

ANBRAGTE BØRNS SUNDHED OG SKOLEGANG

UDVIKLINGEN EFTER ANBRINGELSESEKREFORMEN



08:21

MAI HEIDE OTTOSEN
PERNILLE SKOVBO CHRISTENSEN

08:21

ANBRAGTE BØRNS SUNDHED OG SKOLEGANG

UDVIKLINGEN EFTER ANBRINGELSESREFORMEN

MAI HEIDE OTTOSEN

PERNILLE SKOVBO CHRISTENSEN

KØBENHAVN 2008

SFI – DET NATIONALE FORSKNINGSCENTER FOR VELFÆRD

ANBRAGTE BØRNS SUNDHED OG SKOLEGANG.
UDVIKLINGEN EFTER ANBRINGELSESEKREFORMEN
Afdelingsleder: Anne-Dorthe Hestbæk
Afdelingen for børn og familie

Undersøgelsens følgegruppe:
Ane Kristine Christensen, Kommunernes Landsforening
Marianne Folden, FABU
Charlotte Veilskov Friis, Familiecenter Ishøj
Maia Gøtzsche, Rådgivningscentret
Geert Jørgensen, LOS
Rasmus Lindblom Larsen, Velfærdsministeriet
Niels Egelund Nielsen, Dansk Socialrådgiverforening

ISSN: 1396-1810
ISBN: 978-87-7487-907-7
Layout: Hedda Bank
Oplag: 800
Tryk: Schultz Grafisk A/S

© 2008 SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd
Herluf Trolles Gade 11
1052 København K
Tlf. 3348 0800
sfi@sfi.dk
www.sfi.dk

SFI's publikationer kan frit citeres med tydelig angivelse af kilden. Skrifter, der omtaler, anmelder, henviser til eller gengiver SFI's publikationer, bedes sendt til centret.

INDHOLD

	FORORD	7
	RESUMÉ	9
	Undersøgelsens formål	9
	Anbragte børn har hyppigere diagnoser	9
	Anbragte børn halter bagud i skolen	10
	Variationer blandt anbragte børn	11
	Anbringelsesstederne og sagsbehandlerne vurderer ikke altid børnenes problemer ens	12
	Handleplaner er endnu ikke implementeret i fuld udstrækning	13
	Spor af anbringelsesreformen?	14
	Datagrundlag	15
1	INTRODUKTION	17
	Baggrund for rapporten: anbringelsesreformen	17
	Formål med undersøgelsen	18
	Rapportens opbygning	19

2	DATAGRUNDLAG OG METODE	21
	Rapportens primære datagrundlag: Forløbsundersøgelsen af anbragte børn	21
	Præsentation af de øvrige datakilder	24
	Bortfaldsanalyse	26
3	ANBRAGTE OG IKKE-ANBRAGTE BØRNS SUNDHED, TRIVSEL OG SKOLEGANG	29
	Indledning	29
	Anbragte børns fysiske sundhed og helbred	30
	Skolegang	43
	Sammenfatning	49
4	ANBRAGTE BØRN MED FORSKELLIGE PROBLEMTYPER	51
	Problemstilling	51
	Modeludvikling – kategorisering af anbragte børn med forskellige forudsætninger	52
	Sundhedsforhold blandt grupperne af anbragte børn	61
	Skoleforhold blandt forskellige grupper af anbragte børn	66
	Sammenfatning	70
5	INDSATSER I FORHOLD TIL ANBRAGTE BØRNS SUNDHED OG SKOLEGANG	73
	Indledning	73
	Behovet for indsatser hos børn med sundhedsmæssige problemer	74
	Handleplaner, målsætninger og indsatser i forhold til anbragte børns sundhed	76
	Behovet for indsatser hos børn med skoleproblemer	85
	Handleplaner, målsætninger og indsatser i forhold til børnenes skoleproblemer	88
	Sammenfatning	93

6	PERSPEKTIVER PÅ INDSATSERNE OVER FOR ANBRAGTE BØRN	95
	Indledning	95
	Sammenligning over tid: indsatser i 2003 og 2007	96
	Handleplaner og indsatser for børn anbragte før og efter 2006	100
	Indsatser for anbragte og ikke-anbragte børn med bestemte problemtyper	103
	Sammenfatning	110
7	DISKUSSION	113
	BILAG	117
	REFERENCER	121
	SFI-RAPPORTER SIDEN 2007	125

FORORD

Tidligere forskning har vist, at børn, der er anbragt uden for hjemmet, er en vanskeligt stillet befolkningsgruppe. Derfor har området også fået socialpolitisk bevågenhed. I 2006 trådte Anbringelsesreformen i kraft. Den skærpede opmærksomheden på nogle væsentlige opvækstfaktorer i udsatte børns og unges liv ved at sætte fokus på bl.a. børns sundhed og skolegang. Desuden styrkede reformen et netværksorienteret syn i forhold til barnets samspil med nære omsorgspersoner og lokale omgivelser. Den lagde også tydeligere end hidtil vægt på børns deltagelse i den offentlige indsats og signalerede derved, at børn er selvstændige aktører i forhold, som har væsentlig betydning for dem selv. Børneperspektivet blev således forstærket.

Denne rapport er den første publikation fra tre SFI-delundersøgelser, som bidrager til at evaluere anbringelsesreformen. De to næste omhandler børn, der er anbragt i slægtspleje, og alternative indsatser til anbringelse af unge. Denne rapport beskriver, hvordan anbragte børns sundhedstilstand, trivsel og skolegang tegner sig i forhold til andre børns. Desuden belyser rapporten, hvordan socialforvaltningen, dvs. de anbragte børns sagsbehandlere, har inkorporeret anbringelsesreformen på netop disse områder. Undersøgelsens primære datagrundlag stammer fra SFI's forløbsundersøgelse af børn, der er født i 1995, og som er eller har

været anbragt uden for hjemmet. Den seneste dataindsamling fandt sted i 2007.

Rapporten er udarbejdet af seniorforsker Mai Heide Ottosen og forskningsassistent, cand.scient.soc. Pernille Skovbo Christensen.

Til undersøgelsen har været nedsat en følgegruppe, der skal takkes for konstruktive input. En stor tak skal også rettes til lektor Susan Tetler, DPU, der har læst og kommenteret manuskriptet. Undersøgelsen er finansieret af det daværende Socialministerium (nu Velfærdsministeriet), der også har foranlediget, at den blev igangsat.

København, september 2008

JØRGEN SØNDERGAARD

RESUMÉ

UNDERSØGELSENS FORMÅL

I kølvandet på anbringelsesformen, der trådte i kraft i 2006, belyser denne rapport anbragte børns skole- og helbredsforhold. To områder, som anbringelsesreformen prioriterede, at der skulle sættes mere fokus på. Vi sammenligner i denne rapport anbragte børn med jævnaldrende ikke-anbragte børn på skole- og helbredsområdet og belyser, om skolegang og sundhed er integreret i socialforvaltningens tænkning om beskyttelses- og risikofaktorer i børns liv.

ANBRAGTE BØRN HAR HYPPIGERE DIAGNOSER

Adskiller anbragte børns helbredstilstand, trivsel og skoleforhold sig fra jævnaldrende, der ikke er anbragt uden for hjemmet? Undersøgelsen fandt ingen væsentlige forskelle mellem de to undersøgelsespopulationer i forhold til den almene helbredstilstand. Anbragte børn synes ikke hyppigere end andre børn at være overvægtige eller skrante helbredsmæssigt: Forekomster af sygdomsperioder og symptomer på fx hoste, hoved- og mavepine er således omtrent de samme. Vi undersøgte også, om anbragte børn adskilte sig fra en sammenligningsgruppe af *ikke-anbragte udsatte børn* på samme alderstrin, dvs. børn der havde modtaget en eller anden

form for social foranstaltning. Vi fandt, at den almene helbredstilstand var dårligere blandt udsatte børn end blandt jævnaldrende, der var anbragt. Betragter vi udsatte børns situation som et muligt forstadium til et senere anbringelsesforløb, ser det med andre ord ud til, at en anbringelse uden for hjemmet kan bidrage positivt til at forbedre børns almene helbredstilstand

Anbragte børn har til gengæld i langt videre udstrækning end børn i almindelighed fået stillet en diagnose, dvs. har et handicap eller en langvarig sygdom. Analyserne viste videre, at andelen af børn med sammensatte diagnoser (multihandicap) var større blandt de anbragte børn, og desuden led de betydeligt hyppigere af børnepsykiatriske sygdomme, DAMP/ADHD og især udviklingshæmning. 4 ud af 5 anbragte børn med handicap havde en af disse tre diagnoser. Vi sammenlignede også trivslen i de to undersøgelsesgrupper. På baggrund af informationer fra børnenes daglige omsorgspersoner fandt vi, at anbragte børn i markant større udstrækning end deres ikke-anbragte jævnaldrende faldt uden for det normale trivselsområde. Informationer fra de anbragte børn selv tegnede dog et mere optimistisk billede af deres trivsel.

ANBRAGTE BØRN HALTER BAGUD I SKOLEN

I forhold til skolegangen viste analysen, at en ret stor andel af anbragte børn udelukkende modtager specialundervisning enten i 'normalsystemet', på specialskoler eller interne skoler på anbringelsesstedet. Hvert tredje anbragte barn modtog ikke-klassetrinsoptaget undervisning, og blandt de resterende børn befandt en betragtelig andel sig på et lavere klassetrin, end deres alder egentlig berettiger til. Sammenlignet med børn i almindelighed haltede flere anbragte børn bagud fagligt, og de havde også dobbelt så hyppigt trivselsmæssige problemer i skolen.

På de allerfleste mål om helbreds- og skoleforhold, som indgik i analysen, var den gennemgående tendens, at de udsatte børn, som ikke var anbragt, i højere grad end børn i almindelighed, lignede de anbragte børn, skønt situationen var knap så slem for denne sammenligningsgruppe.

VARIATIONER BLANDT ANBRAGTE BØRN

For at finde en målestok for de anbragte børns forudsætninger og behov for særlig støtte eller indsatser, opdelte vi børnene i fire grupperinger. Kategoriseringen tog dels afsæt i, om barnet havde en diagnose, dels i de anbringelsesårsager, som anbringelsesstederne havde givet oplysninger om. Vi antog, at jo flere problemområder, som barnet ud fra disse indikatorer var omfattet af, desto vanskeligere ville det være stillet helbreds-mæssigt, trivselsmæssigt og i forhold til at klare sig i skolen.

Vi testede derpå vores antagelse i datamaterialet. Resultaterne viste, at der var en betydelig differentiering blandt de anbragte børn, undtagen i forhold til den almene helbredstilstand (sygdomsperioder, hoste og mavepine).

Gruppe 1-børnene var efter undersøgelsens definitioner de mest problembelastede, fordi de ud over sociale problemer, der knyttede sig til såvel dem selv som til forældrene, tillige havde et handicap. Gruppe 1 tegnede sig for størstedelen af medicinforbruget blandt de anbragte børn, og to tredjedele faldt uden for normalområdet rent trivselsmæssigt. Flertallet (to tredjedele) modtog specialundervisning og havde vanskeligt ved at klare sig fagligt i skolen på det alderssvarende trin. Desuden var mange socialt isolerede fra deres jævnaldrende.

Blandt gruppe 2-børnene med udtalte adfærdsproblemer, faldt en lidt mindre andel uden for normalområdet mht. trivsel. Mange af børnene havde svært ved at klare sig i skolen og omkring halvdelen modtog specialundervisning. Også i denne gruppering forekom mange børn at være socialt isolerede fra deres kammerater. At disse børn har alvorlige problemer, er måske ikke så overraskende, fordi gruppen netop er karakteriseret ved at have de mest komplekse problemstillinger, dvs. flest forskellige anbringelsesårsager.

Den 3. gruppe børn var ikke anbragt på grund af egentlige handicap eller adfærdsproblemer, men 'kun' fordi de havde været udsat for vanrøgt og/eller overgreb. I 2 ud af 3 tilfælde optrådte der tillige forældrerelaterede problemer. Som helhed trivedes disse børn noget bedre, skønt det fortsat var en ganske stor gruppe, der faldt uden for det normale område (44 pct.). Flertallet af børnene var i det almindelige skolesystem og så ud til at klare sig igennem rent fagligt. Disse børn så ud til at have velfungerende relationer til kammerater. Alligevel var der i denne gruppe også tegn på, at nogle børn havde brug for særlig støtte og bi-

stand, idet især andelene med emotionelle problemer og med koncentrationsvanskeligheder i skolen var ganske høj.

Gruppe 4-børnene, som 'kun' var anbragt på grund af forældrerelaterede problemer, klarede sig relativt godt. Flertallet faldt inden for det trivselsmæssige normalområde; stort set alle gik i det normale undervisningssystem. Helhedsindtrykket var, at de klarede sig fagligt rimeligt godt i skolen, lige som relationerne til kammerater var velfungerende. Når det er påpeget, skal vi dog også understrege, at der er tale om en relativ betragtning. Når vi perspektiverende sammenligner med 'almindelige' ikke-anbragte børn, var selv de bedst stillede anbragte børn i gruppe 4 betydeligt dårligere fungerende i forhold til trivsel, i forhold til forskellige problemer omkring deres skolegang og konflikter med lærere og kammerater.

Undersøgelsesfundene dannede alt i alt grundlag for at antage, at det især ville være børn i gruppe 1 og 2, som var genstand for indsatser eller særlig støtte, og sjældnere børn i gruppe 4.

ANBRINGELSESSTEDERNE OG SAGSBEHANDLERNE VURDERER IKKE ALTID BØRNEENS PROBLEMER ENS

Hvilke handleplaner, målsætninger og konkrete indsatser bliver udformet eller iværksat for anbragte børn i forhold til deres helbred, sundhed og skolegang? Det spørgsmål blev belyst ved at analysere besvarelser fra anbringelsesstederne og de anbragte børns sagsbehandlere.

Vi interesserede os for, om anbringelsessteder og sagsbehandlere havde en ensartet problemopfattelse af børnene. Dette mener vi på baggrund af gennemgangen, at vi overordnet må svare bekræftende på, men samtidigt var der i undersøgelsesmaterialet en entydig tendens til, at anbringelsesstederne vurderede børnenes problemer som mere alvorlige end sagsbehandlerne, og at de også havde et mere differentieret syn på børnenes kompetencer og vanskeligheder. Enigheden kunne med andre ord være større.

HANDLEPLANER ER ENDNU IKKE IMPLEMENTRET I FULD UDSTRÆKNING

Næsten alle sagsbehandlere angav, at der fandtes en handleplan for barnet, mens kun fire ud af fem anbringelsessteder oplyste det samme. Skønt anbringelsesreformen lægger op til, at helbredsforhold og skolegang skal indgå som fokuspunkter i alle anbragte børns handleplaner, fandt vi, at reformen ikke var implementeret i fuld udstrækning for de børn, der deltog i denne undersøgelse. Ifølge anbringelsesstederne indgik sygdom og helbred i handleplanen for to tredjedele af de anbragte børn (som havde en handleplan), og hyppigere blandt børn med handicap, sygdomme og adfærdsvanskeligheder end blandt andre børn.

En tilsvarende andel (ca. to tredjedele) havde skolegang som fokuspunkt i handleplanen. Derom var sagsbehandlere og anbringelsessteder enige, men de er ikke helt enige om, i hvilke børns handleplaner der var dette fokus. Ifølge anbringelsesstederne var det som ovenfor især blandt børn med handicap, langvarige sygdomme og adfældsproblemer, at skolegangen var nævnt. Ifølge sagsbehandlerne var opmærksomheden og målsætningerne mere spredt.

At disse fokuspunkter ikke indgår i alle anbragte børns handleplaner, kan hænge sammen med, at dataindsamlingen blev gennemført kort tid efter, at anbringelsesreformen var vedtaget.

Der blev igangsat helbredsmæssige foranstaltninger for godt en fjerdedel af børnene ifølge sagsbehandlerne og for en lidt større andel ifølge anbringelsesstederne. Den hyppigste foranstaltning var, at barnet blev sendt til psykologundersøgelse, men det førte ikke altid til et behandlingsforløb. Anbringelsesstederne (69 pct.) mente også betydeligt hyppigere end sagsbehandlerne (48 pct.), at der var iværksat indsatser for at afhjælpe børnenes skoleproblemer

Undersøgelsen kan ikke bedømme, om de foranstaltninger, børn modtager, er tilstrækkelige, endsige om de hjælper. Men vi antog, at de fire grupper af børn, som vi konstruerede, måtte have varierende behov for bistand, fordi deres forudsætninger i forhold til sundhed og skolegang var forskellige. Vi fandt, at opdelingen af børnene i de fire grupperinger fungerede som et udmærket analytisk instrument: Anbringelsesstedernes besvarelser bekræftede os i, at de børn, der efter undersøgelsens grove definitioner var mest behovskrævende, også hyppigere end andre børn fik indsatser. Samme tydelige sammenhæng fandt vi imidler-

tid ikke i de data, som hidrørte fra sagsbehandlerne besvarelser. Her fordelte besvarelserne sig mere jævnt og nogle steder påfaldende jævnt. Uoverensstemmelserne mellem anbringelsessteders og sagsbehandleres besvarelser kan muligvis give anledning til flere fortolkningsmuligheder. For os gav observationerne anledning til at rejse spørgsmålene, om sagsbehandlerne har et tilstrækkeligt indgående kendskab til barnets situation, og om der er den fornødne dialog mellem anbringelsessteder og sagsbehandlere og for den sags skyld også andre hjælpeinstanser (fx skole og PPR) omkring disse børn, hvoraf mange så tydeligt er problembelastede.

SPOR AF ANBRINGELSESREFORMEN?

Anbringelsesreformen havde kun været i kraft et år, da denne undersøgelse fandt sted. Vi ønskede at perspektivere resultaterne om indsatser i forhold til anbragte 11-årige børn ved for det første at inddrage undersøgelsesfund fra dengang, børnene var 7 år. Det gjorde vi bl.a. ved at undersøge, om der kunne spores effekter af anbringelsesreformen i forhold til de nyligt anbragte børn. Og for det andet sammenstillede vi de indsatser, som anbragte børn fik, med de tilbud, som ikke-anbragte jævnaldrende børn med tilsvarende problemer får. På grund af datamaterialernes beskaffenhed – nogle talstørrelser var meget små – må netop disse fund anskues som tendenser snarere end som håndfaste resultater.

I forhold til det første undersøgelsesspørgsmål, om anbringelsesreformen har sat sig spor, observerede vi en tendens til, at de nyligt anbragte børn hyppigere end tidligere anbragte havde fået anbringelsesreformens målsætninger implementeret i deres handleplaner.

Med hensyn til det andet undersøgelsesspørgsmål, om anbragte børn modtager flere eller færre indsatser end ikke-anbragte børn med tilsvarende problemer, ser det ved første øjekast ud til, at der iværksættes flere foranstaltninger i forhold til anbragte børn, når der er problemer i skolen. Forskellene skal imidlertid nok forklares med, at 'et problem' kan dække over mange sværhedsgrader. Antagelsen om, at anbragte børns skoleproblemer ofte er dybere og derfor også kalder på mere støtte, blev understøttet, når vi opdelt børnene i de fire grupper, som vi har opereret med gennem undersøgelsen: De to 'problemtunge' grupperinger modtog betydeligt hyppigere end ikke-anbragte børn indsatser, mens de to mindst problemtunge grupper sjældnere fik hjælp til deres skolepro-

blemer. Vi undersøgte i forlængelse heraf også, om anbragte og ikke-anbragte børn med identiske diagnoser modtog foranstaltninger i samme udstrækning. Det må vi overordnet konkludere, at de gør.

DATAGRUNDLAG

Undersøgelsens primære datagrund er SFI's Forløbsundersøgelse af anbragte børn, som er en totalundersøgelse af alle børn, født i 1995, der er eller har været anbragt uden for hjemmet. Anden dataindsamling blev gennemført i 2007, hvor børnene var 11 år gamle. Anbringelsesstederne, børnenes sagsbehandlere og børnene selv blev spurgt. Vi sammenholder data i undersøgelsen med andre datakilder: For det første med data fra Forløbsundersøgelsens første dataindsamling i 2003, hvor børnene var 7 år gamle. For det andet har vi inddraget sammenlignende data om børn i samme aldersgruppe, der ikke er anbragt uden for hjemme. Disse data stammer fra SFI's Børneforløbsundersøgelse, der omfatter knap 5.000 børn, som også blev født i 1995.

INTRODUKTION

BAGGRUND FOR RAPPORTEN: ANBRINGESESREFORMEN

Tidligere forskning om børn anbragt uden for hjemmet har vist, at anbragte børn er udsatte på en række områder. Blandt andet er anbragte børns psykiske helbredstilstand generelt dårligere end hos deres jævnaldrende, og ligeledes klarer denne særlige gruppe sig dårligere i skolen både fagligt og socialt i sammenligning med børn, der ikke er anbragt (Egelund & Hestbæk, 2003).

Med anbringelsesreformen, der trådte i kraft i januar 2006, har Folketinget søgt at imødekomme nogle af de problematikker, der hyppigt opstår for gruppen af anbragte børn og unge. Det er således ekspliciteret, at blandt andet barnets sundheds- og skoleforhold¹ skal indgå i det undersøgelsesgrundlag, der ligger forud for en evt. anbringelse, lige som der skal opstilles mål for disse elementer i den handleplan, som den sociale myndighed udarbejder for det barn, der bliver anbragt uden for hjemmet. Vejledningen til loven (Socialministeriet, 2006) påpeger bl.a., at skolegangen dels er væsentlig for børnenes sociale liv her og nu, dels at den

1. Desuden skal barnets familieforhold, udvikling og adfærd, fritidsforhold og venskaber samt andre relevante forhold indgå i undersøgelsen og handleplan for barnet (Håndbog, 2006:54). I denne rapport vil det imidlertid primært være sundheds- og skoleforhold, der berøres.

spiller en vigtig rolle for de senere muligheder for at få et godt liv – også på arbejdsmarkedet. En eventuel foranstaltning bør ifølge reformen tilrettelægges, så der tages højde for børns og unges skoleforhold med henblik på at støtte bedst muligt og fastholde fokus på sammenhæng i uddannelses- og skoleforløb (ibid.:55, 71). Med hensyn til sundhedsforhold fremhæver reformen en målsætning om, at barnets vækst og udvikling er alderssvarende, at barnet har gennemført de almindelige lægeundersøgelser og vaccinationer, samt at det hurtigt skal afdækkes, hvorvidt barnet viser tegn på sundhedsmæssige problemer af fysisk eller psykisk karakter. Helbredsmæssige problemer kan i sig selv give barnet eller den unge dårligere livskvalitet og kan desuden forværre sociale og psykiske problemer (ibid.:55).

FORMÅL MED UNDERSØGELSEN

Som et led i at evaluere anbringelsesreformen har SFI på foranledning af det daværende Socialministerium igangsat en række delundersøgelser, der dels skal kaste lys over, hvilke virkninger de nye principper i reformen får for børnene, dels skal bidrage til at kortlægge anbragte børns skole- og sundhedsforhold.

Formålet med denne rapport er at belyse problemstillinger, der knytter sig til sundhed og skoleforhold for anbragte børn, og navnlig at sætte fokus på, om disse problemstillinger er integreret i sagsbehandlingen, dvs. om de indgår i de handleplaner, der udarbejdes for anbragte børn, og om der bliver iværksat indsatser for at afhjælpe eventuelle problemer.

Sammenfattende vil denne rapport fokusere på følgende områder:

- For det første kortlægges anbragte børns skole- og helbredsforhold for at indkredse omfanget og alvoren af nogle af de problemstillinger, som anbringelsesreformen har prioriteret, der skal sættes fokus på.
- For det andet sammenlignes anbragte børns skole- og helbredsforhold med jævnaldrende ikke-anbragtes skole- og helbredsforhold.

- For det tredje søges belyst, om skolegang og sundhed er integreret i forvaltningens tænkning om beskyttelses- og risikofaktorer i børns liv.
- For det fjerde belyses, om dette fører til særlige undersøgelser eller indsatser for at kompensere børnene for henholdsvis helbreds- og skoleproblemer.

Den langsigtede effekt af givne interventioner i forhold til anbragte børn og helbreds- og skoleforhold er ikke mulig at evaluere i denne sammenhæng. Anbringelsesreformen trådte først i kraft i 2006, året før dataindsamlingen, som analyserne her er baseret på, fandt sted. Eventuelle effekter af reformen forventes ikke at være slået igennem på en måde, der tydeligt vil kunne afspejle sig i målingerne. Intentionen er imidlertid, at der i 2009-10 skal laves en opfølgende undersøgelse, der belyser, hvilke effekter eventuelle indsatser over for anbragte børn har haft.² Det vil på dette tidspunkt bedre kunne belyses, fx hvordan børn, der modtager indsatser specifikt rettet mod sundhed og skolegang, klarer sig sammenlignet med børn, der også har sundheds- og skoleproblemer, men ikke har modtaget sådanne indsatser.

RAPPORTENS OPBYGNING

Rapporten er bygget op således, at kapitel 2 præsenterer og diskuterer muligheder og begrænsninger ved de datakilder, der ligger til grund for rapportens analyser. Kapitel 3 leverer en overordnet beskrivelse af anbragte børns sundheds- og skoleforhold i sammenligning med jævnaldrende, der ikke er anbragte. Kapitel 4 ser mere detaljeret på anbragte børns forskellige forudsætninger i forhold til skolegang og helbred. Det sker for bedre at kunne vurdere, om de børn, der måtte have særligt vanskelige forudsætninger for at klare sig i skolen eller som har helbredsproblemer, også får den indsats og støtte, som de har behov for.

2. Der vil ikke blive tale om en effektmåling i streng videnskabelig forstand. Effektmåling omtales i metodelitteraturen som en kompleks metode, der stiller store krav til dataindsamlingen, og som bl.a. derfor sjældent praktiseres i sin rene form (Angrist, 2004; Blundell & Costa Dias, 2000; Heckman, 2004). Derfor vil vi på forhånd tage forbehold for, at en eventuelt forestående 'effekt-evaluering' i forhold til anbringelsesreformen vil tage form af vurderinger ud fra de data, der er til rådighed, og dermed rumme en række metodiske forbehold.

Kapitel 5 går således nærmere ind på de initiativer, som den kommunale myndighed har igangsat for at forbedre anbragte børns skole- og sundhedsforhold, idet der netop tages højde for, at anbragte børn kan have forskellige forudsætninger for at klare sig. Endelig sætter vi resultater om handleplaner og indsatser i forhold til de anbragte 11-åriges sundheds- og skoleproblemer ind i et lidt bredere perspektiv i rapportens kapitel 6. Rapporten afrundes i kapitel 7 med en opsamling og konklusion.

I rapporten indgår en lang række tabeller med mange tal. Når vi i fremstillingen fremhæver talstørrelser, der sammenstilles eller laver sammenligninger mellem forskellige undersøgelseskategorier, opholder vi os helt overvejende kun ved forskelle, der er signifikante i statistisk forstand. I nogle enkelte tilfælde, hvor forskellene er mindre eller procentgrundlaget er lille, kommenterer vi dog alligevel fordelingerne, men gør så opmærksom på, at der kun er tale om tendenser.

DATAGRUNDLAG OG METODE

RAPPORTENS PRIMÆRE DATAGRUNDLAG: FORLØBSUNDERSØGELSEN AF ANBRAGTE BØRN

Rapportens problemstillinger er analyseret på baggrund af data fra SFI's anden dataindsamling af forløbsundersøgelsen af anbragte børn. Forløbsundersøgelsen af anbragte børn er en totalundersøgelse af alle børn, født i 1995, der er eller har været anbragt uden for hjemmet. Den første dataindsamling fandt sted i 2003, da børnene var syv år gamle. Den samlede undersøgelsespopulation var dengang 715 børn og nettostikprøven endte med at bestå af 576 cases (Egelund & Hestbæk, 2004: 75ff). Informationer om børnene i 2003 blev hentet fra flere kilder, både fra børnenes forældre, sagsbehandlere og de anbringelsessteder, hvor børnene var anbragt.³

Anden dataindsamling blev gennemført i 2007, hvor børnene var 11 år gamle. Totalpopulationen, dvs. alle børn, der på undersøgelsestidspunktet var eller tidligere havde været anbragt uden for hjemmet, udgjorde på dette tidspunkt 943 børn, og nettostikprøven endte med at

3. Der blev indhentet henholdsvis 329 besvarelser fra børnenes forældre, 495 besvarelser fra børnenes sagsbehandlere og 390 besvarelser fra de anbringelsessteder, hvor børnene var anbragt.

bestå af 823 cases. Det blev ved denne dataindsamlingsbølge besluttet kun at indhente spørgeskemabaserede oplysninger blandt de børn, som på undersøgelsestidspunktet (fortsat) var anbragte. Informationer om børnene i 2007 blev hentet fra fire kilder:

1. De anbringelsessteder, hvor børnene var anbragt. Der blev søgt informationer blandt 635 anbringelsessteder, hvoraf 446 deltog.
2. Barnets kommunale sagsbehandler. Her blev der søgt informationer blandt 820 sagsbehandlere, hvoraf 521 deltog.
3. Børnene selv. Der blev søgt informationer blandt 224 anbragte børn, hvoraf 169 deltog i undersøgelsen.
4. Registerbaserede informationer over hele kohorten.

Informationerne fra den første kilde, det anbringelsessted, hvor barnet opholdt sig, er baseret på selvudfyldte spørgeskemaer fra en voksen på stedet, dvs. en plejeforælder eller en institutionspædagog. Disse skemaer rummede bl.a. informationer om anbringelsesstedet, om årsager til anbringelsen, om barnets generelle og specifikke helbredstilstand, om barnets trivsel, skolegang, fritid, og kammeratskabsrelationer, og om de indsatser, den kommunale myndighed havde igangsat for barnet. Fra anbringelsesstederne blev der i alt opnået 446 besvarede skemaer, svarende til 70 pct. af de steder, der havde fået tilsendt et spørgeskema.

Informationerne fra den anden datakilde, barnets sagsbehandler i kommunen, er tilsvarende blevet indhentet på baggrund af et selvudfyldt spørgeskema. Dette skema søgte at kortlægge, hvilke handleplaner, mål og indsatser der fra kommunal side var blevet udarbejdet i forhold til det anbragte barn, og havde navnlig fokus på forhold og eventuelle problemer omkring barnets skolegang og sundhed. Der indkom besvarelser fra i alt 521 sagsbehandlere svarende til 64 pct. af de sagsbehandlere, der fik tilsendt et spørgeskema. At svarprocenten blandt sagsbehandlere ikke blev (endnu) højere, skyldes blandt andet, at nogle anbragte børn var flyttet til en anden kommune og sagen dermed var overgået til en ny sagsbehandler, eller at barnet var hjemgivet og dermed ophørt at være en 'sag' i kommunen.

Den tredje datakilde var de anbragte børn selv. Andre undersøgelser har vist, at bortfaldet kan blive stort for denne målgruppe (Hessle & Wåhländer, 2000). Også til denne gruppe blev der udfærdiget et spørgeskema, som børnene skulle besvare under et interview med en af SFI's

interviewere. Der blev i skemaet spurgt til barnets kontakt med den biologiske familie, til barnets oplevelse af anbringelsesstedet, barnets pligter, fritid og kammerater. Der blev videre indhentet oplysninger om selvrapporteret tilfredshed med præstationer i skolen samt spurgt til forhold, der kunne belyse barnets trivsel, helbredsforhold og medicinforbrug.

Børns medvirken i forskningsbaserede undersøgelser forudsætter, at der er indhentet informeret samtykke hos forældrene. Dette viste sig at begrænse antallet af deltagere i undersøgelsen, idet der kun blev opnået tilladelse til at inddrage 224 mulige børnerespondenter. Blandt disse blev der i undersøgelsen opnået besvarelser fra 169 børn, svarende til 74 pct. af de børn, der var opnået forældretiladelse til at opsøge.

I det omfang man ønsker at forholde besvarelserne fra de forskellige datakilder til hinanden, er det relevant at vide, hvor stort sammenfaldet er mellem besvarelserne for hvert enkelt barn.

TABEL 2.1

Besvarede skemaer i Forløbsundersøgelsen af anbragte børn, 2007.

Besvarede skemaer fra:	Antal
Anbringelsesstederne	446
Sagsbehandlere	521
Anbragte børn	169
Anbringelsesstederne + sagsbehandlere	308
Anbringelsesstederne + sagsbehandlere + anbragte børn	81

Af tabel 2.1 fremgår, at der blot var 81 tilfælde, hvor både barnet selv, barnets anbringelsessted og barnets sagsbehandler besvarede spørgeskemaerne ved anden dataindsamling. Nøjes vi derimod med at koble besvarelser fra anbringelsesstederne og sagsbehandlerne, er der oplysninger om det samme barn i 308 tilfælde.

