påverkar X (och därigenom Y). Om Z är oberoende av alla andra faktorer som påverkar Y löser det problemet med urvalsskevhet. Z kallas för en instrumental variabel.

I denna studie används placeringstendensen som en instrumental variabel för domslutet eftersom placeringstendensen (till skillnad från domslutet) är oberoende av det enskilda barnets ursprungliga förutsättningar.

Förenklat innebär den empiriska strategin att vi byter ut varje måls riktiga domslut med den tilldelade domarens placeringstendens. Sedan jämförs dödligheten för barn som blev omhändertagna för att de fick en »sträng« domare med dödligheten för barn som inte blev omhändertagna för att de fick en »mild« domare. Under förutsättning att domstolsmål tilldelas slumpmässigt och att domarens placeringstendens påverkar domslutet (men inget annat som kan påverka barnet) kan vi urskilja effekten av själva omhändertagandet från effekterna av barnets egenskaper och bakgrund.²¹

Barn vars omhändertagningsstatus beror på vilken domare de fick kallas för marginalbarn. Det är dessa barn som främst studeras i denna rapport. Jag genomför också uppskattningar av den genomsnittliga effekten av att bli tvångsplacerad bland alla barn som är föremål för ett LVU-mål (oavsett om det är uppenbart att de borde bli omhändertagna eller inte). Osäkerheten är dock större i dessa skattningar och bör därför tolkas försiktigare. Denna

20. T.ex. Kling (2006), Aizer och Doyle (2015), Eren och Mocan (2019), Bhuller m.fl. (2020), Norris m.fl. (2021).

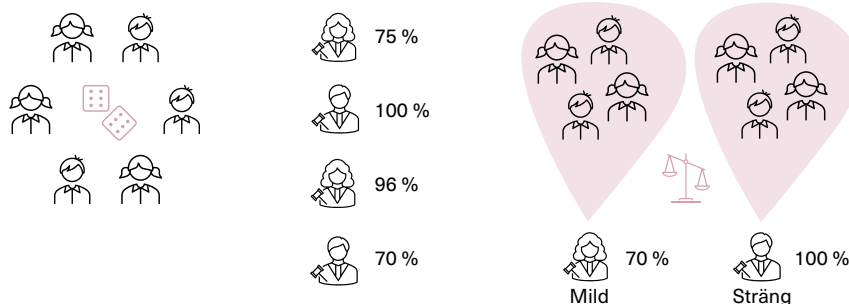
21. Se Helénsdotter (2024a) för detaljer om den empiriska strategin.

Figur 1. Översikt över den empiriska metoden.

Steg 1. Slumpen avgör vilken domare som tilldelas enskilda LVU-mål.

Steg 2. Beräkna domarens placeringstendens i alla andra LVU-mål.

Steg 3. Bland barn vars omhändertagningsstatus beror på vilken domare de tilldelas jämförs dödlighet bland dem som råkade få en sträng domare med dödligheten bland dem som råkade få en mild domare.



Fotnot: I det första steget slumpas LVU-målen till olika domare. Sedan beräknas andelen barn som domaren dömer ska tvångsomhändertas i alla andra LVU-mål. I de fall då det inte är självklart huruvida barnet borde omhändertas (där omhändertagningsstatusen beror på vilken domare som tilldelas) jämförs dödligheten bland dem som råkade få en sträng domare med dödligheten bland dem som råkade få en mild domare.

rapport kommer därför främst svara på frågan: Hur påverkas barn av att bli tvångsomhändertagna när det inte är uppenbart att de borde bli omhändertagna?

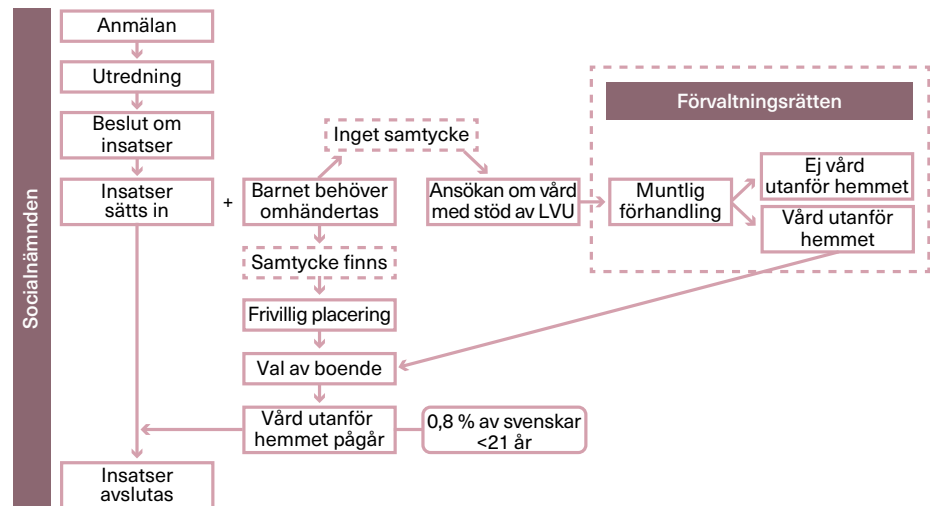
Omhändertagningsprocessen

Kommunernas socialnämnder ansvarar för insatser till barn. Detta ansvar är brett och omfattar till exempel förebyggande arbete, utredningar av missförhållanden, utvärdering av behovet av insatser och tillhandahållande av sådana insatser. Socialnämnden har dock inte befogenhet att omhänderta barn utan samtycke från vårdnadshavarna och barnet. När familjen och socialnämnden inte kommer överens lämnar socialnämnden in en ansökan om vård med stöd av LVU till en av Sveriges 12 förvaltningsrätter. Figur 2 visar processen för att omhänderta ett barn i Sverige.

Domstolens uppdrag beskrivs i lagtexten. I första hand ska barnets bästa vara avgörande. Om (i) ett eller flera förhållanden i hemmiljön innebär ett påtagligt hot mot barnets hälsa eller utveckling eller (ii) barnet genom missbruk, kriminalitet eller annat socialt nedbrytande beteende utsätter sin hälsa eller utveckling för påtaglig fara, ska domstolen besluta om vård utanför det egna hemmet. De förstnämnda fallen brukar kallas för miljöfall och de sistnämnda för beteendefall.

Psykisk sjukdom (exempelvis autism och posttraumatiskt stressyndrom) är vanligt förekommande bland omhändertagna barn. Dock har det juridiska mandatet att placera barn med psykiska sjukdomar utanför hemmet diskuterats och förtydligats under de senaste två decennier i flera rapporter, propositioner och domar. Ett barn ska inte omhändertas på grund av sin psykiska sjukdom, men barn med psykiska sjukdomar kan omhändertas om de har ett

Figur 2. Flödesschema för omhändertagning.



socialt destruktivt beteende, förutsatt att beteendet inte är ett symptom på barnets psykiska sjukdom. Vägledningen i övrigt är mycket begränsad och det betonas att beslutsfattarna från fall till fall måste avgöra vilken vårdform (utanför hemmet eller i hemmet) som är bäst.²²

»När en ansökan har kommit in ska målet skyndsamt fördelas till en domare enligt förutbestämda och objektiva kriterier och fördelningen får inte ske i syfte att påverka utgången i målet.«

När en ansökan har kommit in ska målet skyndsamt fördelas till en domare enligt förutbestämda och objektiva kriterier och fördelningen får inte ske i syfte att påverka utgången i målet. Målet registreras i det nationella målhanteringssystemet. Finns det flera avdelningar vid domstolen fördelas målet till en avdelning enligt ett roterande system. Målet fördelas sedan inom avdelningen till en domare enligt (återigen) ett roterande system. Detta sker oberoende av målets karaktär, men med ett undantag. Enligt riktlinjerna tilldelas domare under utbildning normalt inte vissa typer av mål. Domare under utbildning utgör dock endast 3 procent av analysurvalet och resultaten påverkas inte av att utesluta domare under utbildning.

