



Sociala uppväxtvillkor för barn som är anhöriga till föräldrar med cancer eller psykisk sjukdom/missbruk

Rapport 9 från projektet "Barn som anhöriga", CHES, Institutionen för Medicin Solna, Karolinska Institutet, Lnu, Nka

Anders Hjern

Sociala uppväxtvillkor för barn som är anhöriga till
föräldrar med cancer eller psykisk sjukdom/missbruk

© 2023 Författaren och Nationellt kompetenscentrum anhöriga™

FÖRFATTARE Anders Hjern

OMSLAG OCH LAYOUT Nationellt kompetenscentrum anhöriga™

FOTO Pixabay.com

ISBN 978-91-87731-81-5

TRYCKERI PDF-fil

Sammanfattning

Detta är den nionde rapporten i projektet ”Barn som anhöriga”, som genomförs av CHESS och Institutionen för Medicin Solna, Karolinska Institutet, i samarbete med Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka) och Linnéuniversitetet i Kalmar. Rapportens syfte är att belysa de sociala livsvillkoren avseende ekonomi och familj för barn som växer upp med föräldrar som drabbas av fysisk eller psykisk sjukdom eller har missbruksproblem.

Rapporten baseras huvudsakligen på analyser av familjers socioekonomiska situation under 2012 samt longitudinella analyser av barn födda under 1990–1992. I rapporten använder vi utöver etablerade begrepp för typ av hushåll och hushållets inkomster även begreppet *ekonomisk utsatthet* för familjer som antingen hade mindre än 60 procent av medianen av hushållens disponibla inkomst i hela studiepopulationen och/eller uppbar försörjningsstöd. Som indikator för social position i det svenska samhället användes moderns utbildning

Barn till föräldrar som drabbas av cancer

I rapporten beskrivs situationen för barn till föräldrar som drabbas av cancer som ett exempel på en fysisk sjukdom med varierande svårighetsgrad. Under åren 2007–2012 var det cirka 4 av 1000 barn i åldern 0–18 år varje år som var med om att en förälder diagnosticerades med cancer, genomsnittligt 6 900 barn per år. Av föräldrar till barn födda 1990–1992, som drabbades av cancer, avled 20 procent innan barnen uppnått vuxen ålder. Cancer hos mödrar var något vanligare hos mödrar med hög utbildningsnivå, framför allt därför att bröstcancer är vanligare hos högutbildade kvinnor. Att en förälder avled på grund av cancer var dock vanligare i familjer där modern hade en låg utbildningsnivå.

För familjer där en förälder avled i cancer, och för barn vars föräldrar vårdats under lång tid på sjukhus var konsekvenserna för familjens ekonomiska resurser påtagliga, familjens disponibla inkomst minskade och andelen som fick försörjningsstöd ökade något. Påverkan på familjens ekonomiska resurser var dock helt marginell för familjer där föräldrar drabbats av cancer men endast vårdats kortvarigt, eller inte alls, på sjukhus.

En moders död i cancer ökade sannolikheten att bli placerad i samhällsvård under barndomen, nio procent av dessa barn blev det jämfört med tre och en halv procent i hela befolkningen och fyra procent om en fader avled i cancer. Dessa barn blev också oftare kvar i samhällsvård under lång tid än andra samhällsplacerade barn.

Barn till föräldrar med psykisk sjukdom och/eller missbruk

I en tidigare rapport beskrev vi att 7,8 procent av svenska barn födda 1990–92 hade minst en förälder som vårdats inneliggande på sjukhus på grund av psykisk sjukdom och/eller missbruk innan de fyllde 18 år. I underlaget till den här rapporten har vi också haft tillgång till uppgifter om öppen specialistvård på grund av psykisk sjukdom och/eller missbruk och i Stockholm även behandling för psykisk sjukdom inom primärvården. Trots att vi denna gång enbart inkluderat vårdtillfällen under en femårsperiod, så var andelen barn med föräldrar som vårdats inom specialistvården för dessa problem så hög som 14,3 procent. Om vi också räknar in vård inom primärvården baserat på Stockholmsregionen handlar det om cirka 25 procent.

Andelen barn som var anhöriga ökade med stigande ålder och vid 17–18 år ålder var 18 procent anhöriga till en förälder med psykisk sjukdom. Med tanke på att en hög procent av dessa ungdomar lever i enföräldrahusåll är det troligt att en betydande andel av dessa också tar stort ansvar för sin sjuka förälder som unga omsorgsgivare.

För barn som var anhöriga till föräldrar med psykisk sjukdom, och särskilt för föräldrar med missbruk, var den ekonomiska utsattheten stor, 33–52 procent, jämfört med 19 procent i resten av befolkningen. Betydligt fler barn i familjer med låg social position, dvs med mödrar med högst gymnasieutbildning, var barn som anhöriga till föräldrar med psykisk sjukdom och/eller missbruk än i familjer med hög social position. Förekomsten av ekonomisk utsatthet hos barn som anhöriga var dock anmärkningsvärt likartad oavsett social position, med en förekomst mellan 35–50 procent. Barn som var anhöriga med låg social position levde dock oftare i enföräldrahusåll än barn som var anhöriga i hög social position.

Utlandsfödda föräldrar hade oftare behandlats för psykisk sjukdom än svenskfödda föräldrar men mer sällan för missbruk. Bland familjer med utländskt ursprung var den ekonomiska utsattheten generellt hög, närmare 50 procent för familjer med utomeuropeiskt ursprung. Närmare två tredjedelar av barn till föräldrar med psykisk sjukdom uppfyllde här kriterierna för ekonomisk utsatthet.

Psykisk sjukdom och/eller missbruk hos föräldrar kan leda till så betydande brister i föräldraskapet att barn omhändertas för samhällsvård med placering i familjehem eller på institution. Erfarenhet av samhällsvård var särskilt vanligt för barn vars moder hade vårdats för missbruksproblem, men även barn till föräldrar i slutna psykiatrisk vård, och i något mindre utsträckning, även öppen psykiatrisk vård, hade betydligt oftare erfarenhet av samhällsvård än övriga barn.

Implikationer

Rapporten visar att stödinsatser till barn som är anhöriga måste beakta att dessa barn vanligen lever i familjer med små ekonomiska resurser. De innebär att verksamheter för barn som är anhöriga bör vara kostnadsfria och att ekonomiskt stöd, som till exempel kan underlätta för barnen att delta i fritidsaktiviteter, kan vara en viktig del av stödet.

Barn som anhöriga utgör en betydande del av socialtjänstens arbete med familjer med svaga ekonomiska resurser och socialtjänsten utgör därför en mycket viktig resurs för stödet till barn som är anhöriga. Detta understrykes av att så många som 30 procent av barn i familjer med försörjningsstöd var barn som var anhöriga till föräldrar med psykisk sjukdom och/eller missbruk och att många av de barn som omhändertas för samhällsvård hade sjuka föräldrar.

Denna rapport visar att barn som är anhöriga till sjuka föräldrar ofta lever i familjer med betydligt lägre ekonomiska resurser än genomsnittet. Ju svårare föräldrarnas hälsoproblem var ju lägre var familjens inkomster såväl för cancer som psykisk sjukdom. Med andra ord, de barn som var anhöriga till föräldrar med de svåraste formerna av hälsoproblem hade också de sämsta ekonomiska uppväxtvillkoren.

Innehåll

Sammanfattning.....	3
Barn till föräldrar som drabbas av cancer	3
Barn till föräldrar med psykisk sjukdom och/eller missbruk	4
Innehåll	6
Inledning.....	7
Material och Metod.....	8
Studiepopulationer	8
Cancer hos föräldrar	8
Missbruk och psykisk sjukdom	10
Demografiska och socioekonomiska variabler	11
Resultat	13
Cancersjukdom.....	13
Förekomst av cancer hos föräldrar under åren 2007–2012	13
Förekomst av cancer hos föräldrar till barn födda 1990–1992	14
Ekonomiska konsekvenser	15
Ensamföräldraskap	16
Samhällsvård	16
Psykisk sjukdom och missbruk	17
Sociala uppväxtvillkor.....	19
Betydelsen av familjens sociala sammanhang	22
Barn med utländskt ursprung	25
Barn med ursprung utanför Europa	27
Samhällsvård	29
Diskussion	30
Studiens begränsningar	32
Implikationer	32
Referenser	34

Inledning

Denna rapport om barn som är anhöriga till föräldrar som drabbas av cancer, psykisk sjukdom eller missbruk, har utförts av CHESS och institutionen för medicin vid Karolinska Institutet på uppdrag av Socialstyrelsen. Den är skriven i samarbete med Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka). Detta är den nionde rapporten i projektet "Barn som anhöriga" (för tidigare rapporter se: <https://anhoriga.se/publicerat/> rapporter/). Dessa rapporter är en del av Socialstyrelsens regeringsuppdrag att samordna insatser som syftar till att stödja implementeringen av bestämmelser i Hälso- och sjukvårdslagen (2009:979, 2 g §) och Patientsäkerhetslagen (2010:659, 6 kap. 5 §) som rör barn som anhöriga.

Hälso- och sjukvården ska särskilt beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med

- 1. har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning,*
- 2. har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller*
- 3. är missbrukare av alkohol eller annat beroendeframkallande medel.*

Detsamma gäller om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med oväntat avlider.

I en tidigare rapport (Hjern & Manhica, 2013) beskrevs att många barn i Sverige växer upp med en förälder som har någon form av allvarlig fysisk eller psykisk sjukdom. Bland barn födda 1987–1989 var drygt 12 procent under sin barndom med om att en förälder vårdades ineliggande på sjukhus i mer än en vecka på grund av en fysisk sjukdom (Hjern & Manhica, 2013) och 7,8 procent hade minst en förälder som vårdats på sjukhus för psykisk sjukdom och/eller alkohol och/eller narkotikamissbruk under barndomen (0–17 år). Den tidigare rapporten berörde endast svårare former av sjukdom hos föräldrar. I denna rapport har vi utöver data om vård på sjukhus även haft tillgång till data om öppen specialistvård och i Stockholm även primärvård och kan på så sätt beskriva både lättare och svårare former av sjuklighet hos föräldrar.

I de tidigare rapporterna har vi som bakgrundsbeskrivning ibland beskrivit föräldrars utbildning, ursprung, inkomster och barnens familjesituation. Den här rapporten fokuserar just på dessa socioekonomiska faktorer som utgör uppväxtvillkoren för barn som är anhöriga till föräldrar med sjukdom eller missbruk.

Material och Metod

Rapporten baseras på anonymiserade analyser av registerdata där information från flera register har länkats till varandra. Nationella data om sjuklighet har hämtats från Cancerregistret, Patientregistret och Dödsorsaksregistret, som samtliga hålls av Socialstyrelsen. I Stockholmsregionen har vi även använt data från Primärvården som hålls av Region Stockholm. Statistiska Centralbyråns (SCBs) Flergenerationsregister användes för att koppla samman föräldrar och barn, och socio-demografiska data hämtades från SCBs Longitudinella Integrationsdatabas för Sjukförsäkrings- och Arbetsmarknadsstudier (LISA) och Registret över Totalbefolkningen.

Studiepopulationer

Rapporten baseras huvudsakligen på två olika populationer av barn; dels barn födda i Sverige under 1990–1992 som följdes upp vid 18 års ålder och dels svenskfödda barn i åldern 2–18 år som var folkbokförda i Sverige den 31 december 2012. En tredje studiepopulation bestod av svenskfödda barn i åldern 8–18 år i Stockholmsregionen år 2012. För en mer utförlig beskrivning av populationerna, se de tidigare rapporterna (Hjern & Manhica, 2013), (Berg & Hjern 2016) och (Hjern 2023).

Cancer hos föräldrar

Föräldrar med cancer identifierades genom en första diagnos på en malign (elakartad) tumör registrerad i Cancerregistret medan barnet är 0–18 år. Utifrån information om sjukhusinläggning från Patientregistret och eventuella död från Dödsorsaksregistret kategoriserades sjukdomen efter svårighetsgrad: a) föräldern överlevde cancer och tillbringade ingen eller kortare tid (mindre än 31 dagar) på sjukhus, b) föräldern överlevde cancer och spenderade en längre tid (mer än 31 dagar) på sjukhus, och c) cancer ledde till döden innan barnet fyllde 18 år (före 15 års ålder för analyser av konsekvenser för skolprestation).