Den lave svarprocent blandt børnerespondenterne er stærkt begrænsende for den analytiske anvendelsesværdi i forhold til børnenes egne oplysninger. Derfor har vi i denne rapport valgt overvejende at rapportere på grundlag af de informationer, som blev afgivet af anbringelsesstederne og sagsbehandlerne. Børnenes egne besvarelser inddrages kun i beskedent omfang.

PRÆSENTATION AF DE ØVRIGE DATAKILDER

Data fra den anden indsamlingsrunde i 2007 af Forløbsundersøgelsen af anbragte børn vil i rapporten blive sammenholdt med andre datakilder, som præsenteres i det følgende.

Det drejer sig *for det første* om data vedrørende helbred, trivsel og skolegang fra den første dataindsamling i 2003, hvor forældre, anbringelsessteder og sagsbehandlere til de dengang 7-årige anbragte børn deltog. At sammenligne de samme børn over tid aktualiserer den ovenfor diskuterede problematik om, at der skal være sammenfald mellem respondenter, her i både 2003 og 2007. Tabel 2.2 illustrerer, hvordan respondentgrundlaget reduceres, når man inddrager informationer fra samme (eller flere) kilder i begge perioder.

TABEL 2.2

Besvarede skemaer i Forløbsundersøgelsen af anbragte børn i 2003 og 2007.

Besvarede skemaer	Antal
Anbringelsesstederne 2003 + 2007	241
Sagsbehandlerne 2003 + 2007	273
Anbringelsesstederne 2003 + 2007 og Sagsbehandlerne 2003 + 2007	148
Anbringelsesstederne 2003 + 2007 og Sagsbehandlerne 2003 + 2007 og mødrene 2003 + børnene 2007 (dvs. alle skemaer for samme barn er udfyldt både i 2003 og 2007)	27

Note: Det er ikke muligt at angive antallet af besvarelser i procent i denne tabel, da procentgrundlaget varierer fra 2003 til 2007.

Som det fremgår af tabellen, var der 241 besvarelser om det samme barn fra anbringelsesstederne i 2003 og 2007 og 273 besvarelser om det samme barn fra sagsbehandlerne i 2003 og 2007, hvilket må betragtes som en anselig del, som det analytisk og metodisk giver mening at anvende.⁴

Sammenligning over tid fordrer foruden et overlap i selve datagrundlaget tillige, at de stillede spørgsmål er identiske i begge dataindsamlingsrunder. Dette gjorde sig positivt gældende i forhold til en række informationer fra anbringelsesstederne vedrørende både sundheds- og

4. Derimod er både 148 og især 27 besvarelser i underkanten af, hvad der er muligt at kvantificere over, hvorfor der heller ikke vil blive analyseret på baggrund af disse besvarelser alene.

skoleforhold. Således blev anbringelsesstederne i begge indsamlingsbølger spurgt om handicap og langvarig sygdom hos børnene, om børnenes generelle trivsel og om visse aspekter ved deres almene helbredstilstand. Til gengæld blev der i 2007 spurgt indgående ind til nogle helbredsindikatorer (fx forskellige symptomer), som var ubelyste i 2003, mens anbringelsesstederne i 2007 omvendt ikke blev spurgt om børnenes vægt og højde, sådan som det var tilfældet i 2003. I 2007 blev børnene selv bedt om at vurdere egen vægt og højde. Det muliggør sammenligning, skønt sammenligningsgrundlaget ikke er optimalt, da kilderne er forskellige. Endelig blev også sagsbehandlerne i 2007 adspurgt om en række af børnenes sundhedsforhold, hvilket muliggør en sammenligning af anbringelsesstederne og sagsbehandlerens problemdefinition på dette punkt. Sagsbehandlerne blev imidlertid ikke adspurgt om barnets sundhedsforhold i 2003.

Også med hensyn til oplysninger om skoleforhold var spørgsmålene i 2007 en anelse mere detaljerede end i 2003. Eksempelvis blev anbringelsesstederne i 2007 spurgt om, hvilket klassetrin barnets indlæringssevner svarede til, og om der var en eller flere lærere i skolen, som interesserede sig for og tog sig særligt af barnet; områder der ikke blev spurgt til i 2003. Der er således visse begrænsninger med hensyn til sammenligningsmulighederne for barnets skoleforhold i 2003 og 2007.

At anbringelsesreformen blev gennemført i perioden lige op til anden dataindsamling har også spillet ind i forhold til spørgsmålsformuleringerne. 2007-dataindsamlingen fokuserede således i højere grad end den første dataindsamling på de tiltag og initiativer, der var igangsat i forhold til børnene.

For det andet inddrages i denne rapport sammenlignende data om børn i samme aldersgruppe, der *ikke* er anbragt uden for hjemme. Disse data hidrører fra SFI's Børneforløbsundersøgelse, der omfatter knap 5.000 børn, som blev født i 1995.⁵ Der har hidtil været gennemført fire dataindsamlinger blandt disse børn, senest i 2007, da de var 11 år gamle. På dette tidspunkt blev barnets mor interviewet ved besøgsinterview, mens børnene selv udfyldte et spørgeskema. En række spørgsmål om børnenes helbred, sundhed, trivsel og skolegang er identiske i Børneforløbsundersøgelsen blandt ikke-anbragte børn, og Forløbsundersøgelsen blandt anbragte børn, og det er derfor muligt at belyse, om anbragte

⁵ Den oprindelige stikprøve – da børnene var spæde – bestod af 6.011 børn.

børn på disse punkter adskiller sig væsentligt fra deres jævnaldrende, der ikke var anbragt.

På baggrund af tidligere forskning (Egelund et al., 2004) er der belæg for at antage, at anbragte børn har en overforekomst af helbredsrelaterede og skolemæssige problemer i forhold til jævnaldrende ikke-anbragte børn. For at kvalificere analyserne og skabe et mere nuanceret sammenligningsgrundlag har vi således konstrueret to sammenligningsgrupper: Den ene består af Børneforløbsundersøgelsens respondenter som helhed, dvs. et repræsentativt udsnit af alle jævnaldrende danske børn, mens den anden sammenligningsgruppe består af et konstrueret udvalg af børn fra Børneforløbsundersøgelsen, som ganske vist ikke på undersøgelsestidspunktet var eller havde været anbragt uden for hjemmet, men som har en række forudsætninger til fælles med de anbragte børn. Denne sammenligningsgruppe omfatter børn, der selv modtog eller hvis familie som helhed modtog forebyggende foranstaltninger fra kommunen.⁶ At modtage ydelser fra kommunen er et tegn på en form for udsathed hos barnet, hvorfor sammenligningsgruppen i rapporten vil blive benævnt som 'udsatte børn'. Det antages, at denne anden sammenligningsgruppe vil ligne gruppen af anbragte børn mere end andre jævnaldrende i forhold til helbreds-, trivsels- og skoleforhold.⁷

BORTFALDSANALYSE

Der er udarbejdet en bortfaldsanalyse på baggrund af datakilderne til Forløbsundersøgelsen blandt anbragte børn i 2007 for at indkredse, hvilke begrænsninger der måtte være ved de anvendte datakilder. Som omtalt er der ret få cases, hvor både det anbragte barn, barnets anbringelsessted og barnets sagsbehandler har deltaget i undersøgelsen i 2007. Det skyldes primært den lave svarprocent blandt de anbragte børn. Dette udgør i sig selv en begrænsning for anvendelsen af datakilderne.

6. Det drejer sig om i alt 236 ikke-anbragte børn i Børneforløbsundersøgelsen, som modtager en eller flere af følgende foranstaltninger: penge til bestemt fritidsinteresse for barnet, en kontaktperson til barnet, en personlig rådgiver til barnet, hjemme-hos'er/familiekonsulent, aflastningsfamilie, familieværksted, henvisning til psykolog.

7. Sammenligningsgrupperne anvendes også i SFT's samlede rapport om anbragte børn, der publiceres i 2008 (jf. Egelund et al., 2008).

Ser vi først på børnebesvarelsene, kan det måske forventes, at det er de bedst fungerende børn, som har deltaget i undersøgelsen, og at de indkomne børnebesvarelses derfor vil give et skævt billede af gruppen som sådan. Ud fra en række registerbaserede oplysninger, der kan bidrage som indikatorer på objektive belastningsfaktorer hos barnet eller i dets opvækstmiljø, er gruppen af anbragte børn, der selv deltog i undersøgelsen, derfor blevet sammenlignet med den gruppe, som undlod at deltage. De variable, som indgik i analysen, var:

- barnets køn
- urbaniseringsgrad
- forekomst af psykiske lidelser hos barnet (Psykiatriregistret)
- antal hospitalsindlæggelser barnet har været igennem
- de biologiske forældres uddannelsesniveau
- de biologiske forældres indkomst
- de biologiske forældres misbrugsproblemer.

Variablene i bortfaldsanalysen er naturligvis ikke udtømmende. Eksempelvis kunne det have været interessant at undersøge, om de deltagende anbragte børn adskiller sig fra de ikke-deltagende anbragte børn i forhold til fx handicap, trivsel og skoleforhold. Sådanne oplysninger findes ikke i registre, hvorfor analysen har været begrænset til ovenstående variable. Analysen viste, at de deltagende børn ikke adskilte sig væsentligt fra jævnaldrende anbragte børn, som ikke deltog. I forhold til netop disse baggrundsfaktorer ser de 169 deltagende børn ud til at være repræsentative for anbragte 11-årige generelt.

Med udgangspunkt i de samme baggrundsplysninger blev der ligeledes udarbejdet bortfaldsanalyser i forhold til de 446 anbringelsessteder, der deltog i 2007-dataindsamlingen. Også denne bortfaldsanalyse tydede på, at anbringelsesstederne afspejlede et repræsentativt udsnit af anbragte børn i 11-årsalderen. Tilsvarende blev der udarbejdet en bortfaldsanalyse af sagsbehandlernes besvarelses. Denne viste, at der var en lille skævvridning. Sammenlignet med anbragte 11-årige i almindelighed deltog sagsbehandlere lidt hyppigere i undersøgelsen, hvis det anbragte barn havde en psykisk lidelse, eller hvis tendensen var, at barnets forældre var økonomisk dårligt stillede. Der var således en tendens til, at sagsbehandlere til 'dårligt stillede' børn hyppigere deltog end sagsbehandlere til 'bedre stillede' anbragte børn. En forklaring på denne lille skævhed

kan være, at sagsbehandlerne på grund af sagens alvor (dvs. barnets problemer) har mere opmærksomhed på netop disse anbragte børn end på sager med anbragte børn, der klarer sig relativt godt. I rapporten anvender vi imidlertid kun de af sagsbehandlerne besvarelser, der omhandler børn, hvis anbringelsesstedet samtidigt har deltaget i undersøgelsen. Dermed udlignes skævvridningen i data.

ANBRAGTE OG IKKE-ANBRAGTE BØRNS SUNDHED, TRIVSEL OG SKOLEGANG

INDLEDNING

I dette kapitel er formålet at tilvejebringe et overblik over anbragte børns skole- og sundhedsforhold, herunder hvorvidt anbragte børn i 11-årsalderen adskiller sig fra jævnaldrende ikke-anbragte i forhold til helbred, trivsel og skolegang. Allerede ved den første dataindsamling i 2003 viste analyser, at de dengang syv år gamle børn hyppigere havde både helbredsrelaterede og skolemæssige problemer, sammenlignet med deres ikke-anbragte jævnaldrende (Egelund et al., 2004). Derfor er der grund til at antage, at anbragte børn også som 11-årige er udsatte på disse områder.

På baggrund af de indikatorer, som er tilgængelige i de anvendte datakilder, ser vi i det følgende først på børnenes generelle fysiske sundhedstilstand: Om der er problemer med overvægt, symptomer på svækkelse af den almindelige helbredstilstand og på forekomster af langvarige sygdomme og handicap. Derefter ser vi på den psykiske sundhed og trivsel hos børnene, hvilket leder os videre til at belyse børnenes skoleforhold og de eventuelle problemer, de anbragte børn har i skolen. Undervejs i gennemgangen om både sundheds- og skoleforhold forholdes oplysningerne om de anbragte 11-årige så vidt muligt med tilsvarende oplysninger om ikke-anbragte børn, og med oplysningerne om de an-

bragte børn fra 2003. Herigennem er det muligt at tilvejebringe et billede af, om forholdene har ændret sig til det bedre eller værre.

ANBRAGTE BØRNS FYSISKE SUNDHED OG HELBRED

Sundhed og helbred er mere og andet end fravær af sygdom. Sundhed kan anskues på mange planer (kulturelt, samfundsmæssigt, strukturelt, socialt og individuelt) og fra forskellige perspektiver (fx økonomisk, lægeligt, samfundsmæssigt og psykologisk). Én anskuelse er, at sundhed kan betragtes som kapaciteten til at indgå i og realisere de opgaver, værdier og mål, som har betydning i en given kontekst (Borup & Holstein, 2006; Holstein m.fl., 2002; Due m.fl., 2000). I den internationale HBSC-undersøgelse (Health Behaviour in School-aged Children), der omhandler skolebørns trivsel og sundhedsadfærd, defineres sundhed ud fra følgende fire dimensioner (Rasmussen & Due, 2007):

1. Et godt helbred uden symptomer, skader eller alvorlig sygdom.
2. En god evne til at fungere i relation til familie, skole og kammerater.
3. En god trivsel i skolen, de nære omgivelser og livet i det hele taget.
4. En god sundhedsadfærd.

Psykisk sundhed og trivsel kan ifølge dette perspektiv spille en rolle i forhold til skoleforhold samt sygdomsudvikling og sygdomsforløb. Skoleforhold og sundhed er selvstændige problemfelter, men har samtidig en indbyrdes afsmittende effekt. Tilstedeværelsen af fx somatisk (kropslig) sygdom kan forårsage psykiske og socialiseringsmæssige problemer, ligesom dårlig trivsel i skolen omvendt kan medføre symptomer som fx ondt i hovedet eller maven.

VÆGTFORHOLD HOS ANBRAGTE BØRN

Forskning har vist, at kropsopfattelse spiller en væsentlig rolle for trivsel og livsglæde. Ved dataindsamlingen i 2007 spurgte man børnene selv om deres syn på egen kropstørrelse, efterfulgt af en præcisering af deres konkrete højde- og vægtforhold. Blandt de anbragte børn, der besvarede skemaet, angav 60 pct., at de syntes, at deres krop var passende størrelsesmæssigt, mens de resterende 38 pct. enten vurderede deres krop som (alt) for tynd (8 pct.) eller (alt) for tyk (30 pct.). 2 pct. af børnene svarede

ikke på spørgsmålet. Blandt de ikke-anbragte børn, som ligeledes i 2007 blev spurgt om deres syn på egen krop, undlod 4 pct. at svare på spørgsmålet; 64 pct. mente, at deres krop var passende, mens 9 pct. syntes, de var for tynde, og 23 pct. at de var for tykke. Ud fra børnenes egne besvarelser er anbragte børn altså lidt hyppigere end ikke-anbragte børn utilfredse med deres kropsstørrelse.

Børnenes syn på egen krop kan sammenholdes med børnenes faktiske højde og vægt, hvilket børnene selv – både de anbragte og ikke-anbragte – blev spurgt om i 2007. Blandt de ikke-anbragte børn var blot 2 pct. af besvarelserne uoplyste, mens det blandt de 169 anbragte børn, der deltog i undersøgelsen, var 15 pct. af alle besvarelserne, der var uoplyste på spørgsmålet om højde og vægt. Oplysningsgrundlaget er således temmelig spinkelt, men skal vi dømme ud fra de indkomne besvarelser, tyder data på, at anbragte børn ikke adskiller sig væsentligt fra ikke-anbragte børn, når vi omregner informationerne til BMI.⁸ Tabel 3.1 viser, at mellem 84-88 pct. af børnene er normalvægtige, og kun meget få, nemlig 1-2 pct., er overvægtige.

TABEL 3.1

Vægtforhold (BMI) for anbragte og ikke-anbragte børn på 11 år (2007)
Procent.

	Anbragte børn	Ikke-anbragte børn	Udsatte børn
Normal vægt	84	88	86
Overvægt	14	11	12
Stærkt overvægtig	2	1	2
Totale procentgrundlag	143	4.014	191

Kilde: SFI's Forløbsundersøgelse af anbragte børn (børnene) og SFI's Børneforløbsundersøgelse (mødrene).

8. Body Mass Index (BMI) er et internationalt mål for vægtforhold. BMI angiver, hvorvidt voksne såvel som børn er henholdsvis over-, under- eller normalvægtige. En persons BMI udregnes ved at dividere vægt i kilo med højde ganget med sig selv. For drenge på 11½ år betragtes et BMI på 20,9 eller derover som overvægt, og 25,6 eller derover som fedme. Mens for piger betragtes 21,2 som overvægt, og 26,1 eller derover som stærkt overvægtighed/fedme (jf. WHO – World Health Organization).

For yderligere overvejelser omkring data vedrørende anbragte børns vægtforhold henvises til den samlede rapport over Forløbsundersøgelsen blandt anbragte børn (Egelund et al., 2008).

SYMPTOMER OG TEGN PÅ HELBREDSPROBLEMER

Ved dataindsamlingen i 2007 blev anbringelsesstederne stillet en række spørgsmål, som havde til formål at indkredse, om de anbragte børn viste tegn på helbredsproblemer: fx om der var perioder med sygdom, klager over mavepine eller forekomst af hoste. Desuden blev der spurgt til barnets medicinforbrug. I Børneforløbsundersøgelsen blev mødre til ikke-anbragte børn stillet en række identiske spørgsmål. Desuden spurgte interviewererne også barnet selv, om det havde forskellige symptomer.

Når det gælder den overordnede helbredstilstand, svarede næsten alle anbringelsesstederne (97 pct.), at de anbragte børn havde været raske eller kun haft enkelte sygdomsperioder inden for det sidste år. Det stemmer godt overens med de besvarelser, der findes fra de 169 anbragte børn selv. Blandt dem svarede 88 pct., at de helbredsmæssigt havde det godt eller virkelig godt, 10 pct. af dem at de havde det nogenlunde, mens kun 1 pct. (svarende til ét barn) angav, at helbredet var dårligt.

Hvad angår spørgsmålet om symptomer i form af smerter, angav anbringelsesstederne, at 8 pct. af børnene ofte klagede over hovedpine, mavesmerter eller kvalme. Blandt de deltagende børn selv var det 17 pct., der ofte oplevede den slags gener, hvilket kan tyde på, at symptomer hos børnene er mere omfattende, end voksne omkring dem umiddelbart er bevidste om. Anbringelsesstederne oplyste samtidig, at 5 pct. af børnene havde haft gentagne længere episoder med besværet vejrtrækning og hoste, at 7 pct. havde hostet i længere tid efter en forkølelse, mens 4 pct. hyppigt hostede i forbindelse med fysisk aktivitet. Ifølge anbringelsesstederne var det da også 7 pct. af børnene, der blev behandlet medicinsk for astma. Yderligere 9 pct. fik beroligende medicin og 4 pct. medicin for epilepsi. Opgørelserne fremgår af tabel 3.2.

TABEL 3.2

Procentandele anbragte og ikke-anbragte børn på 11 år med symptomer på helbredsproblemer.

Symptomer	Anbragte børn	Ikke-anbragte børn	Udsatte børn
<i>Helbredstilstand sidste 12 måneder:</i>			
Rask hele tiden	52	43	34
Få sygdomsperioder	45	51	56
Flere sygdomsperioder	2	5	9
Syg det meste af tiden	0	0	1
Klager over hovedpine/ mavepine/kvalme	8	8	17
Længere perioder med vejrtrækningsproblemer	5	8	10
Hostet i længere tid efter forkølelse	7	9	9
Hoster i forbindelse med fysisk aktivitet	4	4	6
I medicinsk behandling for astma	7	8	5
I medicinsk behandling for epi- lepsi	4	0	1
Får beroligende medicin	9	1	5
Totale procentgrundlag	446	4.771	236

Kilde: SFI's Forløbsundersøgelse af anbragte børn 2007 (respondentkilde: anbringelsesstederne) og SFI's Børneforløbsundersøgelse 2007 (respondentkilde: mødrene).

Når vi, jf. tabel 3.2, sammenligner forholdene hos anbragte 11-årige børn med børn i almindelighed, er der kun mindre og ikke-signifikante forskelle. Sammenligner vi anbragte børn med ikke-anbragte udsatte børn, er tendensen, at der blandt sidstnævnte er flere børn, der 'skranter', dvs. som har flere sygdomsperioder, klager over smerter og kvalme, eller som har vejrtrækningsproblemer. Det er bemærkelsesværdigt, at anbragte børn tilnærmelsesvis klarer sig bedre på disse fysiske sundhedsmål end deres jævnaldrende, der ikke er anbragt. Det er overraskende set i lyset af, at de anbragte børn i langt større grad end deres jævnaldrende har fået konstateret en form for langvarig sygdom eller handicap, hvilket vil blive beskrevet nærmere senere i dette afsnit. Ser vi på børnenes forbrug af

medicin, viser det sig da også, at de anbragte børn i højere grad end de ikke-anbragte børn anvender især beroligende medicin, hvilket netop kan forklares ud fra deres overhyppighed af diagnoser, som især er DAMP/ADHD.⁹

Det er positivt, at anbragte børn har lige så få eller endda færre symptomer og sygdomsperioder, som børn, der ikke er anbragte.¹⁰ Kigger vi derimod på mere langvarige sygdomme og handicap hos børnene, tegner billedet sig noget anderledes.

DIAGNOSER: HANDICAP OG LANGVARIGE SYGDOMME

SFI indsamlede både 2003 og 2007 oplysninger om forekomst af nedsatte funktionsevner hos børn, både blandt dem, der var anbragte, og dem der ikke var anbragt uden for hjemmet. Børnenes daglige omsorgspersoner blev spurgt, om en læge eller psykolog havde konstateret, at barnet havde en langvarig sygdom eller et handicap. Blandt dem, hvor barnet altså havde en diagnose, blev der spurgt til handicappets art. Spørgeskemaet indeholdt således nogle på forhånd definerede svarkategorier med de sygdomme og handicap, som er udbredt blandt børn.

Tabel 3.3 viser omfanget og karakteren af handicap og langvarige sygdomme hos anbragte og ikke-anbragte børn. For de anbragte børn viser tabellen situationen for den gruppe børn i undersøgelsen (241), der var anbragt i både 2003 og 2007. Desuden viser en opgørelse over alle 446 børn fra undersøgelsen, som var anbragt i 2007; heri indgår de nylicgere anbragte børn med andre ord også. Blandt ikke-anbragte børn ser vi både på jævnaldrende i almindelighed og på dem, som undersøgelsen har defineret som udsatte. Blandt både de relativt langvarigt og nyligt anbragte børn var det 30 pct., der havde fået stillet en diagnose eller konstateret en langvarig sygdom, mens samme andel blandt de ikke-anbragte 11-årige børn var betydeligt lavere, nemlig 7 pct. For udsatte børn tegnede billedet sig mere lig de anbragte børn, idet 23 pct. i denne gruppe havde fået stillet en form for diagnose. Samtidigt viste det sig, at hvor flertallet (69 pct.) af ikke-anbragte 'diagnosebørn' kun havde én diagnose, havde

9. Billedet af, at de anbragte børn tilsyneladende har få symptomer og tager relativt lidt medicin, ændrede sig ikke væsentligt, når vi kontrollerede for baggrundsforhold som køn, anbringelsessted og -tidspunkt.

10. Når vi sammenligner over tid, tyder billedet endvidere på, at der er flere i 11-årsalderen, som er raske hele tiden. Det gælder både de anbragte børn (52 pct.) og de ikke-anbragte børn (43 pct.), jf. tabel 3.2. I 7-årsalderen var de tilsvarende andele henholdsvis 38 og 35 pct.

omtrent halvdelen (47-51 pct.) af de tilsvarende anbragte børn, både som 7-årige og 11-årige, mere end én diagnose, hvilket samtidig også gjaldt for udsatte børn. Børn, som var anbragt uden for hjemmet, eller som var socialt udsatte, var med andre ord ikke alene hyppigere ramt af langvarige sygdomme og handicap, problemtyngden var også større.

TABEL 3.3

Anbragte børn i alderen 7 år (2003) og 11 år (2007) samt ikke-anbragte og udsatte børn på 11 år med forskellige diagnoser (2007). Procent.

	Anbragt i både 2003 og 2007				Alle anbragte i 2007			Ikke-anbragte i 2007		
	7 år (2003)	Heraf med diagnoser	11 år (2007)	Heraf med diagnoser	Alle på 11 år (2007)	Heraf med diagnoser	Alle på 11 år (2007)	Heraf med diagnoser	Udsatte på 11 år (2007)	Heraf med diagnoser
<i>Antal diagnoser:</i>										
Antal uoplyste	2	-	4	-	3	-	0	-	0	-
1	14	49	14	53	15	56	5	69	11	48
2	8	30	7	28	6	23	1	19	8	35
3	3	10	3	11	4	14	1	7	2	7
4 +	3	9	2	8	2	8	0	4	2	9
<i>Diagnoser:</i>										
Udviklingshæmmet mht. sprog og begavelse	13	48	15	55	13	51	1	17	7	13
DAMP/ADHD	7	24	14	50	14	54	2	24	10	19
Børnepsykiatrisk sygdom	5	18	6	21	6	23	1	14	6	11

TABEL 3.3 (FORTSAT)

	Anbragt i både 2003 og 2007				Alle anbragte i 2007			Ikke-anbragte i 2007		
	7 år (2003)	Heraf med diagnoser	11 år (2007)	Heraf med diagnoser	Alle på 11 år (2007)	Heraf med diagnoser	Alle på 11 år (2007)	Heraf med diagnoser	Udsatte på 11 år (2007)	Heraf med diagnoser
Større handicap	8	25	5	19	4	15	2	30	4	7
Bevægelseshandicap	3	10	3	13	2	9	1	11	4	7
Talefejl i svær grad	7	24	2	8	2	8	1	13	4	7
Nedsat syn i svær grad	2	9	2	9	2	6	1	10	1	2
Ordblind	0	1	2	5	2	6	1	18	5	9
Nedsat hørelse i svær grad	1	4	1	3	1	3	3	9	1	2
Downs syndrom	0	0	0	0	1	3	0	2	0	0
Totale procentgrundlag	241	67	241	64	446	117	4771	337	236	54

Kilder: SFI's Forløbsundersøgelse af anbragte børn, 2003+2007 (respondentkilde: anbringelsesstederne) og SFI's Børneforløbsundersøgelse 2007 (respondentkilde: mødrene).

Note: Procenterne i tabellen er beregnet på baggrund af det totale procentgrundlag – dvs. det er kun de bekræftende besvarelser, der er beregnet i forhold til det totale procentgrundlag.

Der er således ikke taget højde for 'ved ikke' og andre besvarelser samt uoplyste, men kun de bekræftede svar er angivet i forhold til det totale procentgrundlag.

I tabellen har vi rangordnet de forskellige sygdomme efter, hvor hyppigt de forekom blandt anbragte børn i 2007. Det ses, at den hyppigst forekommende diagnose var udviklingshæmning, som omfattede 55 pct. af de både i 2003 og 2007 anbragte børn, der har fået stillet en diagnose, og 51 pct. blandt alle anbragte diagnosebørn. Når vi sammenligner med ikke-anbragte børn er forskellene i andelen med udviklingshæmning meget påfaldende. Næsthypigst forekom DAMP/ADHD, som 50 pct. af de relativt langvarigt anbragte og 54 pct. af alle anbragte børn med diagnoser led af. Det ses endvidere, at forekomsten af DAMP/ADHD er fordoblet fra 2003 til 2007, og ud fra tabellen er der en svag tendens til, at de nyligt anbragte børn i endnu videre udstrækning har denne diag-

nose. Den tredjehyppigste forekommende diagnose er børnepsykiatriske lidelser, som 23 pct. af alle anbragte børn med diagnoser led af. Også her ser det ud til, at denne diagnose er i vækst i takt med, at undersøgelsespopulationen er blevet ældre og/eller sammensætningen har ændret sig. Igen viser tabellen, at udsatte børn deler de anbragte børns problemer, hvad angår diagnoser og handicap, og i langt højere grad end de øvrige ikke-anbragte 11-årige i øvrigt. Væksten i diagnoserne DAMP/ADHD og børnepsykiatriske lidelser gælder imidlertid ikke kun de anbragte børn, men gør sig også gældende for de børn fra Børneforløbsundersøgelsen, som ikke var anbragt. Udviklingen kan tilskrives flere forhold: En forklaring kan være, at disse lidelser i en række tilfælde først udvikles senere i barnets tilværelse. En anden forklaring er, at det kan være lettere at diagnosticere et ældre barn end et, der er yngre. En tredje forklaring kan være, at der i perioden mellem 2003 og 2007 er en stigende tilbøjelighed til at udstyre børn, der arter sig unormalt med disse diagnoser;¹¹ en tilbøjelighed, der bl.a. kan ses i lyset af, at det er nemmere at få udløst midler til fx specialpædagogiske bistand, hvis barnet bærer en officiel mærkelap på, at det ikke er i normal udvikling.

I næsten alle de tilfælde, hvor et anbragt barn havde fået stillet en eller flere diagnoser, hvad enten det drejer sig om en sygdom eller et handicap, vurderede anbringelsesstederne, at der skulle tages hensyn til barnet i skolen. Ligeledes angav anbringelsesstederne, at lidt over halvdelen (54 pct.) af de diagnosticerede børn ikke kunne være sammen med eller lege normalt med andre børn. De anbragte børn med diagnoser må dermed siges at være temmelig udsatte, hvad angår forhold til skolen og i forhold til at kunne begå sig i sociale relationer, hvilket vil blive beskrevet nærmere senere i rapporten.

Opholder vi os alene ved de børn, der har fået stillet en diagnose, er der væsentlige forskelle på, hvilke former for diagnoser der korrelerer med, om barnet er anbragt. Som fremgået er der flere af de børn, der har fået stillet diagnoserne DAMP/ADHD, udviklingshæmning og børnepsykiatriske lidelse, der er anbragt end ikke-anbragt. Omvendt er diagnoserne 'større handicap', ordblindhed i en svær grad, nedsat hørelse

11. Sundhedsstyrelsens Landspatientregister viser fx, at der i perioden 1997-2005 inden for de fleste børnepsykiatriske diagnosegrupper er sket en markant stigning i andelen af børn og unge, der har været i ambulant behandling ved de offentlige sygehuse.

eller alvorlig talefejl mindre udbredt blandt anbragte børn end ikke-anbragte jævnaldrende i almindelighed.

Der kan være flere forklaringer på disse forhold. En forklaring kan være, at nogle typer handicap hos børnene korrelerer med de belastningsfaktorer, som findes i barnets opvækstmiljø. Det er fx velkendt, at misbrug i graviditetsperioden eller vanrøgt i den tidlige barndom kan påføre barnet skader, der sætter det bagud udviklingsmæssigt (Rutter & Rutter, 1997; Broberg, 2005). En anden forklaring – der ikke udelukker den første – er, at det kan være vanskeligere at have et alvorligt handicappet barn i hjemmet, hvis der også samtidigt er sociale problemer i opvækstmiljøet.¹² Som sådan er det måske ikke så overraskende, at børn med visse – og mere alvorlige – sygdomme eller diagnoser hyppigere end andre børn er anbragt uden for hjemmet.

PSYKISK SUNDHED OG TRIVSEL

Vi har ovenfor beskrevet, at 88 pct. af de anbragte 11-årige børn selv angav, at de helbredsmæssigt havde det godt, og at den positive vurdering af børnenes helbred i vid udstrækning blev bakket op af anbringelsesstederne. Vurderingerne omkring børnenes helbred illustrerer, hvordan sundhed og helbred oftest forbindes med fravær af sygdom alene. Psykisk sundhed og trivsel bør imidlertid medtænkes i vurderingen af barnets helbred. Ser vi på vurderinger af børnenes psykiske sundhed og trivsel, tegner billedet sig ikke på samme måde positivt.

Anbringelsesstederne vurderede samlet set, at 63 pct. af børnene havde tydelige eller ganske alvorlige vanskeligheder med hensyn til det følelsesmæssige område, koncentration, adfærd eller samspil med andre. Vanskelighederne havde ifølge anbringelsesstedet i næsten alle tilfælde (96 pct.) stået på i mere end et år, og godt 30 pct. af børnene var enten 'ret' eller 'virkelig meget ulykkelige' over disse vanskeligheder. Blandt børnene, der deltog i undersøgelsen, oplevede to tredjedele, at vanskelighederne havde stået på i mere end et år, og 27 pct. angav, at de var 'meget', 'virkelig meget kede af' eller 'bekymrede' herover, hvilket stemmer godt overens med anbringelsesstedernes vurderinger af vanskelighederne. Ifølge både anbringelsesstedet og børnenes egne besvarelser påvirke-

12. Endelig kan man, som påpeget i den internationale forskningslitteratur, i princippet ikke udelukke, at vanskelighederne knytter sig til forhold i anbringelsesforløbet eller efter anbringelsen (Rushton & Minnis, 2002).

de den følelsesmæssig ustabilitet hos barnet mest udpræget dets indlæring i skolen og forholdet til venner, mens fritidsaktiviteter og aktiviteter i hjemmet var mindre følsomme på det punkt.