Efter att ha mottagit ansökan om vård utser domstolen offentliga biträden åt barnet och föräldrarna. Vanligtvis hålls en muntlig förhandling inom två veckor. Datumet för förhandlingen bestäms av domstolshandläggaren baserat på tillgången till rättssalar samt biträdenas, domarens och notariens kalendrar. När datum för förhandlingen har fastställts tilldelas målet slumpmässigt tre nämndemän från den pool av nämndemän som finns tillgänglig. Domaren har inget inflytande över valet av nämndemän.

Domstolen bjuder in berörda parter till förhandlingen, som vanligtvis pågår i ungefär en timme och är den enda tidpunkt då domaren potentiellt har direktkontakt med familjen. Även under förhandlingen är kontakten mellan domaren och familjen mycket begränsad. Familjemedlemmar vistas i rättssalen endast under förhandlingen, och domaren och familjen går in i den genom separata dörrar.

22. Regeringens proposition 1989/90:28, Regeringens proposition 2002/03:53, SOU 1998:31, SOU 2000:77, Högsta förvaltningsdomstolen (2010).

Domaren och de tre nämndemännen överlägger omedelbart efter förhandlingen och beslut fattas genom röstning. Varje röst tillmäts lika stor vikt, men domaren har utslagsröst.²³ Domstolens enda uppgift är att besluta om barnet ska placeras i vård utanför hemmet. Den utsedda domaren och nämndemännen kan till exempel inte besluta om hur länge eller i vilken form vården ska ges, eftersom alla andra aspekter av vården beslutas av socialnämnden.

Om domstolen nekar socialnämndens ansökan om vård kan barnet inte flyttas från hemmet. Socialnämnden måste då fortsätta att erbjuda stödinsatser men familjen kan tacka nej till sådana insatser.

Placerings typer

Det vanligaste placeringsalternativet är familjehem, följt av hem för vård eller boende (HVB) och institution. Den förstnämnda placeringsformen innebär att barnet bor i en familjs privata hem. Familjehem måste utredas och bedömas som lämpliga av socialnämnden. Utredningen ska omfatta intervjuer, hembesök, referenser samt inhämtande av uppgifter från Försäkringskassan, Kronofogdemyndigheten och socialnämndens egna register. Socialnämnden måste också begära ett utdrag ur belastningsregistret. Brott syns dock inte i utdraget efter en viss tid. Om en person exempelvis döms till fängelse eller rättspsykiatrisk vård tas brottet bort från utdraget tio år efter frigivningen. Det finns ingen lag mot att rekrytera familjehemsföräldrar med skulder, brottshistorik och missbruksproblem.

Det blir allt vanligare att familjehem drivs som företag.²⁴ Att ta emot barn kan nämligen generera betydande inkomster. Enligt de nationella riktlinjerna för 2023 bör socialnämnden betala minst 16 050 kronor per barn och månad till familjehem. Beroende på barnets behov kan månadsersättningen uppgå till över 25 000 kronor. Med två barn uppgår ersättningen till minst 32 100 kronor.²⁵ Eftersom det inte finns någon formell gräns för antalet barn som ett familjehem får ta emot kan den totala ersättningen vara betydligt högre.

Trots den höga ersättningen råder det i Sverige brist på familjehem. En del av förklaringen kan vara bristen på rättigheter för familjehem och den stora osäkerhet som råder när ett familjehemsbarn tas emot. De biologiska föräldrarna har fortfarande vårdnaden om barnet under tiden som barnet är placerat och målet med alla placeringar är familjeåterförening. Även om ett barn har varit placerat i samma familjehem sedan födseln kan socialnämnden avsluta placeringen om de biologiska föräldrarna kan erbjuda en lämplig hemmiljö. Familjehemmet förväntas verka för återförening och följa den plan som socialnämnden fastställt, oavsett om familjehemmet anser att det är för barnets bästa. Om placeringen upphör har familjehemmet ingen umgängesrätt.

HVB OCH INSTITUTIONER

I HVB och på institutioner bor flera barn tillsammans under uppsikt av personal. HVB är ofta privatägda och varierar i storlek och inriktning. De potentiella intäkterna är höga. Under 2016 var det genomsnittliga priset som

23. Det är mycket ovanligt att ingen av de tre nämndemän går på domarens linje. De få fall där nämndemännen har majoritet påverkar inte resultaten.

24. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016).

25. Sveriges Kommuner och Regioner (2023).

privata HVB tog ut per barn och dag 3 600 kronor.²⁶

Institutioner är säkra anläggningar som förvaltas av Statens institutionsstyrelse (SiS) och är besläktade med ungdomsfängelser. Faktum är att ungdomar som begick allvarliga brott nästan uteslutande dömdes till att avtjäna tid på samma institutioner som omhändertagna barn i stället för att avtjäna tid i ett vuxenfängelse under studiens tidsperiod.

Personal på institutionerna har befogenhet att vidta tvångsåtgärder såsom kroppsvisitation, kommunikationsbegränsningar och vård i enskildhet. Dessa tvångsåtgärder används ofta. Exempelvis behandlas 1 av 5 barn i enskildhet minst en gång under sin första SiS-placering. I genomsnitt hålls barn isolerade från andra barn 33 av 270 dagar.²⁷

PLACERINGENS AVSLUT

Socialnämnden måste var sjätte månad överväga om vård enligt LVU fortfarande behövs. Den genomsnittliga placeringstiden efter domstolens beslut är drygt 2 år. Placeringen avslutas senast när barnet fyller 18 år i miljöfallen och 21 år i beteendefallen.

Av de tvångsplaceringar som avslutades 2019 ledde 26 procent till familjeåterförening medan 35 procent övergick i en ny placering utanför hemmet. I bara 7 procent av fallen tog familjehemsföräldrarna över vårdnaden av barnet. Adoption är ytterst sällsynt och tillåts endast om båda biologiska föräldrarna samtycker. I 18 procent av fallen avslutades tvångsplaceringen på något annat sätt, såsom övergång till fängelse, slutenvård inom psykiatri eller eget boende. I de resterande fallen är det oklart vad som hände med barnet efter att vården avslutades.

Sjuk- och hälsovård för placerade barn

Psykiska och fysiska sjukdomar är mycket vanliga bland barn placerade utanför hemmet. Behandling av sjukdomar, oavsett om barnen bor hemma eller inte, är den ordinarie hälso- och sjukvårdens ansvar. Men många barn som är placerade utanför hemmet får inte den hjälp de behöver, vilket en rad statliga utredningar har visat. En viktig orsak är bristande samarbete mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården.²⁸

Exempelvis kan störningar i barns behandlingar uppstå om barnet placeras utanför den ursprungliga vårdgivarens geografiska område eftersom barnet kan behöva ställas i kö till en ny vårdgivare. Då de biologiska föräldrarna fortfarande har vårdnaden måste de biologiska föräldrarna, socialnämnden och familjehemsföräldrarna (eller personal) samordna för att barnet ska få vård. Därtill är långa vårdköer vanliga. För att få en tid till barn- och ungdomspsykiatri måste 54 procent vänta mer än 30 dagar och 70 procent måste vänta mer än 60 dagar på behandling (per juni 2024).²⁹

När barn fyller 18 år måste de söka vård vid en vårdenhet för vuxna och börja betala en besöksavgift. Det kan vara en utmaning för en 18-åring att hantera övergången från barn- till vuxensjukvården. Samtidigt är det vanligt

»Många barn som är placerade utanför hemmet får inte den hjälp de behöver.«

26. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016).