I analyserna av ekonomiska konsekvenser för familjer där en förälder diagnosticeras med cancer jämför vi familjebaserad disponibel inkomst (baserat på alla beskattade inkomster och transfereringar minus betald skatt dividerat med antalet konsumtionsenheter i hushållet enligt en algoritm som utvecklats av Statistiska Centralbyrån) under året då barnet fyller 18 år (2008–2010) mellan familjer där en förälder diagnosticeras med cancer och familjer utan cancer hos någon förälder. I dessa analyser tar vi hänsyn till skillnader i familjernas disponibla inkomster vid barnets födelse. På motsvarande sätt jämför vi också beroende av försörjningsstöd i familjer med och utan cancer hos föräldrar. Information om disponibel inkomst och försörjningsstöd inhämtades från LISA-databasen.

Tabell 1. Beskrivning av studiepopulationen 2–18 år.

		Ålder 2–5	Ålder 6–12	Ålder 13–18	Alla pojkar	Alla flickor	Alla
		%	%	%	%	%	%
Boendeort							
	Storstad	47,8	45,7	43,0	45,2	45,2	45,2
	Annan stad	39,7	40,4	41,7	40,7	40,7	40,7
	Glesbygd	12,5	13,9	15,3	14,1	14,1	14,1
Föräldrars födelseland							
	Bägge Sverige	71,1	76,0	78,4	75,9	75,8	75,8
	En född i Sverige	13,2	12,0	10,7	11,8	11,8	11,8
	Bägge födda i Europa utom Sverige	3,9	3,2	3,3	3,4	3,4	3,4
	Bägge födda utanför Europa	11,8	8,8	7,7	9,0	9,0	9,0
Moderns utbildning							
	0–9 år	10,4	8,7	9,2	9,1	9,2	9,2
	10–12 år	37,6	42,3	49,2	43,7	43,7	43,7
	13+år	52,1	49,0	41,6	47,1	47,1	47,2

Forts. tabell 1.

		Ålder 2–5	Ålder 6–12	Ålder 13–18	Alla pojkar	Alla flickor	Alla
Familjens disponibla inkomst; Kvintiler							
	Kvintil 1 (Lägst)	25,2	22,4	13,3	19,9	19,9	19,9
	Kvintil 2	25,9	21,4	14,7	20,1	20,0	20,0
	Kvintil 3	23,8	23,3	13,4	20,1	20,0	20,1
	Kvintil 4	17,0	20,2	21,7	20,1	20,0	20,1
	Kvintil 5 (Högst)	8,1	12,8	36,9	19,8	20,0	19,9
Socialbidrag							
	ja	6,5	4,5	4,6	4,9	5,0	5,0
	ja	23,1	20,6	11,8	18,2	18,1	18,2
Ensamföräldrahus							
	ja	13,1	20,0	25,6	20,5	20,6	20,5
Placerad inom sociala barnvården							
	ja	0,7	1,2	2,8	1,6	1,5	1,7

Missbruk och psykisk sjukdom

I huvudanalysen av missbruk och psykisk sjukdom ingick alla barn i åldern 2–18 år som var folkbokförda i Sverige den 31 December 2012 (Tabell 1). Som Tabell 1 visar så ökade familjers disponibla inkomst, andelen barn som levde i ensamföräldrahus, samt barn med erfarenhet av samhällsvård med stigande ålder hos barnet. Andelen barn med utländskt ursprung samt mödrar med postgymnasial utbildning minskade däremot med stigande ålder hos barnet.

Information från Patientregistret användes för att identifiera föräldrar som vårdats på sjukhus eller i öppen psykiatrisk specialistvård på grund av missbruk eller psykisk sjukdom under 2008–2012.

- *Missbruk av alkohol* definieras som en huvud- eller bidiagnos vid vårdtillfället som specifikt indikerar alkoholmissbruk, eller annan fysisk eller psykisk sjukdom som är kopplad till ett högt alkoholintag. Akuta alkoholförgiftningar utan några psykiatriska eller medicinska komplikationer ingår inte i definitionen. *Missbruk av narkotika eller läkemedel* definieras som en huvud- eller bidiagnos vid vårdtillfället som specifikt indikerar sådant missbruk, eller annan fysisk eller psykisk sjukdom som är kopplad till narkotikamissbruk. *Psykisk sjukdom* definieras som ett vårdtillfälle med en psykiatrisk huvuddiagnos, som inte är direkt kopplad till missbruk av alkohol, narkotika eller läkemedel.

Demografiska och socioekonomiska variabler

Baserat på information från Statistiska Centralbyråns register skapades tre olika variabler för att beskriva ekonomiska uppväxtvillkor hos barn som är anhöriga till föräldrar med psykisk sjukdom eller missbruk:

- Hushållets *Disponibel inkomst* ger ett mått på familjens sammanlagda inkomster fördelat på alla som bor i hushållet efter att man dragit bort hushållets skatteutgifter. Vi presenterar detta mått i kvintiler, dvs 20 procentsintervall i hela befolkningen vilket ger en möjlighet att beskriva skillnader på både höga och låga inkomstnivåer.
- *Försörjningsstöd* är ett behovsprövat ekonomiskt stöd från samhället för att täcka det som saknas för en familjs nödvändiga utgifter enligt en norm som fastställs av Socialstyrelsen. Innan man får detta stöd gör socialtjänsten en utredning där behovet av ekonomiskt stöd från samhället klarläggs. Därför används försörjningsstöd ofta som en indikator på hushåll med otillfredsställande ekonomiska resurser.
- *Ekonomisk utsatthet*: Ett begrepp för relativ fattigdom konstruerades baserat på en matematisk formel som inkluderar hushåll med lägre disponibel inkomst än 60 procent av medianen i studiepopulationen. I denna rapport använder vi begreppet *ekonomisk utsatthet* för familjer som antingen uppbär försörjningsstöd eller uppfyller detta kriterium för relativ fattigdom. Med ekonomisk utsatthet enligt denna definition avses således låg inkomststandard och/eller försörjningsstöd.

Därutöver hämtades information till följande variabler från Statistiska Centralbyråns register om barnet samt barnets föräldrar och det hushåll som barnet var folkbokfört i.

- *Kön*
 - *Boendeort* grupperades som a) *storstäder* inklusive förortskommuner, b) *annan stad* inklusive pendlingskommuner och tätorter med mer än 25 000 invånare och c) *glesbygd*, det vill säga övriga kommuner.
- Föräldrarnas utbildningsnivå kategoriserades som grundskola, gymnasium och eftergymnasial.
- Barnets boendehushåll kategoriserades som *ensamföräldrahushåll* (ja/nej). Då det inte är möjligt att identifiera växelvis boende i dessa register ingår även barn som bor växelvis hos bägge sina föräldrar i kategorin *ensamföräldrahushåll*
 - *Ursprung*. Information om föräldrars födelseland hämtades från Registret över Totalbefolkningen och användes för att kategorisera *utländskt ursprung* som Sverige, övriga Europa, och övriga världen. Familjer där en förälder var född i Sverige utgjorde ytterligare en kategori. Om bägge föräldrarna var utlandsfödda, men i olika delar av världen, kategoriserades familjen efter moderns födelseland.
 - *Samhällsvård*. Barn som någon gång varit placerade i samhällsvård identifierades i Socialstyrelsens Register över Insatser för Barn och Unga.

Faktaruta 1: Att standardisera analysen

I denna studie ökar andelen barn som är anhöriga med stigande ålder hos barn och föräldrar, parallellt med att familjernas genomsnittliga inkomster ökar. För att inte underskatta betydelsen av föräldrars sjukdom är det därför nödvändigt att åldersstandardisera analyserna. Det har vi gjort genom att först räkna ut sambandet med barnets ålder med en förälders sjukdom i en regressionsanalys och därefter föra in den faktorn i analysen. I analysen av barn till föräldrar med cancer har vi standardiserat på samma sätt för fler variabler, se ovan.

Resultat

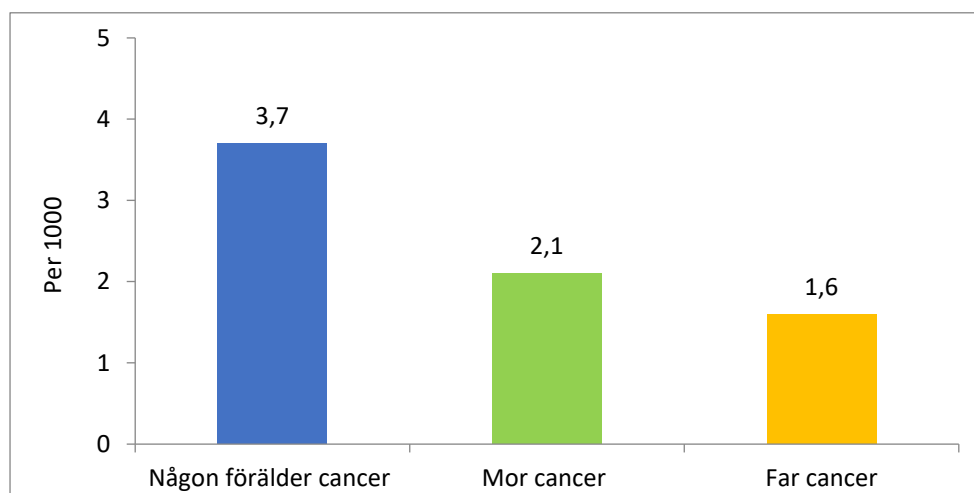
Denna rapport beskriver hur vanligt det är att barn i Sverige är anhöriga till föräldrar som drabbas av cancer, som ett exempel på en allvarlig fysisk sjukdom, eller har vårdats för en psykisk sjukdom eller missbruk. Vi beskriver också hur dessa problem fördelar sig mellan familjer med olika social position i det svenska samhället (baserat på moderns utbildningsnivå). Huvudfokus ligger dock på hur dessa barns uppväxtvillkor ser ut med avseende på ekonomi och ensamföräldraskap, faktorer som vi vet har stor betydelse för barnens egen hälsa såväl under barndomen som senare i livet. Vi beskriver också hur vanligt det är att barn som är anhöriga blir föremål för samhällsvård (vård i fosterhem eller på institution).

Cancersjukdom

Cancer är en av de vanligaste allvarliga fysiska sjukdomar som drabbar föräldrar till barn i åldern 0–18 år. Den är också ett belysande exempel på en fysisk sjukdom hos föräldrar eftersom dess svårighetsgrad varierar så mycket mellan olika cancerformer och när i sjukdomsförloppet som den upptäcks.

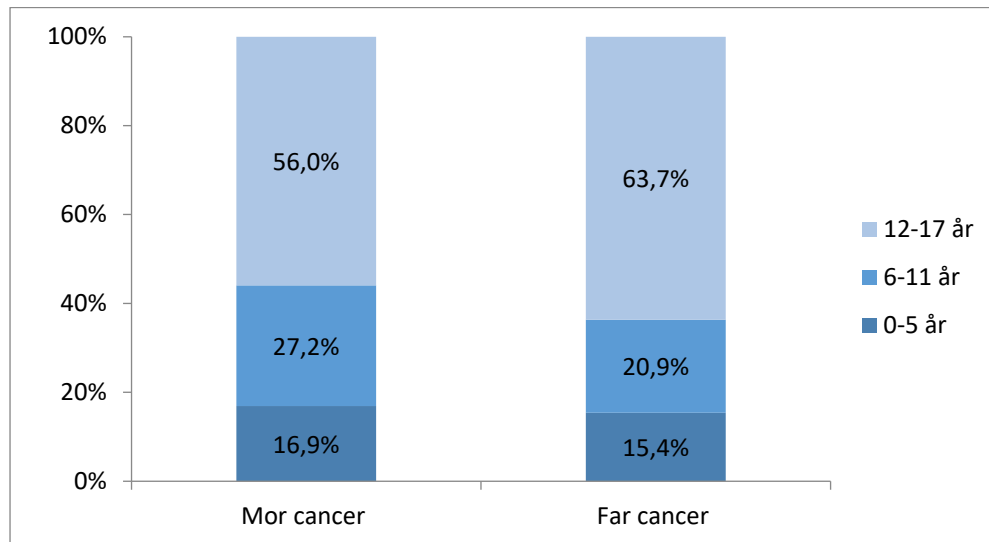
Förekomst av cancer hos föräldrar under åren 2007–2012

Under åren 2007–2012 var 3,7 barn per 1 000 varje år med om att en förälder diagnosticerades med cancer (Figur 1). Små skillnader sågs mellan de olika åren och under ett genomsnittligt år handlade det om ungefär 6 900 barn. För 3 900 barn var det en moder som diagnosticerades med cancer och för 3 000 barn en fader.