Flere af børnene rapporterede om daglige eller ugentlige forstyrrelser eller ubalancer. Således svarede 25 pct. af børnene, at de dagligt eller ugentligt havde været kede af det i løbet af de sidste seks måneder, 38 pct. svarede, at de dagligt eller ugentligt havde været i dårligt humør inden for samme periode, 14 pct. at de havde været nervøse, og 43 pct. at de havde haft svært ved at falde i søvn dagligt eller ugentligt inden for det sidste halve år. 30 pct. af børnene havde således også efter eget udsagn taget piller eller medicin mod søvnproblemer og nervøsitet i måneden op til interviewtidspunktet.

SDQ SOM MÅL FOR BØRNS TRIVSEL

Statistisk set trives anbragte børn dårligere end andre børn på en række psykiske og sociale områder. Det viser megen forskning (Egelund & Hestbæk, 2003; Egelund et al., 2004). Overforekomsten af psykiske og sociale problemer hos børnene er ikke kun et aktuelt problem for børnene, men kan også tænkes at forårsage en senere ugunstig udvikling.

Til at måle børns psykiske og sociale situation – trivsel – anvendes ofte en standardiseret skala kaldet SDQ¹³ ('Strengths and difficulties questionnaire'), hvilket også vil være tilfældet her. SDQ-skalaen er udviklet af Goodman (1999) i USA og er oversat og valideret til danske forhold (Obel, Dalsgaard, Stax & Bildenbergh, 2003).¹⁴ Skalaen belyser fem felter eller problemtyper: emotionelle problemer, adfærdsvanskeligheder, hyperaktivitet, prosocial adfærd og kammeratskabsproblemer. Inden for hvert felt skelnes der mellem om barnets adfærd befinder sig inden for det normale område, om dets adfærd er uden for normalområdet, eller om det befinder sig i en midterkategori af 'hverken eller' adfærd (også kaldet borderline). På baggrund af fire ud af de fem indikatorer (prosocial adfærd undtaget) giver SDQ-skalaen et samlet mål for barnets trivsel.

13. Oplysninger om SDQ-skalaen og dens anvendelse findes på <http://www.sdqinfo.com>.

14. I Goodman (1997) sammenlignes SDQ og Rutters skalaer, og i Goodman & Scott (1999) sammenlignes SDQ og CBCL (Child Behaviour Checklist).

TABEL 3.4

Anbragte børns trivsel (udfald på SDQ-skalen) i 2003 og 2007 efter anbringelsesstedernes vurdering og egenvurdering (2007).

Sammenlignet med ikke-anbragte børn i 2007.

Kilde:	Børn, der var anbragt i både 2003 og 2007		Alle anbragte børn i 2007		Ikke-anbragte børn i 2007	
	Anbringelsesstedet		Anbringelsesstedet	Barnet selv	Mødre	Mødre
	7 år	11 år	11 år	11 år	Alle 11-årige	Udsatte 11-årige
<i>Emotionelle problemer:</i>						
Normalområdet	63	72	70	82	82	68
Midtergruppen	14	10	11	6	8	11
Uden for normalområdet	23	18	19	12	11	20
<i>Adfærdsproblemer:</i>						
Normalområdet	42	51	50	64	82	63
Midtergruppen	14	13	12	12	10	13
Uden for normalområdet	44	36	38	24	9	24
<i>Hyperaktivitet:</i>						
Normalområdet	40	45	47	66	87	65
Midtergruppen	8	11	9	9	4	9
Uden for normalområdet	52	44	44	25	9	26
<i>Kammeratskabsproblemer:</i>						
Normalområdet	60	62	57	76	88	57
Midtergruppen	9	8	9	22	5	12
Uden for normalområdet	31	29	34	2	7	31
<i>Prosocial adfærd:</i>						
Normalområdet	54	57	57	90	96	92
Midtergruppen	10	13	12	4	2	4
Uden for normalområdet	36	29	31	6	2	4
<i>Total score SDQ:</i>						
Normalområdet	30	35	33	66	91	59
Midtergruppen	18	18	17	20	4	11
Uden for normalområdet	52	47	50	14	5	30
Totale procentgrundlag	241	241	446	169	4.771	236

Kilder: SFI's Forløbsundersøgelse af anbragte børn, 2003+2007 (respondentkilde: anbringelsesstederne og børnene selv) og SFI's Børneforløbsundersøgelse 2007 (respondentkilde: mødrene).

Tabel 3.4 illustrerer, hvordan de 11-årige anbragte børn fordeler sig i forhold til SDQ-skalaen ifølge henholdsvis anbringelsesstederne og børnene selv. De 11-åriges SDQ-mål sammenlignes i tabellen desuden med deres fordeling på SDQ-skalaen i 2003, og med jævnaldrendes fordeling på de forskellige mål.

Tabel 3.4 viser for det første, at blandt de anbragte børn i 11-årsalderen, der både var anbragt i 2003 og 2007, var den samlede trivsel lidt bedre i 11-årsalderen end fire år tidligere. Men forskellene er små. Forbedringerne er navnlig sket i forhold til forekomst af emotionelle problemer, adfærdsvanskeligheder og hyperaktivitet. Her var andelen af børn, der lå inden for normalområdet, steget fra henholdsvis 63 til 72 pct. (emotionelle problemer), 42 til 51 pct. (adfærdsproblemer) og 40 til 45 pct. (hyperaktivitet), samtidig med, at andelen af børn, der lå uden for normalområdet, tilsvarende var faldet. Til gengæld var der lidt flere, der i 11-årsalderen havde fået kammeratskabsproblemer. Ser vi på alle anbragte børn i 2007, der som tidligere anført også inkluderer de 'nye' børn i undersøgelsespopulationen, afveg deres trivsel ikke væsentligt.

Hvis vi ser på de anbragte børns egne besvarelser, er de helt gennemgående langt mere optimistiske i forhold til de forskellige problemområder end den voksne på anbringelsesstedet. Mens anbringelsesstederne vurderede, at kun omkring en tredjedel af de anbragte var i normal trivsel, mente to tredjedele af de børn, som undersøgelsen fik besvarelser fra, det samme. Desværre foreligger der ikke opgørelser over, hvordan 11-årige ikke-anbragte børn vurderer sig selv belyst ud fra SDQ-skalaens mål. Som omtalt var antallet af anbragte børn, der selv deltog i undersøgelsen, ret begrænset og besvarelsesgrundlaget derfor usikkert. Forskellen i anbringelsesstedernes og børnenes opfattelser kan skyldes flere forhold, som dels vedrører validiteten i børnenes besvarelser, dels den forskellige tilgang til spørgsmålene, som børnene og anbringelsesstederne trods alt kan have. For det første kan det tænkes, at børnene har besvaret spørgsmålene på den måde, som de gerne *ville* se sig selv, eller på den måde som de tror, at interviewerens gerne vil have, at de svarer. Denne validitetsmæssige problematik er velkendt fra metodelitteraturen på området, og kan gøre sig gældende for voksne såvel som for børn og unge (Haraldsen & Dale, 2002). For det andet kan forskellene hænge sammen med det perspektiv, som parterne svarer ud fra: Anbringelsesstederne, og navnlig institutionerne, har teoretisk og praktisk erfaring til at kunne sammenligne børns udvikling, mens børnene primært må for-

modes at svare ud fra egne præferencer, følelser og eget erfaringsunivers. Børnenes besvarelser kan dermed indikere, at de ikke selv oplever SDQ-skalaens problematikker i særlig udtalt grad, mens de 'set udefra', dvs. fra anbringelsesstedernes synspunkt, er præget af en adfærd, der opfattes som afvigende. For en yderligere drøftelse af denne problematik henvises til Egelund et al. (2008).

Sammenligner vi de anbragte 11-årige børns trivsel med hele undersøgelsespopulationen af ikke-anbragte jævnaldrende, scorer de anbragte børn markant dårligere på SDQ-skalaens forskellige mål, ifølge de voksne, der har ansvar for barnet. Navnlige det samlede SDQ-mål for trivslen, hvor halvdelen af de anbragte børn befinder sig uden for normalområdet og kun 33 pct. inden for, er kritisk, taget deres ikke-anbragte jævnaldrendes fordeling på samme spørgsmål i betragtning. Blot 5 pct. blandt de ikke-anbragte jævnaldrende falder uden for normalområdet på det samlede SDQ-mål, mens 9 ud af 10 børn er i normal trivsel efter denne målestok. Men også inden for rækken af de enkelte problemtyper, dvs. adfærdsproblemer, hyperaktivitet, kammeratskabsproblemer og pro-social adfærd klarer de anbragte børn sig alarmerende dårligt, sammenlignet med de ikke-anbragte som helhed. Kun på spørgsmålene omkring emotionelle problemer nærmer de to grupper sig hinanden med en difference på 7 pct. i andelen, der falder uden for normalområdet.

Ser vi derimod på de *udsatte* børn, er forskellene mellem anbragte og ikke-anbragte børns trivsel ifølge SDQ-indikatorerne mindre. I forhold til kammeratskabsproblemer og emotionelle problemer var der næsten ingen forskelle mellem anbragte og ikke-anbragte udsatte børns fordelinger, og det samme gjaldt stort set også i forhold til andelen med adfærdsproblemer. I forhold til de resterende indikatorer vedrørende hyperaktivitet og pro-social adfærd, synes de udsatte børn dog at klare sig bedre end de anbragte børn. Det samme gør sig gældende i forhold til det samlede trivselsmål – her faldt 59 pct. af de udsatte børn inden for normalområdet, mens det som nævnt kun gjaldt for 33 pct. af de anbragte børn.¹⁵

15. Det kan være relevant at fremanalysere, hvilke anbragte børn der især har den type psykiske problemer, som SDQ-skalaen måler. Således tegner der sig et billede af, at børn anbragt efter 2003, dvs. som 7-årige eller senere, scorer langt dårligere på en række SDQ-mål end øvrige anbragte børn. Ligeledes viser der sig at være sammenhæng mellem type af anbringelsessted og en række SDQ-mål. Børn anbragt i slægtspleje er tydeligvis dem, der klarer sig bedst på samtlige SDQ-mål. Også når der kontrolleres for køn, viser der sig forskelle i SDQ. I kapitel 4 vil vi

På grundlag af datagrundlaget kan vi konkludere, at anbragte 11-årige har det dårligere psykisk og socialt, end deres ikke-anbragte jævnaldrende, også når vi sammenligner med udsatte jævnaldrende, som i øvrigt antages at dele visse karakteristika med børn, som er anbragt uden for hjemmet.¹⁶

Vi vil i de to følgende kapitler bevæge os nærmere ind på spørgsmålet om, hvilke kategorier af anbragte børn der især har problemer med den psykiske sundhed og trivsel, og om der ser ud til at blive iværksat de rette indsatser i forhold til børnenes problemer!

SKOLEGANG

Ifølge anbringelsesreformen skal indsatser for at forbedre børnenes skoleforhold målrettes det enkelte barn under hensyntagen til dets særlige problemer. Problemstillinger i forbindelse med barnets skolegang kan vedrøre både faglige og sociale forhold, som igen hver især kan rumme flere forhold.

FAGLIGHED

Undersøgelsen viser, at der er betydelige forskelle mellem anbragte og ikke-anbragte børn i 11-årsalderen med hensyn til, hvordan de klarer sig i skolen fagligt set. Tabel 3.5 rummer oplysninger om undervisningsform og vurderinger af det faglige niveau for både anbragte og ikke-anbragte børn. Tabellen viser for det første, at kun knap halvdelen (46 pct.) af de anbragte børn modtog almindelig undervisning på en folkeskole, privat- eller friskole, mens samme andel for de ikke-anbragte børn var 87 pct. Blandt de udsatte børn gjaldt det for 62 pct. Lidt over halvdelen af de anbragte børn modtog specialundervisning, enten udelukkende (fx i en specialklasse) som en del af skolegangen i 'normalsystemet' (13 pct.) og i nogle tilfælde kombineret med den almindelige undervisning (11 pct.), mens godt hvert fjerde anbragte barn (28 pct.) var indskrevet uden for normalsystemet, typisk på en specialskole eller på en intern skole på

komme nærmere ind på, hvordan forskellige anbragte børn adskiller sig fra hinanden, hvad angår bl.a. SDQ (for uddybende analyse henvises i øvrigt til Egelund et al., 2008).

16. De udsatte børn er, som omtalt i kapitel 2, defineret ved, at de selv eller deres familie som helhed modtager en form for støtte eller indsats fra kommunen, der indikerer, at gruppen af 'udsatte børn' har væsentlige problemer i lighed med de anbragte børn.

anbringelsesstedet. Kun 9 pct. af de 4.772 ikke-anbragte børn fra Børneforløbsundersøgelsen modtog undervisning på en special- eller intern skole. Blandt de ikke-anbragte børn fra Børneforløbsundersøgelsen, som er defineret som udsatte, var det 36 pct., der modtog specialundervisning eventuelt kombineret med almindelig undervisning. Anbragte børn og udsatte børn ligner således hinanden mere i forhold til, hvilken undervisningsorganisering de er indrullet i.

Ifølge besvarelsene fra anbringelsesstederne gjaldt det for en tredjedel af alle de anbragte børn, at den skole, de gik på, ikke var opdelt efter klassetrin. En undervisningstilrettelæggelse, der ikke var klassetrinsopdelt, fandt oftest sted for de børn, der gik på en specialskole, på en intern skole på anbringelsesstedet, eller når barnet udelukkende modtog specialundervisning på en almindelig folke- eller privatskole.

For det andet viser tabel 3.5, at for de børn, som på undersøgelsestidspunktet var indrullet i klassetrinsopdelte undervisningsforløb, gjaldt, at lidt over halvdelen af de anbragte børn gik i femte klasse eller derover. Denne andel var næsten identisk med ikke-anbragte udsatte børn (50 pct.), men afveg betragteligt fra ikke-anbragte jævnaldrende børn i almindelighed, hvor 77 pct. af børnene var nået til femte klassetrin. Da vi ved fra anbringelsesstedernes oplysninger, at kun 11 pct. af de anbragte børn havde gået en klasse om, må en del af 'forsinkelsen' skyldes andre forhold. Fra en tidligere rapport om Forløbsundersøgelsen af anbragte børn (Egelund et al., 2004) ved vi, at nogle af de anbragte børn er kommet senere i skole end deres jævnaldrende, som ikke er anbragte, men forsinkelsen kan også skyldes andre forhold, fx at nogle børn i perioder har opholdt sig uden for skolesystemet.

Anbringelsesstedet blev endvidere bedt om at forholde sig til det vurderende spørgsmål om, hvilket klassetrin han/hun mente, at barnets indlæringsniveau svarede til. Ifølge disse vurderinger ser børnene reelt ud til at være svagere fagligt set, end deres faktiske klassetrin umiddelbart foranlediger til at tro. Ifølge anbringelsesstederne var der nemlig endnu færre af de anbragte børn, hvis indlæringsniveau svarede til 4. klasse eller derover. Omkring en tredjedel af alle de anbragte børn svarede ifølge anbringelsesstederne indlæringsmæssigt kun til 1., 2. eller 3. klasse på trods af, at børnene på undersøgelsestidspunktet var 11 år gamle. Kun 30 pct. af anbringelsesstederne vurderede, at børnenes faglige niveau svarede til 5. klasse eller derover, hvorved der tegner sig et billede af, at bør-

nene typisk går i en højere klasse end deres faglige evner rækker. Der findes ikke tilsvarende oplysninger om ikke-anbragte børn.

TABEL 3.5

Anbragte 11-årige børns skoleforhold sammenlignet med ikke-anbragte jævnaldrende børns skoleforhold. Procent.

	Anbragte børn 11 år	Ikke- anbragte børn 11 år	Udsatte 11-årige
<i>Type af undervisning, barnet modtager:</i>			
Almindelig undervisning på folke- eller privatskole	47	87	62
Både alm. og specialundervisning på folke- eller privatskole	11	9	36
Specialundervisning på folke- eller privatskole	13	3	1
Går på special- eller intern skole på anbringelsesstedet	28		
Andet	1		
<i>Barnets aktuelle klassetrin:</i>			
Under 4. klasse	3	0	5
4. klasse	41	23	45
5. klasse eller derover	57	77	50
Ved ikke/andet	0*	0	0
<i>Barnets evner tilsvarende:</i>			
Under 4.klasse	34		
4. klasse	26		
5. klasse eller derover	30		
Ved ikke/andet	10		
<i>Kan følge med i fagligt dansk:**</i>			
I høj grad	31	67	49
I nogen grad	49	29	37
I ringe grad/slet ikke	20	4	13
<i>Kan følge med fagligt matematik:**</i>			
I høj grad	26	61	48
I nogen grad	48	35	37
I ringe grad/slet ikke	26	4	13
Totale procentgrundlag	446	4.771	236

Kilder: SFI's Forløbsundersøgelse af anbragte børn, 2007 (respondentkilde: anbringelsesstederne) og SFI's Børneforløbsundersøgelse 2007 (respondentkilde: mødrene).

* Det er vigtigt at pointere, at hele 34 pct. af de anbragte børn går i en skole, som ikke er opdelt efter klassetrin. Spørgsmålet om fordeling på klassetrin er således kun blevet stillet til de anbringelsessteder, hvor børnenes skole er klassetrinsopdelt.

** Eksklusive ved ikke og uplyst.

Et tilsvarende mønster tegner sig, når vi ser på besvarelser om, hvordan børn, anbragte som ikke-anbragte, klarede sig rent fagligt i de forskellige fag. I tabel 3.5 er medtaget oplysninger om niveauet i dansk og matematik. Hvor omkring to tredjedele af mødrene til et ikke-anbragt barn mente, at deres barn i høj grad kunne følge fagligt med i dansk (67 pct.) og matematik (61 pct.), var det ifølge anbringelsesstedernes vurdering kun hvert tredje anbragte barn, der klarede sig på tilsvarende niveau; dansk (31 pct.) og matematik (26 pct.). For de udsatte børn var andelen, der klarede sig i godt i dansk og matematik, henholdsvis 49 og 48 pct., hvilket tegner et billede af, at også disse jævnaldrende klarer sig lidt bedre end de anbragte børn. Det var da også kun knapt halvdelen af anbringelsesstederne (46 pct.), der vurderede, at barnet formentlig vil kunne gennemføre et skoleforløb svarende til 9. klasses afgangseksamen (ikke medtaget i tabel 3.5).

De 169 anbragte børn, der medvirkede i undersøgelsen, svarede også selv på, i hvilken udstrækning de oplevede at klare sig rent fagligt. På udsagnet ”Du er god til de fleste fag i skolen” angav 45 pct. af de anbragte børn, at det passede rigtig godt på dem, 44 pct. svarede, at det passede nogenlunde, mens 11 pct. af børnene oplyste, at det ikke eller slet ikke passede på dem. På et andet og mere direkte formuleret spørgsmål til børnene om, hvordan de synes, de klarer sig rent fagligt i skolen (”Hvordan synes du selv, at du klarer dig i skolen rent fagligt?”), tegnede børnene dog et mere beskedent billede af sig selv: 32 pct. svarede, at de klarede sig meget godt, 47 pct. at de klarede sig godt og de resterende 20 pct., at de klarede sig blot nogenlunde eller ikke særlig godt. Samtidig skal det medtages, at 30 pct. af børnene oplyste, at de enten var meget eller lidt bange for at få forståelsesproblemer i løbet af det kommende skoleår, mens 70 pct. ikke delte denne frygt.

For en yderligere drøftelse af forskellene på børnenes egne besvarelser og besvarelser indhentet fra børnenes anbringelsessteder henvises til Egelund et al. (2008).

Opsummerende kan vi konkludere, at ud fra de oplysninger, som anbringelsesstederne har bidraget med til undersøgelsen, må anbragte børn – set over en kam – siges at befinde sig på et væsentligt lavere fagligt niveau end deres jævnaldrende, der ikke er anbragte. Det gælder både i forhold til jævnaldrende generelt set og jævnaldrende udsatte børn, der ellers deler visse forudsætninger med de anbragte børn. Besvarelserne fra de anbragte børn, som har medvirket i undersøgelsen, efter-

lader dog et lidt mere optimistisk billede. Vi kan ud fra det øvrige besvarelsesmønster ikke udelukke, at optimismen beror på, at de krav, der stilles til børnene måske ikke er særligt høje. Hvis denne antagelse er holdbar rejser det bl.a. spørgsmålet, om den undervisning, der tilbydes visse af de anbragte børn, kan stimulere dem tilstrækkeligt.

TRIVSEL I SKOLEN

Et er, hvordan børnene klarer sig rent fagligt i skolen, noget andet er, hvordan børnene trives i skolen socialt set. Tabel 3.6 illustrerer forekomsten af blandt andet sociale og psykiske problemer i skolen.

TABEL 3.6

Anbragte 11-årige børns trivsel i skolen sammenlignet med ikke-anbragte jævnaldrende børns trivsel i skolen. Procent.

	Anbragte børn 11 år	Ikke-anbragte børn 11 år	Udsatte børn 11 år
<i>Barnet har inden for det sidste år haft følgende problemer i skolen:</i>			
Psykiske problemer (trist, manglende selvtillid, tilbagetrukken)	50	20	58
Koncentrationsproblemer (vil ikke lave lektier, følger ikke med i undervisning)	69	23	60
Taleproblemer/talebesvær/sprogproblemer	25	3	8
Konflikter med kammerater	61	26	51
Konflikter med lærere	46	13	37
Barnet har haft et eller flere af ovennævnte problemer i skolen	89	45	84
Barnet har haft venner på besøg eller selv været på besøg hos venner	84	97	88
Er blevet mobbet eller har selv været med til at mobbe andre	55	20	41
Procentgrundlag	446	4.771	236

Kilder: SFI's Forløbsundersøgelse af anbragte børn, 2007 (respondentkilde: anbringelsesstederne) og SFI's Børneforløbsundersøgelse 2007 (respondentkilde: mødrene).

Anbringelsesstederne vurderede samlet set, at 89 pct. af de anbragte børn havde et eller flere af følgende problemer i skolen: psykiske problemer (fx manglende selvtillid), koncentrationsproblemer, taleproblemer eller konflikter med lærere og/eller andre elever, hvilket trivselsmålene tidligere i kapitlet også vidnede om. Værst så det ud for de anbragte børn i forhold til koncentrationsbesvær, som 69 pct. af børnene havde haft problemer med inden for det sidste år. Men også konflikter med kammerater (61 pct.), psykiske problemer (50 pct.) og konflikter med lærere (46 pct.) er noget, der havde præget børnene inden for det sidste år. Sammenligner vi de anbragte børn med de ikke-anbragte jævnaldrende, viser det sig ikke overraskende, at disse børn samlet set har markant færre skoleproblemer. Det drejer sig om halvt så mange (45 pct.) af de ikke-anbragte børn, der havde oplevet et eller flere af de omtalte problemer inden for det sidste år. Ser vi på udsatte børn, er der større lighed med hensyn til problemtyngden: 84 pct. af de udsatte børn havde oplevet et eller flere skoleproblemer. For både de ikke-anbragte børn som helhed, og for de udsatte børn gjaldt, at typen af skoleproblemer, der forekom hyppigst, var de samme som for de anbragte børn. Således gjaldt det også for de ikke-anbragte børn, at de problemer, de oftest måtte slås med, var koncentrationsbesvær, psykiske problemer og konflikter med kammerater.

Undersøgelsen indhentede også oplysninger om forekomster af mobning (jf. tabel 3.6). Ifølge anbringelsesstederne havde 55 pct. af de anbragte børn enten selv været med til at mobbe eller var blevet mobbet af andre.¹⁷ Lidt færre (41 pct.) af de udsatte børn havde været indblandet i mobning, og langt færre (20 pct.) af de ikke-anbragte børn havde som helhed delt denne erfaring. Socialt set trives de anbragte børn altså væsentlig dårligere end ikke-anbragte børn som en helhed, og samtidig noget dårligere end udsatte børn.

Endelig blev der spurgt til, om barnet havde haft besøg af kammerater eller selv havde været på besøg inden for det sidste år. Her var resultaterne mere opløftende, idet det store flertal af anbragte børn (84 pct.) havde været på besøg eller haft besøg af venner. Ikke desto mindre forekom andelen af socialt marginaliserede børn at være større, når vi sammenligner med de ikke-anbragte jævnaldrende. Hvor det altså således

17. Der er lidt flere, der selv er blevet mobbet (45 pct.), end der har været med til at mobbe andre (38 pct.).

var 16 pct. af de anbragte børn, der ikke havde denne erfaring, var den tilsvarende andel for ikke-anbragte jævnaldrende i almindelighed på kun 3 pct.

SAMMENFATNING

Kapitlets formål var at tilvejebringe et overblik over, hvorvidt anbragte børns helbredstilstand, trivsel og skoleforhold adskiller sig fra jævnaldrende børn på 11 år, der ikke er anbragt uden for hjemmet. På baggrund af data fra SFP's Forløbsundersøgelse af anbragte børn og SFP's Børneforløbsundersøgelse fandt vi ingen væsentlige forskelle mellem de to undersøgelsespopulationer i forhold til den almene helbredstilstand.

Anbragte børn synes ikke hyppigere end andre børn i den pågældende aldersgruppe at være overvægtige eller skrante helbredsmæssigt: Forekomster af sygdomsperioder og symptomer på fx hoste, hoved- og mavepine er således omtrent den samme. Til gengæld viste materialet, at anbragte børn i langt videre udstrækning end børn i almindelighed har fået stillet en diagnose, dvs. har et handicap eller en langvarig sygdom. Analyserne viste videre, at andelen af børn med sammensatte diagnoser (multihandicap) var større blandt dem, der var anbragt end blandt dem, der ikke var anbragt. Desuden led anbragte børn betydeligt hyppigere af børnepsykiatriske sygdomme, DAMP/ADHD og især udviklingshæmning. Ved hjælp af den såkaldte SDQ-skala sammenlignede vi også den psyko-soziale tilstand i de to undersøgelsespopulationer. På baggrund af informationer fra børnenes daglige omsorgspersoner fandt vi, at anbragte børn i markant større udstrækning end deres ikke-anbragte jævnaldrende faldt uden for det normale trivselsområde. Informationer fra de anbragte børn selv tegnede dog et mere optimistisk billede af deres trivsel. I forhold til skolegangen viste vores analyse, at sammenlignet med børn i almindelighed modtager en ret stor andel af anbragte børn udelukkende specialundervisning enten i 'normalsystemet', på specialskoler eller på interne skoler på anbringelsesstedet. Hvert tredje anbragte barn modtager ikke-klassemæssigt opdelt undervisning, og blandt de resterende to tredjedele tyder undersøgelsen på, at en betragtelig andel befinder sig på et lavere klassetrin, end deres alder egentlig berettiger til. Sammenlignet med børn i almindelighed, halter flere anbragte børn bagud fagligt, og de har også dobbelt så hyppigt trivselsmæssige problemer i skolen.

Vi undersøgte også, om anbragte børn adskilte sig fra en sammenligningsgruppe af *ikke-anbragte udsatte* børn på samme alderstrin, dvs. børn der havde modtaget en eller anden form for social foranstaltning. På de allerfleste mål om helbreds- og skoleforhold, som indgik i analysen, var den gennemgående tendens, at de udsatte børn i højere grad end børn i almindelighed lignede de anbragte børn, skønt situationen var knap så slem for denne sammenligningsgruppe. Et enkelt undersøgelsesfund, som gik i den modsatte retning, skal dog fremhæves særskilt: Vi fandt, at den almene helbredstilstand (sygdomsperioder, klager over mavepine, smerter og vejrtræningsproblemer mv.) var dårligere blandt udsatte børn end blandt jævnaldrene, der var anbragt. Hvis vi betragter den situation, som sammenligningsgruppen af udsatte børn befinder sig i, som et potentielt forstadium til et senere anbringelsesforløb, ser det med andre ord ud til, at en anbringelse uden for hjemmet kan bidrage positivt til at forbedre børns almene helbredstilstand.

Det, efter vor opfattelse, mest i øjenfaldende undersøgelsesfund, som er kommet frem via denne gennemgang, er forskellen i andelen af børn med langvarige sygdomme og handicap (de såkaldt diagnosebørn). Os bekendt har tidligere dansk forskning om anbragte børn ikke fokuseret så skarpt på dette. At børn, anbragt på grund af vanrøgt og mishandling, har en disproportional høj risiko for at være funktionshæmmede, er imidlertid kendt fra den internationale forskning om anbringelser og børnemishandling (Bruhn, 2003; Stone, 2006). Med afsæt i engelske forhold anfører Rushton & Minnis (2002) bl.a., at tidligere studier har vist, at mellem en tredjedel og halvdelen af anbragte børn har problemer af klinisk signifikans, jf. også Parker (1966) og Lambert et al. (1977). Også nyere studier har vist, at der blandt anbragte børn er en højere forekomst af mentale helbreds- og udviklingsmæssige problemer (Benedict et al., 1996; Quinton, 1998), kognitive vanskeligheder og adfærdsproblemer (St Claire & Osborn, 1987), samt en hyppigere forekomst af diagnoser som ADHD og alvorlige depressioner (Zima et al., 1999). De resultater, som vi finder om danske anbragte børn, er således i overensstemmelse med tilsvarende udenlandske fund. Vi antager, at den hyppigere forekomst af diagnosebørn, blandt den anbragte undersøgelsespopulation, bidrager til at forklare, hvorfor anbragte børn hyppigere er i dårligere trivsel og klarer sig dårligere i skolen end deres ikke-anbragte jævnaldrende. Denne problemstilling uddybes i kapitel fire.

ANBRAGTE BØRN MED FORSKELLIGE PROBLEMTYPER

PROBLEMSTILLING

I det foregående har vi opholdt os ved, hvordan anbragte børns situation ser ud i forhold til jævnaldrende børn, der ikke er anbragt. Vi har vist, at børn, der er anbragt uden for hjemmet, hyppigere har handicap og langvarige sygdomme, hyppigere har trivselsproblemer og hyppigere har det vanskeligt i skolen.

Hvis vi skal bedømme, om anbragte børn med helbreds- og skoleproblemer faktisk får den opmærksomhed og modtager den indsats, som anbringelsesreformen lægger op til, at de skal have, forekommer det nødvendigt at indkredse, hvilke variationer der er i undersøgelsespopulationen. Vores forventning er, at den indsats, som kommunerne yder til anbragte børn, bør skulle ses i forhold til de forudsætninger, som børnene har: For børn med læse- eller indlæringsvanskeligheder forventer vi fx, at der i de handleplaner, som udarbejdes for børnene, vil være formuleret mål for afhjælpning af netop disse problemer. Det forekommer omvendt mindre nødvendigt, hvis barnet klarer sig godt i skolen. I dette kapitel fokuserer vi på indbyrdes forskelle blandt de anbragte børn: Er der nogle kategorier af anbragte børn, som i særlig grad ser ud til at have vanskeligheder, der knytter sig til sundheds- og skoleområderne? I det efterfølgende redegør vi først for de indikatorer, som ligger til grund for vores opdeling af datamaterialet, og derefter efterprøver vi, hvordan opdelin-

gen fungerer i forhold til de mål i undersøgelsesmaterialet, som beskriver barnets sundheds- og skoleforhold. Kapitel fem sætter fokus på, hvordan indsatserne faktisk fordeler sig.

MODELUDVIKLING – KATEGORISERING AF ANBRAGTE BØRN MED FORSKELLIGE FORUDSÆTNINGER

INFORMATION OM ANBRINGELSESÅRSAGER

I de spørgeskemaer, som lå til grund for undersøgelsen, fandtes ingen spørgsmål, som direkte og under ét kunne bidrage til at opfylde vores analysestrategi om at opdele det samlede undersøgelsesmaterialet efter børnenes problemtyper, så vi kunne tilvejebringe et billede af, hvilke børn der har gode henholdsvis mindre gode forudsætninger for at klare sig på henholdsvis skole- og helbredsområdet. Vi var derfor nødt til at gå indirekte til værks. En kilde, der kunne give et fingerpeg om børns problemområder, var information om anbringelsesårsagen.