27. Se Helénsdotter (2024b) för mer statistik om barn placerade på SiS.

28. Regeringens proposition 2002/03:53.

29. Sveriges Kommuner och Regioner (2024).

att barn i samhällets vård måste byta handläggare eller får sin placering avslutad när de fyller 18 år. Det stöd som finns tillgängligt för den unga vuxna förändras därför ofta drastiskt.

Vårdens kvalitet

Det regelverk som tillämpas i Sverige för att skydda barn gör att Sverige anses ha ett förhållandevis starkt system för skydd av barn.³⁰ Till exempel är socialtjänsten i Sverige skyldig att genomföra uppföljningar av placeringen och göra justeringar vid behov. En undersökning visar dock att 40 procent av socialnämnderna inte når upp till den nivå av uppföljning som krävs.³¹

»Svenska myndigheter har otaliga gånger konstaterat omfattande och systematiska brister i vården av omhändertagna barn.«

Svenska myndigheter har otaliga gånger konstaterat omfattande och systematiska brister i vården av omhändertagna barn, inklusive nekad eller begränsad tillgång till hälso- och sjukvård och tandvård, otillräcklig skolgång och olaglig användning av isolering, kommunikationsbegränsningar, fysisk begränsning, kollektiv bestraffning och naken kroppsvisitation. Brister i vården har direkt kopplats till dödsfall.³²

I en statlig utredning konstaterar utredarna att ett stort antal barn utsätts för allvarliga former av övergrepp och försummelse när de är placerade utanför det egna hemmet.³³ Bland de kända fallen är barn som utsatts för övergrepp och försummelse i familjehem överrepresenterade, vilket skulle kunna förklaras av bättre övervakning och utbildad personal i grupphem och på institutioner.

En annan möjlig förklaring är bristfälliga utredningar av familjehem. En undersökning visar att de flesta socialnämnder brister i sina utredningar av familjehem och ibland inte genomför utredningar alls innan barn placeras i hemmet. Dessutom kan brister i matchningen mellan barnets behov och familjehemmets resurser påvisas för fler än var fjärde socialnämnd.³⁴

Allvarliga brister har konstaterats även i andra placeringsformer. I en nyligen publicerad rapport konstateras att det finns brister i hälften av de 368 undersökta HVB-hemmen. Fysiskt våld med jämna årgångar förövare var ett problem i 11 procent av hemmen, medan fysiskt våld från personal förekom i 7 procent av hemmen.³⁵ I en svensk undersökning uppgav 25 procent av barnen som var placerade utanför hemmet att de hade utsatts för våld av personal eller familjehemsföräldrar, och 64 procent uppgav att de hade utsatts för våld av andra placerade barn eller någon annan.³⁶

I linje med dessa undersökningar visar studier som genomförts i flera västländer på stora brister i placerade barns hälsa (exempelvis låg vaccinations-täckning, obehandlad karies samt underdiagnostisering och suboptimal behandling av medicinska tillstånd). Resursbrist, avsaknad av formella riktlinjer för att följa upp vården, begränsad tillgång till barnets sjukdomshistoria

30. FRA (2015).

31. Inspektionen för vård och omsorg (2017).

32. Se Barnombudsmannen (2010, 2011, 2019) för översikter.

33. SOU 2011:9.

34. Inspektionen för vård och omsorg (2017).

35. Inspektionen för vård och omsorg (2024).

36. Riksförbundet Attention (2021).

och frekventa avbrott i vården är några av de identifierade hindren för att tillhandahålla hälso- och sjukvård.³⁷

Data

Den primära datakällan i studien är LVU-domar som samlats in från svenska domstolar, Riksarkivet och Stockholms stadsarkiv. Domarna har transkriberats och manuellt verifierats så att varje dokument är korrekt transkriberat. Datamängden innehåller samtliga domar mellan den 15 februari 2010 och den 31 december 2019. Från den 1 januari 2005 till den 14 februari 2010 omfattar datamängden alla domar vid nio domstolar och avdelning 6 vid Stockholms länsrätt. Före den 1 januari 2005 ingår endast domar som meddelats av avdelning 6 vid Stockholms länsrätt. Resultaten är robusta även vid exkludering av år med partiell täckning. Det fullständiga urvalet består av 26 579 barn-per-mål-observationer som sträcker sig från 2001 till 2019.³⁸

Med hjälp av barnens personnummer matchade Statistiska centralbyrån barnen till deras föräldrar. Statistiska centralbyrån tillhandahöll registerdata innehållande uppgifter om kön, födelsedatum, utländsk bakgrund, in- och utvandringsdatum, arbetsinkomst, utbildning och civilstånd för både barn och föräldrar.

Information om dödsfall kommer från Socialstyrelsens dödsorsaksregister. Uppgifter om alla inläggningar på svenska sjukhus (privata och offentliga) hämtades från det nationella slutenvårdsregistret, medan uppgifter om besök inom den öppna specialistvården kommer från öppenvårdsregistret. För att undersöka mekanismer används placeringsdata från registret över insatser till barn och unga. Därutöver lämnade Brottsförebyggande rådet information om lagföringar, och Statens institutionsstyrelse lämnade information om institutionsplaceringar.

Tvångsomhändertagning ökar risken för att dö i förtid

I de fall då det inte är självklart att barnet borde omhändertas leder beslutet att placera barnet utanför hemmet till att risken för att barnet dör innan det är barnet skulle fylla 20 år ökar med 6,8 procentenheter. Jämfört med barnens grundrisk (1,8 procent) motsvarar detta en ökning med flera hundra procent. Med andra ord hade fler av dessa barn överlevt barndomen om de *inte* tvångsplacerats med stöd av LVU.

Under perioden 2010–2019 var 23 723 barn föremål för ett LVU-mål i Sverige. Om urvalet begränsas till de barn med observerbara personnummer som skulle fylla 20 år senast 2023 var det 91 av 12 253 barn som dog innan året de skulle fylla 20.³⁹ Studiens resultat innebär att minst 28 av dessa 91 dödsfall orsakades av att barnen tvångsomhändertogs. Med andra ord innebär resultaten att minst 28 barn som tvångsomhändertogs under åren 2010–2019 hade överlevt barndomen ifall de fått vara kvar hemma, potentiellt med stödsatser

37. Kaltner och Rissel (2011), Deutsch och Fortin (2015), Fontanella m.fl. (2015), Randsalu och Laurell (2018).

38. Samtliga domar innan 2010 är inte inkluderade på grund av svårigheter att få tillgång till inskannade kopior från hälften av landets domstolar. Innan 2010 innehåller datamängden enbart de domslut som arkiverats vid Riksarkivet eller Stockholms stadsarkiv.

39. Se Helénsdotter (2024a) för detaljer om urvals begränsningar.

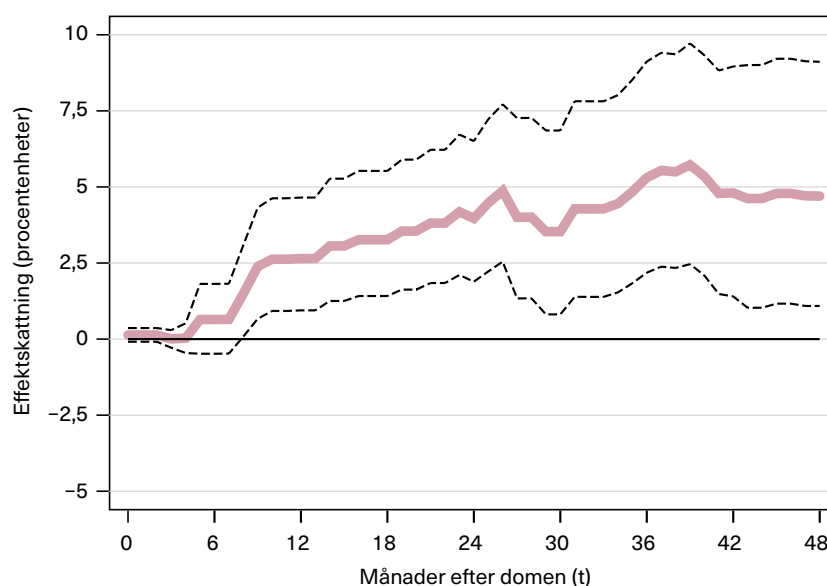
från socialtjänsten.⁴⁰ Eftersom dödligheten fram till barnets 20-årsdag än så länge bara kan observeras för drygt hälften av barnen kommer det totala antalet barn som dör innan året de fyller 20 troligen bli betydligt högre.