Figur 1. Promille av barn i åldrarna 0–18 år där en förälder diagnosticerades med cancer ett genomsnittligt år under perioden 2007–2012.

Figur 2 visar åldersfördelningen för barnen vid föräldrarnas cancerdiagnos. Majoriteten av barnen var i tonåren när föräldern diagnosticerades med cancer, vilket i något större utsträckning gällde barn till fäder med cancer.



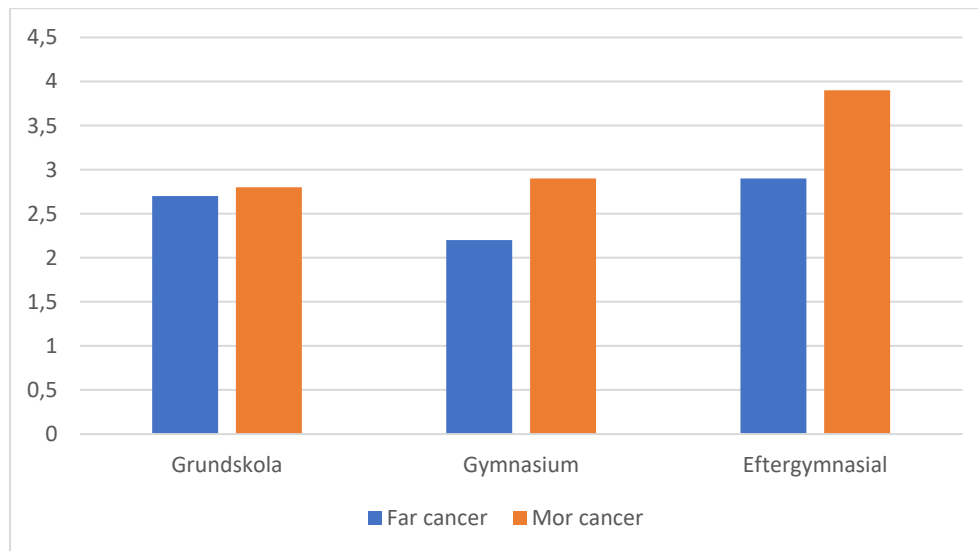
Figur 2. Barnets ålder vid föräldrarnas cancerdiagnos under perioden 2007–2012.

Förekomst av cancer hos föräldrar till barn födda 1990–1992

Drygt 19 000 (5,6 procent) av de som föddes under åren 1990–1992 var med om att en förälder diagnosticerades med cancer som under barndomen, dvs innan de fyllde 18 år. För 3 800 barn av dessa (20 procent) ledde cancersjukdomen till att föräldern avled. Fler barn var med om att en moder diagnosticerades med cancer, medan det var ungefär lika många mödrar som fäder som dog av sin cancer (Figur 3 och 4). Att båda föräldrarna drabbades av cancer var ovanligt, drygt 300 barn (0,1 procent) i den här populationen var med om detta under uppväxten.

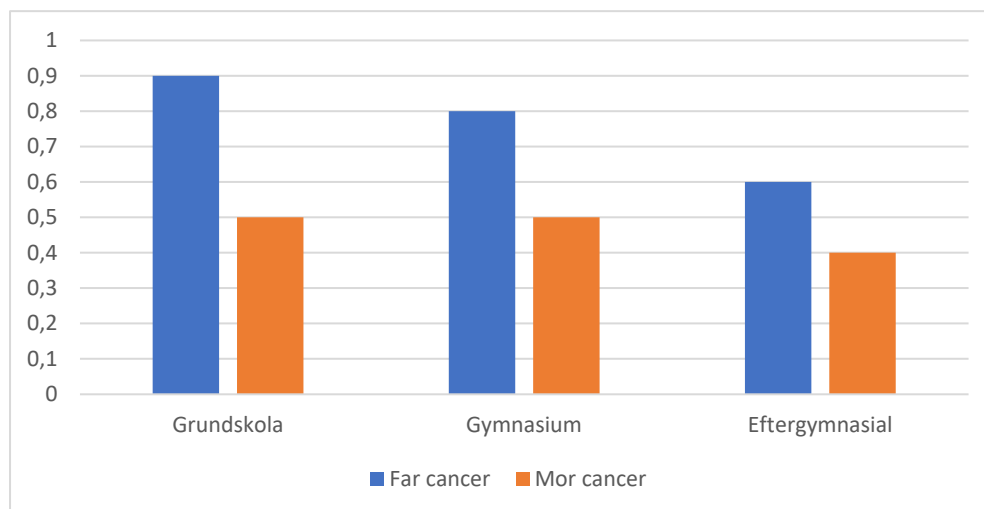
För de flesta av barnen innebar föräldrarnas cancerdiagnos ingen eller en kortare tids vistelse på sjukhus, detta gällde 75 procent av barnen då det var en moder som diagnosticerats med cancer och 63 procent av barnen då det var en fader som diagnosticerats med cancer. Det var vanligare att fäder vårdades under längre tid på sjukhus eller avled i cancer, detta gällde 37 procent av fäderna och 25 procent av mödrarna med cancer.

Totalt i studiepopulationen av barn födda 1990–1992 var det ca 6 000 barn (1,7 procent) som under barndomen var med om att en förälder vårdades under en längre tid (mer än 31 dagar) på sjukhus på grund av cancer eller avled i cancer. Förekomsten av cancer hos framför allt mödrar var högre då föräldrarna hade en högre utbildningsnivå (Figur 3). Detta förklaras bland annat av att den vanligaste formen av cancer hos mödrar, bröstcancer, oftare diagnosticerats hos kvinnor med hög utbildningsnivå (Socialstyrelsen, 2009).



Figur 3. Procent av barn (födda 1990–92) som under sin uppväxt varit med om att en förälder fått en cancerdiagnos, efter föräldrars högsta utbildning.

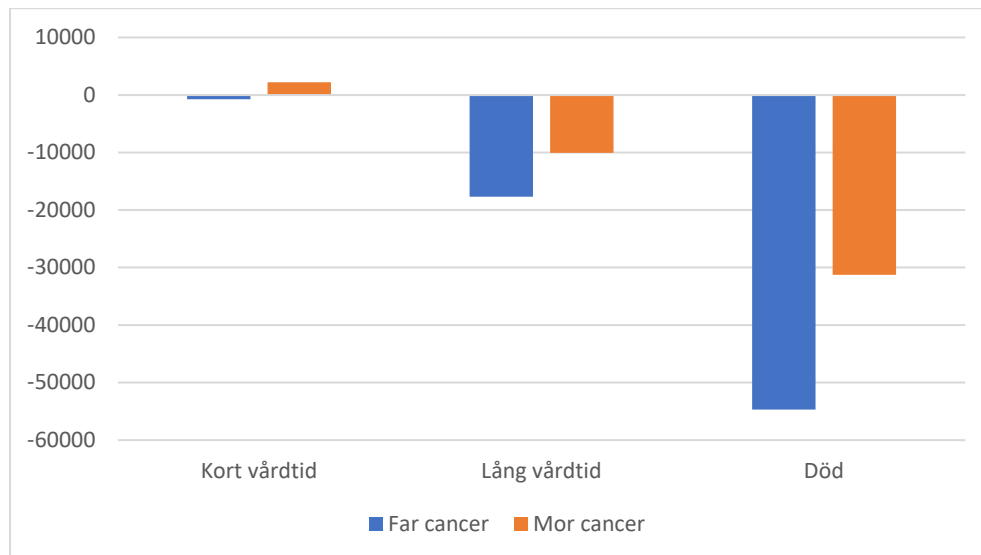
Till skillnad från förekomsten av cancerdiagnos, var det vanligare att en förälder dog i cancer då familjen hade en låg social position. Särskilt tydligt sågs detta för fäder som avlidit i cancer (Figur 4).



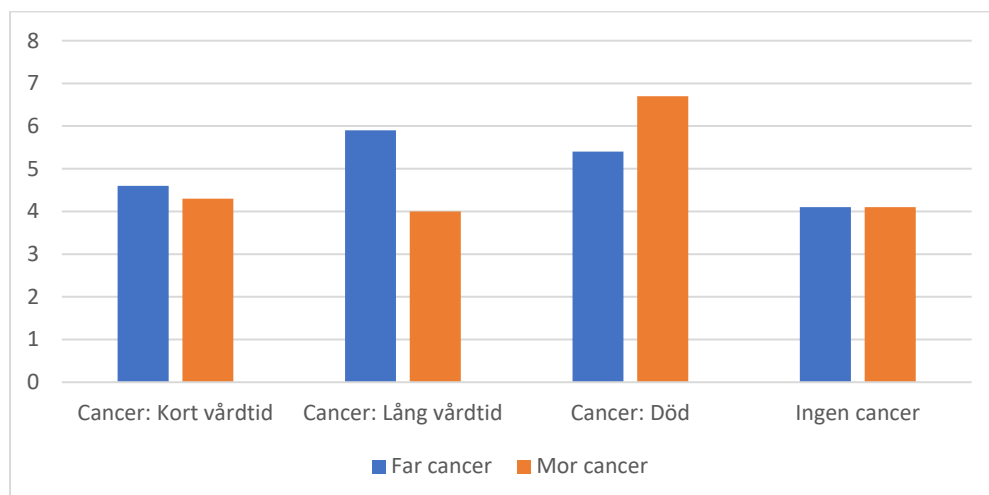
Figur 4. Procent barn (födda 1990–92) som under sin uppväxt varit med om att en förälder avlidit på grund av cancer, efter föräldrars högsta utbildning.

Ekonomiska konsekvenser

Familjer där en förälder diagnosticerats med cancer under barnets uppväxt hade lägre disponibel inkomst, framför allt då en förälder – och då särskilt en fader – avlidit i cancer (Figur 5). Även en förälders långvariga sjukhusvistelse medförde en försämring av familjens ekonomiska resurser, med lägre inkomst och en högre andel med försörjningsstöd (Figur 5 och 6).



Figur 5. Skillnad i familjebaserad disponibel inkomst då barnet var 18 år (2008–2010), mellan familjer med och utan cancer hos någon förälder. Standardiserat för moders ålder, föräldrars högsta utbildning samt disponibel inkomst under barnets födelseår.



Figur 6. Procent med försörjningsstöd i familjer med och utan cancer hos någon förälder. Standardiserat för moders ålder, föräldrars högsta utbildning samt förekomst av försörjningsstöd under barnets födelseår.

Ensamföräldraskap

När en förälder avlider i cancer blir den andre föräldern ensam kvar och därför är andelen ensamföräldrahushåll av naturliga skäl hög i dessa familjer. För barn vars föräldrar överlevt sin cancersjukdom ökade inte förekomsten av ensamföräldrahushåll.