Ved dataindsamlingen i 2007 blev anbringelsesstederne stillet en række spørgsmål, der skulle bidrage til at karakterisere børnenes situation, herunder hvorfor børnene var anbragt uden for hjemmet. På spørgsmålet: ”Hvad er hovedårsagen til anbringelse af netop dette barn?”, var anført en række (18) lukkede, dvs. ’på-forhånd-definerede’ svarmuligheder. Anbringelsesstederne havde mulighed for at afgive en eller flere begrundelser. Svarmulighederne kan opdeles i følgende kategorier:

- Årsager, der refererede til, at barnet var anbragt, fordi det var psykisk udviklingshæmmet, handicappet eller havde fysiske helbredsproblemer.
- Årsager, der refererede til, at anbringelsen var sket på grund af adfærdsproblemer hos barnet, dvs. at det havde psykiske problemer, skolemæssige problemer, adfærdsproblemer i almindelighed eller kriminalitetsrelaterede problemer.
- Anbringelsesårsager, som var begrundet i, at barnet havde været udsat for vanrøgt eller forsømmelse, fysisk mishandling eller seksuelle overgreb.
- Årsager, der refererede til forhold hos forældrene eller deres miljø. Anbringelsen kunne således skyldes, at forældrene havde psykiske

- problemer, var sindslidende, havde et misbrug af alkohol eller stoffer, havde alvorlig fysisk sygdom eller handicap, var fraværende eller døde, eller befandt sig i et miljø præget af vold eller stærk fattigdom.
- Endelig havde anbringelsesstederne mulighed for at anføre, at årsagerne til anbringelsen skyldtes andre grunde, eller at de ikke vidste, hvorfor barnet var anbragt. Disse svarmuligheder blev sjældent brugt, hvilket tyder på, at de på forhånd definerede svarkategorier fungerede godt og i det væsentlige udtømte undersøgelsesuniverset.

TABEL 4.1

Anbringelsesårsager for 11-årige anbragte børn 2007. Procent.

	Antal gange årsag er angivet	Procent blandt alle anbragte børn
<i>Barnet har:</i>		
Handicap/fysiske helbredsproblemer	37	8
Psykisk udviklingshæmning	40	9
<i>Barnet har:</i>		
Adfærdsproblemer	166	37
Psykiske problemer	105	24
Skoleproblemer	128	29
Kriminalitetsproblemer	2	0
<i>Barnet har været udsat for:</i>		
Fysisk mishandling	35	8
Forsømmelse/vanrøgt	191	43
Seksuelle overgreb	27	6
<i>Forældrenes situation:</i>		
Miljø præget af vold mellem de voksne	95	21
Psykiske problemer eller sindslidelse	136	30
Misbrug af alkohol/stoffer	184	41
Er kriminelle	28	6
Alvorlig fysisk sygdom eller handicap	14	3
Psykisk udviklingshæmning	27	6
Miljø præget af fattigdom	33	7
Fraværende (syge, døde mv.)	24	5
Andre årsager til anbringelsen	36	8
Totale procentgrundlag		446

Kilde: SFT's Forløbsundersøgelse blandt anbragte børn i 1995-kohorten. Besvarelser fra anbringelsesstederne 2007.

Tabel 4.1 tilvejebringer et overblik over, hvilke anbringelsesårsager der blev opgivet af anbringelsesstedet. Samtlige af de mulige anbringelsesår-

sager, som Forløbsundersøgelsen af anbragte børn spurgte til, indgår. Tabellen viser, at den hyppigste årsag til anbringelse er, at barnet har været udsat for forsømmelse eller vanrøgt, hvilket blev angivet af 43 pct. af de 446 anbringelsessteder, der deltog i undersøgelsen i 2007. Næst hyppigste anbringelsesårsag er forældres misbrug (41 pct.), mens adfærdsvanskeligheder hos barnet er den tredje hyppigste årsag (37 pct.). 75 pct. af alle de anbragte børn var anbragt af én af disse tre, mest hyppige anbringelsesårsager.

Det skal endvidere bemærkes, at ca. en tredjedel af anbringelsesstederne angav, at der var end én årsag til anbringelsen, en anden tredjedel, at der var to-tre anbringelsesårsager, mens den sidste tredjedel angav, at der var fire eller flere årsager. Antallet af begrundelser for anbringelsen overskrider således langt antallet af besvarelser (446) fra anbringelsesstederne i 2007. I gennemsnit var der for hvert barn angivet knapt tre anbringelsesårsager (se tabel 4.7 bagerst i rapporten), hvilket illustrerer, at de problemstillinger, som ligger til grund for, at et barn bliver anbragt, er komplekse.

INFORMATION OM DIAGNOSTICEREDE SYGDOMME OG HANDICAP

Som omtalt i kapitel 3 var forekomsten af diagnosticerede sygdomme og handicap væsentlig højere blandt anbragte børn end blandt deres ikke-anbragte jævnaldrene, og undersøgelsesfundene tydede tillige på, at sygdomsbillederne og problemtyngden i lidelserne var forskellige. Fundene er i overensstemmelse med resultater fra andre undersøgelser, som tilsvarende har vist en overhyppighed af mentale lidelser og indlæringsvanskeligheder blandt børn, der var anbragt uden for hjemmet (Rushton & Minnis, 2002).

Vi har antaget, at forekomst af langvarig sygdom og handicap vil bidrage med væsentlig forklaringskraft i forhold til børns psykiske trivsel og i forhold til deres muligheder for at klare sig i skolen. Navnlig de hyppigt forekommende diagnoser som DAMP/ADHD, udviklingshæmning og børnepsykiatriske sygdomme forventes at påvirke børnenes indlæringsmuligheder, men også andre typer af handicap kan tænkes at påvirke børns skolemæssige trivsel negativt.

KATEGORISERING AF PROBLEMFØREKOMSTER HOS 11-ÅRIGE ANBRAGTE BØRN

Ved at kombinere anbringelsesstedernes besvarelser om anbringelsesårsager med informationer om, hvorvidt barnet var blevet diagnosticeret som langvarigt sygt eller handicappet har vi, til brug for det videre analysearbejde, kategoriseret undersøgelsespopulationen i fem grupperinger, som 'rangordner' de anbragte børn efter omfanget af forskellige problemforekomster, der er rapporteret om dem, jf. figur 4.1. Vores analyse tager således afsæt i en tankegang om kumulering af problemtyper (fx Rutter & Rutter, 1997), hvor de børn, der er omfattet af vanskeligheder på flest områder, antages at have de svageste forudsætninger for at klare sig og derfor har behov for mest mulig støtte.

FIGUR 4.1

Grafisk fremstilling af kategoriseringen af anbragte børn efter problemforekomster.

Gruppe 1 (34 pct. N=150)	Forældre- problemer (68 pct.)	Vanrøgt/ Overgreb (47 pct.)	Adfærds- problemer (54 pct.)	Handicap/- sygdomme (alle)
Gruppe 2 (26 pct. N=115)	Forældre- problemer (71 pct.)	Vanrøgt/ Overgreb (61 pct.)	Adfærds- problemer (alle)	
Gruppe 3 (13 pct. N=115)	Forældre- problemer (64 pct.)	Vanrøgt/ Overgreb (alle)		
Gruppe 4 (24 pct. N=107)	Forældre- problemer (alle)			
Uplacerbare (3 pct. N=15)				

GRUPPE 1

Den første gruppering består dels af børn, hvor anbringelsesårsagen var, at barnet havde fysiske helbredsproblemer eller et handicap (8 pct. af alle de anbragte børn), eller at barnet var psykisk udviklingshæmmet (9 pct.). Dels indgår i denne gruppering tillige de børn, om hvem anbringelsesstederne oplyste, at barnet var blevet diagnosticeret som langvarigt sygt

eller handicappet (30 pct.), uanset om diagnosticeringen var direkte årsag til anbringelsen eller ej. Det gjaldt således for ca. halvdelen af de børn, der havde fået stillet en diagnose om langvarig sygdom eller handicap, at anbringelsesstederne samtidig angav, at årsagen til anbringelsen var begrundet i barnets fysiske eller psykiske helbredsproblemer. Børn, der har fået stillet en diagnose, kan således udmærket være anbragt af andre årsager end selve det forhold, at de har en sygdom eller et handicap (se tabel 4.8 i rapportens bilagstabeller, der illustrerer anbringelsesårsager blandt børn med og uden diagnoser). Diagnosticerede børn kan desuden være anbragt både på grund af deres helbredsproblemer og samtidig på grund af andre forhold. Det gjaldt således for 27 pct. af børnene i denne gruppe (svarende til 40 børn), at de ifølge anbringelsesstederne udelukkende var anbragt på grund af fysisk eller psykisk sygdom. Flertallet af børnene (110 børn) var anbragt af mindst én yderligere årsag, og i knap halvdelen af tilfældene var der opgivet tre eller flere årsager til anbringelsen. Analyser viste, at halvdelen af børnene i denne gruppering ud over handicappet tillige var anbragt på grund af adfærdsproblemer; om halvdelen blev det rapporteret, at anbringelsen skyldtes, at de har været udsat for vanrøgt og/eller overgreb, mens to tredjedele tillige var anbragt på grund af forældrerelaterede problemer.

Børnene i gruppe 1 deler på en række områder således karakteristika med andre anbragte børn, jf. nedenfor, men har derudover nogle særlige helbredsmæssige forudsætninger (typisk DAMP/ADHD og psykisk udviklingshæmning), som antages at stille dem ringere end andre i forhold til at kunne klare sig på både skole- og sundhedsområdet.

Samlet set faldt 150 børn, svarende til 34 pct. af de anbragte børn i undersøgelsen, inden for gruppe 1.

Informationer, der yderligere kan bidrage til at karakterisere børnene, viser, at der var en betydelig overvægt af drenge (64 pct.) i gruppe 1, hvilket fremgår af tabel 4.2. Børnene i gruppe 1 fordelte sig jævnt mellem plejefamilier og døgninstitutioner, men de var lidt hyppigere end anbragte børn i almindelighed frivilligt anbragt (gjaldt for 93 pct. af børnene) og var også typisk blevet anbragt lidt tidligere end flertallet. Det gjaldt for 48 pct. af børnene i gruppe 1, at de var blevet anbragt i løbet af deres femte leveår eller tidligere; det samme var tilfældet for 41 pct. af de anbragte børn overordnet set. De tidlige anbringelser for børnene i gruppe 1 kan skyldes, at børnenes diagnoser og helbredsmæssige

problemer har vist sig tidligt. De fleste af børnene (88 pct.) forventedes, ifølge anbringelsesstederne, at være anbragt til de fyldte 18 år.

GRUPPE 2

Gruppe 2 udgør 26 pct. de anbragte børn (svarende til 115 børn), der deltog i undersøgelsen på grundlag af anbringelsesstedernes besvarelser. Gruppen består af børn, der ifølge anbringelsesstederne var anbragt af årsager, der knyttede sig til børnene selv i form af adfærdsproblemer (86 pct.), psykiske problemer (49 pct.), skoleproblemer (60 pct.) og/eller kriminalitetsproblemer (1 pct.). Analyser viste, at der var en meget stærk sammenhæng mellem forekomst af adfærdsproblemer, psykiske problemer og skoleproblemer. Det var således 67 pct. af børn med adfærdsproblemer og 66 pct. af børn med psykiske problemer, der også var blevet anbragt på grund af skoleproblemer.

Ingen af børnene i denne gruppering havde fået stillet en egentlig diagnose (da ville de være placeret under gruppe 1), men vores opgørelser tydede på, at børn, der falder i denne gruppering, hyppigt havde en bagage af komplekse problemstillinger: I gennemsnit angav anbringelsesstederne over fire årsager til, at børnene var blevet anbragt. Det gjaldt således for knap to tredjedele af børnene i denne gruppering, at de ud over deres adfærdsvanskeligheder også havde været udsat for vanrøgt eller overgreb, lige som knapt tre fjerdedele var blevet anbragt af årsager, der knyttede sig til forældrene eller opvækstmiljøet.

Blandt børn, der faldt i denne gruppering, forventede vi at finde vanskeligheder på skoleområdet, men ikke nødvendigvis i forhold til sundhed og helbred.

Ligesom i gruppe 1 var der også en lille overvægt af drenge (59 pct.) i gruppe 2, hvilket kan tilskrives, at drenge hyppigere end piger udvikler adfærdsforstyrrelser med udadreagerende adfærd (fx Broberg, 2005). Tabel 4.2 viser endvidere, at gruppe 2-børnene sjældnere end andre anbragte børn var anbragt i en form for plejefamilie: Kun 47 pct. mod 70 pct. af de anbragte børn som helhed. Forklaringen kan være, at børnene med adfærdsproblemer er vanskeligere at håndtere for 'almindelige' plejefamilier, mens en række døgninstitutioner har behandlingstilbud til børn med netop disse problemer. En meget stor del af børnene – 4 ud af 5 – var først blevet anbragt efter skolestart, og sammenlignet med andre anbragte børn var der relativt mange anbringelsessteder, som vurderede, at barnet ville kunne hjemgives, før det fyldte 18 år.

GRUPPE 3

Blandt de øvrige anbragte børn var *ingen* blevet anbragt på grund af diagnosticeret fysisk eller psykisk sygdom, og *ingen* var ifølge anbringelsesstederne blevet anbragt af årsager, der knyttede sig til, at børnene havde adfærdsmæssige problemer.

Børnene i gruppe 3 har det tilfælles, at de alle var anbragt, fordi de havde været udsat for vanrøgt og/eller fysiske eller seksuelle overgreb. Næsten alle børnene (95 pct.) havde været udsat for vanrøgt/forsømmelse, mens anbringelsesårsagerne fysisk og seksuelle overgreb var sjældnere forekommende (henholdsvis 12 og 14 pct. i den pågældende gruppe). Det skal understreges, at en stor del af børnene i denne gruppe, omkring to tredjedele, også var anbragt på grund af forældrenes misbrugsproblemer, fattigdom osv. (se tabel 4.9 i rapportens bilag).

Mens der var en overrepræsentation af drenge i gruppe 1 og 2, var der i gruppe 3 omvendt en overvægt af piger (59 pct.). Børnene i gruppe 3 var blevet tvangsanbragt oftere end gennemsnittet, nemlig i 21 pct. af alle anbringelser, mens samme andel for de anbragte børn totalt set var 12 pct. Børnene boede hyppigere end andre anbragte børn i plejefamilier, og anbringelsestidspunktet fordelte sig jævnt.

Gruppe 3 består af 59 børn, svarende til 13 pct. af alle de anbragte børn.

Betimeligheden i at etablere gruppe 3 som en selvstændig kategori har indgået i vores overvejelser, da det kan give et misvisende billede af situationen for de børn, som har været udsat for vanrøgt og overgreb. Vi skal derfor for det første understrege, at det kun er en mindre del (omkring 30 pct.) af de børn, som er anbragt på grund af disse hændelser, der indgår i gruppe 3, da de to ovennævnte kategorier, gruppe 1¹⁸ og 2¹⁹, også opfanger børn, som har været udsat for vanrøgt og overgreb. For det andet skal vi også understrege, at det faktum, at selve anbringelsesårsagen er begrundet i omstændigheder, der ligger uden for børnene selv, ikke automatisk er ensbetydende med, at børnene er i god trivsel eller uden problemer. Det er således velkendt fra forskningslitteraturen,

18. I de tilfælde, hvor børnene har fået en diagnose, er de som ovenfor beskrevet placeret i gruppe 1, uanset de øvrige anbringelsesårsager, der måtte gælde for dem.

19. I de tilfælde, hvor overgreb på børnene har ført til adfærds-, skole- eller psykiske problemer i en sådan grad, at disse problemer er opgivet som anbringelsesårsag, er børnene placeret i gruppe 2.

at børn der har været udsat for disse hændelser har risiko for at få alvorlige skader og forstyrrelser (fx Broberg et al., 2005).

På den anden side er det ud fra litteraturen om risikobørn dog også velbegrunderet at antage, at børn, der både har været udsat for vanrøgt eller overgreb og samtidig har lidt under forældrerelaterede problemstillinger som fattigdom, misbrug, sindslidelse mv., alt andet lige har flere ting at slås med (og dermed dårligere forudsætninger for at klare sig sundheds- og skolemæssigt) end børn, der *alene* har forældrenes problemer som anbringelsesårsag.

Da ingen af de børn, som falder i denne gruppering, er anbragt på grund af forhold, der er relateret til dem selv, antager vi, at denne gruppe vil klare sig en anelse bedre i skolen end både gruppe 1 og 2. Med hensyn til de helbredsmæssige forhold forventer vi, at børnene i gruppe 3 i udgangspunktet er bedre stillet end børnene i gruppe 1, mens vi er usikre på, om der vil vise sig at være store forskelle i forhold til børnene i gruppe 2, som i vid udstrækning var anbragt på grund af psykiske problemer, som kan tænkes at påvirke deres helbred og trivsel.

GRUPPE 4

Den fjerde gruppe består af de resterende børn, hvor anbringelsesårsagen ifølge plejefamilien eller institutionen, *alene* var begrundet i forhold, der lå uden for barnet selv, dvs. i opvækstmiljøet eller skyldes faktorer hos forældrene. Det gjaldt for 107 af børnene svarende til 24 pct. i undersøgelsen, at de var anbragt af sådanne forældrerelaterede årsager. Blandt børnene i denne gruppe var der således ingen, der var anbragt af helbredsmæssige eller adfærdsmæssige grunde. Derfor antog vi, at børnene i gruppe 4 relativt set ville klare sig godt, både mht. sundhed og skole. Anbringelsen har for børnene i gruppe 4 fjernet en helt afgørende del af børnenes problemer fra deres hverdag (forældrenes misbrug, fattigdom mv.), mens det for de øvrige børn gælder, at problemerne har fulgt med dem: De har en sygdom, et handicap eller alvorlige adfærds- og skoleproblemer, eller de har lidt vanrøgt og overgreb i en sådan grad, at det kan have sat sig som spor hos barnet. Børnene i gruppe 4 har det til fælles, at de er blevet fjernet ene og alene på grund af problemer hos deres forældre.

I gruppe 4 var en lille overvægt piger (54 pct.), og børnene i denne gruppe boede altovervejende i plejefamilier, som ofte var slægtspleje. Tendensen var, at en del var blevet anbragt meget tidligt i barn-

dommen og ofte havde anbringelsen været frivillig. 9 ud af 10 børn i denne gruppe forventedes at skulle være anbragt frem til deres fyldte 18 år.

GRUPPE 5: UPLACERBARE

Den femte og sidste gruppe består af 15 anbragte børn (svarende til 3 pct.), hvorom anbringelsesstederne ikke anførte nogle anbringelsesårsager, der falder inden for spørgeskemaets kategorier. Anbringelsesstederne havde typisk svaret 'andet' eller 'ved ikke'. Dermed var det ikke muligt at placere disse 15 børn i forhold til de 4 grupper. Besvarelserne fra disse 15 'uplacerbare' børn og deres anbringelsessteder vil i det følgende optræde i de viste tabeller sammen med besvarelserne om de øvrige grupper, men vil i øvrigt ikke blive kommenteret, da grupperingen 'de uplacerbare' udgør en talmæssig så lille størrelse.

Grupperingen 'uplacerbare' adskiller sig fra de øvrige kategorier ved at bestå af en påfaldende overvægt af piger (73 pct.), ved at alle 15 børn var anbragt i en plejefamilie, og ved at en relativ stor andel var anbragt i spædbarnsalderen.

TABEL 4.2

Baggrundsprofil for anbragte børn kategoriseret i fire grupper samt uplacerbare. Procent.

	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4	Upla- cerbare	Total	N
<i>Køn:</i>							
Dreng	64	59	41	46	27	54	241
Pige	36	41	59	54	73	46	205
<i>Anbringelsessted:</i>							
Plejefamilie kendt/slægt	6	4	10	22	0	10	43
Plejefamilie ukendt	59	43	75	66	100	60	265
Døgninst.behandling	12	30	5	3	0	13	59
Døgninst. skolehjem	3	1	0	0	0	1	6
Døgninst. andet	8	3	7	6	0	6	26
Socialpædagogisk op- holdssted	10	18	2	4	0	9	40
<i>Anbringelsestidspunkt:</i>							
0-2 år	25	6	16	35	53	22	95
3-5 år	23	13	21	14	13	18	76
6-8 år	21	41	36	30	20	30	129
9-11 år	31	40	27	22	13	30	127
<i>Anbringelsesform:</i>							
Frivillig	93	86	77	86	85	88	381
Tvang	7	12	21	13	15	12	50
Akut	0	0	2	1	0	0	2
<i>Formodet længde af anbringelse:</i>							
Maksimum 1 år	1	4	3	2	0	3	11
Flere år	15	31	16	9	7	18	78
Til barnet er 18 år	82	63	71	83	93	76	336
Ved ikke	2	2	10	6	0	3	18
Total	150	115	59	107	15	446	446

Kilde: SFI's Forløbsundersøgelse blandt anbragte børn i 1995-kohorten. Besvarelser fra anbringelsesstederne 2007.

SUNDHEDSFORHOLD BLANDT GRUPPERNE AF ANBRAGTE BØRN

I forhold til den almene helbredstilstand viste kapitel 3, at anbragte og ikke-anbragte børn generelt lå på samme niveau i forhold til forekomst af symptomer på mavesmerter og hovedpine, mens de anbragte børn til

gengæld havde et højere forbrug af visse former for medicin. Hvordan ser det ud med den fysiske sundhed de forskellige grupper af anbragte børn imellem?

TABEL 4.3

Helbred, symptomer og medicinforbrug hos anbragte børn på 11 år kategoriseret i fire grupper samt uplacerbare. 2007. Procent.

Symptomer	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4	Upla- cerbare	Total	N
<i>Helbredstilstand de sidste 12 mdr.:</i>							
Rask hele tiden	50	45	57	61	50	52	231
Få sygdomsperioder	47	52	41	39	43	46	202
Flere sygdomsperioder	3	3	2	0	7	2	9
<i>Klager over hovedpine/ mavepine/kvalme:</i>							
Passer godt	6	10	10	8	21	8	37
Passer delvist	16	18	17	22	29	19	83
Passer ikke	78	72	73	70	50	72	320
Har oplevet længere perioder med vejr- trækningsproblemer	7	5	5	4	0	5	438
Har hostet i længere tid efter forkølelse	5	8	12	9	0	7	432
Har hoste i forbindelse med fysisk aktivitet	5	4	9	2	0	5	433
<i>I medicinsk behandling for astma:</i>							
Ja, dagligt	10	2	7	1	0	5	21
Ja, ved symptomer	3	2	0	6	0	3	12
Nej	87	96	93	93	100	92	403
I medicinsk behandling for epilepsi	10	2	0	0	7	4	429
<i>Får beroligende medicin:</i>							
Ja, dagligt	28	0	0	0	0	9	41
Ja, ved symptomer	1	0	0	0	0	0	1
Nej	71	100	100	100	100	91	392
Total	150	115	59	107	15	446	446

Kilde: SFT's Forløbsundersøgelse blandt anbragte børn i 1995-kohorten. Besvarelser fra anbringelsesstederne 2007.

Tabel 4.3 viser, at forbruget af de udvalgte medicinformer hos de anbragte børn overvejende kan tilskrives børnene i gruppe 1. Ikke overraskende anvendte denne gruppe børn hyppigere medicin end de øvrige anbragte børn, men børnene i gruppe 1 havde tilsyneladende ikke signifikant flere sygdomsperioder end de øvrige børn. Børnene i gruppe 1 var endvidere en anelse mindre tilbøjelige til at klage over hovedpine, mavepine og kvalme end de øvrige anbragte børn, hvilket kan skyldes, at deres diagnosticerede sygdomme, handicap og/eller psykiske lidelser overskygger sådanne 'mindre' gener som hoved- og mavepine. Det kan også tænkes, at børnene i gruppe 1 er mindre bevidste om egen krop og dermed ikke gør opmærksom på fx hoved- og mavepine i samme omfang, som andre ikke-diagnosticerede og ikke-handicappede børn.

Tabellen viser videre, at børnene i gruppe 3 lidt hyppigere lader til at have flere symptomer i form af hoste, end de anbragte børn gennemsnitligt har, hvilket kan indikere et behov for at skærpe opmærksomheden på helbredsproblemer såsom astma og allergi. Det skal imidlertid understreges, at der kun er tale om tendenser og ikke om statistisk signifikante sammenhænge.²⁰

Bortset fra det højere medicinforbrug blandt gruppe 1-børnene må vi overordnet konkludere, at de anbragte børn ikke adskiller sig voldsomt meget fra hinanden, hvad den fysiske sundhedstilstand angår. Vi forventer dog, at gruppe-1 børnene hyppigere end andre vil modtage lægelig behandling som indsats.

Når det drejer sig om den psykiske sundhed og trivsel er forskellene mellem de forskellige grupper af anbragte børn mere markante. Som indikator for børnenes psykiske sundhed og trivsel anvendes SDQ-målet lige som i kapitel 3. De forskellige børnegrupperes respektive fordelinger på SDQ-målet fremgår af tabel 4.4, herunder emotionelle, adfærds- og kammeratskabsproblemer, problemer med hyperaktivitet og prosocial adfærd samt den samlede SDQ-score for trivsel.

20. Der er samlet set kun tale om 7 ud af de i alt 59 børn i gruppe 3, der har hostet i længere tid efter en forkølelse, og 5 børn ud af 59 i gruppe 3, der hyppigt har hostet i forbindelse med sport, anstrengelse eller grinen.

TABEL 4.4

Anbragte 11-årige børn fordelt efter udfald på SDQ-skalaen. Særskilt for fire grupper samt uplacerbare. Procent.

	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4	Uplacerbare	Total	N
<i>Emotionelle problemer:</i>							
Normalområdet	66	67	61	85	64	70	309
Midtergruppen	14	11	14	5	7	11	47
Uden for normalområdet	20	23	25	10	29	19	86
Signifikanstest (Chi ²)						0,023	
<i>Adfærdsproblemer:</i>							
Normalområdet	45	38	46	70	72	50	222
Midtergruppen	8	14	10	14	14	12	51
Uden for normalområdet	47	48	44	16	14	38	169
Signifikanstest (Chi ²)						0,001	
<i>Hyperaktivitet:</i>							
Normalområdet	25	43	54	71	86	47	206
Midtergruppen	9	6	14	10	0	9	40
Uden for normalområdet	66	51	32	19	14	44	196
Signifikanstest (Chi ²)						0,000	
<i>Kammeratskabs problemer:</i>							
Normalområdet	41	45	74	83	50	57	251
Midtergruppen	12	13	7	3	7	9	41
Uden for normalområdet	47	42	19	14	43	34	150
Signifikanstest (Chi ²)						0,000	
<i>Prosocial adfærd:</i>							
Normalområdet	50	39	68	79	64	57	252
Midtergruppen	10	14	15	11	14	12	54
Uden for normalområdet	40	47	17	9	22	31	136
Signifikanstest (Chi ²)						0,000	
<i>Total score SDQ:</i>							
Normalområdet	15	26	32	63	50	33	146
Midtergruppen	16	14	24	18	21	17	76
Uden for normalområdet	69	60	44	19	29	50	220
Signifikanstest (Chi ²)						0,000	
Total	150	115	59	107	15	446	446

Kilde: SFI's Forløbsundersøgelse blandt anbragte børn i 1995-kohorten. Besvarelser fra anbringelsesstederne 2007.

Tabel 4.4 viser, at børnene i gruppe 1 adskiller sig signifikant fra gennemsnittet af anbragte børn, hvad angår hyperaktivitet, kammeratskabsproblemer og den samlede SDQ-score. På disse tre punkter klarer børnene i gruppe 1 sig væsentlig dårligere end de øvrige anbragte børn. Ligeledes var der en tendens til, at børnene i gruppe 1 udviste mindre prosocial adfærd end andre og havde både adfærdsmæssige og emotionelle problemer, men dog ikke i en sådan grad, at forskellene på børnene i gruppe 1 og gennemsnittet af anbragte børn var signifikant forskellig på disse mål.

Når det gælder børnene i gruppe 2, hvor fællestrækket er adfærdsproblemer mv. hos barnet selv, viser det sig ikke overraskende, at denne gruppe udviser flest adfærdsproblemer og scorede lavest i forhold til prosocial adfærd. Deres problemer på disse områder er således markant værre end for gennemsnittet af anbragte børn. Hvad angår spørgsmålene om hyperaktivitet, kammeratskabsproblemer og den totale score på SDQ-målet klarede børnene i gruppe 2 sig ligeledes dårligere end gennemsnittet af anbragte børn, men dog ikke i en sådan grad, at forskellen er stærkt signifikant.

For børnene i gruppe 3 er tendensen, at de har en bedre score end anbragte børn i gennemsnit i forhold til prosocial adfærd, ligesom de har færre kammeratskabsproblemer. Til gengæld har de i signifikant højere grad end gennemsnittet af anbragte børn adfærds- og emotionelle problemer.

Endelig er der børnene i gruppe 4, som scorede bedre end gennemsnittet af anbragte børn på samtlige SDQ-mål. I særlig høj grad synes disse børn – modsat andre anbragte børn – at kunne sige sig fri for problemer med hyperaktivitet og kammeratskabsrelationer, ligesom en relativ høj andel (63 pct.) befandt sig inden for normalområdet på den samlede trivselsmålestok.

Opholder vi os ved den totale SDQ-score, som er det samlede mål for børnenes trivsel, ses blandt de grupperinger af børn, vi har opstillet, en tydelig graduering i andelen, der falder henholdsvis inden for og uden for normalområdet. Blandt gruppe 1-børnene var det således kun 15 pct., der faldt inden for normalområdet, blandt gruppe 2-børnene var det 26 pct., og blandt gruppe 3-børnene var det 32 pct., der var i normal trivsel. Herefter følger et markant spring, idet det var hele 63 pct. af børnene i gruppe 4, hvis trivsel var inden for normalområdet. Vores antagelse om at gruppe 1 og 2 er værst stillet (og som følge heraf forven-

tes at få opmærksomhed herom i forhold til indsatser), mens gruppe 4 børnene klarer sig relativt godt, viser sig således at holde stik. Gennemgangen har imidlertid også vist, at ganske mange børn i gruppe 3 er i dårlig trivsel, og at disse navnlig har emotionelle problemer. Derfor forventer vi, at disse børn hyppigt vil modtage indsatser til afhjælpning af disse problemer, fx psykologbistand.

SKOLEFORHOLD BLANDT FORSKELLIGE GRUPPER AF ANBRAGTE BØRN

I kapitel 3 så vi, hvordan anbragte børn generelt klarede sig fagligt dårligere i skolen end ikke-anbragte børn. En tredjedel af alle de anbragte børn gik på en skole, der ikke var klasstrins-opdelt, og blandt de anbragte børn, der gik på klasstrins-opdelte skoler, var tendensen, at de anbragte børn befandt sig på lavere klasstrin end deres ikke-anbragte jævnaldrende. I det følgende ser vi nærmere på, hvilke grupper af anbragte børn der har henholdsvis flest og færrest skoleproblemer. Tabel 4.5 viser, hvordan grupperne fordeler sig i forhold til klasstrin, undervisningsform og præstationsniveau.

Det fremgår af tabellen, at børnene i gruppe 1 falder mest igennem med hensyn til samtlige skoleforhold. På spørgsmålet om klasstrin ses det, at blot 40 pct. af børnene i gruppe 1 gik i 5. klasse eller derover, mens det gjaldt for 57 pct. af de anbragte børn som samlet gruppe, og til sammenligning for hele 69 pct. af børnene i gruppe 4. Forskellen på børnene i gruppe 1 og gennemsnittet af de anbragte børn bliver endnu mere markant, når vi ser på spørgsmålet om, hvad klasstrin barnets evner svarede til. Her svarede kun 8 pct. af anbringelsesstederne, at barnets evner svarer til 5. klasse eller derover, mens samme andel for de anbragte børn samlet set er 30 pct., og for børnene i gruppe 4 hele 56 pct. For børnene i gruppe 1 anførte over halvdelen af anbringelsesstederne, at disses faglige evner svarer til 1. eller 2. klasse, hvilket kun gjaldt for en fjerdedel blandt gennemsnittet af de anbragte børn. Børnene i gruppe 1 modtog da også markant hyppigere specialundervisning og undervisning på intern skole eller specialskole end andre anbragte børn.

TABEL 4.5

Skoleforhold blandt anbragte børn på 11 år. Særskilt for fire grupper samt uplacerbare. 2007. Procent.