SKARP ÖKNING I SUICID EFTER BARA 9 MÅNADER

Ökningen i mortalitet beror främst på suicid som inträffar medan de omhändertagna barnen fortfarande är placerade utanför hemmet.

Figur 3 visar de skattade effekterna av tvångsomhändertagning på suicid upp till en viss månad efter domstolens dom för barn som är minst 10 år gamla.⁴¹ Tvångsomhändertagning orsakar en ökning i risken för suicid på 2,4 procentenheter redan inom 9 månader. Jämfört med grundrisken för suicid orsakar tvångsomhändertagning en ökning på flera hundra procent. Den skadliga effekten kvarstår till 4 år efter domstolens dom, vilket är så långt fram i tiden som barnen kan följas. Samtliga barn i analysurvalet som dog av suicid inom nio månader var fortfarande omhändertagna under den månad de dog.

Figur 3. Effekten av tvångsomhändertagning på suicid.



Fotnot: Den heldragna linjen visar den skattade effekten (i procentenheter) av att placera barn utanför hemmet på risken att dö i suicid inom det antal månader som visas längst ner i figuren. För att illustrera osäkerheten i skattningarna markerar de streckade linjerna konfidensintervallet (90 %). Urvalet är begränsat till barn som var minst 10 år vid domstolens beslut.

40. Se Helénsdotter (2024a) för detaljer om beräkningarna.

41. Nästan alla barn omhändertas strax innan domstolens beslut.

INGA SKILLNADER I EFFEKTER

Det finns inget stöd för att effekterna på dödlighet varierar beroende på barnets kön, utländsk bakgrund, huruvida syskon omfattas av samma domstolsmål, ålder eller placeringsgrund. Alltså är det inte en speciell grupp av barn (exempelvis äldre barn eller flickor) som påverkas negativt av att bli tvångsomhändertagna. I samtliga subgrupper tyder resultaten på att tvångsomhändertagning ökar risken att dö i förtid.

GENOMSnittLIG EFFEKT

Jag skattar även den genomsnittliga effekten av att bli tvångsomhändertagen i hela urvalet av barn som omfattas av ett LVU-mål. Dessa skattningar tyder på att tvångsomhändertagning i genomsnitt ökar risken att dö i förtid även i hela urvalet av barn (oavsett om det är uppenbart att de borde bli omhändertagna eller inte). De skadliga effekterna av tvångsplaceringar tycks därför inte vara begränsade till marginalbarnen. Dessa skattningar ska dock tolkas med mer försiktighet eftersom deras validitet bygger på fler antaganden.⁴²

Varför orsakar tvångsomhändertagning större risk att dö i förtid?

I detta avsnitt undersöks fyra grupper av förklaringsfaktorer (miljöstörningar, omsorgsförhållanden, kamrater och föräldrar). Avsnittet inleds med en kvalitativ undersökning av omständigheterna kring de omhändertagna barnens dödsfall.

SOCIALNÄMNDENS UTREDNINGAR

Landets socialnämnder för detaljerade register i ärenden som rör barn och unga. Om ett barn som får insatser från socialnämnden avlider och det finns risk för att en brist i insatserna har bidragit till dödsfallet, ska den misstänkta bristen utredas, dokumenteras och åtgärdas. Om utredningen visar att det föreligger en allvarlig brist ska Inspektionen för vård och omsorg underrättas. Inspektionen för vård och omsorg kan därefter inleda en utredning.

Efter godkännande av Etikprövningsmyndigheten kontaktade jag de socialnämnder som varit ansvariga för de barn i datamängden som omhändertagits och dött av en onaturlig orsak. Information, inklusive utredningar och ärendeanteckningar, erhöles om 54 av 61 dödsfall. Jag samlade också in beslut från Inspektionen för vård och omsorg.

Majoriteten av barnen (33 av 54) dog när de var placerade utanför hemmet. Ytterligare 2 barn dog inom 2 veckor efter att deras placering avslutades. Skadlig exponering för andra barn som bodde i samma hem bidrog till minst 20 procent av dödsfallen, inklusive mord, misshandel och kamratpåverkan i drogmissbruk.

Kvalitetsbrister bidrog till minst 57 procent av dödsfallen. Den vanligaste kvalitetsbristen som identifierats som bidragande orsak är otillräcklig psykiatrisk vård (25 av 54 dödsfall), inklusive underlåtenhet att tillgodose barnets behov av psykiatrisk vård, bristande samarbete med hälso- och sjukvården,

42. Se Helénsdotter (2024a) för mer information om hur dessa skattningar genomförs och underliggande antaganden.

felaktig medicinering samt långa och frekventa avbrott i behandlingen som uppstår när barnet flyttar eller fyller 18 år. Andra vanliga kvalitetsbrister som bidrog till dödsfallen är bristande tillsyn och underlåtenhet att tillgodose barnets känslomässiga behov.

STÖRNINGAR I BARNETS MILJÖ

Att flytta ett barn från sitt hem innebär i sig en störning av barnets sociala och fysiska miljö. Omfattningen av dessa störningar är sannolikt större om barnet måste flytta långt från sitt hem eller byta boende upprepade gånger. Jag finner dock inga belägg för att effekterna är koncentrerade till barn som har en hög risk att flyttas långt från sitt hem eller måste byta boende upprepade gånger. Med det sagt så går det inte att utesluta att störningar i barnets sociala och fysiska miljö är viktiga förklaringsfaktorer.

OMSORGSFÖRHÅLLANDEN

Skadliga effekter finns även för barn som placeras i familjehem

Nästan hälften av barnen placeras någon gång i HVB och SiS-hem under de första sex månaderna. Jag finner dock inget stöd för att effekterna på barns dödlighet skiljer sig beroende på var barnet placeras. Även bland barn som har en låg risk att placeras på HVB och SiS-hem ökar tvångsomhändertagning kraftigt risken att dö i förtid.

Socialnämndens kvalitet är viktig

För att skapa kvalitetsmått använder jag svaren på Socialstyrelsens kvalitetsenkät till socialnämnder (år 2018) angående den sociala barnavården. Socialnämnderna svarade på frågor om deras samarbete med viktiga samhällsaktörer, vilka behandlingar de erbjuder och hur familjehem rekryteras. Skillnaderna mellan socialnämnderna var stora. Till exempel var det bara 48 procent av socialnämnderna som informerade barnen om deras rättigheter och hur de kunde kontakta ansvariga, 51 procent hade en aktuell överenskommelse om samarbete med barn- och ungdomspsykiatri och 37 procent erbjöd psykosocial behandling.

Den skattade effekten av tvångsomhändertagning på risken att dö av suicid eller överdos är nära noll för socialnämnder av hög kvalitet. Den skadliga effekten är alltså begränsad till socialnämnder av låg kvalitet.