Samhällsvård

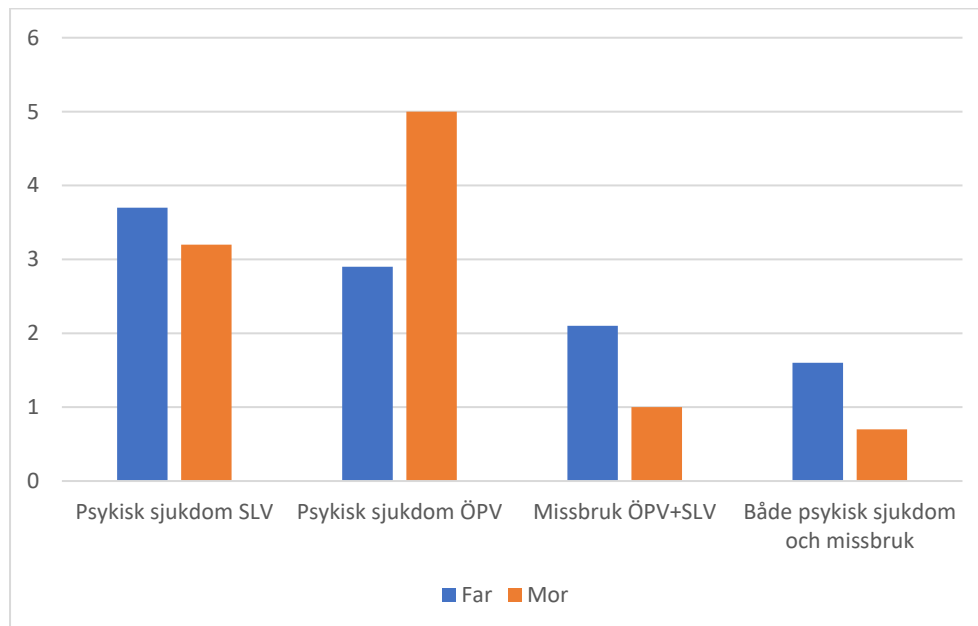
Det var vanligare för barn vilkas föräldrar avlidit i cancer att ha blivit placerade i samhällsvård under barndomen (Figur 7), i jämförelse med övriga barn i studie-

populationen. Drygt nio procent av barnen vilkas mödrar avlidit i cancer blev placerade i samhällsvård, jämfört med 3,5 procent hos övriga. Motsvarande siffra för barn till fäder som avlidit i cancer var drygt 4 procent.

Majoriteten av placeringarna var korta, både bland barn från familjer där en förälder diagnosticerats med cancer och bland barn från familjer utan denna erfarenhet. Andelen längre placeringar (mer än två år) var betydligt vanligare bland barn till mödrar som avlidit i cancer, bland dessa barn var denna siffra 26 procent, att jämföra med 16 procent bland fäder som avlidit i cancer och 10 procent i jämförelsegruppen. För barn vars föräldrar överlevt sin cancersjukdom var skillnaden mot övrig befolkning helt marginell när det gäller erfarenhet av samhällsvård.

Psyisk sjukdom och missbruk

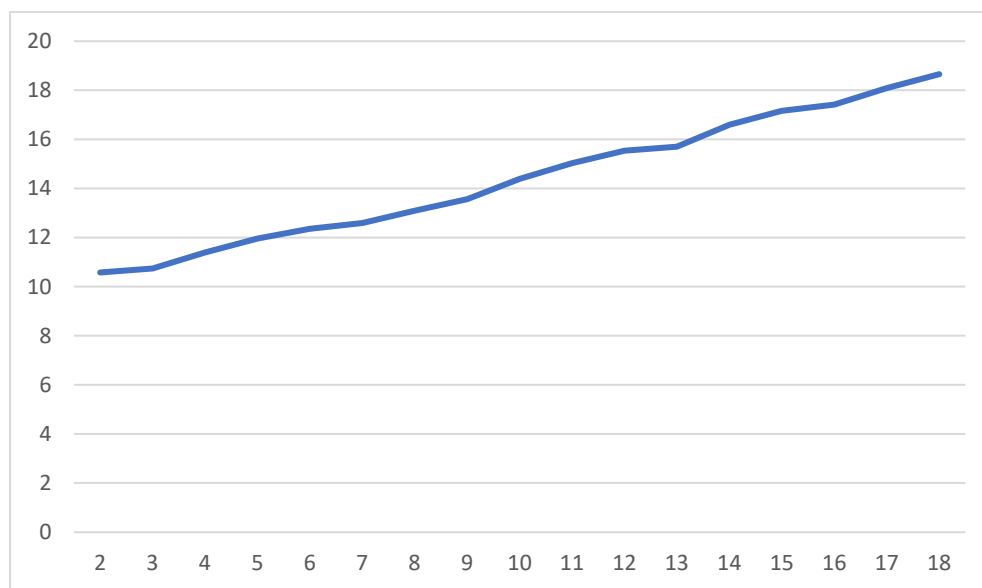
Av alla folkbokförda barn i åldern 2–18 år under 2012 hade 14,3 procent minst en förälder som hade vårdats i specialistvård under 2008–2012 med en diagnos som indikerade psykisk sjukdom och/eller missbruksproblem. Det var fler mödrar som hade vårdats i öppen psykiatrisk vård medan betydligt fler fäder än mödrar hade vårdats på grund av missbruk och i inläggande psykiatrisk vård, se Figur 7. Av de föräldrar som vårdats för missbruksproblem hade mer än hälften också en psykisk sjukdom som inte var direkt relaterad till missbruket.



Figur 7. Procent av barn i åldern 2–18 år i Sverige vars far eller mor vårdats med diagnos som indikerar psykisk sjukdom eller missbruk (SLV=sluten vård, ÖPV=enbart öppen specialistvård).

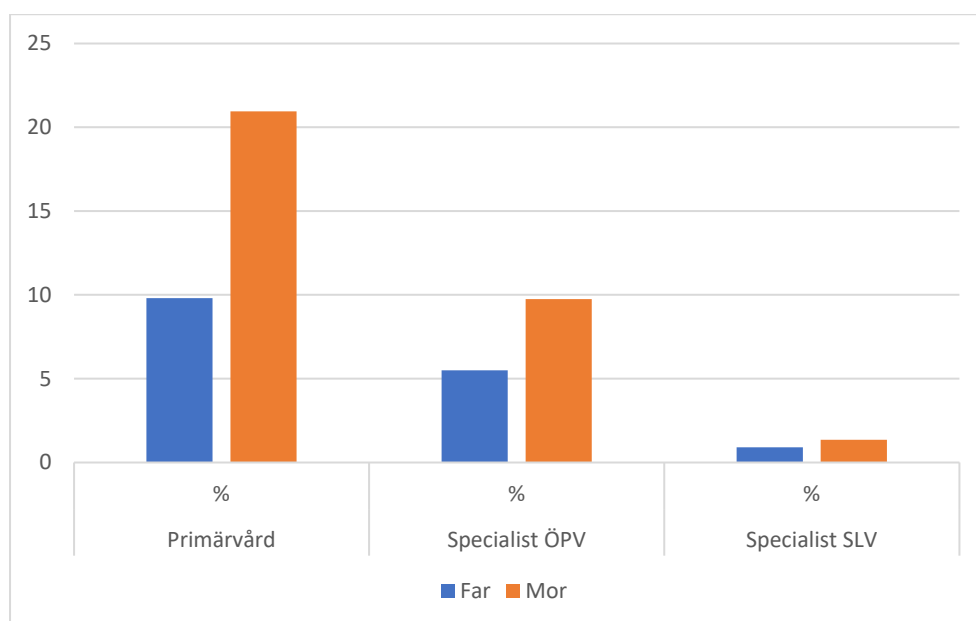
Andelen barn i studiepopulationen som hade minst en förälder med en diagnosticerad psykisk sjukdom eller missbruksproblem inom specialistvården under 2008–2012

ökade successivt med stigande ålder från drygt 10 procent vid 2 års ålder till drygt 18 procent vid 18 års ålder (Figur 8).



Figur 8. Procent av barn i åldern 2–18 år i Sverige år 2012 vars far eller mor vårdats med diagnos som indikerar psykisk sjukdom eller missbruk under 2008–2012.

Data från Stockholms-regionen avseende föräldrars vårdkonsumtion under åren 2008–2012 visade att åtskilliga föräldrar med psykisk sjukdom aldrig haft kontakt med psykiatrisk specialistvård utan hade behandlats enbart inom primärvården. Det gällde cirka 10 procent av mödrarna och 4 procent av fäderna (Figur 11).

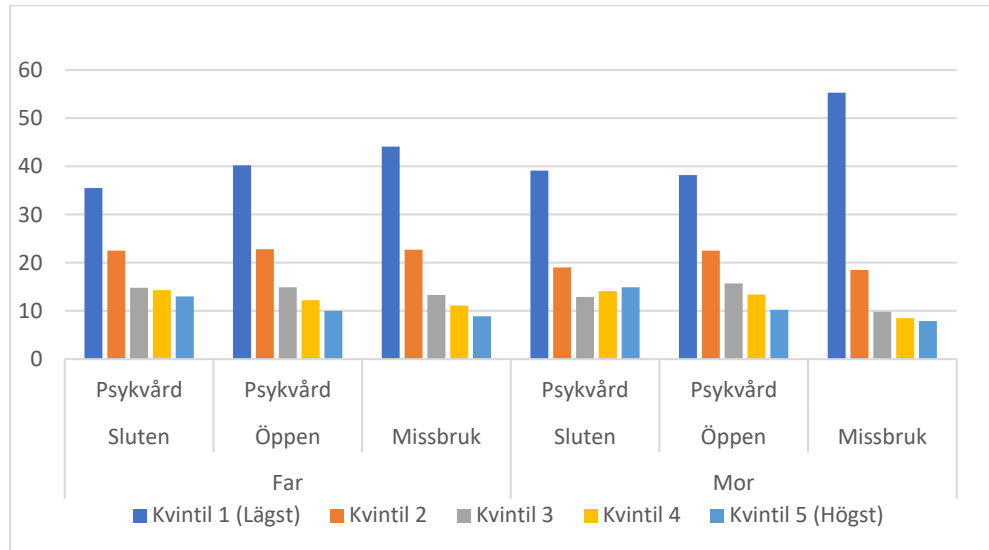


Figur 11. Procent av ungdomar i åldern 8–18 år i Stockholmsregionen vars mor eller far vårdats minst en gång med en psykiatrisk huvud-diagnos under 2008–2012. (ÖPV=öppen vård, SLV=Sluten vård).

Sociala uppväxtvillkor

Disponibel inkomst

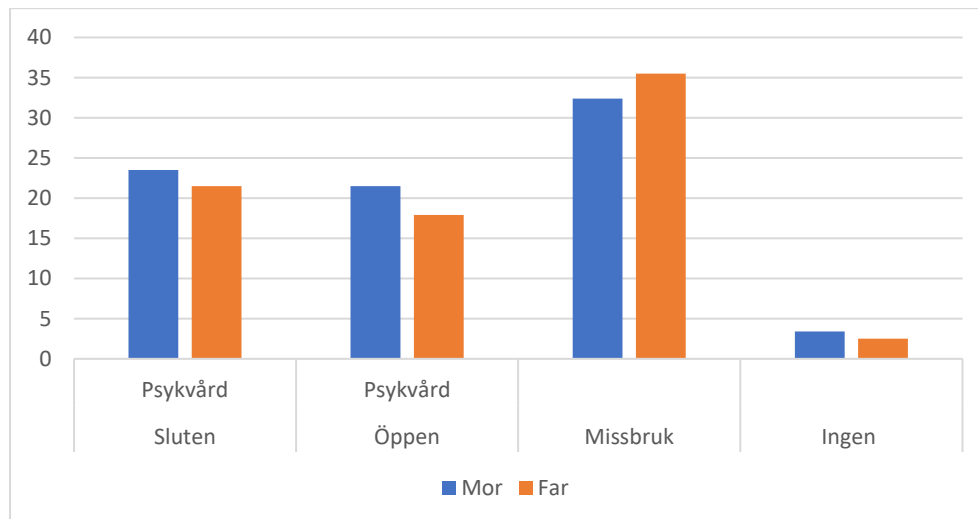
Barn i familjer där en förälder vårdats för psykisk sjukdom eller missbruk hade genomsnittligt betydligt lägre disponibel inkomst än resten av befolkningen. Mellan en tredjedel och hälften av dessa barn levde i familjer som hade en inkomst i den lägsta kvintilen, med allra lägst disponibel inkomst för familjer där mödrar hade missbruksproblem (Figur 10).



Figur 10. Disponibel inkomst i kvintiler hos barn i åldern 2–18 år i Sverige år 2012 vars far eller mor vårdats med diagnos som indikerar psykisk sjukdom eller missbruk under 2008–2012.