	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4	Upla- cerbare	Total	Antal
<i>Barnets faktiske klassetrin:*</i>							
Under 4. klasse	8	4	0	2	0	3	9
4. klasse	52	44	40	31	42	41	117
5. klasse eller over	40	52	60	69	58	57	159
<i>Klassetrin, som barnets evner tilsvare:</i>							
Under 4. klasse	50	44	16	12	7	33	146
4. klasse	19	25	39	28	47	26	116
5. klasse eller over	8	25	43	56	40	30	131
Ved ikke/andet	23	6	2	4	7	11	46
<i>Barnet kan følge med i dansk:</i>							
I høj grad	17	26	40	51	27	31	136
I nogen grad	47	51	53	46	60	50	218
I ringe grad/slet ikke	35	21	7	4	7	19	86
<i>Barnet kan følge med i matematik:</i>							
I høj grad	18	22	26	43	20	26	116
I nogen grad	39	53	60	45	67	48	211
I ringe grad/slet ikke	43	25	12	12	7	26	113
Gået en klasse om	15	11	17	6	7	12	402
<i>Undervisningstype:</i>							
Almindelig undervisning på privat- eller folkeskole	17	36	76	84	60	47	203
Både almindelig og special- undervisning, privat- eller folkeskole	9	9	14	11	33	11	47
Specialundervisning på privat- eller folkeskole	22	15	7	3	0	13	55
Undervisning på intern- eller specialskole	50	40	2	3	7	28	119
Andet	1	1	2	0	0	1	4
Totale procentgrundlag	150	115	59	107	15	100	446

Kilde: SFT's Forløbsundersøgelse blandt anbragte børn i 1995-kohorten. Besvarelser fra anbringelsesstederne 2007.

* 34 pct. af de anbragte børn går ifølge anbringelsesstederne ikke i en klassetrins-opdelt skole. Det er således kun de resterende 66 pct. af besvarelserne, der indgår på netop dette spørgsmål.

Den gruppe anbragte børn, der klarede sig bedst fagligt set, er den samme gruppe børn, som vi så i forrige afsnit klarede sig godt helbreds- og trivselsmæssigt, nemlig gruppe 4. Som omtalt er der en klar tendens til, at børnene i gruppe 4, sammenlignet med gennemsnittet af anbragte børn, modtog undervisning på et højere klassetrin og blev vurderet højere rent evnemæssigt. De havde også sjældnere end gennemsnittet gået en klasse om. Disse børn, der var anbragt af årsager, som alene relaterede sig til forældrene, adskilte sig desuden signifikant fra de øvrige anbragte børn ved i markant højere grad at kunne følge med i undervisningen i både dansk og matematik. Desuden modtog de hyppigere end andre anbragte børn almindelig undervisning frem for specialundervisning: Afvigelserne er særligt store, når vi sammenligner med børnene i gruppe 1 og 2.

Næstbedst klarede de børn sig, som vi har kategoriseret som gruppe 3, dvs. de børn, der var anbragt, fordi de har lidt vanrøgt/forsømmelse eller har været udsat for overgreb, men uden at anbringelsesårsagerne i øvrigt relaterede sig til børnene selv. Det store flertal havde ifølge anbringelsesstederne evner, der rakte til deres faktiske klassetrin, dvs. fjerde eller femte klasse, og som helhed vurderedes det også, at de kunne følge godt med i dansk- og matematikundervisningen, ligesom de signifikant hyppigere end gennemsnittet af anbragte børn modtog almindelig undervisning: 70 pct. af børnene i gruppe 3 modtog almindelig undervisning på en folkeskole eller privatskole mod 17 pct. af børnene i gruppe 1 og 48 pct. blandt de anbragte børn samlet set.

Endelig er der gruppe 2, som næst efter gruppe 1 blev vurderet dårligst på de skoleforhold, der optræder i tabel 4.5. Gruppen adskiller sig signifikant fra de øvrige anbragte børn på spørgsmålet om, hvilket klassetrin barnets evner svarede til: For 44 pct. svarede evnerne til 4. klasse mod 33 pct. for anbragte børn samlet set. Desuden adskilte børnene sig ikke overraskende fra gennemsnittet med hensyn til, hvilken undervisningsform de modtog. Mange gruppe 2-børn var netop anbragt på grund af skoleproblemer, hvilket forklarer, hvorfor de hyppigere end andre anbragte boede på skolehjem og dermed modtog specialundervisning på deres bosted. Det gjaldt således for hele 40 pct. af børnene i gruppe 2 mod 18 pct. blandt børnene i øvrigt.

Ud over de faglige forhold kan det også være relevant at fokusere på de mere sociale aspekter af skolelivet, samt de eventuelle psykiske og trivselsmæssige problemer, de anbragte børn måtte have. Tabel 4.6

viser, hvordan børnene i de forskellige grupper fordeler sig på en række sociale og psykiske skoleforhold.

TABEL 4.6

Skoleproblemer blandt anbragte børn. Særskilt for fire grupper samt oplacerbare. 2007. Procent.

	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4	Uplacerbare	Total	N
<i>Barnet har inden for sidste år haft følgende problemer i skolen:</i>							
Psykiske problemer (trist, manglende selvtillid, tilbagetrukken)	58	60	48	35	33	50	427
Koncentrationsproblemer (vil ikke lave lektier, følger ikke med i undervisningen)	83	73	68	48	53	69	431
Taleproblemer/ talebesvær/ sprogproblemer	42	28	17	6	7	25	446
Konflikter med kammerater	74	76	54	43	50	63	433
Konflikter med lærere	62	63	31	25	21	48	431
<i>Barnet har haft venner på besøg inden for det sidste år:</i>							
Nej	25	27	2	4	7	17	74
En enkelt gang	24	10	2	5	7	12	53
Flere gange	52	63	96	92	80	71	316
<i>Barnet har været på besøg hos venner inden for det sidste år:</i>							
Nej	26	24	4	3	13	16	73
En enkelt gang	24	16	4	6	7	14	63
Flere gange	50	60	93	82	73	70	307
Barnet har mindst en lærer, som barnet er særlig glad for	65	67	68	68	60	67	413
Totale procentgrundlag	150	115	59	107	15	.	446

Kilde: SFI's Forløbsundersøgelse blandt anbragte børn i 1995-kohorten. Besvarelser fra anbringelsesstederne 2007.

Note: Eksklusive ved ikke og uoplyste.

I forhold til problemstillinger, der kan hæmme indlæringsmuligheder (psykiske problemer, koncentrationsvanskeligheder og taleproblemer) tegner tabel 4.6 det overordnede mønster – i overensstemmelse med det foregående – at det var børnene i gruppe 1, der var vanskeligst stillet efterfulgt af næstfølgende grupperinger. Således havde henholdsvis 58 og 60 pct. af børnene i gruppe 1 og 2 psykiske problemer i skolen, mens det kun gjaldt for henholdsvis 48 og 35 pct. af børnene i gruppe 3 og 4. Lige så markante er forskellene, når vi sammenligner spørgsmålene om koncentrationsproblemer og taleproblemer. Også her viser det sig, at børnene i særdeleshed i gruppe 1, og delvist også i gruppe 2, havde alvorlige problemer, der er signifikant værre end for de anbragte børn i helhed.

Førløbsundersøgelsen blandt de anbragte børn indhentede tillige informationer om børnenes sociale liv. For børnene i gruppe 1 og 2 angav anbringelsesstederne, at kun omkring halvdelen havde været på besøg eller haft besøg af venner flere gange gennem det sidste år, mens næsten alle børn (henholdsvis 96 og 92 pct.) i gruppe 3 og 4 efter denne målestok havde venner. Undersøgelsen bærer således vidnesbyrd om, at anbragte børn med handicap og udtalte adfærdsproblemer i vid udstrækning er socialt marginaliserede i forhold til deres jævnaldrende. Andre informationer fra Førløbsundersøgelsen understøtter dette fund, idet anbringelsesstederne blev spurgt, om barnet var vellidt af andre børn. Også her tegnede der sig et billede af, at børnene i gruppe 1 og 2 haltede efter. Mens henholdsvis 63 og 74 pct. blandt børnene i gruppe 3 og 4, ud fra anbringelsesstedernes vurdering var vellidt af andre børn, gjaldt det tilsvarende kun for henholdsvis 36 og 31 pct. af børnene i gruppe 1 og 2.

Det sidste forhold i tabel 4.6 omhandler gruppernes fordeling på spørgsmålet, om barnet har mindst én lærer det er særligt glad for eller knyttet til. På dette spørgsmål er der ikke signifikant forskel mellem de fire grupper, vi har konstrueret. Generelt var de anbragte børn særligt glade for mindst én lærer, hvilket gælder for 60-68 pct. af alle de anbragte børn.

SAMMENFATNING

For at etablere en målestok for de anbragte børns forudsætninger og behov for særlig støtte eller indsatser, valgte vi at opdele børnene i fire grupperinger. Desuden opstod en lille restgruppe af børn, som ikke kun-

ne placeres i grupperne. Kategoriseringen tog dels afsæt i om barnet havde et handicap, dels i de anbringelsesårsager, som anbringelsesstederne havde givet oplysninger om. Antagelsen var, at jo flere problemområder, som barnet ud fra disse indikatorer var omfattet af, desto vanskeligere ville det være stillet helbreds- og trivselsmæssigt og i forhold til at klare sig i skolen.

Vi testede derpå vores antagelse i datamaterialet. Resultaterne viste, at der var en betydelig differentiering blandt de anbragte børn, bortset fra i forhold til den almene helbredstilstand (målt på sygdomsperioder, hoste og mavepine).

Gruppe 1-børnene er efter undersøgelsens definitioner de mest problembelastede, fordi de ud over sociale problemer, der knytter sig til såvel dem selv som til forældrene, tillige har et handicap. Gruppe 1 tegnede sig for størstedelen af medicinforbruget blandt de anbragte børn, og to tredjedele faldt uden for normalområdet rent trivselsmæssigt. Flertallet (to tredjedele) modtog specialundervisning og havde vanskeligt ved at klare sig fagligt i skolen på det alderssvarende trin. Desuden var mange socialt isolerede fra deres jævnaldrende.

Blandt gruppe 2, børn med udtalte adfærdsproblemer, faldt en lidt mindre andel uden for normalområdet mht. trivsel (60 pct.). Mange af børnene havde svært ved at klare sig i skolen, og omkring halvdelen modtog specialundervisning. Også i denne gruppe var der mange børn, som synes at være socialt isolerede fra deres kammerater. At disse børn har alvorlige problemer er måske ikke så overraskende, fordi gruppen netop er karakteriseret ved at have de mest komplekse problemstillinger, dvs. flest forskellige anbringelsesårsager.

Den tredje gruppe børn var ikke anbragt på grund af egentlige handicap eller adfærdsproblemer, men 'kun' fordi de havde været udsat for vanrøgt og/eller overgreb. I to ud af tre tilfælde optrådte der tillige forældrerelaterede problemer. Som helhed trivedes disse børn noget bedre end de ovennævnte, skønt det fortsat var en ganske stor gruppe, der faldt uden for det normale område (44 pct.). Flertallet af børnene var i det almindelige skolesystem og så ud til at klare sig igennem rent fagligt. Disse børn så også ud til at være velfungerende i forhold til kammerater. Alligevel var der blandt denne gruppe også tegn på, at børnene har brug for særlig støtte og bistand, idet især andelene med emotionelle problemer og med koncentrationsvanskeligheder i skolen var ganske høj.

Børnene i den sidste gruppe 4, som 'kun' var anbragt på grund af forældrerelaterede problemer, klarede sig relativt godt. Flertallet faldt inden for det trivselsmæssige normalområde: stort set alle gik i det normale undervisningssystem, og helhedsindtrykket var, at de klarede sig fagligt rimeligt godt i skolen, lige som relationerne til kammerater var velfungerede. Når det er påpeget, skal vi dog også understrege, at der er tale om en relativ betragtning. Når vi perspektiverende sammenligner med 'almindelige' ikke-anbragte børn, jf. kapitel 3, er selv de bedst stillede anbragte børn her i gruppe 4 betydeligt dårligere fungerende i forhold til trivsel, i forhold til forskellige problemer omkring deres skolegang og i forhold til konflikter med lærere og kammerater.

Ikke desto mindre danner undersøgelsesfundene i kapitel 4 alt i alt grundlag for at antage, at det især vil være børn i gruppe 1 og 2, som er genstand for indsatser eller særlig støtte og sjældent børn i gruppe 4.

INDSATSER I FORHOLD TIL ANBRAGTE BØRNS SUNDHED OG SKOLEGANG

INDLEDNING

Formålet i dette kapitel er at indkredse, hvad der gøres for at afhjælpe de sundheds- og skoleproblemer, som anbragte børn har. I Forløbsundersøgelsen om anbragte børn blev både anbringelsessteder og børnenes sagsbehandlere spurgt om, hvilke mål og indsatser der var iværksat i forhold til børnene. Disse svar er kilder til indsigt om børnenes problemer og om eksisterende handleplaner, målsætninger og igangsatte indsatser. Kapitlet fokuserer på to temaer: For det første finder vi det væsentligt at opholde os ved, om de to videnskilder, vi inddrager i analysen, anbringelsesstederne og sagsbehandlerne, har en ensartet opfattelse af børnenes problemstillinger og af de indsatser, der var sat i værk. For det andet ønsker vi at tilvejebringe et overordnet billede af, om hjælpen når derhen, hvor behovet synes at være størst. Derfor tager vi afsæt i de fire grupper af børn, som vi konstruerede i kapitel 4 med forventningen om, at det navnlig vil være blandt børnene i gruppe 1 og 2, børnene med de mest tunge eller komplekse problemstillinger, at der ydes foranstaltninger. Det foreliggende undersøgelsesgrundlag tilbyder imidlertid ikke mulighed for at gå skridtet videre til også at vurdere kvaliteten og evt. effekter af indsatserne. At evaluere sådanne forhold fordrer andre undersøgelsestilgange. Datagrundlaget for kapitlet er baseret på de 308 cases (børn),

for hvem *både* sagsbehandlere og anbringelsessteder afgav besvarelse ved dataindsamlingen i 2007. I det følgende fokuserer vi først på problemstillinger og initiativer vedrørende sundhed og helbred. Derefter beskriver vi initiativer vedrørende afhjælpning af skoleproblemer.

BEHOVET FOR INDSATSER HOS BØRN MED SUNDHEDSMÆSSIGE PROBLEMER

Det foregående har vist, at anbragte børn – og især dem, som vi har kategoriseret i gruppe 1 og 2 – har alvorlige sundhedsmæssige problemer, dels på grund af handicap og adfærdsproblemer, dels i forhold til den psyko-sociale trivsel (jf. SDQ-målestokken). I dette afsnit sammenholdes anbringelsesstedernes og sagsbehandlernes besvarelser for at belyse, om der er konsensus omkring, hvilke problemer og grader af problemer børnene har. En fælles problemforståelse må være en forudsætning for en fælles problemløsning, herunder hvilke handleplaner og konkrete indsatser, der skal iværksættes i forhold til børnene.

Tabel 5.1 sammenstiller anbringelsesstedernes og sagsbehandlernes informationer om, hvilke diagnoser og sygdomme de anbragte børn har fået stillet. Tabellen afspejler en rimelig grad af overensstemmelse mellem anbringelsesstederne og sagsbehandlerne i forhold til, om barnet er sygt eller handicappet. Der er således enighed om (henholdsvis 30 og 31 pct.), at knap en tredjedel af børnene har fået konstateret en langvarig sygdom eller et handicap. Når det drejer sig om antallet af sygdomme eller handicap hos børnene, er enigheden en smule mindre. Samlet set svarer 14 pct. af anbringelsesstederne, at der er stillet en enkelt diagnose, mens dette gælder for 19 pct. af sagsbehandlerne. Blandt de børn, der har fået konstateret en langvarig sygdom, svarer det til, at 54 pct. af anbringelsesstederne rapporterer, at barnet har en enkelt diagnose, mens det samme oplyses blandt 62 pct. af sagsbehandlerne. Anbringelsesstederne tilkendegiver med andre ord en smule hyppigere end sagsbehandlerne, at barnet har to eller flere diagnoser. Muligvis er sagsbehandlerne ikke helt så opmærksomme som anbringelsesstederne på, at børnene ofte har flere forskellige handicap eller sygdomme.

TABEL 5.1

Anbragte børn i alderen 11 år fordelt på forskellige diagnoser samt antallet af diagnoser. Procent.

	Anbringelsesstederne			Sagsbehandlerne		
	Totale procent	Procent blandt dem med diagnoser	N	Totale procent	Procent blandt dem med diagnoser	N
Læge/psykolog har konstateret langvarig sygdom/handicap	30	100	92	31	100	94
<i>Antal diagnoser:</i>						
Antal uoplyst	4	-	228	0	-	214
1 diagnose	14	54	43	19	62	58
2 diagnoser	6	25	20	6	18	17
3 diagnoser	4	16	13	3	10	9
4 diagnoser eller flere	2	5	4	3	10	9
Total	30	100	308	31	100	308
<i>Diagnoser:</i>						
DAMP/ADHD	15	48	45	17	52	49
Udviklingshæmmet hvad angår sprog og bevægelse	13	41	38	10	30	29
Børnepsykiatrisk sygdom	6	20	18	9	24	27
Større handicap	4	15	14	3	9	8
Bevægelsehandicap	2	7	6	3	11	10
Talefejl i svær grad	2	4	4	2	6	6
Nedsat syn i svær grad	2	8	7	3	9	8
Ordblind	2	7	6	1	4	4
Nedsat hørelse i svær grad	1	7	6	1	4	4
Downs syndrom	1	2	1	0	2	1
Totale procentgrundlag			308			308

Kilde: SFT's Forløbsundersøgelse blandt anbragte børn i 1995-kohorten. Besvarelser fra henholdsvis anbringelsesstederne og sagsbehandlerne om samme børn, 2007.

Sagsbehandlere og anbringelsessteder er overordnet enige om, at DAMP/ADHD, udviklingshæmning og børnepsykiatriske sygdomme er de hyppigst forekommende sygdomme eller handicap. Men der kan iagttages mindre diskrepanser med hensyn til, hvor hyppigt lidelserne optræder. Blandt de anbragte børn, der har fået stillet en diagnose, vurderede 41 pct. af anbringelsesstederne mod 30 pct. af sagsbehandlerne, at barnet

var psykisk udviklingshæmmet.²¹ Tilsvarende oplyste lidt flere anbringelsessteder, at barnet havde et 'større handicap' (i alt 14 børn) end sagsbehandlere (8 tilfælde).²² En tredje forskel gælder omfanget af børnepsykiatriske sygdomme, hvor sagsbehandlere hyppigere (27 tilfælde) end anbringelsessteder (18 tilfælde) mente, at barnet bar denne diagnose.

Vi kan ud fra det foreliggende konkludere, at der i flere tilfælde tilsyneladende hersker tvivl om præcis, hvilke og hvor mange diagnoser der er tale om, at barnet har. Udviklingshæmning, bevægelseshandicap, større handicap og børnepsykiatrisk sygdom er de diagnoser, der hyppigst forveksles eller er tvivl om. Desværre er det ikke på samme måde muligt at eftervise, om anbringelsessteder og sagsbehandlere har en ensartet problemopfattelse for så vidt angår barnets psykiske sundhed, da der ikke foreligger sammenlignelige mål herom i undersøgelsesmaterialet.

HANDLEPLANER, MÅLSÆTNINGER OG INDSATSER I FORHOLD TIL ANBRAGTE BØRNS SUNDHED

En handleplan er defineret som: "... et dokument, der beskriver mål, forventet varighed og indhold af en indsats ..." (Socialministeriet, 2006:69). Et væsentligt element i anbringelsesreformen var netop, at udformningen af handleplaner og indsatser skulle forbedres kvalitativt. Dette afsnit sætter fokus på, hvilke handleplaner, målsætninger og indsatser, der ifølge henholdsvis anbringelsesstederne og sagsbehandlere er blevet udarbejdet og igangsat i forhold til børnenes sundhedsproblemer.

21. Forskellen kan imidlertid skyldes, at spørgeformuleringen til de to informanttyper ikke var helt identisk. Anbringelsesstederne er spurgt om følgende: "Er barnet psykisk udviklingshæmmet mht. sprogforståelse og begavelse?", mens sagsbehandlere mere simpelt er spurgt således: "Er barnet psykisk udviklingshæmmet?". Det kan også bero på uklarhed over, hvad denne diagnose dækker.

22. Heller ikke i forhold til denne indikator var spørgeformuleringen helt ens. Anbringelsesstederne blev spurgt til, om barnet havde et 'større handicap, inklusive medfødt misdannelse eller alvorlig sygdom', mens formuleringen til sagsbehandlere var mere enkel; man spurgte til 'større handicap, inklusive medfødt misdannelse'. Svarkategorien er under alle omstændigheder ikke videre præcis, og lader det i vidt omfang være op til respondenterne at skønne, hvad der menes med 'større handicap'!

TABEL 5.2

Handleplaner om sundhedsforhold for anbragte børn, særskilt for fire grupper samt oplacerbare. 2007. Procent. Besvarelser afgivet fra sagsbehandlerne og anbringelsesstederne.

	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4	Upla- cerbare	Total	N
<i>Procentandele børn, hvorom forvaltningen har udarbejdet handleplan for anbringelsen:</i>							
Anbringelsesstedet	77	85	71	76	100	79	308
Sagsbehandlerne	93	94	100	97	100	95	308
Heraf:							
<i>Anbringelsesstedet:</i>							
Har modtaget hele/dele/sammenskrivning af handleplanen	76	85	67	83	56	78	230
<i>Anbringelsesstedet:</i>							
Handleplanen angiver, at der skal tages særligt hensyn til barnets fysiske sundhed	51	40	30	27	13	38	230
<i>Anbringelsesstedet:</i>							
Handleplanen angiver, at der skal tages særligt hensyn til barnets psykiske sundhed	75	81	44	49	13	64	230
<i>Sagsbehandlerne:</i>							
Barnets sygdom/handicap indgår i den udarbejdede handleplan	49	22	21	18	22	30	230
<i>Hvis barnets sygdom/handicap indgår i handleplanen:</i>							
<i>Sagsbehandlerne:</i>							
Handleplan opstiller mål/delmål mht. barnets sundhedsforhold	67	31	89	67	100	63	78

Kilde: SFT's Føløbsundersøgelse blandt anbragte børn i 1995-kohorten. Besvarelser fra henholdsvis anbringelsesstederne og sagsbehandlerne om samme børn. 2007.

Note: Bemærk at procentgrundlaget varierer i forhold til de forskellige spørgsmål. På de to første spørgsmål er procentgrundlaget 308, dvs. det samlede antal besvarelser fra både anbringelsessted og sagsbehandler. På de resterende spørgsmål er procentgrundlaget reduceret i forhold til, om der er svaret bekræftende på en række udsagn.

De to videnskilder, anbringelsesstederne og sagsbehandlerne, blev ikke spurgt på nøjagtig samme måde om disse temaer. Fordi sagsbehandlere er bemyndiget til at formulere officielle handleplaner og målsætninger og igangsætte eventuelle indsatser for barnet, blev de stillet flere spørgsmål og af en langt højere detaljeringsgrad. Tabel 5.2 sammenstiller anbringelsesstedernes og sagsbehandlerne informationer om, hvilke handleplaner der er udarbejdet, og hvad de indeholder for så vidt angår sundhedsforhold.

Tabellen viser, at fire ud af fem (79 pct.) anbringelsessteder mente, at der var udarbejdet en handleplan for barnets udvikling fra forvaltningens side. Den information kontrasteres af sagsbehandlerne besvarelser, hvor næsten alle (95 pct.) oplyste, at der fandtes en handleplan. Forskellen mellem anbringelsesstedernes og sagsbehandlerne opfattelse er betydelig. Den observerede diskrepans giver anledning til at påpege, at der kan forekomme at være behov for at forbedre kommunikationen mellem de to instanser, sådan som anbringelsesreformen lægger op til: ”Det nye i anbringelsesreformen er, at den kommunale myndighed skal overveje, hvordan der kan ske en systematisk inddragelse af barnets netværk. Det er dermed et vilkår, at flere centrale aktører skal høres” (Socialministeriet, 2006:30). Det må således være relevant, at anbringelsesstedet, som har stor betydning for barnets hverdag, har kendskab til den handleplan, der måtte eksistere for barnet.

Der er ikke signifikante forskelle mellem de fire grupper af børn i forhold til, om de har fået udarbejdet en handleplan. Tendensen er dog, at anbringelsesstederne mente, at der hyppigere var udarbejdet en handleplan for børnene i gruppe 2. Ud fra datagrundlaget er det ikke muligt direkte at forklare denne forskel.²³ En mulig fortolkning er dog, at anbringelsesstederne har mere fokus på indsatssiden i forhold til disse børn, fordi der hyppigere ligger komplekse problemstillinger til grund for disse børns anbringelser

Informationerne i tabel 5.2 belyser, om handleplanen for barnet omhandler dets sundhedsforhold, og forudsætter derfor, at der overhovedet er udarbejdet en handleplan for barnet. Kun de cases, hvori hen-

23. Regressionsanalyser, hvor eksistensen af en handleplan indgår som den afhængige variabel, viser, at hverken anbringelsesstedets form (plejefamilie eller døgninstitution), anbringelsestidspunkt (før eller efter 2006) eller hvorvidt der er stillet en diagnose for barnet eller ej, kan forklare tendensen.

holdsvis sagsbehandlere og anbringelsessteder svarede bekræftende, indgår i procentgrundlaget for de efterfølgende informationer. Blandt dem anførte ca. tre fjerdedele af anbringelsesstederne, at de havde modtaget handleplanen, eller på anden vis havde kendskab til indholdet af den. Forskellen mellem de fire grupper er signifikant. Kun to tredjedele af anbringelsesstederne til børnene i gruppe 3, nemlig 67 pct., havde modtaget handleplanen, mens det tilsvarende gjaldt for 85 pct. i gruppe 2. Vi kan ikke ud fra undersøgelsen forklare, hvorfor færre børn i gruppe 3 har handleplaner. Blandt børnene i gruppe 2, der alle er anbragt på grund af egne adfærdsproblemer, bor en del på behandlingshjem. Indsatsen er i disse tilfælde en integreret del ved anbringelsen, og vi forestiller os derfor, at disse steder hyppigere har fået indblik i de mål, der er sat for barnet.

66 pct. af anbringelsesstederne oplyste, at handleplanen havde fokus på barnets fysiske og/eller psykiske sundhed. Der er dobbelt så hyppigt fokus på den psykiske trivsel som på den fysiske. Ikke overraskende var sundhedsforhold, hvad enten der var tale om de psykiske eller fysiske, hyppigst på handleplanens dagsorden blandt børnene i gruppe 1 og 2 (75 henholdsvis 81 pct.) og sjældnere et fokuspunkt blandt børnene i gruppe 3 og 4 (45 henholdsvis 52 pct.). Sagsbehandlerne blev i undersøgelsen spurgt – mere snævert og specifikt formuleret – om barnets sygdom eller handicap indgik i handleplanen. Det bekræftede 30 pct. af sagsbehandlerne. Også her viser opgørelsen, at det overvejende var blandt børnene i gruppe 1 (de handicappede og langvarigt syge børn), at dette tema indgik i handleplanen (49 pct.). Sagsbehandlerne begrundede den generelt lave procentdel med, at barnets sundhedsforhold allerede var under optimal kontrol, eller at der ikke krævedes en særlig indsats. Sagsbehandlerne oplyste endvidere, at en række forskellige parter, herunder børnene selv, deres biologiske forældre og de voksne på anbringelsesstederne, havde været konsulteret i forbindelse med udarbejdelse af handleplanen på sundhedsområdet. Ved den seneste udarbejdelse/revision af handleplanen for barnet, var 11 pct. af børnene, 17 pct. af forældrene og 24 pct. af anbringelsesstederne blevet konsulteret.²⁴

24. I mindre udstrækning har andre fra barnets netværk været konsulteret, herunder barnets skole (15 pct.), barnets egen læge (4 pct.), en speciallæge (6 pct.), en hospitalsafdeling (6 pct.) eller en psykolog (10 pct.).

I de tilfælde, hvor der var udarbejdet en handleplan, der skulle tage hensyn til barnets sygdom og handicap, spurgte vi sagsbehandlerne om, hvilke konkrete mål der er blevet sat i den forbindelse. Baggrunden herfor skal ses i anbringelsesreformens intentioner: ”Det er centralt, at der sker en kobling fra undersøgelse, over handleplan med opstilling af mål og delmål, afgørelse om foranstaltning til løbende opfølgning (...).” (Socialministeriet, 2006:70). Mål og delmål bør således være en helt naturlig del af det at lave en handleplan. Overordnet svarede blot 63 pct. af sagsbehandlerne, at der var udarbejdet mål og delmål vedrørende barnets sundhed, hvilket kan undre os set i forhold til anbringelsesreformens målsætning. Opgørelsen viser videre, at der er forskelle mellem de fire grupper: Især for børnene i gruppe 2 forekom formulering af mål og delmål at halte efter, idet blot 31 pct. af børnene her havde fået opstillet mål og delmål, mens der er opstillet mål for næsten alle børn i gruppe 3 (89 pct.). Procentgrundlaget på disse spørgsmål er imidlertid stærkt reduceret, og det er vanskeligt at vurdere, om disse forskelle er tilfældige eller udtryk for en systematik.

Tablet 5.3 viser hyppigheden af forskellige mål for sundhedsområdet for de børn, hvor sygdom og handicap optrådte i handleplanen. Besvarelserne hidrører fra sagsbehandlerne, og vi må også i dette tilfælde tage forbehold for det lave procentgrundlag i tabellen, idet der kun er 55 observationer. Det mål, der hyppigst opstilles, drejer sig om indsatser til barnet med henblik på, at det bedre kan håndtere sine helbredsproblemer (54 pct.). Dernæst følger mål om at iværksætte behandling af barnet (47 pct.). Blandt andre forekommende mål er, at anbringelsesstedet sættes bedre i stand til at håndtere barnets helbredsproblemer (43 pct.). Vi kan med andre ord konkludere, at en individualisering af vanskelighederne, dvs. at børn og deres omsorgspersoner selv skal lære at leve med problemerne, forekommer at være et udbredt løsningsredskab.

I anbringelsesreformen påpeges det, at ’både mål og delmål skal beskrives så specifikt som muligt’, idet det videre pointeres, at det eksempelvis ikke er tilstrækkeligt at skrive, ’... at ’der skal arbejdes på at forbedre barnets relationer til jævnaldrende’. I stedet skal det fremgå, hvad der konkret skal ske, hvad målet er og hvad man ønsker at opnå ...’ (Håndbog 2006:73). Om dette krav efterleves, er vanskeligt at eftervise ud fra undersøgelsen. En sådan vurdering fordrer en anden og mere kvalitativ metodetilgang. Det spinkle talmateriale gør det heller ikke mu-

ligt at eftervise, om der er systematiske forskelle mellem de fire grupper af børn, som vi har etableret i undersøgelsen.

TABEL 5.3

Målsætninger i de senest udarbejdede handleplaner for anbragte børn om sundhedsforhold. Særskilt for fire grupper samt uplacerbare. Besvarelser fra sagsbehandlere. 2007. Procent.

	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4	Uplacerbare	Total	N
<i>Mål om:</i>							
Helbredsmæssig undersøgelse/udredning	41	20	13	43	0	33	55
Iværksættelse af behandling af barnet	46	71	38	50	0	47	55
Iværksættelse af anden/bedre behandling	19	0	13	14	0	14	55
Tildeling af særlige hjælpemidler	7	0	0	0	0	4	55
Særlige indsatser til barnet med henblik på, at det bedre kan håndtere sine helbredsproblemer	57	25	63	50	50	54	55
Særlige indsatser til anbringelsesstederne med henblik på bedre at kunne håndtere barnets helbredsproblemer	47	25	38	57	0	43	55

Kilde: SFI's Forløbsundersøgelse blandt anbragte børn i 1995-kohorten. Besvarelser fra sagsbehandlere 2007. Der er kun medtaget besvarelser på de børn, hvor anbringelsesstedet samtidig har deltaget i undersøgelsen.

Ét er at opstille mål og handleplaner, noget andet er at igangsætte konkrete initiativer eller indsatser i forhold til barnets problemer. For godt en fjerdedel af de børn, som deltog i undersøgelsen (27 pct.), var der ifølge sagsbehandlere ydet foranstaltninger eller indsatser i forbindelse med barnets helbredsforhold, jf. tabel 5.4.1 Børn i gruppe 1 modtog betydeligt hyppigere end andre børn i de andre grupper denne type indsatser (43 pct.).

TABEL 5.4.1

Procentandele anbragte børn i forskellige grupper, som der ydes helbredsmæssige foranstaltninger for, ifølge deres sagsbehandlere.

	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4	Uplacerbare	Total
Foranstaltninger/indsatser ydet i forbindelse med barnets helbredsforhold	43	25	23	14	0	27
Procentgrundlag (N)	34 (104)	26 (80)	13 (41)	24 (73)	3 (10)	100 (308)

Kilde: SFI's Forløbsundersøgelse blandt anbragte børn i 1995-kohorten. Besvarelser fra sagsbehandlerne 2007. Der er kun medtaget besvarelser på de børn, hvor anbringelsesstedet samtidig har deltaget i undersøgelsen.

TABEL 5.4.2

Procentandele anbragte børn opdelt i grupper, der modtager forskellige indsattstyper. Opgjort blandt dem, der ifølge sagsbehandlerne får helbredsmæssige foranstaltninger.