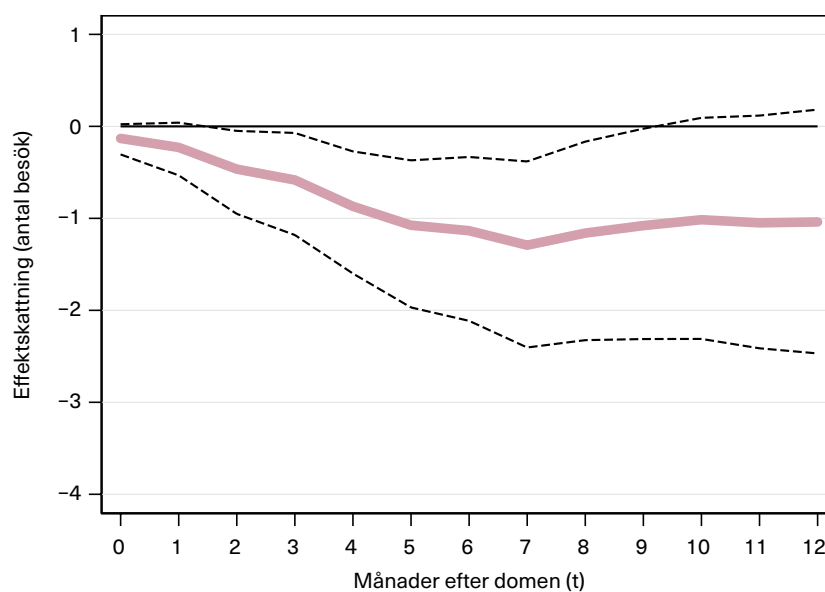
Vikten av god tillgång till sjuk- och hälsovård

Det kvalitativa materialet från socialnämnderna tyder på att bristande psykiatrisk behandling kan vara en viktig förklaring till de många dödsfallen. Därför undersöker jag hur tvångsomhändertagning påverkar barnets användning av sjuk- och hälsovård för psykiska sjukdomar och självskadebeteende.

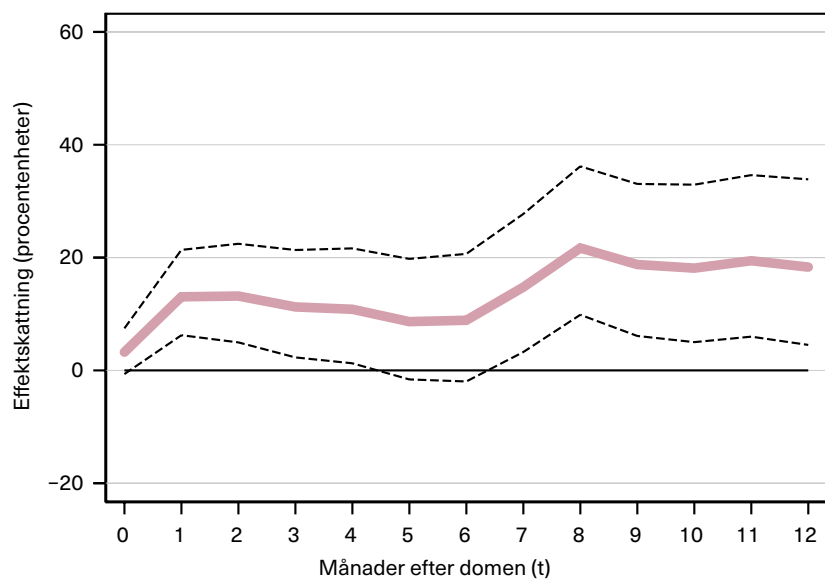
Det är speciellt intressant att studera vad som händer innan den skarpa ökningen i suicid vid månad nio. Figur 4A visar att tvångsomhändertagning leder till ett minskat antal planerade besök hos den öppna specialistvården för psykiska sjukdomar och självskadebeteende innan månad nio. Skattningen vid månad åtta innebär att tvångsomhändertagning minskar antalet planerade besök inom åtta månader från domstolens beslut med 1,2 besök, vilket gör att barnen i genomsnitt inte har några besök under de första åtta månaderna. Vid månad nio sker den stora ökningen i suicid, vilket gör att barnen som dör

Figur 4. Effekten av tvångsomhändertagning på vårdkonsumtion för psykiska sjukdomar och självskadebeteende.

A. Antal planerade besök till den öppna specialistvården



B. Sannolikheten att bli inlagd på sjukhus



Fotnot: Den heldragna linjen visar den skattade effekten av att placera barn utanför hemmet på vårdkonsumtion för psykisk ohälsa inom det antal månader som visas längst ner i figurerna. Månad 0 är månaden då domslutet meddelas. För att illustrera osäkerheten i skattningarna markerar de streckade linjerna konfidensintervallet (90 %). Urvalet är begränsat till barn som var minst 10 år vid domstolens beslut.

genom suicid faller bort från urvalet och inte längre finns med i skattningen av effekten på sjuk- och hälsovård från månad nio och framåt.

Minskningen av antalet planerade öppenvårdsbesök kan bero på förbättrad psykisk hälsa eller högre trösklar för behandling. Om omhändertagande av barn leder till förbättrad psykisk hälsa bör vi se en minskning av antalet sjukhusinläggningar relaterade till psykisk hälsa.

Tvångsomhändertagning orsakar en ökning av risken att bli inlagd på sjukhus redan under den första kalendermånaden efter domstolens dom. Den nästan omedelbara ökningen kan ses som ett stöd för den störningsmekanism som diskuterats tidigare.

Effekten på risken för sjukhusinläggning för psykiska sjukdomar och självskadebeteende minskar något fram till månad sex, vilket är då socialnämnden gör sin första omprövning av barnets ärende. Efter den första omprövningen växer effekten snabbt fram till månad åtta. Vid månad nio faller barnen som dör till följd av suicid bort från urvalet.

Punktskattningen vid månad åtta innebär att omhändertagande av barn ökar risken med hela 21,7 procentenheter för att marginalbarnet läggs in på sjukhus för psykisk sjukdom eller självskada inom åtta månader.

De motstridiga effekterna för planerad öppenvård och sjukhusinläggning tyder på att minskningen av öppenvårdsbesök drivs av högre trösklar för behandling snarare än förbättrad psykisk hälsa. Det är i sin tur troligt att minskningen av planerade öppenvårdsbesök bidrar till den ökade risken för sjukhusinläggning och död, i linje med de resultat som presenterats tidigare.

Jag undersöker också effekten av tvångsomhändertagning på andra former av sjuk- och hälsovård. Effekten på risken att läggas in på sjukhus oavsett anledning följer mönstret som visas i figur 4B. Det går inte att påvisa några effekter på risken att bli inlagd på sjukhus för fysiska sjukdomar eller missbruk.

Resultaten kan vara påverkade av under- eller överrapportering. Exempelvis kan familjehemsföräldrar vara mer benägna att söka vård än biologiska föräldrar vid samma grad av skada (eller tvärtom). Det är dock troligt att resultaten för sjukhusinläggning påverkas i mindre utsträckning av detta problem. Läkare lägger bara in patienter på sjukhus med allvarliga skador eller sjukdomar som inte kan vänta eller behandlas inom öppenvården. Om någon tar med ett barn till sjukhuset när det inte behövs skulle barnet alltså inte bli inlagt. Därmed skulle en sådan överanvändning inte påverka den beräknade effekten på sjukhusinläggningar.

Att god tillgång till sjuk- och hälsovård är en viktig förklaring till studiens resultat stöds också av att effekterna på suicid och överdoser är koncentrerade till socialnämnder som har en låg grad av samarbete med sjukvårds- och utbildningssystemet.

UTBILDNING

En av de många brister som rapporteras i statliga utredningar är otillräcklig skolgång. Domstolsbeslut om placering utanför hemmet kan påverka skolgången om barnet måste byta skola, inte får tillräcklig hjälp med läxorna eller mår för psykiskt dåligt för att kunna fokusera på skolan. Dåliga studieresultat har i sin tur kopplats till psykisk ohälsa och självskadebeteende.