Försörjningsstöd

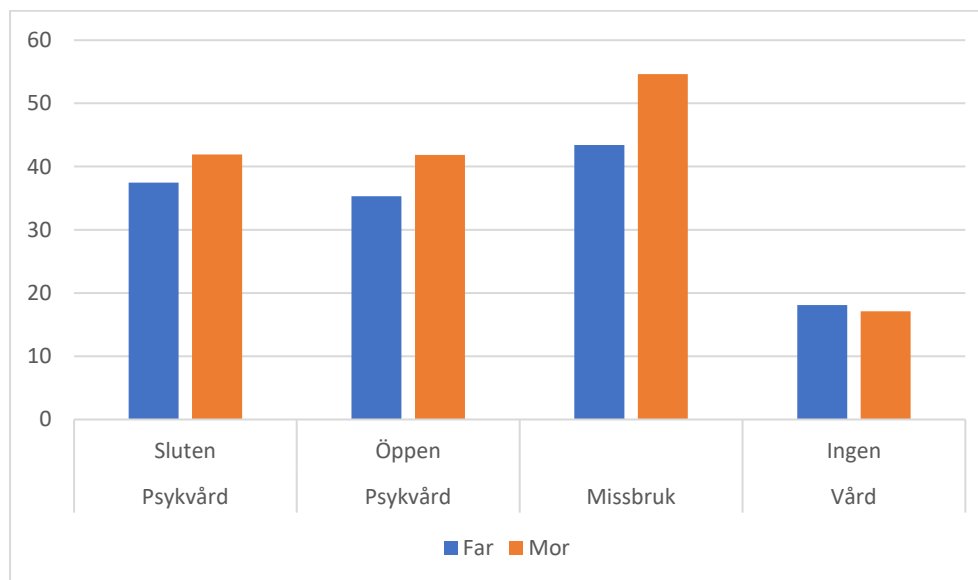
Mellan 18 och 35 procent av barn där en förälder vårdats för psykisk sjukdom eller missbruk levde 2012 i en familj som uppbar försörjningsstöd, jämfört med 2–3 procent av övriga barn. Särskilt hög var andelen i familjer där en förälder hade missbruksproblem, 32–35 procent (Figur 11). Av de barn som levde i familjer som uppbar försörjningsstöd 2012 hade 30 procent minst en förälder som hade vårdats i specialistvård under 2008–2012 på grund psykisk sjukdom eller missbruk.



Figur 11. Försörjningsstöd i familjen hos barn i åldern 2–18 år i Sverige år 2012 vars far eller mor vårdats med diagnos som indikerar psykisk sjukdom eller missbruk under 2008–2012. Åldersstandardiserade tal.

Ekonomisk utsatthet

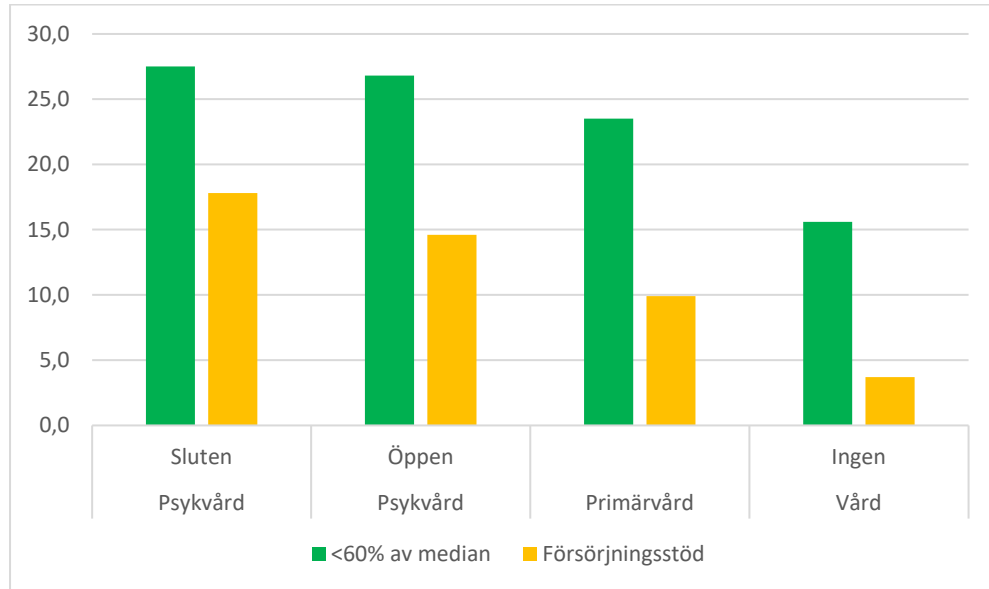
Av barn i familjer där någon av föräldrarna hade en psykisk sjukdom eller missbruk uppfyllde 35–54 procent kriterierna för ekonomisk utsatthet, att jämföra med 17–18 procent av familjerna utan sådan sjukdom (Figur 12). Särskilt utsatta var barn i familj där någon av föräldrarna har missbruksproblem.



Figur 12. Ekonomisk utsatthet hos barn i åldern 2–18 år i Sverige år 2012 vars far eller mor vårdats med diagnos som indikerar psykisk sjukdom eller missbruk under 2008–2012. Åldersstandardiserade tal.

Data från Stockholmsregionen visar en tydlig gradient i ekonomisk utsatthet när det gäller vårdform hos barn till föräldrar med psykisk sjukdom. Barn med föräldrar som vårdats enbart i primärvård hade mer sällan försörjningsstöd eller en disponibel

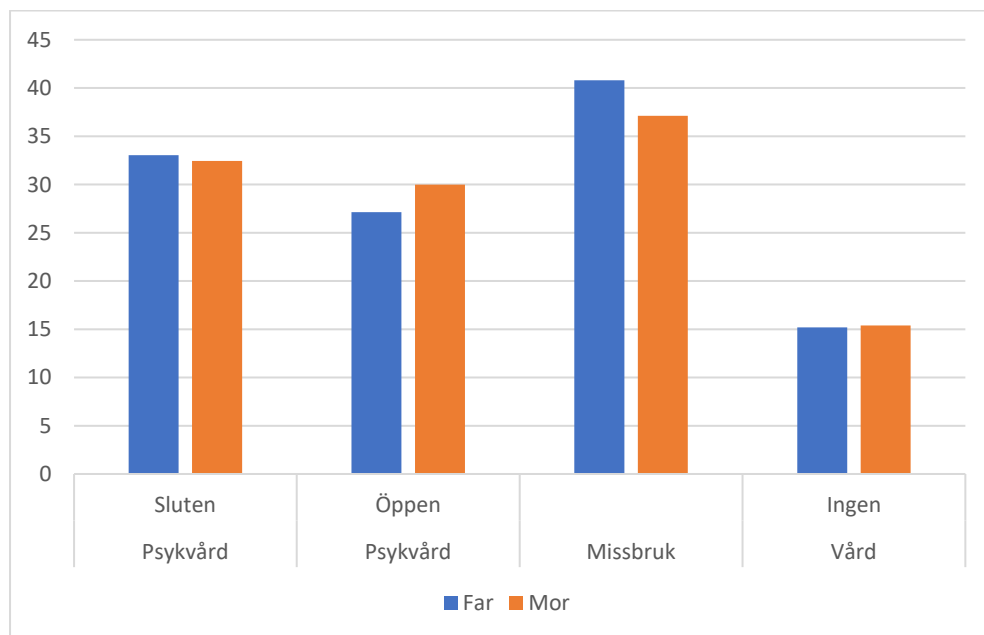
inkomst under 60 procent av medianen i familjen än de som vårdats i öppen eller slutet specialistvård, medan de som vårdats i slutet vård oftast hade det. Skillnaderna var dock påtagliga för samtliga vårdformer jämfört med de som inte har någon förälder som vårdats för psykisk sjukdom.



Figur 13. Ekonomisk utsatthet och psykisk sjukdom/ohälsa efter vårdform hos någon förälder för barn i åldern 8–18 år i Stockholmsregionen 2012. Åldersstandardiserade tal.

Ensamföräldrahusåll

Barn som levde med en förälder som har psykisk sjukdom eller missbruk levde betydligt oftare än andra i ensamföräldrahusåll (Figur 14).

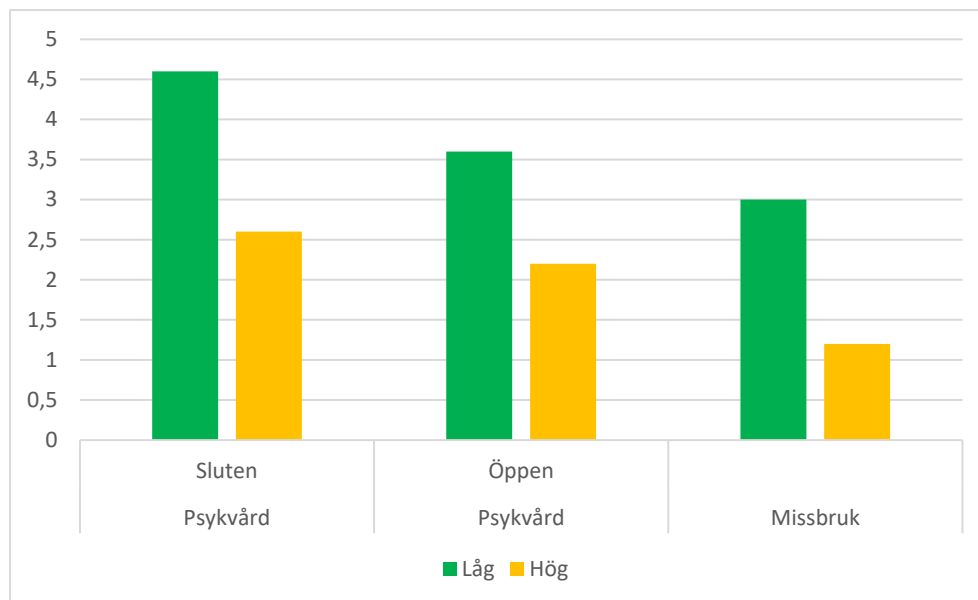


Figur 14. Procent av barn i åldern 2–18 år som levde i enföräldrahusåll år 2012. Åldersstandardiserade tal.

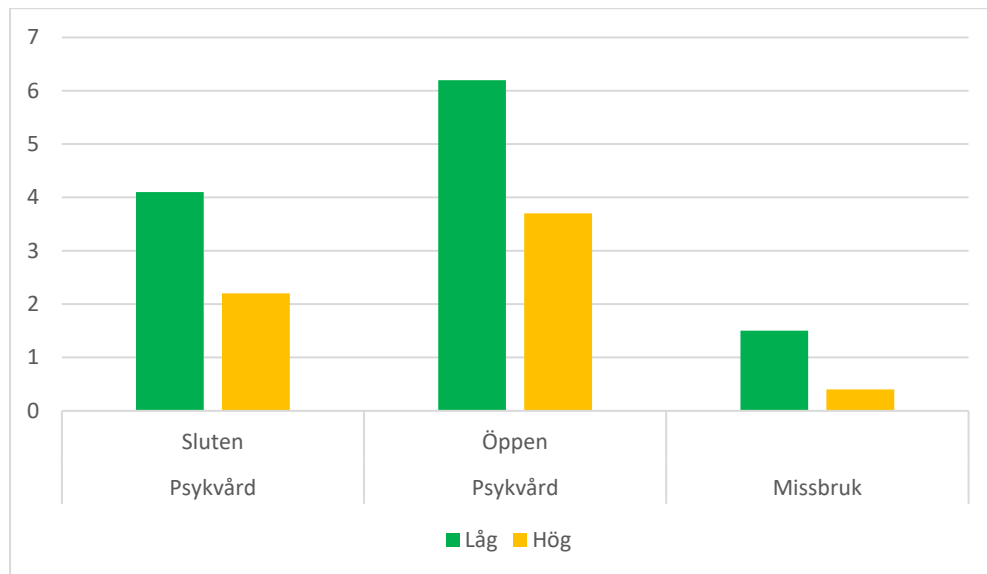
Betydelsen av familjens sociala sammanhang

Psykisk sjukdom och missbruk förekommer i alla socioekonomiska miljöer men med betydande variation mellan olika nivåer av social position. I det följande har vi utgått från moderns utbildning som en markör för social position i det svenska samhället. Låg social position definieras här som en utbildning av högst 12 år, det vill säga gymnasium. Hög social position motsvarar postgymnasial utbildning.