	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4	Uplacerbare	Total
<i>Initiativ til undersøgelse eller behandling:</i>						
Ved egen læge/ speciallæge	47	50	57	40	0	48
På hospitalsafdeling	33	40	11	20	0	31
Ved fysioterapeut/ ergoterapeut	16	5	11	20	0	13
Ved psykolog	47	55	67	80	0	55
Ved andre	31	35	11	20	0	29
<i>Bevilling af:</i>						
Større eller mindre hjælpemidler	22	10	11	20	0	18
Praktisk/økonomisk støtte til forældre	11	20	22	11	0	14
Praktisk/økonomisk støtte til anbringelsesstedet	29	47	14	44	0	34
I alt procent	54	24	11	12	0	100
Procentgrundlag (N)	(45)	(20)	(9)	(10)	(2)	(84)

Kilde: SFI's Forløbsundersøgelse blandt anbragte børn i 1995-kohorten. Besvarelser fra sagsbehandlerne 2007.

Tabel 5.4.2 illustrerer hyppigheden af forskellige igangsatte initiativer og indsatser og er baseret på besvarelser fra sagsbehandlerne. En del af disse indsatser omhandler initiativer til forskellige former for undersøgelse og behandling. Vores analyser viste, at en undersøgelse ikke nødvendigvis indebærer, at der også igangsættes et behandlingsforløb. Fx var det knap halvdelen af de børn, der ifølge handleplanen skulle undersøges ved en psykolog, der samtidig skulle behandles. Samme tendens gjaldt i forhold til andre undersøgelsesinitiativer.

Tabellen viser, at det hyppigst forekommende initiativ, som fandt sted i over halvdelen af de tilfælde, hvor der træffes en helbreds-mæssig foranstaltning, drejede sig om undersøgelse ved en psykolog. Denne foranstaltning forekom, ud fra mønstret i tabellen, at være omvendt proportional med problemtyngden hos børnene,²⁵ jf. kapitel 4 for sammensætningen af de fire grupper. At det hyppigst var de børn, der efter undersøgelsens definitioner og antagelser var mindst problembelastede, som kom til psykolog, kan imidlertid bero på, at de 'problemtunge' børn modtager hjælp i andre dele af sundhedssystemet, fx i psykiatrien eller hospitalsvæsenet. En anden og også ganske stor andel af børnene (48 pct.) var blevet undersøgt ved egen læge eller speciallæge. Her var der ingen forskelle mellem de fire grupper. Den resterende del af initiativerne drejer sig om undersøgelse ved en hospitalsafdeling (31 pct.), ergo- eller fysioterapeut (13 pct.), eller andre behandlingsindsatser (29 pct.). I en række tilfælde, men noget sjældnere, var der tillige ydet indsatser i form af bevillinger til hjælpemidler og praktisk eller økonomisk støtte til forældrene eller anbringelsesstederne. Som helhed tegner der sig ud fra sagsbehandlerne besvarelser ikke noget tydeligt mønster af, om nogle grupper af børn hyppigere end andre modtager bestemte typer hjælp.

25. Ser vi på initiativet vedrørende behandling ved psykolog, viser tabel 5.4.2, at det ifølge sagsbehandlerne især er børnene i gruppe 3 og 4, der er ydet denne foranstaltning. I alt 67 pct. blandt børnene i gruppe 3 og 80 pct. blandt børnene i gruppe 4 er ifølge sagsbehandlerne blevet igangsat med undersøgelse og/eller behandling hos psykolog, mens det samme kun gælder for 47 pct. af børnene i gruppe 1 og 55 pct. af børnene i gruppe 2.

TABEL 5.4.3

Procentandele børn i forskellige grupper, der ifølge anbringelsesstedet er omfattet af en handleplan, som indebærer psykologisk/psykiatrisk eller medicinsk undersøgelse eller behandling. Procent.

	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4	Upla- cerbare	Total
<i>Handleplan har iværksat:</i>						
Psykologisk/psykiatrisk undersøgelse/behandling	68	59	28	35	29	52
Medicinsk undersøgelse/behandling	58	10	0	2	0	23
Procentgrundlag (N)	33 (75)	27 (63)	13 (29)	23 (54)	4 (9)	100 (230)

Kilde: SFI's Forløbsundersøgelse blandt anbragte børn i 1995-kohorten. Besvarelser fra anbringelsesstederne 2007.

Et lidt andet billede af indsatserne på sundhedsområdet tegnede sig ud fra besvarelserne fra anbringelsesstederne, som blev adspurgt, om der var iværksat psykologisk/psykiatrisk eller medicinsk behandling til børnene, jf. tabel 5.4.3. Blandt de børn, som var omfattet af en handleplan, var det ca. halvdelen (52 pct.), der skulle iværksættes psykologiske eller psykiatriske undersøgelser eller behandling for; og disse børn var omtrent dobbelt så hyppigt rekrutteret fra gruppe 1 og 2 (henholdsvis 68 og 59 pct.), mens børn fra gruppe 3 og 4 sjældnere modtog denne indsats (henholdsvis 35 og 29 pct.). En fjerdedel af børnene var der foranstaltet medicinsk undersøgelse eller behandling til, og her hidrørte det helt overvældende flertal af børnene ikke overraskende fra gruppe 1.

Samlet set tegner det overordnede billede sig, at anbringelsesstederne noget hyppigere end sagsbehandlerne mener, at der er iværksat foranstaltninger vedrørende børnenes sundhedstilstand. Der er konsensus om, at det navnlig er børnene i de to problemtunge grupper, der er genstand for indsatserne i forhold til helbred, hvilket er i overensstemmelse med vores antagelse om sammensætningen af forudsætninger og behov i de fire grupper. Endelig peger besvarelserne fra både sagsbehandlere og anbringelsessteder i retning af, at den hyppigst anvendte foranstaltning til de 11-årige anbragte børn er psykologbistand. Undersøgelsen kan ikke på det foreliggende grundlag bedømme, om indsatserne er tilstrækkelige, endsige om alle de børn, som har særlige behov, får den støtte på helbredsområdet, som de har brug for. Men vi kan konstatere,

at det kun er omkring halvdelen af undersøgelsesinitiativerne, der fører til egentlige behandlingsforløb.

BEHOVET FOR INDSATSER HOS BØRN MED SKOLEPROBLEMER

Vi har tidligere vist, at de anbragte børn har væsentlige skoleproblemer, ikke mindst når vi sammenligner med, hvordan ikke-anbragte jævnaldrende børn klarer sig i skolen. Især er det de børn, som vi placerer i gruppe 1 og 2, jf. kapitel 4, der har de største problemer. I dette afsnit sætter vi fokus på, om anbringelsesstederne og sagsbehandlerne besidder en fælles problemforståelse i forhold til børnenes skoleproblemer. Denne sammenstilling danner baggrund for den videre gennemgang af de handleaner, målsætninger og indsatser, der var opstillet for børnene.

Tabel 5.5 sammenstiller anbringelsesstedernes og sagsbehandlerne opfattelse af, hvilke skoleproblemer – faglige, trivselsmæssige og sociale – de anbragte børn har. Om tabel 5.5 skal helt overordnet bemærkes, at anbringelsesstedernes og sagsbehandlerne besvarelser vedrørende barnets faglighed ikke i udgangspunktet var fuldt sammenlignelige. Mens anbringelsesstederne blev bedt om at gradbøje barnets formåen i en række skolefag, blev sagsbehandlerne bedt om overordnet at be- eller afkræfte, om barnet havde svært ved at følge med i ét eller flere fag i skolen. For at øge sammenligneligheden har vi for anbringelsesstedernes besvarelser konstrueret et samlet mål for, om de vurderer, at barnet har haft svært ved at følge med i ét eller flere af de omtalte fag i skolen.

Tabellen afspejler, at der overordnet er en fælles forståelse af, at de anbragte børn har problemer med at følge med i skolen fagligt set. Anbringelsesstederne svarede således, at 44 pct. af børnene i ringe grad eller slet ikke kunne følge med i undervisningen, en opfattelse der blev delt af 51 pct. af sagsbehandlerne. Begge kilder vurderede, at det især var gruppe 1, der var tyngt af faglige problemer, men også grupperne 2 og 3 vurderedes at have betydelige vanskeligheder. Gruppe 4 klarede sig bedst rent fagligt. Besvarelserne følger således et ensartet mønster, men spredningen med hensyn til de fire gruppers formåen er større i anbringelsesstedernes vurdering af børnene. Variationen afspejler sandsynligvis, at anbringelsesstederne har et mere indgående kendskab til børnenes skolemæssige kompetencer.

TABEL 5.5

Forekomst af faglige og sociale skoleproblemer hos anbragte børn. Særskilt for fire grupper samt uplacerbare. Besvarelser fra henholdsvis anbringelsesstederne og sagsbehandlerne 2007. Procent.

	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4	Upla- cerbare	Total	N
Faglighed:							
Anbringelsesstedet: Barnet kan i ringe grad eller slet ikke følge med i et eller flere fag	58	55	37	21	30	44	308
Sagsbehandlerne: Barnet har inden for det sidste år haft svært ved at følge med i et eller flere fag	60	54	51	34	50	51	303
Trivsel og sociale forhold:							
<i>Barnet har inden for det sidste år haft et eller flere trivselsmæssige eller sociale problemer i skolen:</i>							
1. Anbringelsesstedet	92	98	90	75	80	89	308
2. Sagsbehandlerne	81	75	71	53	50	70	308
Barnet har inden for det sidste år haft følgende problemer i skolen:							
<i>1. Psykiske problemer (trist, manglende selvtillid, tilbagetrukket)</i>							
Anbringelsesstedet	56	62	45	29	40	49	293
Sagsbehandlerne	45	49	41	38	30	43	293
<i>2. Koncentrationsproblemer</i>							
Anbringelsesstedet	82	71	59	45	60	66	295
Sagsbehandlerne	64	54	51	33	40	52	304
<i>3. Blevet mobbet eller har selv mobbet andre</i>							
Anbringelsesstedet	57	81	51	41	40	58	308
Sagsbehandlerne	21	25	20	11	0	19	308
<i>4 Talebesvær</i>							
Anbringelsesstedet	15	12	3	1	0	9	298
Sagsbehandlerne	15	9	5	1	0	8	302

Kilde: SFI's Forløbsundersøgelse blandt anbragte børn i 1995-kohorten. Besvarelser fra henholdsvis sagsbehandlerne og anbringelsesstederne 2007.

Note: I nogle tilfælde summer procentgrundlaget ikke op til 308, som er det samlede antal besvarelser fra anbringelsesstederne og sagsbehandlerne. Det skyldes, at der er en række tilfælde, hvor svaret er uoplyst eller besvaret med 'ved ikke'. For overskuelighedens skyld er sådanne svarafgivelser ikke med i tabellen.

Udover de rent faglige vurderinger af børnene afspejler tabellen anbringelsesstederne og sagsbehandlerne opfattelser af børnenes trivsel i skolen. Ifølge anbringelsesstederne var der samlet set 89 pct. blandt de anbragte børn, der havde ét eller flere sociale eller trivselsmæssige problemer i skolen. Sagsbehandlerne vurderede, at lidt færre, nemlig 70 pct. blandt de anbragte børn, havde sådanne skoleproblemer. Der er således en klar tendens til, at anbringelsesstederne vurderede børnenes trivselsmæssige og sociale problemer som værre, end sagsbehandlerne gjorde. Det skyldes med stor sandsynlighed, at anbringelsesstederne er tættere på børnene end sagsbehandlerne er. For børnene i gruppe 1 og 2 eksempelvis vurderede anbringelsesstederne, at henholdsvis 56 og 62 pct. havde psykiske problemer, mens de tilsvarende andele var 45 og 49 pct. ifølge sagsbehandlerne vurderinger. Samtidig afspejlede spredningen i anbringelsesstedernes besvarelser om de fire grupper også her, at de har et mere differentieret syn på børnene end sagsbehandlerne: Mens der ifølge anbringelsesstederne var en forskel på 33 pct. mellem den gruppe, der har flest psykiske problemer, nemlig gruppe 2 (62 pct.), og den gruppe, der har færrest psykiske problemer, nemlig gruppe 4 (29 pct.), var forskellen mellem disse to grupper, ifølge sagsbehandlerne, kun på 11 pct. (49-38 pct.). Der er med andre ord en fælles problemforståelse mellem sagsbehandlerne og anbringelsesstederne om, at børnene har psykiske problemer, og om, hvilke grupperinger af børn der har flest psykiske problemer. Men omfanget af psykiske problemer – og de indbyrdes forskelle mellem grupperinger af børn – vurderedes som større af anbringelsesstederne.

Også andelen af børn med koncentrationsproblemer vurderedes signifikant forskelligt af anbringelsesstederne (66 pct.) og sagsbehandlerne (52 pct.). Tabellen viser fx, at blandt børnene i gruppe 1 mente 82 pct. af anbringelsesstederne, at børnene havde koncentrationsproblemer, mens kun 64 pct. af sagsbehandlerne delte denne opfattelse: Igen kan vi observere, at anbringelsesstederne vurderede omfanget af problemet som markant større end sagsbehandlerne.

Også når det gælder forekomst af mobning er vurderingerne signifikant forskellige. Anbringelsesstederne angav, at hele 58 pct. af børnene enten var blevet mobbet eller havde mobbet andre, mens kun 19 pct. af sagsbehandlerne svarede bekræftende på samme spørgsmål. Opdeles mobbeforekomst på de fire grupperinger af børn, kan vi desuden se en langt større spredning i anbringelsesstedernes besvarelser

sammenlignet med sagsbehandlerne. Således vurderede anbringelsesstederne, at hele 81 pct. af børnene i gruppe 2, dvs. 23 pct. flere end gennemsnittet enten var blevet mobbet eller havde mobbet andre. Sagsbehandlerne svarede ligeledes, at børnene i gruppe 2 har de største problemer, hvad angår mobning, men niveauet er markant lavere, nemlig kun 25 pct.

Det sidste forhold i tabel 5.5 vedrører, om barnet inden for de sidste 12 måneder har oplevet talebesvær eller taleproblemer i skolen. I forhold til dette problem er der tilsyneladende stor enighed blandt anbringelsesstederne og sagsbehandlerne om omfanget og graden af problemet, også mellem de forskellige grupper af børn. Således vurderede både anbringelsesstederne og sagsbehandlerne, at 15 pct. af børnene i gruppe 1 havde oplevet talebesvær, mens det gjaldt for færre af børnene i de øvrige grupper. Samlet set havde henholdsvis 9 pct. af børnene ifølge anbringelsesstederne og 8 pct. ifølge sagsbehandlerne oplevet problemet, hvilket betyder, at talebesvær er markant mindre udbredt end de øvrige problematikker, der er blevet beskrevet i tabellen.

Opsummerende i forhold til skoleforhold kan vi ud fra de præsenterede data konkludere, at anbringelsessteder og sagsbehandlere overordnet deler den problemforståelse, at børnene har faglige og trivselmæssige vanskeligheder i skolen. Der er også enighed om, hvilke grupper af børn, som har det vanskeligst. Men anbringelsesstederne vurderer gennemgående problemerne som værre og synes også at have et mere differentieret syn på, hvilke grupper af børn der er hårdest ramt af skoleproblemer.

HANDLEPLANER, MÅLSÆTNINGER OG INDSATSER I FORHOLD TIL BØRNEGENES SKOLEPROBLEMER

Dette afsnit belyser informationer fra anbringelsesstederne og sagsbehandlerne om handleplaner, målsætninger og indsatser i forhold til de anbragte børns skoleproblemer. Som anført tidligere blev anbringelsesstederne og sagsbehandlerne ikke adspurgt på nøjagtig samme måde; informationerne fra sagsbehandlerne var mere omfattende og detaljerede.

TABEL 5.6

Forekomst af handleplaner og målsætninger om skoleforhold for anbragte børn. Særskilt for grupper samt uplacerbare. Besvarelser fra henholdsvis anbringelsesstederne og sagsbehandlerne 2007. Procent.

	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4	Upla- cerbare	Total	N
Hvis handleplan forefin- des, angiver den særligt hensyn til:							
<i>Anbringelsessteder:</i>							
Barnets skolegang	80	81	26	41	13	61	230
Barnets kammeratskabs- relationer	36	53	24	31	13	37	230
<i>Sagsbehandlere:</i>							
Barnets skoleforhold	71	65	52	61	33	63	230
<i>Heraf er mål/delmål opstillet om:</i>							
Skoleforhold	62	67	60	61	75	63	186
Indlæringsproblemer	44	38	35	30	25	38	186
Barnets sociale problemer	41	40	40	24	25	36	186
Kammeratskabsproblemer	26	23	25	15	25	23	186

Tabelnote: Det skal bemærkes, at procentgrundlaget i tabellen varierer. På de første spørgsmål er procentgrundlaget 230, som er de besvarelser, hvor der er enighed blandt anbringelsesstederne og sagsbehandlerne om, at der er udarbejdet en handleplan for barnet. På de efterfølgende spørgsmål er procentgrundlaget 186, som er de besvarelser, hvor der blandt sagsbehandlerne er enighed om, at barnets skoleforhold indgår i den udarbejdede handleplan. Kilde: SFI's Forløbsundersøgelse blandt anbragte børn i 1995-kohorten. Besvarelser fra henholdsvis sagsbehandlerne og anbringelsesstederne 2007.

Først sætter vi fokus på forekomst af handleplaner og målsætninger på skoleområdet, hvor sagsbehandlerne og anbringelsesstedernes besvarelser er opdelt i forhold til de fire grupper af anbragte børn, jf. tabel 5.6.

Blandt de, der svarede bekræftende på, at der var udarbejdet en handleplan for barnet, var det som helhed knap to tredjedele af såvel anbringelsesstederne (61 pct.) og sagsbehandlerne (63 pct.), der oplyste, at barnets skoleforhold indgik i den udarbejdede handleplan. Der er med andre ord overordnet enighed mellem anbringelsesstederne og sagsbehandlerne på dette punkt. I forhold til anbringelsesreformens intention om at integrere barnets skoleforhold som ét af seks fokuspunkter i handleplanen for samtlige anbragte børn, forekommer der imidlertid at være endnu et stykke vej at gå, før reformens målsætning er opfyldt: Ifølge dette datagrundlag var det med andre ord mere end hvert tredje barn, for

hvem der ikke forelå handleplaner vedrørende skolegangen. Dette er tankevækkende, ikke mindst i lyset af, at det altovervejende flertal af anbragte børn har trivselsmæssige problemer i skolen, jf. tabel 5.5.

Ser vi på fordelingen af besvarelsener i forhold til de forskellige grupper af børn viser der sig følgende: Ifølge anbringelsesstederne var der signifikant forskel på, hvorvidt skoleforhold indgår i den udarbejdede handleplan eller ej for hver af grupperne. Således indgik skoleforhold i henholdsvis 80 og 81 pct. af handleplanerne for børnene i gruppe 1 og 2, mens det samme kun gjaldt for henholdsvis 26 og 41 pct. blandt børnene i gruppe 3 og 4. På baggrund af den forventede problemforekomst i hver af grupperne kan de observerede forskelle forekomme logiske. Sagsbehandlernes besvarelsener afveg ved, at der ikke var så store forskelle de fire grupper i mellem. Her synes besvarelsesmonstret at være bundet op på en anden logik, nemlig at skoleforhold, uafhængigt af problemtyngden hos barnet, bør indgå i handleplanen, jf. anbringelsesreformens tænkning om forebyggelse. Dette mønster kunne genfindes i forhold til de informationer, som drejede sig om, hvilke *målsætninger* der var opstillet for børnene på skoleområdet. Forekomsten af målsætninger fordeler sig nogenlunde jævnt mellem de fire grupper af børn, bortset fra på ét enkelt punkt: Målsætninger om afhjælpning af sociale problemer og kammeratskabsproblemer optrådte lidt sjældnere blandt børnene i den mindst problemfyldte gruppe 4.

Alt i alt kan datamaterialets besvarelsener om handleplaner og målsætninger på skoleområdet give anledning til at rejse spørgsmålet, om sagsbehandlere og anbringelsessteder har ensartede perspektiver i forhold til dette spørgsmål?

Tabel 5.7 opsamler information om, hvilke indsatser og foranstaltninger, der er iværksat over for de forskellige grupper, med det sigte at forebygge og modarbejde skoleproblemer. Tabellen tager overvejende afsæt i de kun 129 besvarelsener, hvor anbringelsessted og sagsbehandler var enige om, at der er iværksat et eller flere initiativer, der vedrørte barnets skoleforhold. I forbindelse med udarbejdelsen af handleplanerne havde barnet selv, ifølge sagsbehandlernes oplysninger, været konsulteret i knapt 60 pct. af tilfældene, anbringelsesstedet i 77 pct. af casene og klasselæreren henholdsvis forældrene i 57 og 52 pct. af tilfældene. Den pædagogisk psykologiske rådgivning (PPR), skoleinspektør eller andre i barnets netværk havde sjældent været konsulteret. I de tilfælde, hvor der ikke var iværksat initiativer målrettet barnets skoleforhold, var den hyp-

pigste begrundelse, ifølge sagsbehandlerne, at barnet ikke havde alvorlige skoleproblemer eller at der allerede er igangsat initiativer på området.

Tabel 5.7 viser, at de mest udbredte indsatser, som iværksættes for at afhjælpe skoleproblemer ifølge både anbringelsesstederne og sagsbehandlerne var: psykologisk/skolepsykologisk bistand, støtte fra skolens støttecenter, overflytning til specialklasse/mindre klasse samt bevilling til særligt undervisningsmateriale og tekniske hjælpemidler.

Generelt angav anbringelsesstederne (69 pct.) i langt højere grad end sagsbehandlerne (48 pct.), at der var iværksat et eller flere initiativer vedrørende barnets skoleforhold. Også blandt dem, der svarede bekræftende på, at der var iværksat initiativer, var der forskelle på parternes vurderinger af, hvilke og hvor mange initiativer der var tale om. Anbringelsesstederne rapporterede således hyppigere, at der var bevilget særlige undervisningsmaterialer, at barnet var overført til specialklasse, at det modtog skolepsykologisk bistand, eller fik ekstraundervisning i dansk. Tendensen er tillige, sådan som det også gjorde sig gældende i forhold til de besvarelsesmønstre, vi har set i andre tabeller, at der ifølge anbringelsesstederne var en væsentlig spredning med hensyn til, hvor hyppigt de fire grupper af børn modtog indsatser.

I forhold til indsatser, som vedrører støtte fra skolens støttecenter, taleundervisning og lektiehjælp, var sagsbehandlere og anbringelsessteder dog forholdsvis enige.

Det er vanskeligt – inden for undersøgelsens rammer – at levere en entydig forklaring på, hvorfor anbringelsesstederne hyppigere end sagsbehandlerne mener, at barnet modtog foranstaltninger på skoleområdet. En mulig forklaring kan være, at nogle typer indsatser har en lokal, uformel eller temporær karakter og istandsættes af skolen, uden at sagsbehandlerne gøres bekendt hermed. Vi forestiller os i forlængelse heraf, at anbringelsesstederne måske ikke skelner så skarpt mellem de mere officielle indsatser, som blåstemples i socialforvaltningen på den ene side, og på den anden side de indsatser, der måske uden større formalia igangsættes af personer, som er tæt på barnet i dagligdagen. En årsag til, at anbringelsessteder og sagsbehandlere svarer forskelligt, kan med andre ord bero på forskellige opfattelser af, hvornår en indsats, fx iværksat af en lærer som et led i skolens støtteordning, er en indsats i kommunal forstand.

TABEL 5.7

Iværksatte indsatser på skoleområdet for 11-årige anbragte børn, opdelt i fire grupper samt oplacerbare ifølge henholdsvis anbringelsesstedet og sagsbehandlerne 2007. Procent.

	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4	Upla- cerbare	Total	N
<i>Iværksat ét eller flere initiativer i forhold til skoleproblemer:</i>							
Anbringelsesstedet	88	76	54	44	70	69	308
Sagsbehandlerne	65	53	34	29	30	48	308
Heraf iværksat følgende:							
<i>1. Støtte fra skolens støttecenter</i>							
Anbringelsesstedet	49	44	44	63	33	49	129
Sagsbehandlerne	41	53	67	56	66	49	129
<i>2. Taleundervisning</i>							
Anbringelsesstedet	12	0	0	0	0	6	129
Sagsbehandlerne	7	0	0	0	0	4	129
<i>3. Særlige undervisningsmaterialer og tekniske hjælpemidler</i>							
Anbringelsesstedet	64	43	0	13	0	46	129
Sagsbehandlerne	38	26	11	7	0	28	129
<i>4. Overflytning til specialklasse el.lign.</i>							
Anbringelsesstedet	47	50	13	13	33	41	129
Sagsbehandlerne	48	34	33	47	47	33	129
<i>5. Skolepsykolog/ psykolog / PPR</i>							
Anbringelsesstedet	75	70	25	60	0	66	129
Sagsbehandlerne	54	50	44	67	33	53	129
<i>6. Ekstra dansk-undervisning</i>							
Anbringelsesstedet	16	31	25	33	33	24	129
Sagsbehandlerne	19	9	33	7	33	16	129
<i>7. Lektiehjælp</i>							
Anbringelsesstedet	26	22	25	27	0	24	129
Sagsbehandlerne	25	34	33	33	0	28	129
Procent i alt (N)	49 (63)	29 (38)	7 (9)	12 (16)	2 (3)	100 (129)	129

Kilde: SFI's Forløbsundersøgelse blandt anbragte børn i 1995-kohorten. Besvarelser fra henholdsvis sagsbehandlerne og anbringelsesstederne 2007.

SAMMENFATNING

Kapitlet har fokuseret på de handleplaner, målsætninger og konkrete indsatser, som er udformet eller iværksat for anbragte børn i forhold til deres helbred, sundhed og skolegang. Datagrundlaget er Forløbsundersøgelsen af 11-årige anbragte børn, hvortil både børnenes anbringelsessteder og sagsbehandlere leverede informationer. Som følge af den måde, hvorpå data blev indsamlet, forekommer informationerne om handleplaner og indsatser på skoleområdet at være mere fyldestgørende og mere bredt dækkende for hele gruppen af anbragte børn end de informationer, der var til rådighed om handleplaner og indsatser på sundhedsområdet.

Vi interesserede os for, om anbringelsessteder og sagsbehandlere havde en ensartet problemopfattelse af børnene. Dette mener vi på baggrund af gennemgangen, at vi overordnet må svare bekræftende på, men samtidig var der i undersøgelsesmaterialet en entydig tendens til, at anbringelsesstederne vurderede børnenes problemer som mere alvorlige end sagsbehandlerne, og at de også havde et mere differentieret syn på børnenes kompetencer og vanskeligheder. Enigheden kunne med andre ord være større.

Næsten alle sagsbehandlere angav, at der fandtes en handleplan for barnet, mens kun fire ud af fem anbringelsessteder mente det samme. Skønt anbringelsesreformen lægger op til, at helbredsforhold og skolegang skal indgå som fokuspunkter i alle anbragte børns handleplaner, fandt vi, at reformen ikke var implementeret i fuld udstrækning for de børn, der deltog i denne undersøgelse. Ifølge anbringelsesstederne indgik sygdom eller helbred i handleplanen for to tredjedele af de anbragte børn (som havde en handleplan) og hyppigere blandt børn med handicap, sygdomme og adfærdsvanskelighed end blandt andre børn.

En tilsvarende andel (ca. to tredjedele) havde skolegang som fokuspunkt i handleplanen. Herom var sagsbehandlere og anbringelsessteder enige, men de var ikke enige om, i hvilke børns handleplaner dette fokus var. Ifølge anbringelsesstederne var det som ovenfor især blandt børn med handicap, sygdomme og adfærdsproblemer, at skolegangen var i fokus. Ifølge sagsbehandlerne spredte opmærksomheden og målsætningerne sig mere jævnt blandt de anbragte børn.

At disse fokuspunkter ikke indgår i alle anbragte børns handleplaner, kan hænge sammen med, at dataindsamlingen blev gennemført kort tid efter, at anbringelsesreformen var vedtaget.

Der blev igangsat helbredsmæssige foranstaltninger for godt en fjerdedel af børnene ifølge sagsbehandlerne, og for nogle flere ifølge anbringelsesstederne. Den hyppigste foranstaltning var, at barnet blev sendt til psykologundersøgelse, men det førte ikke altid til et behandlingsforløb. Anbringelsesstederne (69 pct.) mente også betydeligt hyppigere end sagsbehandlerne (48 pct.), at der var iværksat indsatser for at afhjælpe børnenes skoleproblemer

Vi kan ikke, på baggrund af denne undersøgelse, udtale os om, hvorvidt de foranstaltninger børn modtager er tilstrækkelige, endsige om de hjælper. Til analytisk brug konstruerede vi fire grupper af børn, som vi antog måtte have forskellige forudsætninger i forhold til sundhed og skolegang og dermed varierende behov for bistand. Vi finder, at opdelingen af børnene i de fire grupperinger har fungeret som et udmærket instrument gennem analysen: Anbringelsesstedernes besvarelser bekræftede os i, at de børn, der efter undersøgelsens grove definitioner var mest behovskrævende, også hyppigere end andre børn, fik indsatser. Samme tydelige sammenhæng eller mønster fandt vi imidlertid ikke i de data, som hidrørte fra sagsbehandlerne besvarelser. Her fordelte besvarelserne sig mere jævnt og nogle steder påfaldende jævnt. De uoverensstemmelser, vi har fundet mellem anbringelsessteder og sagsbehandlere, kan muligvis give anledning til flere fortolkningsmuligheder. For os har observationerne givet anledning til at rejse spørgsmålet, om sagsbehandlerne har et tilstrækkeligt indgående kendskab til barnets situation, og om der er den fornødne dialog mellem anbringelsessteder og sagsbehandlere og for den sags skyld også andre hjælpeinstanser (fx skole og PPR) omkring disse børn, hvoraf mange så tydeligt er problembelastede.

PERSPEKTIVER PÅ INDSATSERNE OVER FOR ANBRAGTE BØRN

INDLEDNING

Hvor formålet med forrige kapitel var at indkredse, hvilke foranstaltninger der iværksættes for anbragte børn på sundheds- og skoleområdet, er intentionen i dette kapitel at forsøge at fundere undersøgelsesresultaterne om handleplaner, målsætninger og indsatser yderligere og føje nye facetter til ved at sammenligne dem med andre empiriske undersøgelsesresultater. Undersøgelsesinteressen er centreret om to spørgsmål: Dels om det er muligt at se spor af anbringelsesreformen i vores undersøgelsesmateriale? Dels hvorvidt anbragte børn modtager flere eller færre indsatser end andre børn, givet at deres problemer er de samme. Vi har valgt at anlægge en eksplorativ tilgang i kapitlet: Hvilke sammenligningsmuligheder er det overhovedet muligt at etablere, og hvornår er sammenligningsgrundlaget gyldigt? Det drøfter vi løbende.

Vi har i kapitlet valgt at forfølge tre spor. For det første bevæger vi os over tid i forhold til de samme anbragte børn, idet vi sammenholder Forløbsundersøgelsens informationer om indsatser, som børnene modtog i 2007 som 11-årige, med de foranstaltninger, der var iværksat, da de i 2003 var 7 år gamle. Ved dataindsamlingen i 2003, blev der ikke indhentet oplysninger om handleplaner og målsætninger, men kun om visse former for konkrete indsatser. Er det via en sådan sammenligning

muligt at afkode, om indsatserne hen ad vejen er blevet mere eller mindre omfattende?

For at belyse, om anbringelsesreformen har sat sig spor, sammenligner vi for det andet forholdene for børn, der blev anbragt efter 2006 (hvor anbringelsesreformen trådte i kraft) med forholdene for børn, der blev anbragt tidligere. Naturligvis omfatter reformen alle anbragte børn og derfor også dem, der er blevet anbragt før 2006, men man kunne ikke desto mindre have en formodning om, at procedurerne med at lave bedre handleplaner og mere målrettede indsatser, hurtigere ville vinde indpas i forhold til nye sager.

Endelig har vi for det tredje valgt at fokusere på, om anbragte og ikke-anbragte børn med ensartede problemstillinger i forhold til skole- og sundhedsproblematikker modtager foranstaltninger i samme udstrækning. Til dette formål inddrager vi data fra SFI's Børneforløbsundersøgelse, og vi fokuserer på situationen, som den så ud, da børnene var 11 år gamle.

SAMMENLIGNING OVER TID: INDSATSER I 2003 OG 2007

De anbragte børns aldersmæssige udvikling fra 2003 til 2007 indebærer, at vi ikke kan forvente, at omfanget af indsatserne eller foranstaltningstyperne er identisk i de to målingsperioder. Nogle problemer kan være forsvundet, mens andre kan være opstået, siden børnene var i 7-årsalderen. Man kan ikke aflæse en evt. opadgående udvikling i omfanget af tilbudte foranstaltninger mellem de to perioder som et udtryk for en mere målrettet eller generøs velfærdspolitik. Da skulle målingerne have været foretaget på samme aldersgruppe i henholdsvis 2003 og 2007.