Jag undersöker därför effekten av tvångsomhändertagning på sannolikheten att (i) bli behörig till gymnasiet och (ii) gå ut gymnasiet det år barnet fyller

19 år. De skattade effekterna är negativa men osäkerheten i skattningarna är hög. Det krävs därför ett större urval för att med tillräcklig säkerhet säga att tvångsomhändertagning minskar sannolikheten att bli gymnasiebehörig eller gå ut gymnasiet det år barnet fyller 19.

Sommarlovet skulle kunna vara viktigt. Ett av fyra dödsfall inträffar under juli och augusti, det vill säga under det svenska sommarlovet. Jag kan dock inte särskilja sommaruppehållets roll från den allmänna effekten av sommaren.

MÅNADERNA EFTER 18-ÅRSDAGEN ÄR EN RISKPERIOD

Den höga andelen dödsfall under själva placeringstiden talar emot att dåliga förhållanden efter placeringen eller stressen i samband med att vården upphör skulle vara de viktigaste orsakerna till studiens resultat. Å andra sidan kan barn avsluta sina liv innan vården upphör ifall de förväntar sig stress och dåliga förhållanden efter placeringen. För att utforska detta undersöker jag barnens ålder vid tidpunkten för dödsfallet.

Placeringen upphör när barnet fyller 18 år ifall barnet omhändertogs på grund av brister i hemmet. En ökning av antalet dödsfall strax före deras 18-årsdag skulle därför kunna bero på förväntan. Inget av barnen i analysurvalet som omhändertas på grund av brister i hemmet dog dock under den månad då de fyllde 18 år eller inom 6 månader innan.

Däremot dog 17 procent av de avlidna barnen inom 2 månader *efter* att de fyllt 18 år. Det är osannolikt att detta mönster beror på en förväntan om att behöva lämna vården, eftersom barnen som avled kort efter 18-årsdagen omhändertogs på grund av eget beteende och inte kan lämna vården innan de fyller 21 år (såvida inte socialnämnden beslutar att vården inte längre behövs).

Ökningen av antalet dödsfall under månaderna direkt efter 18-årsdagen kan bero på flera faktorer. En särskilt påtaglig händelse för barn som kämpar med psykisk eller fysisk sjukdom kan vara att behandlingen inom barn- och ungdomsvården automatiskt avslutas på 18-årsdagen. I undersökningen av det kvalitativa materialet från socialnämnderna upptäcktes flera fall där avbrottet i psykiatrisk behandling vid 18-årsdagen bidrog till personens död.

BARNEN PÅVERKAR VARANDRA NEGATIVT

Stora spridningseffekter i självskadebeteende och missbruk

Med hjälp av data över alla barn som placerats i SiS-hem under 2000–2020 visar jag att det finns stora skadliga spridningseffekter mellan barn. Om ett barn med en bakgrund av självskadebeteende placeras med andra barn som också har en bakgrund av självskadebeteende ökar det kraftigt risken för att barnet kommer bli inlagd på sjukhus eller dö till följd av självskador. Det samma gäller barn med en bakgrund av missbruk.⁴³

Tvångsomhändertagning ökar risken för att pojkar behöver uppsöka vård efter att ha blivit utsatta för övergrepp

Bland barn intagna på SiS finner jag bevis för att ökad exponering för andra barn med kriminell bakgrund vid samma SiS-boende höjer risken för att barn behöver bli inlagda på sjukhus för skador som uppkommit genom övergrepp.

43. Se Helénsdotter (2024b) för detaljer.

Ökad exponering för barn med kriminell bakgrund höjer också risken för att pojkar dör innan året de skulle fylla 20 år. I linje med dessa resultat finner jag att tvångsomhändertagningen i sig orsakar en kraftig ökning av pojkars användning av sjuk- och hälsovård för skador som uppkommit genom övergrepp. För flickor är dock osäkerheten i dessa skattningar för hög för att kunna dra slutsatser.

*Risken för att barn begår brott mot andra personer ökar
på grund av tvångsomhändertagning*

Tvångsomhändertagning med stöd av LVU ökar risk för att marginalbarnet begår brott enligt brottsbalken inom ett år från domstolens beslut med 52,9 procentenheter. Denna effekt drivs främst av en kraftig ökning i risken för att barnen begår brott mot andra personer (exempelvis misshandel och sexualbrott).

Resultaten kan vara påverkade av under- eller överrapportering. Risken att bli dömd kan vara högre när ett barn begår ett brott under pågående placering på grund av ökad övervakning. Å andra sidan uppmuntras åklagare att lägga ned mål mot barn som placeras på institutioner.⁴⁴

Oavsett är registrerad brottslighet ett viktigt utfall att studera, eftersom tidigare forskning har visat att förekomsten av ett brottsregister har en kraftigt negativ inverkan på individens framtid.⁴⁵

TVÅNGSOMHÄNDERTAGNINGENS EFFEKT PÅ BIOLOGISKA FÖRÄLDRAR

I skarp kontrast till resultaten för barn finner jag inget stöd för att omhändertagande av barn försämrar de biologiska föräldrarnas hälsa, mätt i dödlighet och sjukhusvistelser. Inte heller kan någon effekt på föräldrars brottslighet, civilstånd eller sannolikheten för att någon av föräldrarna har positiv arbetsinkomst under året efter att barnet har omhändertagits påvisas. Det går dock inte att utesluta att barnen påverkas av hur de tror eller upplever att deras föräldrar har påverkats till följd av tvångsomhändertagningen.

Slutsats

SAMMANFATTNING

Studien bidrar med ny kunskap om hur placering av barn utanför hemmet påverkar barnens hälsa och dödlighet. För att förstå effekterna på dödlighet undersöks även hur tvångsplaceringar påverkar vårdkonsumtion, utbildning, brottslighet och en rad föräldrautfall.

Resultaten visar att i de fall då det inte är självklart att barnen borde omhändertas orsakar beslutet om tvångsomhändertagning en kraftig ökning i risken för att barnen dör innan det år de skulle fylla 20. Chansen att barnen skulle överleva barndomen hade varit högre om de fått vara kvar i sina hem. Denna effekt drivs främst av suicid som inträffar medan de omhändertagna barnen fortfarande är placerade utanför hemmet. Det sker en kraftig ökning i risken för suicid redan inom nio månader från domstolens beslut. Kritiska tidpunkter är sommarmånaderna och månaderna strax efter att barnen fyllt 18 år.

44. Riksåklagaren (2006).

45. Agan och Starr (2018).

De empiriska beläggen tyder på att ogynnsamma omsorgsförhållanden och skadlig exponering för jämnåriga är viktiga förklaringar. Höga hinder för hälso- och sjukvård verkar vara särskilt viktiga, inklusive bristfällig psykiatrisk vård.

Beslut om att tvångsomhänderta barn som inte självklart borde bli omhändertagna orsakar följande:

- › minskat antal öppenvårdsbesök för psykiska sjukdomar och självskadebeteende men ökad risk för inläggning på sjukhus för psykiska sjukdomar och självskadebeteende före den branta ökningen av suicid (som sker nio månader efter placeringsbeslutet)
- › ökad risk för att barnen begår våldsbrott och andra brott som återfinns i brottsbalken inom ett år från domstolens beslut
- › ökad risk för att pojkar måste läggas in på sjukhus för skador som uppstått genom övergrepp inom ett år från domstolens beslut, för flickor kan ingen motsvarande effekt påvisas med tillräcklig säkerhet.