Risken för psykisk sjukdom och/eller missbruk var betydligt högre i familjer med låg social position jämfört med familjer med hög social position (Figur 15a och 15b).



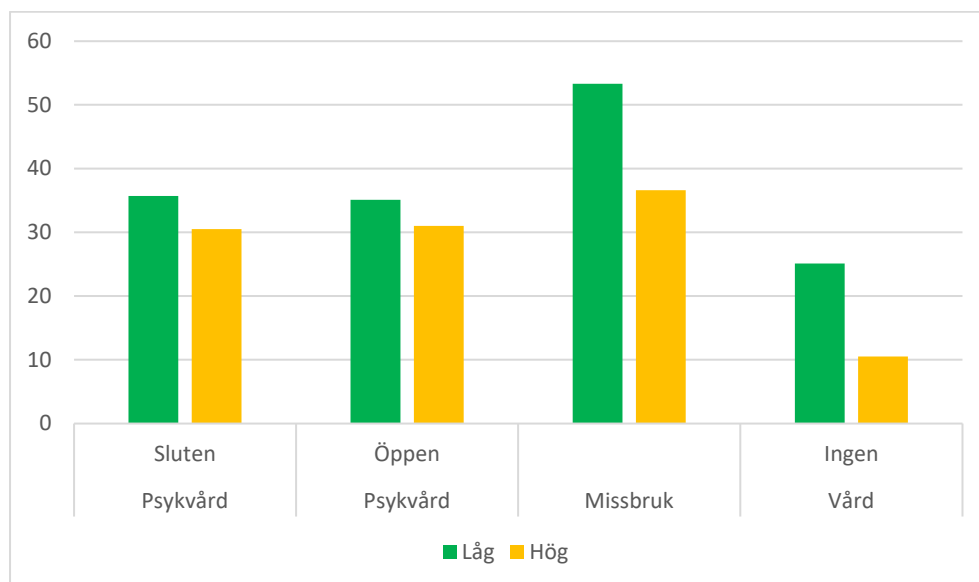
Figur 15 a. Procent av barn i åldern 2–18 år i Sverige vars far vårdats med diagnos som indikerar psykisk sjukdom eller missbruk efter social position. Åldersstandardiserad.



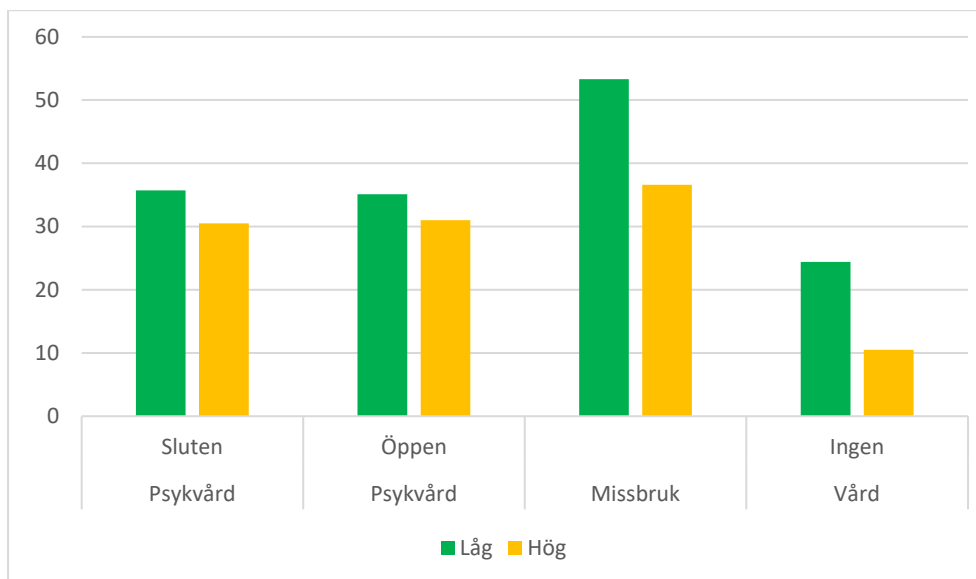
Figur 15 b. Procent av barn i åldern 2–18 år i Sverige vars mor vårdats med diagnos som indikerar psykisk sjukdom eller missbruk efter social position. Åldersstandardiserad.

Ekonomisk utsatthet

Familjer där föräldrar hade psykisk sjukdom hade oavsett social position betydligt oftare ekonomisk utsatthet än andra familjer. För familjer där barn var anhöriga var således skillnaden mot andra familjer större om familjen hade hög social position. För missbruk var dock betydelsen särskilt stor för familjer med låg social position (Figur 16a och 16b).



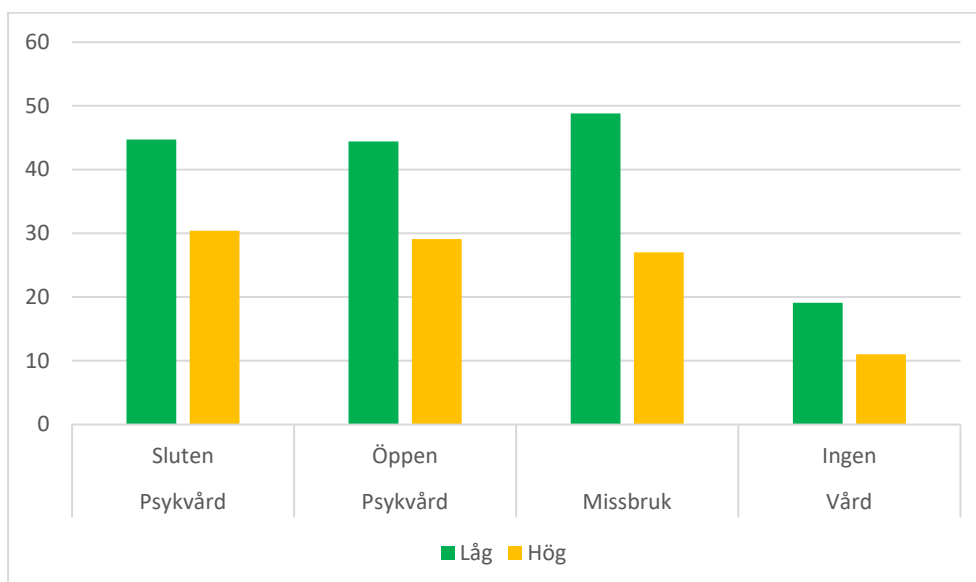
Figur 16a. Procent i ekonomisk utsatthet av barn i åldern 2–18 år i Sverige vars far vårdats med diagnos som indikerar psykisk sjukdom eller missbruk efter social position. Åldersstandardiserade tal.



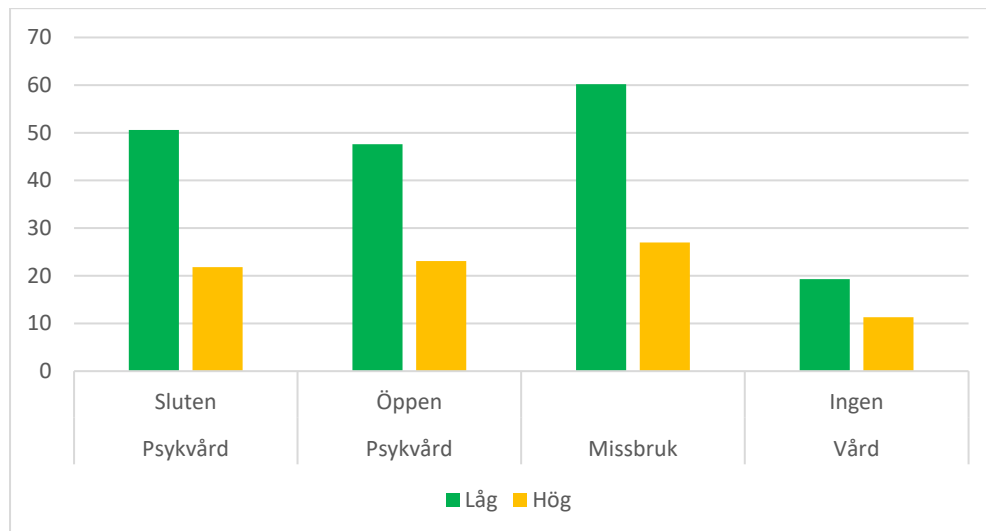
Figur 16b. Procent i ekonomisk utsatthet av barn i åldern 2–18 år i Sverige vars mor vårdats med diagnos som indikerar psykisk sjukdom eller missbruk efter social position. Åldersstandardiserade tal.

Ensamföräldrahusåll

I familjer där föräldrar hade psykisk sjukdom och/eller missbruksproblem bodde betydligt fler i ensamföräldrahusåll om familjen hade en låg social position. Detta gällde i särskilt hög grad om det var modern som vårdats med sådana problem (17a och 17b).



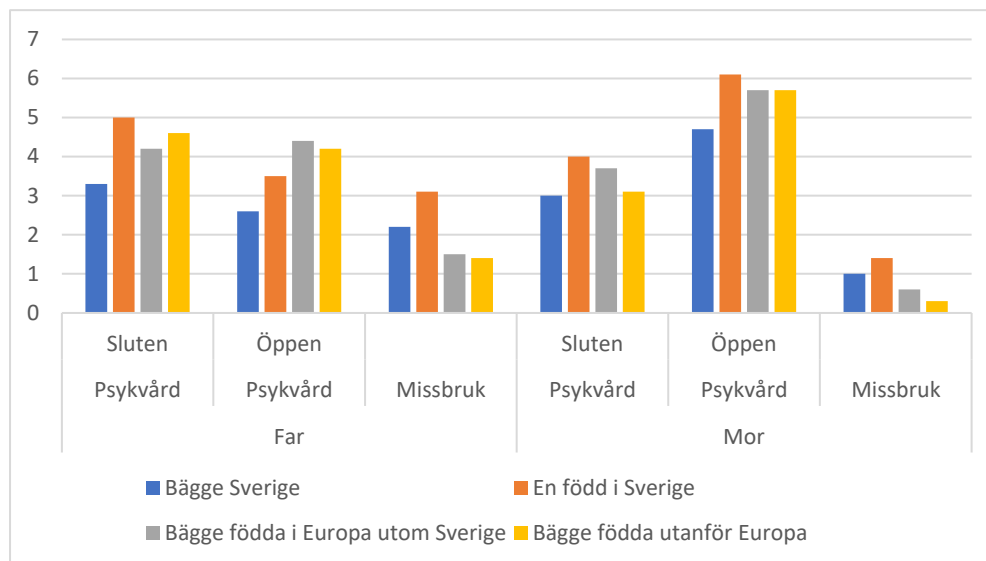
Figur 17a. Procent som lever i ensamföräldrahusåll av barn i åldern 2–18 år i Sverige vars far vårdats med diagnos som indikerar psykisk sjukdom eller missbruk efter social position. Åldersstandardiserade tal.



Figur 19b. Procent som lever i ensamföräldrahushåll av barn i åldern 2–18 år i Sverige vars mor vårdats med diagnos som indikerar psykisk sjukdom eller missbruk efter social position. Åldersstandardiserade tal.

Barn med utländskt ursprung

Barn med en eller två föräldrar födda utomlands hade oftare en förälder som vårdats för psykisk sjukdom. Vård för missbruksproblem var dock betydligt mer sällsynt i familjer med två utlandsfödda föräldrar (Figur 18).



Figur 18. Procent av barn i åldern 2–18 år i Sverige vars far eller mor vårdats med diagnos som indikerar psykisk sjukdom eller missbruk efter föräldrars födelseland.

Som Tabell 1 visar så fanns det betydande skillnader när det gäller socioekonomiska livsvillkor för barn med olika ursprung. Familjer med utländskt ursprung hade genomsnittligt lägre disponibel inkomst, oftare försörjningsstöd och mödrar i dessa familjer hade oftare kort utbildning än andra mödrar.

Tabell 2. Beskrivning av studiepopulationen.