Når det alligevel kan være interessant at sammenstille Forløbsundersøgelsens resultater fra 2003 med resultaterne fra 2007, er det for at tilvejebringe et billede af, om de samme anbragte børns situation er blevet forbedret eller forværret. Man kan både se på igangsatte indsatser og på vurderingen af sagsbehandlers og anbringelsesstedernes indbyrdes samarbejde. Forløbsundersøgelsen giver os alene mulighed for at se på skoleforhold.

TABEL 6.1

Indsatser i forhold til skoleproblemer igangsat blandt anbragte 7-årige børn 2003, samt anbragte 11-årige børn 2007. Procent.

	Anbringelses- steder til 7-årige børn	Anbringelses- steder til 11-årige børn
Børn med et eller flere skoleproblemer	80	83
<i>Blandt disse børn:</i>		
Iværksat initiativer i forhold til skoleproblemer	61	75
Iværksat støtte fra skolens støttecenter	(-)	7
Iværksat taleundervisning	7	5
Iværksat særlige undervisningsmaterialer og tekniske hjælpemidler	10	29
Iværksat overflytning til specialklasse el.lign.	11	25
Iværksat skolepsykolog/psykolog/PPR	39	45
Iværksat ekstra danskundervisning	1	19
Iværksat lektiehjælp	5	19
Procentgrundlag	241	241

Kilde: Anbringelsesstedernes besvarelser fra Forløbsundersøgelsen blandt anbragte børn i henholdsvis 2003 og 2007.

Note: Spørgsmålet vedrørende iværksættelse af støtte fra skolens støttecenter er ikke blevet stillet til anbringelsesstederne i 2003.

Tabel 6.1 illustrerer, hvilke indsatser de anbragte børn, ifølge anbringelsesstederne, modtog som henholdsvis 7- og 11-årige. Tabellen viser, at en anelse flere børn oplevede problemer i skolen som 11-årige (83 pct.)²⁶ end som 7-årige (80 pct.). Det er ikke overraskende, set i lyset af, at de faglige krav i skolen skærpes i takt med, at børnene bliver ældre. Tabellen afspejler videre, at der er sket en massiv tilgang af indsatser for at afhjælpe skoleproblemerne. I 2003 modtog 61 pct. af de børn, der havde ét eller flere skoleproblemer, indsatser, mens andelen i 2007 var steget til 75 pct. Vi må betragte udviklingen som positiv, men den kan som nævnt ikke aflæses som et udtryk for, at 'man er blevet bedre til at iværksætte indsatser', da det ikke lader sig afgøre, om udviklingen alene kan tilskri-

26. Datagrundlaget er i tabellen 241 cases, hvilket omfatter de besvarelser, hvor anbringelsesstedet for samme barn både i 2003 og 2007 har deltaget i undersøgelsen. Hvis vi vælger anbringelsesstedernes fulde datagrundlag i henholdsvis 2003 og 2007, dvs. henholdsvis 390 og 446 besvarelser, opnår vi stort set samme procenter på spørgsmålet om hyppigheden af skoleproblemer blandt de 7- og 11-årige. I tabellen er procenterne henholdsvis 80 og 88, mens de på de totale datagrundlag er henholdsvis 80 og 89.

ves børnenes aldersmæssige udvikling eller ændrede problemprofil, eller om det rent faktisk er ændringer i sagsbehandlerpraksis, der har gjort udslaget. Førstnævnte forklaring forekommer imidlertid mest plausibel. Ser vi på de konkrete indsatser, som er nævnt i tabellen, kan der iagttages en jævn stigning iblandt dem. Den mest markante stigning er sket i forhold til indsatser som 'ekstra danskundervisning' og 'særligt undervisningsmateriale og tekniske hjælpemidler', mens færrest ændringer er sket i forhold til at iværksætte psykologisk eller skolepsykologisk tilbud.

Anbringelsesreformen stiler ikke kun mod at forbedre de indsatser, der igangsættes over for anbragte børn, men også mod i højere grad at inddrage barnet og dets netværk i forhold til beslutningsprocessen omkring de indsatser og foranstaltninger, der igangsættes. Set i dette lys aktualiseres samarbejdet mellem sagsbehandlere og anbringelsesstedet. Tabel 6.2 viser, hvordan anbringelsesstederne i henholdsvis 2003 og 2007 vurderede samarbejdet med forvaltningen om det anbragte barn og de handleplaner, der er udarbejdet (eller manglen på samme). Desuden viser tabellen, hvor hyppigt sagsbehandleren besøgte barnet, da det var henholdsvis 7 og 11 år.

Der er stort set ikke sket ændringer i anbringelsesstedernes opfattelse af samarbejdet med sagsbehandlerne. Mens 67 pct. af anbringelsesstederne i 2003 vurderede, at samarbejdet med sagsbehandlerne var 'godt' eller 'virkelig godt', var den tilsvarende andel 66 pct. i 2007. Det var således hvert tredje af anbringelsesstederne, der ikke betragtede samarbejdet som tilfredsstillende, hvormed det kan hævdes, at reformens målsætning om forbedring på dette punkt må være kærkommen.

Det er vanskeligt at vurdere, om anbringelsesstedernes syn på barnets handleplan har ændret sig. Det skyldes, at mange besvarelser henhører under kategorierne 'ved ikke' og 'uoplyst', hvilket forstyrrer billedet af en eventuel udvikling i besvarelserne. Denne omstændighed gør sig både gældende i forhold til den indholdsmæssige vurdering af handleplanen og i forhold til vurderingen af handleplanen som muligt arbejdsredskab for anbringelsesstederne. Ganske vist viser tabel 6.2, at 58 pct. af anbringelsesstederne i 2003 mente, at handleplanen svarede til barnets problemstilling, mens den tilsvarende andel var 70 pct. i 2007. Mange besvarelser – henholdsvis 40 og 27 pct. – faldt inden for kategorien 'ved ikke eller uoplyst'. Sorterer vi alle de uoplyste og 'ved ikke' besvarelser fra, udligener det forskellen, og næsten alle tilkendegivelser på spørgsmålet fremstår som positive.

TABEL 6.2

Anbringelsesstedernes vurderinger af samarbejdet med socialforvaltning og af de udarbejdede handleplaner i henholdsvis 2003 og 2007.

	Anbringelsessteder til 7-årige Pct.	Anbringelsessteder til 11-årige Pct.
<i>Vurdering af samarbejdet med forvaltningen om det anbragte barn:</i>		
1) Virkelig godt	23	25
2) Godt	44	41
3) Nogenlunde	22	21
4) Mindre godt eller dårligt	9	10
5) Ved ikke/uoplyst	2	4
<i>Handleplanen svarer til det, som anbringelsesstedet ser som barnets problemstilling:</i>		
1) Ja/ja i nogen udstrækning	58	70
2) Nej	2	3
3) Ved ikke/uoplyst	40	27
<i>Handleplanen er et godt arbejdsredskab for anbringelsesstedet:</i>		
1) Ja/ja i nogen udstrækning	49	53
2) Nej	9	23
3) Ved ikke/uoplyst	42	24
<i>Hyppighed af sagsbehandlers besøg hos barnet</i>		
1) Hver 1.-3. mdr.	30	21
2) Hver 4.-6. mdr.	15	7
3) Hver 7.-15. mdr.	31	10
4) Aldrig	20	9
5) Ved ikke/uoplyst	4	53
Totale procentgrundlag	241	241

Kilde: Anbringelsesstedernes besvarelser fra Forløbsundersøgelsen blandt anbragte børn 2003 og 2007.

Samme tendens gælder vurderingen af, om handleplanen fungerer som et godt arbejdsredskab for anbringelsesstedet. Umiddelbart er der tale om en lille stigning i positiv retning fra 2003 til 2007. Men samtidigt var dobbelt så mange (23 pct.) af anbringelsesstederne i 2007 negative i forhold til situationen i 2003 (9 pct.) Det er den høje andel (henholdsvis 42 og 24 pct.) af 'ved ikke' eller uoplyste besvarelser, der forstyrrer billedet.

Det sidste forhold i tabel 6.2 berører hyppigheden af sagsbehandlernes besøg hos barnet. Også her er der afgivet bemærkelsesværdigt

mange 'ved ikke' og uoplyste besvarelser, og det er derfor ikke muligt at sammenholde oplysninger fra 2003 og 2007 direkte med hinanden. Frarorterer vi alle de uoplyste besvarelser tegner det billede sig, at sagsbehandlerne hyppigere besøgte børnene i 2007 end i 2003, skønt tallene som de umiddelbart fremstår i tabellen afspejler den modsatte udvikling: I 2003 angav 72 anbringelsessteder, at sagsbehandleren besøgte barnet hver 3. måned eller oftere, mens 51 anbringelsessteder svarede tilsvarende i 2007. Samtidig er antallet af anbringelsessteder, der angav, at sagsbehandleren aldrig besøgte barnet halveret fra 2003 til 2007, fra 47 til 21 anbringelsessteder. Vi kan imidlertid ikke vide, hvordan svarene ville have fordelt sig, såfremt alle 241 anbringelsessteder fra både 2003 og 2007 havde afgivet et gyldigt svar på spørgsmålet.

På grundlag af de informationskilder vi har haft til rådighed, må vi sammenfattende konkludere, at det er vanskeligt at udtale sig om de udviklingstræk, der måtte være sket i forhold til iværksatte indsatser for (de samme) anbragte børn i perioden fra 2003 til 2007. Observationer af stigninger og fald i indsatser mv. er ikke nødvendigvis en effekt af anbringelsesreformen. Den aldersmæssige udvikling hos børnene kan indebære, at sagsbehandlingsstrategierne må ændre sig over tid. Desuden frembringer datagrundlaget, som illustreret, nogen usikkerhed og tvivl om, hvordan vi kan frembringe valide sammenligninger over tid.

HANDLEPLANER OG INDSATSER FOR BØRN ANBRAGTE FØR OG EFTER 2006

En anden tilgang til at spore en eventuel udvikling i sagsbehandlingen er ved at opdele Forløbsundersøgelsens population efter dem, der blev anbragt før reformen trådte i kraft og dem, der blev anbragt umiddelbart efter. Er det muligt at iagttage en forskel i den sagsbehandling, disse to grupper har modtaget? Anbringelsesreformen stræber efter at forbedre forholdene for alle anbragte børn og ikke kun dem, der er blevet anbragt efter reformen trådte i kraft. Ikke desto mindre kan man formode, at ændringer i sagsbehandlerens procedurer hurtigere iværksættes i forbindelse med 'nye sager', herunder nye anbringelser.

Denne dataindsamling blev gennemført allerede knap et år efter, at reformen trådte i kraft. Det er derfor begrænset, hvor mange 'nye anbringelser' der indgår i Forløbsundersøgelsens data. Tabel 6.3 viser,

hvordan børn anbragt før og efter 2006 fordeler sig på en række spørgsmål vedrørende handleplaner og forskellige udvalgte indsatser.²⁷ Det drejer sig om i alt 29 børn, der blev anbragt i 2006 eller 2007. Datagrundlaget er således meget spinkelt. Et andet metodemæssigt forbehold er, at anbringelsesstederne til børn anbragt i 2006 eller 2007 kan tænkes at være mere opmærksomme på sagsbehandlingen af barnet, end anbringelsessteder generelt er. En ny anbringelse giver anbringelsesstedet lejlighed til at have sagsbehandlingen i frisk erindring, et forhold, der i metodeøjemed kan have indflydelse på besvarelsesmønstret.²⁸

Tabel 6.3 viser, at børn anbragt før og efter 2006 i lige stor udstrækning (henholdsvis 77 og 76 pct.) har fået udarbejdet handleplaner, og at anbringelsesstederne til disse børn i samme omfang har kendskab til denne handleplan (86 pct. i begge tilfælde).²⁹ Ser vi på indholdet af handleplanerne, er tendensen, at handleplanerne til de børn, der er anbragt efter 2006, i højere grad har fokus på både skoleforhold, psykiske sundhedsforhold, fritidsliv og relationer til slægten. Eksempelvis angiver to tredjedele af handleplanerne for de børn, der er anbragt efter 2006, at der skal tages særligt hensyn til barnets skoleforhold, mod halvdelen af handleplanerne for de øvrige børn. Den mest markante forskel observerer vi i forhold til slægtskabsrelationer, hvor to tredjedele af handleplanerne til børn anbragt efter 2006 angiver et særligt hensyn til disse, mod kun en tredjedel af de handleplaner, der blev udarbejdet for børn anbragt før 2006. Omvendt er der en tendens til, at barnets fysiske sundhed prioriteres lavere i handleplanerne efter 2006, hvilket kan forekomme paradoksalt, eftersom reformen netop har sundhed som et fokuspunkt, uanset om barnet måtte have sundhedsproblemer eller ej.

27. Vi har af hensyn til tabellens datagrundlag valgt kun at medtage fordelingen på de indsatser, der hyppigst iværksættes, da visse spørgsmål blot har fået 22 besvarelser.

28. Eksempelvis kan det tænkes, at de anbringelsessteder, der fået et barn anbragt hos sig kort tid forud for Forløbsundersøgelsens dataindsamling, vil afgive mere korrekte og valide svar. Ligesom der kan være et følelsesmæssigt aspekt involveret på den måde, at jo længere man har haft et barn anbragt, desto længere tid har man også haft til at knytte sig til barnet følelsesmæssigt, hvilket sandsynligvis vil påvirke den måde, man anskuer barnet og barnets sagsbehandling på.

29. Der kan være tale om hele, dele eller sammenskrivninger af handleplanen, eller om en anden form for plan for barnets anbringelse.

TABEL 6.3

Handleplaner og indsatser for børn anbragt før og efter 2006. Procent.

	Anbragt før 2006	Antal i alt	Anbragt efter 2006	Antal i alt
Handleplan for barnet er udarbejdet af forvaltningen	77	302	76	22
<i>Blandt dem, der har svaret bekræftende på, at der er udarbejdet en handleplan:</i>				
Anbringelsesstedet har modtaget hele, dele eller sammenskrivning af handleplanen	86	255	86	19
<i>Handleplanen angiver, at der skal tages særligt hensyn til:</i>				
Barnets skolegang	54	164	68	15
Barnets fysiske sundhed	36	109	23	5
Barnets psykiske sundhed	59	179	68	15
Barnets fritidsliv	39	118	50	11
Barnets relationer til slægten	33	100	64	14
Barnets kammeratskabsrelationer	31	94	36	8
<i>Følgende er iværksat til afhjælpning af barnets skoleproblemer:</i>				
Støtte fra skolens støttecenter	34	103	9	2
Særlige undervisningsmaterialer og tekniske hjælpemidler	27	82	27	6
Overflytning til specialklasse	21	64	32	7
Skolepsykolog/psykolog/PPR	43	130	18	4

Kilde: Anbringelsesstedernes besvarelser 2007.

Note: Da der var meget få 'ved ikke' og uoplyste besvarelser, er de ikke regnet med i procenterne.

Det er tænkeligt, at de observerede forskelle i handleplanernes indhold kan tilskrives, at børn, der er blevet anbragt henholdsvis før og efter 2006, har forskellige problemstillinger, og at sagsbehandlerne følgelig har søgt at målrette handleplanen i forhold til barnet. Vi har testet, om der er forskelle mellem børn anbragt før og efter 2006 i forhold til anbringelsesårsager, køn, anbringelsessted, diagnose og skoleform. Analysen fandt ingen væsentlige forskelle med hensyn til forekomst af hverken diagnoser, sygdom, skoleform, køn eller anbringelsesårsager. Til gengæld var der en signifikant forskel i forhold til børnenes anbringelsessted. Mens 72 pct. af de børn, der er anbragt før 2006 boede i en form for plejefamilie, gjaldt det samme kun for 36 pct. af børnene, der var anbragt efter 2006. Om det øgede fokus på, at relationerne til slægten skal bevares,

skyldes at de nyligt anbragte børn lever på en institution, eller om opmærksomheden er en reel effekt af anbringelsesreformen er vanskeligt at eftervise. For det andet viste analysen, at børn anbragt efter 2006 hyppigere end de øvrige børn var anbragt på grund af adfærds- og psykiske problemer, hvilket kan bidrage til at forklare, at handleplanerne hyppigere anførte, at der skulle tages særligt hensyn til barnets psykiske sundhed.

Skønt talstørrelserne er meget små, og datagrundlaget derfor er usikkert, er den samlede tendens, at handleplanerne for de børn, der er anbragt efter 2006, hyppigere har imødekommet anbringelsesreformens målsætninger om at sætte fokus på en række specifikke livsområder.

Tablet 6.3 omhandler endeligt de indsatser, der er iværksat for at afhjælpe barnets skoleproblemer. Andelen af børn anbragt efter 2006, som har fået iværksat indsatser, er yderst beskedne, og det er vanskeligt at drage konklusioner om tendenserne, om end det kan se ud til, at de nyligt anbragte børn sjældnere end de øvrige modtager indsatser.

INDSATSER FOR ANBRAGTE OG IKKE-ANBRAGTE BØRN MED BESTEMTE PROBLEMTYPER

I det følgende fokuserer vi på de indsatser, som anbragte børn modtager i forhold til de indsatser, der er iværksat for jævnaldrende ikke-anbragte børn, der også har skole- eller sundhedsmæssige problemer. Sammenligningen er for de anbragte børns vedkommende baseret på besvarelser afgivet af anbringelsesstederne, og for de ikke-anbragte børn på besvarelser fra disses mødre. Det skal bemærkes, at anbringelsessteder og mødre kan tænkes at have forskellige tilgange til og forståelser for barnets problemer og de indsatser, der igangsættes. Desuden er der med stor sandsynlighed forskel på dybden af børnenes problemer, jf. kapitel 3. Sådanne forhold indebærer, at der må tages forbehold ved sammenligning.³⁰ For delvist at imødekomme disse vanskeligheder, sætter vi i gennemgangen ikke kun fokus på de 'almindelige børn', men også på den såkaldte sammenligningsgruppe af udsatte børn fra Børneforløbsundersøgelsen, der

30. Eksempelvis har knapt en femtedel af anbringelsesstederne (18 pct.) haft barnet boende hos sig i mindre end tre år, og 25 pct. af anbringelsesstederne angiver, at barnet formentlig ikke skal være anbragt det pågældende sted i resten af sin barndom. Vi antager videre, at mange anbringelsessteder har en mere 'professionel' tilgang til eller optik på barnet, og at anbringelsessteder og biologiske mødre følger har forskellig tilknytning til og forståelse for barnet.

på en række områder delte baggrundskarakteristika med anbragte børn, jf. gennemgangen i kapitel 3.

TABEL 6.4

Indsatser i forhold til skoleproblemer igangsæt blandt henholdsvis ikke-anbragte og anbragte 11-årige børn 2007. Procent.

	Ikke-anbragte børn	Udsatte børn	Anbragte børn
Børn med et eller flere skoleproblemer	46	84	89
<i>Blandt disse børn er der:</i>			
Iværksat et eller flere initiativer i forhold til skoleproblemer	49	72	74
Iværksat støtte fra skolens støttecenter	35	46	45
Iværksat taleundervisning	5	8	8
Iværksat særlige undervisningsmaterialer og tekniske hjælpemidler	20	29	39
Iværksat overflytning til specialklasse eller lignende	9	22	32
Iværksat skolepsykolog/psykolog/PPR	34	74	59
Iværksat ekstra danskundervisning	20	24	24
Iværksat lektiehjælp	11	15	23
Procentgrundlag	1.063	143	293

Kilde: Mødrenes besvarelser fra Børneforløbsundersøgelsen 2007, samt anbringelsesstedernes besvarelser fra Forløbsundersøgelsen blandt anbragte børn 2007.

Tabel 6.4 illustrerer omfanget af iværksatte indsatser på skoleområdet hos henholdsvis anbragte og ikke-anbragte børn. Mens 89 pct. af de anbragte 11-årige havde mindst ét skoleproblem, gjaldt det samme for ca. halvt så mange, nemlig 46 pct., af de ikke-anbragte jævnaldrende. For de udsatte ikke-anbragte børn var andelen med mindst ét skoleproblem dog væsentligt højere: 84 pct. Blandt børn med skoleproblemer bliver der oftest iværksat en form for indsats over for dem, der samtidig er anbragte. Det gælder for 74 pct. af anbragte børn med skoleproblemer, mens den samme andel blandt ikke-anbragte jævnaldrende i almindelighed er 49 pct. Især indsatserne skolepsykolog, overflytning til specialklasse og lektiehjælp blev langt hyppigere iværksat over for anbragte sammenlignet med ikke-anbragte børn. Ikke-anbragte udsatte børn modtog i samme omfang som de anbragte indsatser, som på nogle områder lignede de anbragte børns, og på andre områder synes at afspejle, at børnene bevæ-

ger sig i to forskellige systemer. Psykologisk bistand mv. var således et yderst udbredt virkemiddel til udsatte ikke-anbragte børn (74 pct.).

Tabel 6.5 viser, hvor mange indsatser der var igangsat for at afhjælpe de anbragte og ikke-anbragte børns skoleproblemer. Blandt de ikke-anbragte børn som helhed modtog 86 pct. ingen form for indsatser i forhold til skoleproblemer, mens den tilsvarende andel var 44 pct. for udsatte ikke-anbragte børn og 28 pct. for de anbragte børn. Blandt sidstnævnte gruppe havde mere end hvert tredje barn (37 pct.) fået foranstaltet mindst tre forskellige indsatser, en omstændighed der gjaldt for 23 pct. af de udsatte ikke-anbragte børn og 3 pct. af de ikke-anbragte børn i almindelighed.

TABEL 6.5

Antal iværksættelser for henholdsvis anbragte og ikke-anbragte børn i 11-årsalderen. 2007. Procent.

	Ikke-anbragte børn	Udsatte børn	Anbragte børn
<i>Antal iværksættelser over for barnets skoleproblemer:</i>			
Ingen indsatser igangsat	86	44	28
1 indsats iværksat	6	21	16
2 indsatser iværksat	3	13	19
3 indsatser iværksat	2	10	15
4 indsatser iværksat	2	9	10
5 eller flere indsatser iværksat	1	4	12
Total pct.	100	100	100
N=	4.771	236	446

Kilde: Mødrenes besvarelser i Børneforløbsundersøgelsen 2007, samt anbringelsesstedernes besvarelser i Forløbsundersøgelsen blandt anbragte børn 2007,

TABEL 6.6

Iværksættelser over for konkrete problemtyper blandt grupper af 11-årige anbragte børn og sammenlignet med ikke-anbragte jævnaldrende. 2007. Procent.

	Anbragte børn				Ikke-anbragte børn		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4	Anbragte børn i alt	Udsatte børn	Ikke-anbragte børn
<i>Børn med psykiske problemer:</i>					51	58	20
Heraf psykolog-hjælp iværksat	74	53	32	31	53	78	43
<i>Børn med taleproblemer:</i>					9	8	3
Heraf iværksat taleundervisning	57	0	0	0	57	56	40
<i>Børn med koncentrationsproblemer:</i>					69	60	23
Heraf støtte fra skolens støttecenter	47	46	29	35	42	50	45
Heraf overflyttet til specialklasse	45	46	5	2	32	23	12
Heraf psykolog-hjælp	73	60	30	30	55	78	45
Heraf fået læktiehjælp	23	28	14	17	23	17	15
Procentgrundlag	35-54	27-31	10-18	5-18	30-100	30-100	30-100

Kilde: Mødrenes besvarelser i Børneforløbsundersøgelsen 2007, samt anbringelsesstedernes besvarelser i Forløbsundersøgelsen blandt anbragte børn 2007.

Note: Det skal bemærkes, at procentgrundlaget varierer i forhold til hvert af problemområderne. Derfor er der angivet intervaller i det samlede procentgrundlag. Intervallerne illustrerer procentgrundlaget på alle spørgsmålene i tabellen med undtagelse af spørgsmålet om taleproblemer, hvor der ingen besvarelser er i grupperne 2, 3 og 4.

I så store datamaterialer, som det der ligger til grund for denne undersøgelse, kan vi ikke umiddelbart vide, hvilke konkrete foranstaltninger det enkelte barn har fået som svar på bestemte problemer. Men på baggrund af undersøgelsens informationer om såvel børns problemtyper som om foranstaltninger, forsøgte vi på næste trin i analysen at koble et udvalg af

forskellige problemtyper hos børnene sammen med de oplysninger, der i datamaterialerne fandtes om indsatsen. For et barn med psykiske problemer kunne en matchende indsats være psykologhjælp. Havde barnet taleproblemer, ville det være oplagt at sende det til taleundervisning. Koncentrationsproblemer kan muligvis afhjælpes eller dæmpes gennem flere af de virkemidler, som var nævnt i spørgeskemaerne: gennem støtteundervisning, specialundervisning, psykologbistand eller lektiehjælp. Resultaterne af disse match fremgår af tabel 6.6, hvor vi tillige har opdelt de anbragte børn i de fire grupper med forskellig problemtyngde, som vi har opereret med i tidligere kapitler.

Det skal om tabel 6.6 bemærkes, at procentgrundlaget er svingende, og på flere af spørgsmålene er der meget få besvarelser. Således er der kun i alt 15 anbragte børn, der har taleproblemer og samtidig har fået iværksat taleundervisning, 61 der har koncentrationsproblemer og samtidig har fået iværksat lektiehjælp og 84 der har koncentrationsproblemer og samtidig har fået iværksat overflytning til specialklasse. Blandt disse relativt få børn med de omtalte problemtyper og som samtidig modtager bestemte indsatsen, er det kun få, der placerer sig i gruppe 3 og 4, mens langt størstedelen falder inden for grupperne 1 og 2. Disse forhold kan medvirke til at skabe en vis usikkerhed omkring nogle af tallene i tabellen, især dem, der vedrører gruppe 3 og 4, hvorfor vi må understrege, at der er tale om tendenser.

Med afsæt i de tre ovenstående tabeller ser det umiddelbart ud til, hvis vi tager tallene for pålydende, at anbragte børn hyppigere modtager foranstaltninger end deres ikke-anbragte jævnaldrene i almindelighed, der havde tilsvarende problemtyper: Mens fx gennemsnitligt 53 pct. af de anbragte børn med psykiske problemer fik iværksat psykologhjælp, gælder det gennemsnitligt for 43 pct. af de ikke-anbragte børn, der også havde psykiske problemer. Mens fx 40 pct. af de ikke-anbragte børn med taleproblemer modtog taleundervisning, gjaldt det samme for 57 pct. af de anbragte børn. På andre områder var forskellene dog mindre. Billedet opblødes dog noget. For det første, når vi inddrager den særlige sammenligningsgruppe af ikke-anbragte børn, som i undersøgelsen blev defineret som udsatte. Denne gruppe modtog på nogle områder foranstaltninger i omtrent samme omfang som de anbragte børn (fx støtteundervisning, taleundervisning og ekstra dansk), på andre områder fik de hyppigere indsatsen (fx psykologhjælp), men på atter andre områder var indsatsen mere begrænset. Tilsvarende iagttages for det andet blandt de

anbragte børn indbyrdes en variation i andelene, de modtager foranstaltninger, skønt de tilsyneladende har ensartede problemer: Børn i grupperne 1 og 2, der har koncentrationsproblemer, får fx markant oftere forskellige typer indsatser end børn med tilsvarende problemer, som efter undersøgelsens definition tilhører gruppe 3 og 4. Dette mønster er systematisk for alle problem- og indsats typer, som er nævnt i tabel 6.6.

Alt i alt mener vi ikke, at der er grundlag for at konkludere, at anbragte børn hyppigere end ikke-anbragte med tilsvarende problemer modtager indsatser. Vi finder snarere på baggrund af de mønstre, vi kan iagttage og har redegjort for, at variationerne i den hjælp, som forskellige kategorier af børn modtager, må tilskrives, at der er forskel i dybden på børnenes problemer. Når anbragte børn med et bestemt problem, hyppigere end ikke-anbragte med samme problem er omfattet af indsatser, skyldes det sandsynligvis, at problemet har en mere alvorlig karakter blandt de førstnævnte.

Vi har søgt at forfølge dette spor. I kapitel 3 blev det beskrevet, at knap en tredjedel af alle de anbragte børn i SFI's Forløbsundersøgelse af anbragte børn havde fået stillet en diagnose på en uheldelig sygdom eller en form for handicap. Langvarigt syge eller handicappede børn har typisk behov for andre indsatser end normalt fungerende børn, og det er derfor interessant at sammenligne indsatserne overfor børn med forskellige diagnoser. De hyppigst stillede diagnoser var DAMP/ADHD, udviklingshæmning og børnepsykiatriske sygdomme blandt de anbragte børn.³¹ 24 pct. af de anbragte børn havde samlet set fået konstateret en eller flere af disse diagnoser, mens det samme kun gjaldt for 3 pct. af de ikke-anbragte børn. Ser vi isoleret set på de børn, der har fået stillet en eller flere diagnoser, er det fire ud af fem diagnosebørn, der har DAMP/ADHD, er udviklingshæmmede og/eller har en børnepsykiatrisk sygdom, mens det blandt ikke-anbragte jævnaldrende med diagnoser er hvert fjerde barn (27 pct.). Blandt udsatte ikke-anbragte børn med diagnoser drejer det sig om 16 pct.

Tabel 6.7 illustrerer, i hvilken udstrækning anbragte og ikke-anbragte børn med en eller flere af de omtalte diagnoser modtager forskellige indsatser.

31. Det bliver ikke specificeret nærmere i Forløbsundersøgelsen af anbragte børn hvilke, former for børnepsykiatriske sygdomme der er tale om.

TABEL 6.7

Indsatser for anbragte og ikke-anbragte børn på 11 år med en eller flere af diagnoserne DAMP/ADHD, udviklingshæmning og/eller børnepsykiatriske sygdomme. 2007. Procent.

	Ikke-anbragte børn	Udsatte børn	Anbragte børn
Børn med DAMP/ADHD, udviklingshæmning og/eller børnepsykiatrisk sygdom	3	16	24
<i>Blandt disse børn:</i>			
Et eller flere problemer i skolen	92	97	93
Iværksat et eller flere initiativer i forhold til skoleproblemer	83	81	89
Iværksat støtte fra skolens støttecenter	67	71	48
Iværksat taleundervisning	20	17	17
Iværksat særlige undervisningsmaterialer og tekniske hjælpemidler	52	59	70
Iværksat overflytning til specialklasse eller lignende	35	45	53
Iværksat skolepsykolog/psykolog/PPR	67	72	72
Iværksat ekstra danskundervisning	21	29	15
Iværksat lektiehjælp	13	17	24
Procentgrundlag	142	37	108

Kilde: Mødrenes besvarelser i Børneforløbsundersøgelsen 2007, samt anbringelsesstedernes besvarelser i Forløbsundersøgelsen blandt anbragte børn 2007.

Tabellen viser, at de markante forskelle på omfanget af både problemer og indsatser for henholdsvis anbragte og ikke-anbragte børn, som blev omtalt i det foregående, i vid udstrækning udlignes, når vi kontrollerer for diagnoserne DAMP/ADHD, udviklingshæmning og børnepsykiatriske sygdomme. Blandt de børn, der havde fået stillet en eller flere af disse diagnoser, var det henholdsvis 91 pct. af de ikke-anbragte, 97 pct. af de udsatte ikke-anbragte og 92 pct. af de anbragte børn, der havde et eller flere problemer i skolen. Samtidig var der for 83 pct. af de ikke-anbragte, 81 pct. af de udsatte ikke-anbragte og 89 pct. af de anbragte børn blevet igangsat et eller flere initiativer til at afhjælpe skoleproblemerne. Der er således overordnet set ikke signifikante forskelle på problemforekomst og indsatser blandt anbragte og ikke-anbragte børn, der har fået stillet en eller flere af de omtalte diagnoser.

Ser vi mere detaljeret på de forskellige typer af igangsatte indsatser, er der dog stadig indbyrdes signifikante forskelle, men overhyppighederne går nu begge veje. Ikke-anbragte børn modtog således eksempelvis hyppigere støtte fra skolens støttecenter, mens anbragte børn hyp-

pigere overflyttes til en anden klasse og har fået særlige undervisningsmaterialer eller hjælpemidler. På grundlag af det foreliggende er en forsigtig fortolkning, at de ikke-anbragte børn hyppigere modtager indsatser, hvor de kan forblive inden for normalsystemets rammer, mens de anbragte børn behandles inden for specialsystemet.