POLICYIMPLIKATIONER

Resultaten i denna rapport innebär *inte* att samhället ska sluta ingripa när barn lever i bristfälliga hem eller har ett destruktivt beteende. Snarare bör resultaten uppmuntra till kvalitetsförbättringar (exempelvis ökad tillsyn och stärkt samarbete med hälso- och sjukvården) och insatser för att mildra skadliga effekter från jämnåriga.

Resultaten bör också uppmuntra beslutsfattare att inte bara utvärdera om det finns rättsliga skäl att omhänderta barnet, utan också om en placering utanför hemmet är det bästa för barnet. I vissa fall kan omfattande insatser i hemmiljön ge bättre resultat, även om de rättsliga grunderna för ett omhändertagande är uppfyllda. Det kan vara särskilt fördelaktigt att omhänderta färre barn som lider av psykisk ohälsa, men det behövs mer forskning i ämnet.

Denna rapport ger *inte* stöd för att fler tvångsomhändertagningar skulle minska ungdomskriminaliteten. Tvärtom tyder resultaten på att utökad användning av tvångsomhändertagning kommer leda till en ökning av våldsbrott och andra brott mot personer utförda av ungdomar.

BEGRÄNSNINGAR

En begränsning är att jag endast studerar domstolsbeslutade placeringar, vilka utgör 30 procent av de svenska placeringarna utanför hemmet. Effekterna av frivilliga placeringar är potentiellt annorlunda eftersom barnen och placeringarna skiljer sig åt. Till exempel är barn som placeras frivilligt ofta ensamkommande barn. Dessutom tenderar de att vara äldre och sällan bli placerade på institution. Det är också tre gånger så sannolikt att de placeras hos en släkting.

På grund av den empiriska metod som används är ytterligare en begränsning att studien främst fokuserat på barn som kunde ha fått en annan dom om en annan domare hade tilldelats målet. Skattningar av den genomsnittliga effekten bland alla barn som har varit föremål för ett LVU-mål (oavsett om det är uppenbart att barnet borde bli omhändertaget eller inte) tyder dock på att tvångsomhändertagning ökar risken för att barnen dör. De senare skattningarna ska dock tolkas med försiktighet på grund av ökad osäkerhet.

Referenser

- Adda, J., Björklund, A. & Holmlund, H. (2011). The role of mothers and fathers in providing skills: Evidence from parental deaths. *IZA Discussion Paper No. 5425*.
- Adhvaryu, A., Fenske, J. & Nyshadham, A. (2019). Early life circumstance and adult mental health. *Journal of Political Economy*, 127(4), 1516–1549.
- Agan, A. & Starr, S. (2018). Ban the box, criminal records, and racial discrimination: A field experiment. *Quarterly Journal of Economics*, 133(1), 191–235.
- Aizer, A. & Doyle, J. J. (2015). Juvenile incarceration, human capital, and future crime: Evidence from randomly assigned judges. *Quarterly Journal of Economics*, 130(2), 759–803.
- Alpert, A., Evans, W. N., Lieber, E. M. J. & Powell, D. (2022). Origins of the opioid crisis and its enduring impacts. *Quarterly Journal of Economics*, 137(2), 1139–1179.
- Astrup, A., Pedersen, C. B., Mok, P. L. H., Carr, M. J. & Webb, R. T. (2017). Self-harm risk between adolescence and midlife in people who experienced separation from one or both parents during childhood. *Journal of Affective Disorders*, 208, 582–589.
- Bald, A., Chyn, E., Hastings, J. & Machelett, M. (2022). The causal impact of removing children from abusive and neglectful homes. *Journal of Political Economy*, 130(7), 1919–1962.
- Bald, A., Doyle, J., Joseph J. Gross, M. & Jacob, B. (2022). Economics of foster care. *NBER Working Paper Series*, No. 29906.
- Baranov, V., Bhalotra, S., Biroli, P. & Maselko, J. (2020). Maternal depression, women's empowerment, and parental investment: Evidence from a randomized controlled trial. *American Economic Review*, 110(3), 824–859.
- Barnombudsmannen (2010). *I'm sorry – röster från särskilda ungdomshem*.
- Barnombudsmannen (2011). *Bakom fasaden – barn och ungdomar i den sociala barnvården berättar*.
- Barnombudsmannen (2019). *Vem bryr sig – när samhället blir förälder*.
- Baron, E. J. & Gross, M. (2022). Is there a foster care-to-prison pipeline? Evidence from quasi-randomly assigned investigators. *Working Paper*.
- Berger, L. M., Bruch, S. K., Johnson, E. I., James, S. & Rubin, D. (2009). Estimating the »impact« of out-of-home placement on child well-being: Approaching the problem of selection bias. *Child Development*, 80(6), 1856–1876.
- Berlin, M., Kääriälä, A., Lausten, M., Andersson, G. & Brännström, L. (2021). Long-term NEET among young adults with experience of out-of-home care: A comparative study of three Nordic countries. *International Journal of Social Welfare*, 30(3), 266–279.
- Bharadwaj, P., Bhuller, M., Loken, K. V. & Wentzel, M. (2021). Surviving a mass shooting. *Journal of Public Economics*, 201, 104469.
- Bhuller, M., Dahl, G. B., Loken, K. V. & Mogstad, M. (2020). Incarceration, recidivism, and employment. *Journal of Political Economy*, 128(4), 1269–1324.

- Braciszewski, J. M. & Stout, R. L. (2012). Substance use among current and former foster youth: A systematic review. *Children and Youth Services Review*, 34(12), 2337–2344.
- Carballo, J. J., Llorente, C., Kehrmann, L., Flamarique, I., Zuddas, A., Purper-Ouakil, D., Hoekstra, P. J., Coghill, D., Schulze, U. M. E., Dittmann, R. W., Buitelaar, J. K., Castro-Fornieles, J., Lievesley, K., Santosh, P. & Arango, C. (2020). Psychosocial risk factors for suicidality in children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29(6), 759–776.
- Case, A. & Deaton, A. (2022). The great divide: Education, despair, and death. *Annual Review of Economics*, 14(1), 1–21.
- Cohen, J. A. & Mannarino, A. P. (2019). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for childhood traumatic separation. *Child Abuse & Neglect*, 92, 179–195.
- Deutsch, S. A. & Fortin, K. (2015). Physical health problems and barriers to optimal health care among children in foster care. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 45(10), 286–291.
- Dobbie, W., Grönqvist, H., Niknami, S., Palme, M. & Priks, M. (2018). The intergenerational effects of parental incarceration. *NBER Working Paper Series*, No. 24186.
- Doyle, J. J. (2007). Child protection and child outcomes: Measuring the effects of foster care. *American Economic Review*, 97(5), 1583–1610.
- Drange, N., Hernas, O., Raaum, O. & Markussen, S. (2022). The effect of foster care placement on development throughout childhood and beyond – evidence from Norway. *Working Paper*.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Williamson, D. F. & Giles, W. H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span. *JAMA*, 286(24), 3089.
- Dustmann, C. & Fasani, F. (2016). The effect of local area crime on mental health. *The Economic Journal*, 126(593), 978–1017.
- Eren, O. & Mocan, N. (2019). Juvenile punishment, high school graduation and adult crime: Evidence from idiosyncratic judge harshness. *The Review of Economics and Statistics*, 1–46.
- Evans, R., White, J., Turley, R., Slater, T., Morgan, H., Strange, H. & Scourfield, J. (2017). Comparison of suicidal ideation, suicide attempt and suicide in children and young people in care and non-care populations: Systematic review and meta-analysis of prevalence. *Children and Youth Services Review*, 82, 122–129.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P. & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258.
- Fontanella, C. A., Gupta, L., Hiance-Steelesmith, D. L. & Valentine, S. (2015). Continuity of care for youth in foster care with serious emotional disturbances. *Children and Youth Services Review*, 50, 38–43.
- FRA (2015). *Mapping child protection systems in the EU*.