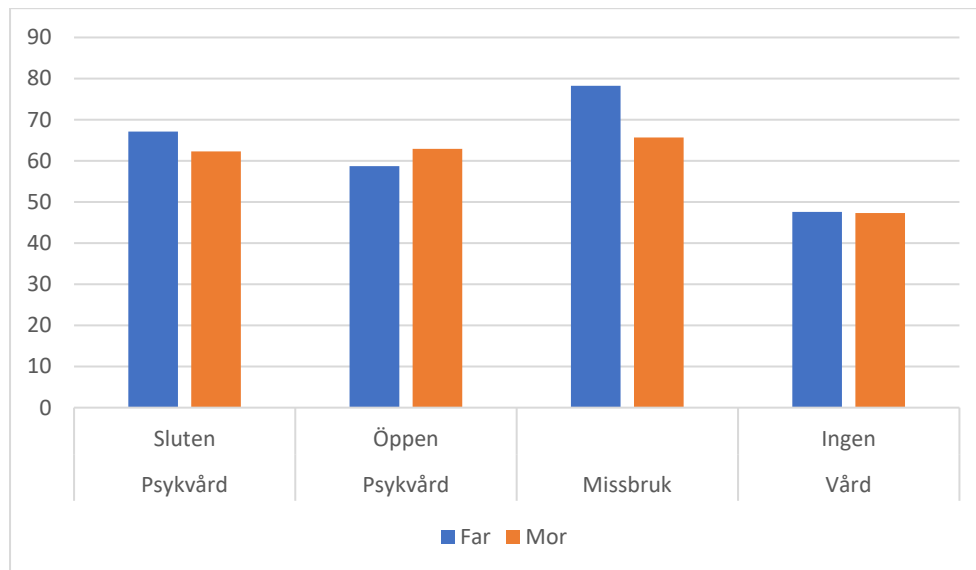
		Bägge Sverige	En född i Sverige	Bägge födda i Europa utom Sverige	Bägge födda utanför Europa	Alla
		%	%	%	%	%
Andel av studiepopulationen		75,8	11,8	3,4	9,0	100
Boendeort						
	Storstad	41,5	53,3	52,1	63,3	45,2
	Annan stad	42,2	36,2	40,7	33,5	40,7
	Glesbygd	16,2	10,4	7,2	3,3	14,1
Moderns utbildning						
	0–9 år	6,0	11,0	23,7	32,3	9,5
	10–12 år	44,5	40,7	45,7	38,3	43,5
	13+ år	49,6	48,3	30,6	29,4	47,0
Familjens disponibla inkomst; Kvintiler						
	Kvintil 1 (Lägst)	15,3	26,5	31,5	46,4	20,0
	Kvintil 2	19,4	21,0	24,2	23,0	20,0
	Kvintil 3	21,4	18,1	16,9	12,7	20,0
	Kvintil 4	21,7	17,8	15,1	10,5	20,0
	Kvintil 5 (Högst)	22,3	16,5	12,3	7,4	19,9

Forts. tabell 2.

		Bägge Sverige	En född i Sverige	Bägge födda i Europa utom Sverige	Bägge födda utanför Europa	Alla
Försörjningsstöd						
	ja	2,8	5,7	12,3	19,3	5,0
<60 procent av median för disponibel inkomst						
	ja	14,0	24,8	30,4	42,7	18,5
Ensamföräldrahusåll						
	ja	15,1	22,1	20,1	22,6	26,8
Placerad inom sociala barnvården						
	ja	0,6	2,6	2,9	2,6	1,3

Barn med ursprung utanför Europa

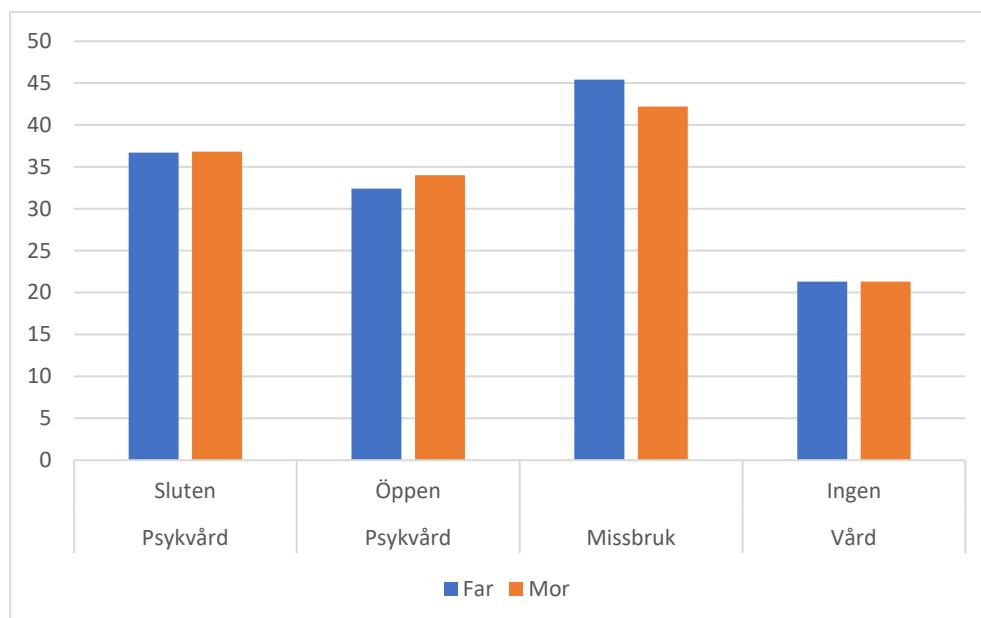
I det följande beskrivs situationen för den största gruppen barn med utländskt ursprung, den med utomeuropeiskt ursprung. Av barn i familjer med utomeuropeiskt ursprung hade 46,4 procent en disponibel inkomst i den lägsta kvintilen och 19,3 procent uppbar försörjningsstöd (Tabell 1). Andelen barn som levde i familjer med ekonomisk utsatthet var generellt mycket hög i gruppen barn med utomeuropeiskt ursprung, nära 50 procent. I familjer med psykisk sjukdom var andelen 60–70 procent och ännu högre bland de (relativt) få familjer där en förälder hade missbruksproblem (Figur 19).



Figur 19. Procent i ekonomisk utsatthet av barn med utomeuropeiskt ursprung i åldern 2–18 år i Sverige vars far eller morvårdats med diagnos som indikerar psykisk sjukdom eller missbruk efter social position. Åldersstandardiserade tal.

Ensamföräldrahusåll

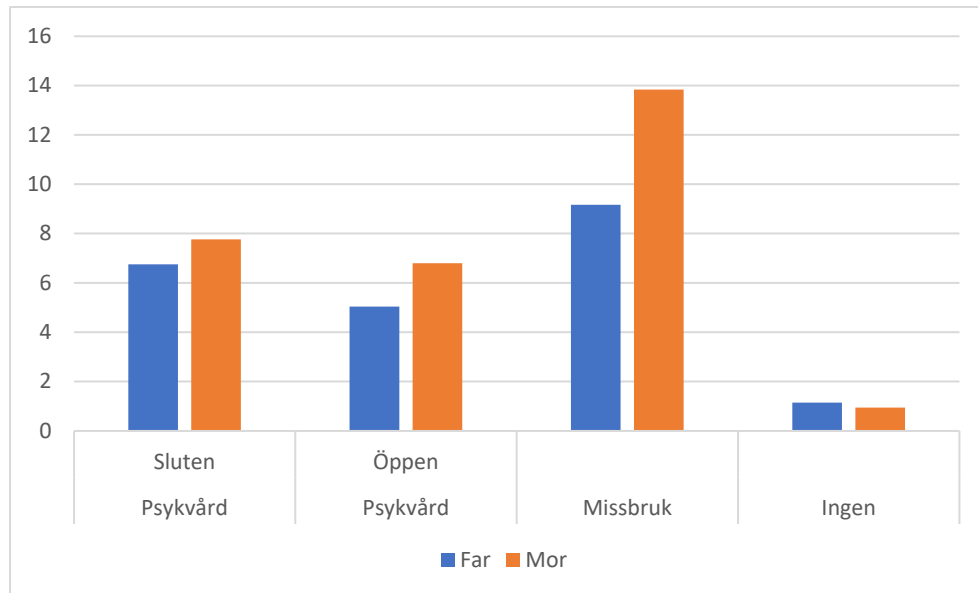
Andelen barn som lever i ensamföräldrahusåll var generellt något högre i gruppen barn med utomeuropeiskt ursprung jämfört med barn med svenskt ursprung (se Tabell 1 ovan). När det gäller barn som var anhöriga till föräldrar med psykisk sjukdom eller missbruk var också andelen som bodde i ensamföräldrahusåll något högre än för barn som var anhöriga med svenskt ursprung (se Figur 20).



Figur 20. Procent som lever i ensamföräldrahusåll av barn med utomeuropeiskt ursprung i åldern 2–18 år i Sverige vars far vårdats med diagnos som indikerar psykisk sjukdom eller missbruk efter social position.

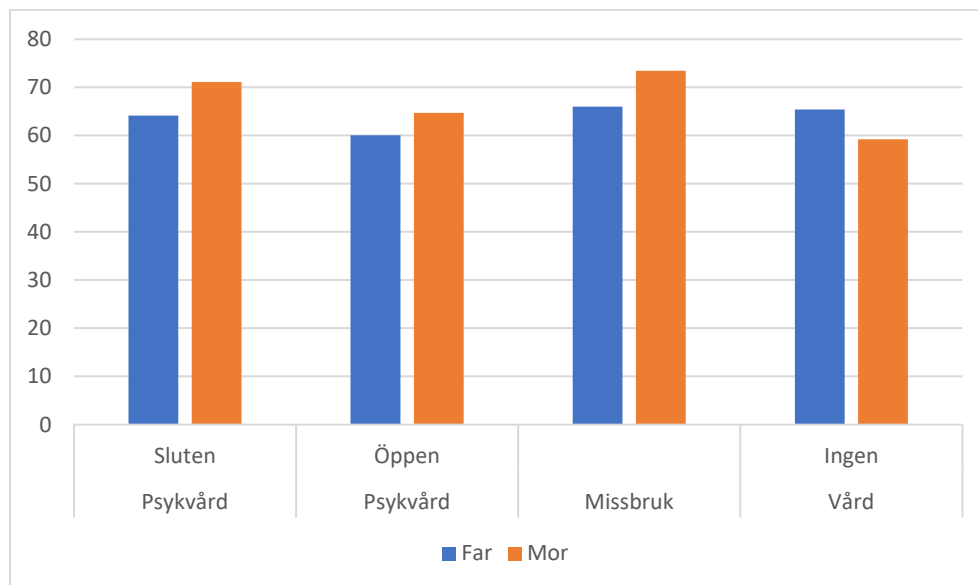
Samhällsvård

Psykisk sjukdom och/eller missbruk hos föräldrar kan leda till så betydande brister i föräldraskapet att barn omhändertags för samhällsvård med placering i familjehem eller på institution. Detta var särskilt vanligt om modern hade vårdats för missbruksproblem, där 14 procent hade omhändertagits för samhällsvård till och med 2012, men även barn till föräldrar i slutna psykiatrisk vård hade en påtagligt ökad andel barn i samhällsvård (Figur 21).



Figur 21. Procent barn i åldern 2–18 år som omhändertagits i samhällsvård före 2012 i Sverige vars far eller mor vårdats med diagnos som indikerar psykisk sjukdom eller missbruk. Åldersstandardiserad.

Som Figur 22 visar så hade familjerna till barn i samhällsvård i mycket hög utsträckning ekonomisk utsatthet oavsett föräldrars sjuklighet.



Figur 22. Procent med ekonomisk utsatthet i familjer med barn i samhällsvård efter föräldrars sjukdom. Åldersstandardiserade tal

Diskussion

I denna rapport har vi beskrivit sociala uppväxtvillkor under barndomen för barn som är anhöriga till föräldrar som drabbats av cancer, psykisk sjukdom eller har behandlats för missbruk. I en tidigare rapport beskrev vi att 7,8 procent av svenska barn födda 1990–92 hade minst en förälder som vårdats inlaggande på sjukhus på grund av psykisk sjukdom och/eller missbruk innan de fyllde 18 år (Hjern & Manhica, 2013). I underlaget till den här rapporten har vi också haft tillgång till uppgifter om psykiatrisk öppenvård på grund av psykisk sjukdom och/eller missbruk och i Stockholm även behandling för psykisk sjukdom inom primärvården. Trots att vi denna gång enbart inkluderat vårdtillfällen under en femårsperiod, så var andelen barn med föräldrar som vårdats inom specialistvården för dessa problem så hög som 14,3 procent. Om vi också räknar in vård inom primärvården baserat på Stockholmsregionen handlar det om cirka 25 procent.