SAMMENFATNING

Kapitlets formål var at perspektivere resultaterne om indsatser i forhold til anbragte 11-årige børn ved at inddrage undersøgelsesfund fra dengang, da børnene var 7 år; ved at undersøge, om der kunne spores effekter af anbringelsesreformen i forhold til de nyligt anbragte børn og ved at sammenstille de indsatser, som anbragte børn fik, med de tilbud, ikke-anbragte jævnaldrende børn med tilsvarende problemer får. På grund af datamaterialernes beskaffenhed, som på nogle punkter bestod af små talstørrelser, var nogle af vores fund behæftet med en usikkerhed og må anskues som tendenser snarere end håndfaste resultater. I forhold til det første undersøgelsesspørgsmål, om anbringelsesreformen har sat sig spor, mener vi os således ikke at være i stand til at kunne drage konklusioner om, hvorvidt stigninger eller fald i omfanget af iværksatte indsatser for de samme anbragte børn i 2003 og 2007 beror på anbringelsesreformens implementering eller på børnenes (ændrede) problemtyper. Til gengæld observerede vi i datamaterialet en tendens til, at de nyligt anbragte børn hyppigere end tidligere anbragte børn havde fået anbringelsesreformens målsætninger implementeret i deres handleplaner.

Med hensyn til det andet undersøgelsesspørgsmål, om anbragte børn modtager flere eller færre indsatser end ikke-anbragte børn med tilsvarende problemer, så det ved første øjekast ud til, at der iværksættes flere foranstaltninger i forhold til anbragte børn, når der er problemer i skolen. De observerede forskelle skal imidlertid nok forklares med, at 'et problem' kan dække over mange sværhedsgrader. Antagelsen om, at anbragte børns skoleproblemer ofte er dybere og derfor også kalder på mere støtte, blev understøttet, når vi opdelte børnene i de fire grupper, som vi har opereret med gennem undersøgelsen: De to 'problem tunge' grupperinger modtog betydeligt hyppigere end ikke-anbragte børn indsatser, mens de to mindst problem tunge grupper sjældnere fik hjælp til deres skoleproblemer. Vi undersøgte i forlængelse heraf også, om an-

bragte og ikke-anbragte børn med identiske diagnoser modtog foranstaltninger i samme udstrækning. Det må vi overordnet konkludere, at de gør.

DISKUSSION

Når man nærmer sig afslutningen på et forskningsbaseret arbejde, vil der ofte stå nogle irritanter tilbage, nogle observationer eller sammenhænge, som ikke passer ind i det mønster, man forventede at finde. Eller nogle fund, som forstyrrer de hovedlinjer, som man har analyseret frem. Sådanne forstyrrelser kan imidlertid også give anledning til at anskue et område med friske øjne, eller til at stille nye spørgsmål, som fremtidig forskning må tage hånd om at besvare.

I forbindelse med denne evalueringsundersøgelse står der tre irritanter tilbage, som vi afslutningsvis gerne vil give et par ord med på vejen.

Den første irritant drejer sig om den optik, man anlægger på undersøgelsesområdet. Fremstillingen her har vist, at en meget stor andel – knapt hver tredje – af de anbragte 11-årige, som deltog i undersøgelsen, kunne karakteriseres som diagnosebørn: De havde langvarig sygdom eller et handicap. Ud fra undersøgelsens data led fire ud af fem diagnosebørn af udviklingshæmning, DAMP/ADHDD eller børnepsykiatriske lidelser. Sammenlignet med 'normalbefolkningen' var forekomsten af handicap og diagnoser væsentlig større blandt de anbragte børn, og deres sygdomme og lidelser syntes desuden at være præget af en større problemtyngde. Ud fra undersøgelsesmaterialet var hvert fjerde af disse børn alene anbragt på grund af handicapet. For flertallets vedkommende var anbringelsen (tillige) forårsaget af andre og mere sociale forhold.

Ud fra det kendskab vi har til feltet om anbragte børn og unge, er indtrykket, at anbragte børn ofte er indskrevet i en 'social' optik. Der synes at eksistere en 'mental' skillelinje, hvor man sonderer mellem på den ene side de børn, der modtager foranstaltninger af sociale årsager og på den anden side dem, der modtager støtte på grund af nedsat funktionsevne. Denne undersøgelse tyder på, at billedet er mere mikset, og det rejser videre spørgsmålet, om der hidtil har været tilstrækkelig opmærksomhed på, at en ganske stor del af de anbragte børn synes at have vanskelige forudsætninger for at kunne klare sig, netop fordi deres funktionsevne er nedsat. I analysen opdelte vi undersøgelsespopulationen, så 'diagnosebørnene' med handicap og børn med adfærdsforstyrrelser blev udskilt fra de øvrige anbragte børn. Vi vil ikke udelukke, at der kan konstrueres andre og bedre måder at kategorisere børnene på, men ikke desto mindre mener vi, at denne opdeling i analysen bidrog til væsentlig forklaringskraft på, hvorfor anbragte børn gennemgående er i langt dårligere trivsel og har ringere skolepræstationer end ikke-anbragte børn. Samtidig bidrog opdelingen også til at give et mere differentieret syn på de anbragte børn. Selv om nogle børn ser ud til at have vanskelige betingelser for at kunne klare sig på lige fod med 'normalbefolkningen', er der omvendt også grupper af anbragte børn, som tilnærmelsesvist klarer sig godt.

Et øget fokus på, at en del af de anbragte børn har nedsat funktionsevne rejser også nye spørgsmål til forskningen: Én spørgsmålstype drejer sig om, at få bragt mere nuanceret indsigt frem om, hvordan forbindelsen mellem handicap og anbringelse kan forstås, fx om børn med handicap har større risiko for at være udsat for vanrøgt og mishandling (og følgelig anbringes); om handicap er en følge af vanrøgt eller om forekomst af handicap hos børn nedsætter tærsklen for, hvornår de anbringes. En anden type spørgsmål, som vi kun tentativt har kunnet berøre i denne undersøgelse er, om de behandlinger, der gives til anbragte børn med handicap er tilstrækkelige, og om de undervisningstilbud, de får er stimulerende nok, herunder også om anbringelsen i sig selv kan udgøre en barriere for, at barnet får den mest effektive behandling eller specialpædagogiske støtte. En tredje type spørgsmål drejer sig om, hvad forskellige typer af anbringelsessteder betyder for handicappede børns hverdagsliv og udfoldelsesmuligheder.

En anden irritant i undersøgelsen rejser spørgsmål om, hvem der har ret til at vurdere, hvordan anbragte børn har det. Ved at inddrage

børn som informanter i Forløbsundersøgelsen af anbragte børn, blev de voksnes definitionsret udfordret. Som der er redegjort for, var det kun en mindre andel af børn fra stikprøven, der selv deltog i undersøgelsen, og det udgør i sig selv et problem. Derudover opstod der mistanke om skævheder i besvarelserne, som vi ikke kunne kontrollere for, selv om vi lavede bortfaldsanalyser. Endelig blev en række af de områder, som denne undersøgelse, skulle sætte fokus på (nemlig indsatser) kun belyst via de voksne respondenter. Derfor valgte vi langt hen ad vejen at basere analyserne på de informationer, som navnlig anbringelsesstederne afgav, og, når vi ser på de mønstre og sammenhænge, der er fundet i analyserne, vurderer vi, at disse besvarelser giver god fornuft. Ikke desto mindre ser vi det som et interessant problem, at de relativt få børn, som selv deltog i undersøgelsen, havde et ganske andet og langt mere optimistisk syn på deres egen trivsel og delvist også på deres skolegang end de voksne omsorgspersoner, der udtalte sig om børnenes tilstand. Diskrepansen mellem børns og voksnes udsagn var så stor, at den inviterer til overvejelser om, hvorfor der tilsyneladende er så forskellige syn, og hvis udsagn da står mest til troende? Det kan vi desværre hverken afgøre eller forklare her, hvor vi blot må nøjes med konstatere, at disse variationer findes. Men vi vil opfordre til, at fremtidige analyser af Forløbsundersøgelsen af anbragte børn – eller andre og mere kvalitative studier - går nærmere ind i denne problemstilling.

Den tredje irritant drejer sig om de diskrepanser, vi i undersøgelsen fandt mellem besvarelserne fra anbringelsessteder og sagsbehandlere. Selv om disse to instanser ganske vist på et overordnet niveau syntes at være enige om, hvad der var børnenes problemer og om hvilke indsatser, der blev igangsat, så var den gennemgående linje i undersøgelsesmateriale, at anbringelsesstederne vurderede børnenes situation som mere alvorlig og så den i et mere nuanceret perspektiv. Samtidig mente anbringelsesstederne også, at der er igangsat flere foranstaltninger for at afhjælpe problemerne. Vi har aflæst disse fund som tegn på, at sagsbehandleren i kommunen måske ikke altid besidder tilstrækkelig kendskab til barnet og dets situation. En sådan konklusion må opfordre til, at dialogen og samarbejdet omkring det enkelte barn forbedres, sådan som det er intentionen med anbringelsesreformen.

BILAG

BILAGSTABELLER TIL KAPITEL 4

TABEL 4.7

Gruppering af anbragte børn fordelt på antallet af anbringelsesårsager. Procent.

Antal anbringelsesårsager	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4	Uplacerbare	Total	N
1 årsag	27	4	25	74	73*	34	150
2-3 årsager	32	35	61	25	0	34	151
4-5 årsager	23	36	12	1	0	19	84
6 eller flere årsager	18	25	2	0	0	13	57
Total	100	100	100	100	100	100	446
Gennemsnitligt antal årsager	3,47	4,26	2,37	1,36	0,73	2,93	446
N	150	115	59	107	15	446	446

* For de resterende 27 pct. blandt 'de uplacerbare' børn er der ikke opgivet nogen anbringelsesårsag.

Kilde: SFI's Forløbsundersøgelse blandt anbragte børn i 1995-kohorten. Besvarelser fra anbringelsesstederne 2007.

TABEL 4.8

Forekomst af anbringelsesårsager blandt anbragte børn med og uden diagnoser. Antal.

Anbringelsesårsager	Børn med diagnose	Børn uden diagnose	Total
<i>Barnet:</i>			
Har fysiske helbredsproblemer el. handicap	26	10	37
Er psykisk udviklingshæmmet	33	5	40
Har adfærdsproblemer	59	105	166
Har psykiske problemer	41	63	105
Har skoleproblemer	49	77	128
Har kriminalitetsproblemer	1	1	2
<i>Barnet har været udsat for:</i>			
Fysisk mishandling	9	26	35
Forsømmelse el. vanrøgt	55	135	191
Seksuelle overgreb	6	21	27
<i>Forældrene:</i>			
Miljø præget af vold	25	69	95
Har psykiske problemer el. sindslidelse	38	98	136
Har et misbrug af alkohol el. stoffer	50	133	184
Er kriminelle	5	22	28
Har alvorlig fysisk sygdom eller handicap	2	12	14
Er psykisk udviklingshæmmet	11	15	27
Miljø præget af fattigdom	11	22	33
Er fraværende (syge, døde mv.)	7	17	24
Andre årsager til anbringelsen	11	25	36

Kilde: SFI's Forløbsundersøgelse blandt anbragte børn i 1995-kohorten. Besvarelser fra anbringelsesstederne 2007.

TABEL 4.9

Procentandele anbragte børn, opdelt efter anbringelsesårsag, der også samtidig er anbragt af andre årsager.

	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4	Uplacerbare	Antal
<i>Barnet:</i>						
Har fysiske helbredsproblemer el. handicap	25	0	0	0	0	37
Er psykisk udviklingshæmmet	27	0	0	0	0	40
Har adfærdsproblemer	45	86	0	0	0	166
Har psykiske problemer	33	49	0	0	0	105
Har skoleproblemer	39	60	0	0	0	128
Har kriminalitetsproblemer	1	1	0	0	0	2
<i>Barnet har været udsat for:</i>						
Fysisk mishandling	7	15	12	0	0	35
Forsømmelse el. vanrøgt	45	58	95	0	0	191
Seksuelle overgreb	5	10	14	0	0	27
<i>Forældrene:</i>						
Miljø præget af vold	19	30	22	18	0	95
Har psykiske problemer el. sindslidelse	29	36	24	35	0	136
Har et misbrug af alkohol el. stoffer	38	38	37	57	0	184
Er kriminelle	4	9	5	8	0	28
Har alvorlig sygdom el. handicap	1	5	3	4	0	14
Er psykisk udviklingshæmmet	8	4	5	7	0	27
Miljø præget af fattigdom	7	13	8	2	0	33
Er fraværende (syge, døde mv.)	5	8	3	6	0	24
Andre årsager til anbringelsen	8	6	8	1	73	36
Antal	150	115	59	107	15	446

Kilde: SFI's Forløbsundersøgelse blandt anbragte børn i 1995-kohorten. Besvarelser fra anbringelsesstederne 2007.

TABEL 4.10

Anbragte børn fordelt efter antal anbringelsesårsager. Særskilt efter anbringelsesårsager.

Antal anbringelsesårsager	1 årsag	2-3 årsager	4-5 årsager	6 eller flere årsager	Total	N
<i>Barnet:</i>						
Har fysiske helbredsproblemer el. handicap	3	35	27	35	100	37
Er psykisk udviklingshæmmet	28	28	28	18	100	40
Har adfærdsproblemer	1	31	37	31	100	166
Har psykiske problemer	3	21	32	44	100	105
Har skoleproblemer	1	21	41	37	100	128
Har kriminalitetsproblemer	0	0	0	100	100	2
<i>Barnet har været udsat for:</i>						
Fysisk mishandling	1	20	23	54	100	35
Forsømmelse el. vanrøgt	17	34	29	28	100	191
Seksuelle overgreb	1	30	19	48	100	27
<i>Forældrene:</i>						
Miljø præget af vold	7	24	29	39	100	95
Har psykiske problemer el. sindslidelse	29	35	24	21	100	136
Har et misbrug af alkohol el. stoffer	45	29	24	22	100	184
Er kriminelle	2	29	18	26	100	28
Har alvorlig fysisk sygdom el. handicap	0	50	7	43	100	14
Er psykisk udviklingshæmmet	12	22	19	15	100	27
Miljø præget af fattigdom	0	27	30	42	100	33
Er fraværende (syge, døde mv.)	4	29	25	29	100	24
Andre årsager til anbringelsen	14	28	22	11	100	36

Kilde: SFT's Forløbsundersøgelse blandt anbragte børn i 1995-kohorten. Besvarelser fra anbringelsesstederne 2007.

REFERENCER

- Angrist, J.D. (2004): American Education research changes tack. *Oxford review of economic policy*, 20, 2.
- Benedict, M.I, Zuravin, S., Somerfield, M. & Brandt, D. (1996): The reported health and functioning of children maltreated while in family foster care. *Child Abuse & Neglect*, 20, 561-571.
- Blundell, R. & Costa Dias, M. (2000): Evaluation methods for non-experimental data. *Fiscal studies*, 21, 4, 427-468.
- Borup, I. & Holstein, B.E. (2006): Does poor school satisfaction inhibit positive outcome of health promotion at school? A cross-sectional study of schoolchildren's response to health dialogues with school health nurses. *Journal of Adolescent Health*, 38, 758-60.
- Borup, I. & Holstein, B.E. (2004): Social class variations in school-children's self-reported outcome of the health dialogue with the school health nurse. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 343-50.
- Broberg, A. et al. (2005): *Klinisk Børnepsykologi. Udvikling på afveje*. København: Hans Reitzels forlag.
- Bruhn, C.M. (2004): Children with Disabilities: Abuse, Neglect, and the Child Welfare System. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 8, 1-2, 173-203(31).

- Due, P. & Holstein, B.E. (red.) (2003): *Skolebørnsundersøgelsen 2002*. Internetpublikation (www.hbsc.dk).
- Due, P., Rasmussen, M. & Holstein, B.E. (2000): *Skolebørnsundersøgelsen 1998. Sundhed, sundhedsvaner og sociale forhold*. København: Komiteen for Sundhedsoplysning.
- Due, P., Holstein, B.E. & Borup, I.K. (2001): *Danske skoleelever 1991 – trivsel, helbred og sundhedsvaner*. København: Institut for Social Medicin.
- Egelund, T. & Hestbæk, A-D. (2003): *Anbringelse af børn og unge uden for hjemmet – en forskningsoversigt*. København: SFI, 03:04.
- Egelund, Tine et al. (2004): Små børn anbragt uden for hjemmet – en forløbsundersøgelse af anbragte børn født i 1995. København: SFI, 04:17.
- Egelund, T., Andersen, D., Lausten, M., Knudsen, L., Olsen, R.F. & Gerstoft, F. (2008). *Anbragte børns vilkår og udvikling. Resultater fra SFI's forløbsundersøgelser af årgang 1995*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, under udgivelse.
- Goodman, R (1999): The extended version of The strenghts and difficulties questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 40, 791-799.
- Haraldsen, G. & Dale, T. (2002): Hvordan spørre barn og ungdom? I: Ottosen, M.H. & Andersen, D.: *Børn som respondenter. Om børns medvirken i survey*. København: Socialforskningsinstituttet.
- Heckman, J.J. (2004): The scientific model of causality, Sociological methodology.Hessle, S. & Wåhlander, E. (2000): Högriskbarn – livskarriär och livskvalitet som vuxna. En uppföljningsstudie av barn och föräldrar som vistats på barnbyn Skå. Stockholm: Stockholms Universitet, Institutionen för socialt arbete.
- Holstein, B.E. (1992): Hvilket sundhedsbegreb kan sundhedsundervisningen bygge på? I: Jensen, B.B. (red.): *Samarbejde om sundhedsundervisning*. København: Danmarks Lærerhøjskole.
- Holstein, B.E. (2006): *Lægemiddelbrug blandt 11-15-årige*. København: Sygekassernes Helsefond 2006, årsskrift 2005.
- Holstein, B.E. m.fl. (2002): *Medicinske Sociologi. Samfund, sundhed og sygdom*. Munksgaard Danmark.
- Lambert, L., Essen, J. & Head, J. (1977): Variations In Behaviour Ratings Of Children Who Have Been In Care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 18, (4), 335–346.

- Obel, C., Dalsgaard, S., Stax, H.-P. & Bildenbergh, N. (2003): Spørgeskema om barnets styrker og vanskeligheder (SDQ-Dan), *Ugeskrift for læger*, 165/5, 462-465.
- Parker, R. (1966): Decision making in child care: A study of prediction in fostering. London: Allen & Unwin.
- Quinton, D. (1998): Joining New Families: A Study of Adoption and Fostering in Middle Childhood. Wiley.
- Rushton, A & Minnis, H (2002): Residential and Foster Family Care. (chap. 22). I: Rutter, I.M. & Taylor, E.: *Child and adolescent Psychiatry*. Blackwell.
- Michael Rutter, M. & Rutter, M (1997): *Den livslange udvikling – forandring og kontinuitet*. København: Hans Reitzels Forlag.
- St Claire, L. & Osborn, A.F. (1987): The ability and behaviour of children who have been 'in care' or separated from their parents. *Early Child Development and Care*, 28, 187-354.
- Socialministeriet (2006): *Håndbog om anbringelsesreformen*. København: Styrelsen for social service. Socialministeriet.
- Stone, S. (2007) Child maltreatment, out-of-home placement and academic vulnerability: A fifteen-year review of evidence and future directions, *Children and Youth Services Review* Volume 29, Issue 2, , February 2007, 139-161.
- Zima, B.T., Bussing, R., Crecelius, G.M., Kaufman, A. & Belin, T.R. (1999): Psychotropic medication use among children in foster care: Relationship to severe psychiatric disorders. *American Journal of Public Health*, 89(11), 1732-1735.

SFI-RAPPORTER SIDEN 2007

SFI-rapporter kan købes eller downloades gratis fra www.sfi.dk. Enkelte rapporter er kun udkommet som netpublikationer, hvilket vil fremgå af listen nedenfor.

- 07:01 Damgaard, B. & Boll, J.: *Opfølgning på sygedagpenge – Del I. Kommuner, lægers, og virksomheders erfaringer med de nye regler*. 2007. 116 s. ISBN 978-87-7487-842-1. Kr. 100,00.
- 07:02 Bach, H.B. & Petersen, K.N.: *Kontanthjælpsmodtagerne i 2006. En surveyundersøgelse af matchkategorier, arbejde og økonomi*. 2007. 146 s. ISBN 978-87-7487-843-8. Kr. 110,00.
- 07:03 Sivertsen, M.: *Hvordan virker indsatsen mod negativ social arv? Gennemgang og analyse af 54 projektevalueringer*. 2007. 55 s. ISBN 978-87-7487-844-5. Kr. 60,00.
- 07:04 Jespersen, S.T., Junge, M., Munk, M.D. & Olsen, P.: *Brain drain eller brain gain? Vandringer af højtuddannede til og fra Danmark*. 2007. 64 s. ISBN 978-87-7487-846-9. Netpublikation.
- 07:05 Benjaminsen, L.: *Storbypuljen – Indsatser for socialt udsatte. Idéer og erfaringer*. 2007. 47 s. ISBN 978-87-7487-847-6. Kr. 60,00. Pjece.
- 07:06 Müller, M.M., Havn, L., Holt, H. & Jensen, S.: *Virksomheders sociale engagement. Årbog 2006*. 2007. 178 s. ISBN 978-87-7487-848-3. Kr. 180,00.

- 07:07 Madsen, M.B., Filges, T., Hohnen, P., Jensen, S. & Nærvig Petersen, K.: *Vil De gerne have et arbejde?* 2007. 194 s. ISBN 978-87-7487-849-0. Kr. 175,00.
- 07:08 Nielsen, C., Benjaminsen, L., Dinesen P.T. & Bonke, J.: *Effekt-måling*. 2007. 180 s. ISBN 978-87-7487-850-6. Netpublikation.
- 07:09 Boesby, D.: *At oplyse om demens. Idéer og inspiration*. 2007. 18 s. Netpublikation.
- 07:10 Graversen, B.K., Damgaard, B. & Rosdahl, A.: *Hurtigt i gang. Evaluering af et forsøg med en tidlig og intensiv beskæftigelsesindsats for forsikrede ledige*. 2007. 107 s. ISBN 978-87-7487-851-3.
- 07:11 Thorsager, L., Børjesson, E., Christensen, I. & Pihl, V.: *Metoder i socialt arbejde. Begreber og problematikker*. 2007. 128 s. ISBN 978-87-7487-852-0. Kr. 120,00.
- 07:12 Hohnen, P., Mortensen, M.D. & Klitgaard, C.: *Den korteste vej til arbejdsmarkedet. En kvalitativ undersøgelse af indsatsen over for ikke-arbejdsmarkedsparede ledige*. 2007. 145 s. ISBN: 978-87-7487-854-4. Kr. 138,00.
- 07:13 Rostgaard, T.: *Begreber om kvalitet i aldreplejen. Temaer, roller og relationer*. 2007. 225 s. ISBN 978-87-7487-855-1. Kr. 218,00.
- 07:14 Bonke, J.: *Ludomani i Danmark. Faktorer af betydning for spilleproblemer*. 2007. 90 s. ISBN 978-87-7487-853-853-7. Kr. 90,00.
- 07:15 Andersen, D. & Højlund, O.: *Interview med 11-årige. Erfaringer fra et web-baseret pilotprojekt*. 2007. 121 s. ISBN: 978-87-7487-857-5. Kr. 110,00.
- 07:16 Dahl, K.M.: *Udsatte børns fritid – et litteraturstudie*. 2007. 85 s. ISBN: 978-87-7487-858-2. Netpublikation.
- 07:17 Vinther, H.: *Rundt om forebyggelses- og sundhedscentre. Muligheder og barrierer for udvikling af forebyggelses- og sundhedscentre i Danmark*. 2007. 78 s. ISBN: 978-87-7487-860-5. Netpublikation.
- 07:18 Fridberg, T. & Jæger, M.M.: *Frivillige i Hjemmeværnet*. 2007. 97 s. ISBN: 978-87-7487-861-2. Kr. 90,00.
- 07:19 Høgelund, J. & Larsen, B.: *Handicap og beskæftigelse. Udviklingen mellem 2005 og 2006*. 2007. 39 s. ISBN: 978-87-7487-864-3. Netpublikation.
- 07:20 Larsen, B., Müller M.M. & Høgelund, J.: *Handicap og beskæftigelse. Regionale forskelle*. 2007. 65 s. ISBN: 978-87-7487-865-0. Netpublikation.

- 07:21 Jørgensen, M.: *Danskernes pensionsopsparinger. En deskriptiv analyse.* 2007. 238 s. ISBN: 978-87-7487-866-7. Kr. 198,00.
- 07:22 Benjaminsen, L. & Christensen, I.: *Hjemløshed i Danmark 2007. National kortlægning.* 2007. 159 s. ISBN 978-87-7487-867-4. Kr. 148,00.
- 07:23 Nielsen, V.L. & Ploug, N.: *Når politik bliver til virkelighed. Festskrift til professor Søren Winter.* 2007. 241 s. ISBN: 978-87-7487-868-1. Kr. 229,00.
- 07:24 Egelund, T. & Vitus, K.: *Sammenbrud i anbringelser af unge. Risikofaktorer hos unge, forældre, anbringelsessteder og i sagsbehandlingen.* 2007. 67 s. ISBN: 978-87-7487-869-8. Kr. 75,00.
- 07:25 Ploug, N.: *Socialt udsatte børn. Identifikation, viden og handlemuligheder i daginstitutioner.* 2007. 48 s. ISBN: 978-87-7487-870-4. Kr. 50,00.
- 07:26 Olsen, H.: *Konstruktion og kvalitetssikring af multisurveydata.* 2007. 181 s. ISBN: 978-87-7487-871-1. Netpublikation.
- 07:27 Rostgaard, T. & Thorgaard, C.: *God kvalitet i ældreplejen. Sådan vægter ældre, plejepersonale og visitatorer.* 2007. 130 s. ISBN: 978-87-7487-872-8. Kr. 130,00
- 07:28 Jensen, T.G. & Liversage, A.: *Fædre, sønner, agtemænd. Om maskulinitet og manderoller blandt etniske minoritetsmænd.* 2007. 80 s. ISBN: 978-87-7487-874-2. Netpublikation.
- 07:29 Olsen, B.M. (red.): *Evalueringen af den fleksible barselordn. Orlovreglerne set fra forældres, kommuners og arbejdspladsers perspektiv.* 2007. 222 s. ISBN: 978-87-7487-875-9. Netpublikation.
- 07:30 Beer, F. & Damgaard, B.: *Kommuner og virksomheders samspil om socialt engagement.* 2007. 84 s. ISBN: 978-87-7487-854-2. Kr. 90,00.
- 07:31 Rosdahl, A.: *Kommunale aktiveringsprojekter med produktion 2007.* 2007. 70 s. ISBN: 978-87-7487-877-3. Kr. 75,00.
- 07:32 Christoffersen, M.N., Hammen, I., Andersen, K.R. & Jeldtoft, N.: *Adoption som indsats. En systematisk gennemgang af udenlandske erfaringer.* 184 s. ISBN: 978-87-7487-881-0. Kr. 190,00.
- 08:01 Amilon, Anna: *Danskernes forventninger til pension.* 151 s. ISBN: 978-87-7487-885-8. Kr. 150,00.
- 08:02 Jæger, Mads M.: *Mere attraktive almene boliger? Effektevaluering af Omprioriteringsloven 2000.* 97 s. ISBN: 978-87-7487-886-5. Kr. 100,00.

- 08:03 Rosenstock, M., Jensen, S., Boll, J., Holt, H. & Wiese, N.: *Virksomheders sociale engagement. Årbog 2007*. 202 s. ISBN: 978-87-7487-887-2. Kr. 198,00.
- 08:04 Thorgaard, C.H. & Hougaard, I.B.: *Fokus på demens. Evaluering af en efteruddannelse i forebyggende hjemmebesøg*. 62 s. ISBN: 978-87-7487-888-9. Netpublikation.
- 08:05 Thorgaard, C.H. & Hougaard, I.B.: *Metoder til kvalitet i ældreplejen. Evaluering af et metodendviklingsprojekt*. 76 s. ISBN: 978-87-7487-889-6. Kr. 80,00.
- 08:06 Olsen, B.M. & Dahl, K.M.: *Fritidsliv i børnehøjde. Beretninger fra udsatte børn*. 124 s. ISBN: 978-87-7487-890-2. Kr. 125,00.
- 08:07 Høgelund, J., Boll, J., Skou, M. & Jensen, S.: *Effekter af ændringer i sygedagpengeloven*. 178 s. ISBN: 978-87-7487-891-9. Kr. 175,00.
- 08:08 Bach, H.B.: *Livet efter en ulykke. Arbejdsliv og forsørgelse efter en ulykke, som blev vurderet i arbejdsskadestyrelsen*. 114 s. ISBN: 978-87-7487-892-6. Kr. 100,00.
- 08:09 Christensen, G.: *Hvorfor lejere bliver sat ud af deres boliger. Og konsekvenserne af en udsættelse*. 268 s. ISBN 978-87-7487-894-0. Kr. 238,00.
- 08:10 Larsen, B., Schademan, H.K. & Høgelund, J.: *Handicap og beskæftigelse i 2006. Vilkår og betingelser for handicappede på arbejdsmarkedet*. 180 s. ISBN: 978-87-7487-893-3. Kr. 180,00.
- 08:11 Jørgensen, M.: *Danskernes indbetalinger til pension. Hvordan påvirker tilknytningen til arbejdsmarkedet de fremtidige pensioner?* 222 s. ISBN: 978-87-7487-895-7. Kr. 220,00.
- 08:12 Filges, T.: *Virksomheders rekruttering*. ISBN: 978-87-7487-901-5. 146 s. Kr. 150,00.
- 08:13 Bonfils, I.S., Bengtsson, S. & Olsen, L. (red.): *Handicap og ligebehandling i praksis*. 175 s. ISBN 978-87-7487-897-1. Kr. 180,00.
- 08:14 Andersen, D.: *Anbragte børn i tal. Kvantitative analyser af data om børn, der er anbragt uden for hjemmet med fokus på skolegang. Delrapport 1*. 76 s. ISBN 978-87-7487-899-5. Netpublikation.
- 08:15 Mortensøn, M.D. & Neerbek, M.N.: *Fokus på skolegang ved visitation til anbringelse uden for hjemmet. Delrapport 2*. 126 s. ISBN 978-87-7487-900-8. Kr. 125,00.
- 08:16 Mattsson, C., Hestbæk, A-D. & Andersen, A.R.: *11-årige børns hverdagsliv og trivsel. Resultater fra SFI's forløbsundersøgelser af årgang 1995*. 181 s. ISBN: 978-87-7487-902-2. Kr. 180,00.

- 08:17 Bach, H.B. & Larsen, B.: *300-timers-reglen. Betydningen af 300-timers-reglen for gifte kontanthjælpsmodtagere*. 138 s. ISBN 87-7487-903-9. Kr. 140,00.
- 08:18 Bengtsson, S.: *Handicap og samfundsdeltagelse 2006*. 259 s. ISBN 978-87-7487-904-6. Kr. 260,00.
- 08:19 Beer, F., Winter, S.C., Skou, M.H., Stigaard, M.V., Henriksen, A.C. & Friisberg, N.: *Statslig og kommunal beskæftigelsesindsats. Implementering af "Flere i arbejde" før strukturreformen*. 289 s. ISBN 978-87-7487-905-3. Kr. 278,00
- 08:21 Ottosen, M.H. & Christensen, P.S.: *Anbragte børns sundhed og skolegang. Udviklingen efter anbringelsesreformen*. 129 s. ISBN 978-87-7487-907-7. Kr. 130,00.
- 08:22 Klitgaard, C. & Damgaard, B.: *Integrations- og oplæringsstillinger i kommunerne*. 97 s. ISBN 978-87-7487-908-4. Kr. 100,00.

ANBRAGTE BØRNS SUNDHED OG SKOLEGANG

UDVIKLINGEN EFTER ANBRINGELSESREFORMEN

Hvordan klarer anbragte børn sig i forhold til hjemmeboende børn? Det spørgsmål belyser denne rapport, som sætter fokus på anbragte børns sundhed, skolegang og trivsel.

Undersøgelsen tyder på, at den almene helbredstilstand hos anbragte børn er lige så god som hos andre børn. Til gengæld har en uforholdsmæssig stor del af de anbragte børn en langvarig sygdom eller et handicap. Som helhed klarer de anbragte børn sig fagligt og socialt dårligere i skolen. De har sværere ved at finde venner og trives i det hele taget ikke lige så godt som deres jævnaldrende. Det er imidlertid især børn med diagnoser og adfærdsproblemer, som har svært ved at klare sig i skolesystemet, og som trives dårligt.

Rapporten bygger på data fra SFI's Forløbsundersøgelse af anbragte børn og SFI's Børneforløbsundersøgelse af børn født i 1995. Børnene, deres mødre, sagsbehandlere og anbringelsessteder er blevet interviewet i både 2003 og 2007. Rapporten redegør således for børnenes udvikling, fra de er 7 til 11 år.

Rapporten er den første af tre delundersøgelser, der følger anbringelsesreformen, som trådte i kraft i 2006. Rapporterne er bestilt af Velfærdsministeriet og udarbejdes af SFI.