- Fruehwirth, J. C., Iyer, S. & Zhang, A. (2019). Religion and depression in adolescence. *Journal of Political Economy*, 127(3), 1178–1209.
- Goldsmith, D. F., Oppenheim, D. & Wanlass, J. (2004). Separation and reunification: Using attachment theory and research to inform decisions affecting the placements of children in foster care. *Juvenile and Family Court Journal*, 55(2), 1–13.
- Gram Cavalca, P., Ejrnæs, M. & Gørtz, M. (2022). Before and after out-of-home placement: Child health, education and crime. *CEBI Working Paper Series*, 22/22.
- Grimon, M.-P. (2020). Effects of the child protection system on parents. *Working Paper*.
- Gypen, L., Vanderfaellie, J., De Maeyer, S., Belenger, L. & Van Holen, F. (2017). Outcomes of children who grew up in foster care: Systematic review. *Children and Youth Services Review*, 76, 74–83.
- Helénsdotter, R. (2024a). Surviving Childhood: Effects of Removing a Child From Home. *Working Paper*.
- Helénsdotter, R. (2024b). Treated together: Spillovers among youths admitted to residential treatment. *Working Paper*.
- Hellman, S. (2019). *Utredning av HVB-mord avslutad*.
- Högsta förvaltningsdomstolen (2010). Ref. 24, målnummer 146-09 [Dokumentnummer 86559].
- Inspektionen för vård och omsorg (2017). *Barns rätt till familjehemsvård av god kvalitet* [IVO 2017-15].
- Inspektionen för vård och omsorg (2024). *Våld, hot, övergrepp eller droger på vart fjärde granskat HVB*.
- Jelleyman, T. & Spencer, N. (2008). Residential mobility in childhood and health outcomes: A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(7), 584.
- Järkstig, L. (2016). *Pojke våldtogs på familjehem*.
- Kaltner, M. & Rissel, K. (2011). Health of Australian children in out-of-home care: Needs and carer recognition. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 47(3), 122–126.
- Kendler, K. S., Kessler, R. C., Neale, M. C., Heath, A. C. & Eaves, L. J. (1993). The prediction of major depression in women: Toward an integrated etiologic model. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1139–1139.
- Kiessling, L. & Norris, J. (2023). The long-run effects of peers on mental health. *The Economic Journal*, 133(649), 281–322.
- Kling, J. R. (2006). Incarceration length, employment, and earnings. *American Economic Review*, 96(3), 863–876.
- Lindquist, M. J. & Santavirta, T. (2014). Does placing children in foster care increase their adult criminality? *Labour Economics*, 31, 72–83.
- Mazzone, A., Nocentini, A. & Menesini, E. (2018). Bullying and peer violence among children and adolescents in residential care settings: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 38, 101–112.
- McDonald, T. P., Allen, R. I., Westerfelt, A. & Piliavin, I. (1996). Assessing the long-term effects of foster care: A research synthesis. *Child Welfare League of America*.

- Miller, S., Johnson, N. & Wherry, L. R. (2021). Medicaid and mortality: New evidence from linked survey and administrative data. *Quarterly Journal of Economics*, 136(3), 1783–1829.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016). *Hittar vi hem? En kartläggning och analys av den sociala dygnsvården för barn och unga* [Nummer 2016:5].
- Nikolaou, D. (2017). Does cyberbullying impact youth suicidal behaviors? *Journal of Health Economics*, 56, 30–46.
- Norris, S., Pecenco, M. & Weaver, J. (2021). The effects of parental and sibling incarceration: Evidence from Ohio. *American Economic Review*, 111(9), 2926–2963.
- Oreopoulos, P., Page, M. & Huff Stevens, A. (2008). The intergenerational effects of worker displacement. *Journal of Labor Economics*, 26(3), 455–483.
- Persson, P. & Rossin-Slater, M. (2018). Family ruptures, stress, and the mental health of the next generation. *American Economic Review*, 108(4-5), 1214–1252.
- Powell, D., Pacula, R. L. & Jacobson, M. (2018). Do medical marijuana laws reduce addictions and deaths related to pain killers? *Journal of Health Economics*, 58, 29–42.
- Randsalu, L. S. & Laurell, L. (2018). Children in out-of-home care are at high risk of somatic, dental and mental ill health. *Acta Paediatrica*, 107(2), 301–306.
- Regeringens proposition 1989/90:28. *Om vård i vissa fall av barn och ungdomar*.
- Regeringens proposition 2002/03:53. *Stärkt skydd för barn i utsatta situationer m.m.* Socialdepartementet.
- Riksförbundet Attention (2021). »Var ska jag hamna?» Röster från placerade barn och unga med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.
- Riksåklagaren (2006). *Riksåklagarens riktlinjer för handläggning av ungdomsären* [RÅR 2006:3].
- Rouland, B. & Vaithianathan, R. (2018). Cumulative prevalence of maltreatment among New Zealand children, 1998–2015. *American Journal of Public Health*, 108(4), 511–513.
- Sariaslan, A., Kääriälä, A., Pitkänen, J., Remes, H., Aaltonen, M., Hiilamo, H., Martikainen, P. & Fazel, S. (2022). Long-term health and social outcomes in children and adolescents placed in out-of-home care. *JAMA Pediatrics*, 176(1).
- Segal, L., Armfield, J. M., Gnanamanickam, E. S., Preen, D. B., Brown, D. S., Doidge, J. & Nguyen, H. (2021). Child maltreatment and mortality in young adults. *Pediatrics*, 147(1).
- Socialstyrelsen (2013). *Vård och omsorg om placerade barn: Öppna jämförelser och utvärdering* [No. 2013-3-7].
- SOU 1998:31. *Det gäller livet: Stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem*.
- SOU 2000:77. *Omhändertagen - samhällets ansvar för utsatta barn och unga*.
- SOU 2011:9. *Barnen som samhället svek: Åtgärder med anledning av övergrepp och allvarliga försummelser i samhällsvården*.

- Sveriges Kommuner och Regioner (2023). *Ersättningar och villkor vid familjehemsvård av barn, unga och vuxna, vårdnadsöverflyttningar med mera för år 2023* [22:41].
- Sveriges Kommuner och Regioner (2024). *Väntetider i vården: Barn- och ungdomspsykiatri (BUP)*.
- Sørensen, T. T., Rod, N. H., Nguyen, T.-L. & Bengtsson, J. (2023). Out-of-home care placement and mortality rate in early adulthood: Identifying vulnerable subgroups in a nationwide cohort study. *European Journal of Epidemiology*, 38(2), 189–197.
- Turecki, G. & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 387(10024), 1227–1239.
- Ubbesen, M.-B., Gilbert, R. & Thoburn, J. (2015). Cumulative incidence of entry into out-of-home care: Changes over time in Denmark and England. *Child Abuse & Neglect*, 42, 63–71.
- Van Heeringen, K. & Mann, J. J. (2014). The neurobiology of suicide. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 63–72.
- Världshälsoorganisationen (2020). *Global health estimates 2020: Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2019*.
- Yi, Y., Edwards, F. R. & Wildeman, C. (2020). Cumulative prevalence of confirmed maltreatment and foster care placement for US children by race/ethnicity, 2011–2016. *American Journal of Public Health*, 110(5), 704–709.

SNS Förlag
Box 5629, 114 86 Stockholm
Telefon: 08-507 025 00
info@sns.se www.sns.se

SNS – Studieförbundet Näringsliv och Samhälle – är en oberoende ideell förening som genom forskning, möten och utbildning bidrar till att ledande beslutsfattare i näringsliv, politik och offentlig förvaltning kan fatta välgrundade beslut baserade på vetenskap och saklig analys. 280 ledande företag, myndigheter och organisationer är medlemmar i SNS.