Inget av de hälsoproblem som beskrivits i denna rapport är *en* sjukdom, utan det rör sig om många olika sjukdomar och beteendeproblem, med varierande orsak, svårighetsgrad och prognos. Våra resultat speglar detta på ett tydligt sätt. Konsekvenserna för barnens uppväxtvillkor är direkt avhängiga hälsoproblemens svårighetsgrad. Särskilt tydligt är gradienten för cancersjukdomar där sjukdomens påverkan på familjens inkomster är störst om föräldern dör i sin cancersjukdom, men är också påtagliga för barn till föräldrar som vårdats länge (mer än en månad) på sjukhus. Dessa utgjorde tillsammans ungefär en tredjedel av barn till föräldrar med cancer och knappt två procent av alla barn i studien. För övriga personer vars förälder drabbats av en cancersjukdom kunde vi inte identifiera några betydande negativa långsiktiga konsekvenser.

Andelen barn som var anhöriga ökade med stigande ålder och vid 17–18 år ålder var 18 procent anhöriga till en förälder med psykisk sjukdom. Med tanke på att en hög procent av dessa ungdomar lever i enföräldrahusåll är det troligt att en betydande andel av dessa också tar stort ansvar för sin sjuka förälder som unga omsorgsgivare. I en studie av skolungdomar i åldern 16–17 år som Nka genomförde 2018–2019 rapporterade 9 procent att de utförde omsorgsaktiviteter på en hög nivå och totalt 23 procent att de utförde omsorgsaktiviteter i familjen (Brolin, Magnusson, & Hanson, 2022).

För psykisk sjukdom, och särskilt missbruksproblem, var den ekonomiska utsattheten generellt större, så hög som 33–52 procent, än för barn vars föräldrar drabbas av cancer och resten av befolkningen där 19 procent uppfyllde kriterierna för ekonomisk utsatthet. Men också här fanns en liknande gradient, där barn med föräldrar som vårdats inlaggande på sjukhus oftare levde i ekonomisk utsatthet än barn till föräldrar som enbart vårdats i öppen specialistvård eller primärvård.

Familjesituation är en viktig social faktor i barns uppväxtmiljö. Resultatet i denna rapport att barn som är anhöriga oftare bor i ensamföräldrahusåll pekar på att barn som är anhöriga oftare upplever föräldraseparationer än andra barn och att de mer

sällan än andra barn har tillgång till två föräldrar i sin vardag. Detta är särskilt anmärkningsvärt då den enda föräldern man har tillgång till på daglig basis ofta också är en förälder med psykisk ohälsa och/eller missbruk.

En av de stora förändringarna i barns uppväxtvillkor på senare år är att fler föräldrar separerar och att fler barn därför växer upp i andra familjekonstellationer än kärnfamiljer. Tidigare bodde barn efter föräldrars separation vanligen mest med en ensam förälder eller i en ”bonusfamilj” med en förälder och dess nya partner. Forskning om barn som växer upp med denna familjeform visar en förhöjd risk för psykisk ohälsa i ung vuxen ålder (Weitoft, Hjern, Haglund, & Rosen, 2003). Under de senaste decennierna har dock den vanligaste boendeformen för barn efter föräldrars separation i Sverige blivit ”växelvis boende” där barnet bor lika mycket med bägge sina föräldrar. Studier av barn i denna boendeform visar en mer gynnsam psykisk hälsa jämfört med barn som bor med en förälder (Fransson, Bergström, & Hjern, 2015). Att ha tillgång till bägge sina föräldrar i vardagen torde ofta vara särskilt viktigt för barn som är anhöriga.

Betydligt fler barn i familjer med låg social position i det svenska samhället var barn som anhöriga till föräldrar med psykisk sjukdom jämfört med barn i familjer med hög social position. Förekomsten av ekonomisk utsatthet hos barn till föräldrar med psykisk sjukdom och/eller missbruk var dock anmärkningsvärt likartad oavsett social position, med en förekomst mellan 35–50 procent. Barn som var anhöriga med låg social position levde dock oftare i enföräldrahusåll än barn som var anhöriga i hög social position.

De sociala skillnaderna när det gäller psykisk sjukdom, missbruk och dödsfall är betydande i den medelålders svenska befolkningen (Folkhälsomyndigheten, 2023; Socialstyrelsen, 2009). Det är därför inte särskilt överraskande att föräldrars sjukdom och död särskilt ofta drabbar barn i familjer med låg socio-ekonomisk position i det svenska samhället.

Utlandsfödda föräldrar hade oftare behandlats för psykisk sjukdom än svenskfödda föräldrar. I en tidigare rapport har vi beskrivit att en orsak till detta, som är särskilt relevant för flyktingföräldrar, är traumatiska upplevelser i samband med krig, politisk förföljelse och flykten till Europa. Drygt 5 procent av föräldrar i flyktingfamiljer i Stockholmsregionen med barn i åldern 11–18 år hade behandlats för post-traumatiskt stress-syndrom mellan 2006–2016 (Hjern & Berg, 2023). En dansk studie, som inkluderade barn i åldern 0–18 år, visade att så många som 15 procent av barn till flyktingföräldrar hade minst en förälder som behandlats för post-traumatiskt stress-syndrom inom psykiatrisk specialistvård (Back Nielsen, Carlsson, Køster Rimvall, Petersen, & Norredam, 2019). Beräkningar av hur vanligt det är att flyktingar lider av psykisk ohälsa varierar stort mellan olika studier, men en meta-analys 2022 baserad på studier från den rikare delen uppskattar att ungefär en tredjedel uppfyller kriterierna post-traumatiskt stress-syndrom och att ungefär lika många lider av någon form av depression (Patane et al., 2022).

Föräldrar födda utanför Europa hade mycket mer sällan vårdats på grund av missbruk än andra föräldrar. Detta speglar tidigare svenska studier som har visat en låg förekomst av alkoholmissbruk bland invandrare från Mellanöstern och andra muslimskt dominerade regioner i världen. (Hjern & Allebeck, 2004). Familjer med utomeuropeiskt ursprung hade genomsnittligt betydligt lägre inkomster än andra familjer, och nära hälften uppfyllde rapportens kriterier för ekonomisk utsatthet. För barn med utomeuropeiskt ursprung, där en förälder hade behandlats för en psykisk sjukdom, handlade det om två tredjedelar som växte upp i ekonomisk utsatthet.

Majoriteten av barn som hade erfarenhet av samhällsvård levde i ekonomisk utsatthet. Många av dem var också barn som anhöriga, men här var den ekonomiska utsattheten så vanlig att en förälders psykiska sjukdom eller missbruk hade ganska marginell påverkan.

Studiens begränsningar

Denna studie baseras på socioekonomiska data från 2012 som således redan är mer än tio år gamla. Vi har dock ingen anledning att tro att resultaten inte skulle vara relevanta 2023, då vare sig det svenska socialförsäkringssystemet eller hälso- och sjukvården har genomgått några radikala förändringar under denna tidsperiod. Rädda Barnens beräkningar av Barnfattigdomen i Sverige visar en minskning på ett par procent under perioden 2010–2021 (Rädda Barnen, 2021), men det är inte troligt att detta på något betydande sätt har förändrat den relativa fattigdomen hos barn som är anhöriga jämfört med andra barn i Sverige.

Studien uteslöt barn under två års ålder i analyserna 2012 då inkomsterna under dessa tidiga år i så stor utsträckning styrs av föräldrarnas val när det gäller föräldraledighet och därför inte är särskilt representativa för familjens ekonomiska resurser i ett längre tidsperspektiv. Studiens möjligheter att beskriva familjesituation var också begränsade då information om växelvis boende saknas i tillgängliga nationella register.

En grupp barn som helt saknas i en studie som denna, som baseras på nationella register, är barn som lever utan uppehållstillstånd i Sverige. Studier har visat att psykisk sjukdom är mycket vanlig hos föräldrar i denna situation, liksom en extrem ekonomisk utsatthet (Andersson, Hjern, & Ascher, 2018).

Implikationer

Rapporten visar att stödinsatser till barn som är anhöriga måste beakta att dessa barn vanligen lever i familjer med små ekonomiska resurser. De innebär att verksamheter för barn som är anhöriga bör vara kostnadsfria och att ekonomiskt stöd som till exempel kan underlätta för barnen att delta i fritidsaktiviteter kan vara en viktig del av stödet.

Barn som anhöriga utgör en betydande del av socialtjänstens arbete med familjer med svaga ekonomiska resurser och socialtjänsten utgör därför en mycket viktig resurs för

stödet till barn som är anhöriga. Detta understrykes av att så många som 30 procent av barn i familjer med försörjningsstöd var barn som var anhöriga till föräldrar med psykisk sjukdom och/eller missbruk och att en betydande andel av de barn som omhändertas för samhällsvård har sjuka eller avlidna föräldrar (Hjern & Manhica, 2013)

I en tidigare rapport har vi beskrivit att vuxna som varit barn som anhöriga under barndomen har en påtagligt ökad risk för egen psykisk sjukdom jämfört med andra (Hjern, Arat, & Vinnerljung, 2014). Denna rapport pekar på ekonomisk utsatthet som en trolig delförklaring till detta, i enlighet med andra svenska studier som visar på samband mellan socioekonomisk utsatthet under barndomen och psykisk sjukdom hos vuxna (Wicks, Hjern, & Dalman, 2005). Den genetiska sårbarhet för psykisk sjukdom som barn som är anhöriga ofta bär på förstärker ytterligare konsekvenserna av den ekonomiska utsattheten för deras psykiska ohälsa i vuxenlivet (Wicks, Hjern, & Dalman, 2010).

Det stora antalet barn som potentiellt berörs av den nya lagen om information och stöd till barn i hälso- och sjukvården gör det angeläget med en diskussion om hur tillgängliga resurser ska prioriteras. Vid vilka typer av funktionshinder och problem hos föräldrar räcker det med en mer begränsad information, och när är det befogat att erbjuda mer långtgående stödinsatser? Hur kan familjers ekonomiska utsatthet vägas in i bedömningen av barnens behov av stöd? Detta medför bland annat att det är värdefullt att systematiska utvärderingar av metoder för stöd och information till barn utifrån deras föräldrars problem också innehåller jämförelser av effekter mellan barn till föräldrar med olika typer av svårigheter och olika nivåer av funktionshinder.

Sammanfattningsvis visar denna nionde CHESS rapport om ”Barn som anhöriga” att barn som är anhöriga till sjuka föräldrar ofta levde i familjer med betydligt lägre ekonomiska resurser än genomsnittet. De ekonomiska uppväxtvillkoren för barn som är anhöriga var direkt avhängiga hälsoproblemens svårighetsgrad. Ju svårare föräldrarnas hälsoproblem var ju lägre var familjens inkomster såväl för cancer som för psykisk sjukdom. Med andra ord, de barn som är anhöriga till föräldrar med de svåraste formerna av hälsoproblem hade också de sämsta ekonomiska uppväxtvillkoren.

Referenser

- Andersson, L. M. C., Hjern, A., & Ascher, H. (2018). Undocumented adult migrants in Sweden: mental health and associated factors. *BMC Public Health*, 18(1), 1369. doi:10.1186/s12889-018-6294-8
- Back Nielsen, M., Carlsson, J., Køster Rimvall, M., Petersen, J. H., & Norredam, M. (2019). Risk of childhood psychiatric disorders in children of refugee parents with post-traumatic stress disorder: a nationwide, register-based, cohort study. *The Lancet Public Health*, 4(7), e353-e359. doi:10.1016/s2468-2667(19)30077-5
- Berg, L., & Hjern, A. (2016). *Barn till föräldrar med cancer – hur många berörs och vilka är konsekvenserna i ett livsloppsperspektiv?* Doi: https://anoriga.se/globalassets/media/dokument/barn-som-anorig/rapporter-och-publikationer/rapporter/bsa_2016-2_chess-5_webb.pdf
- Brolin, R., Magnusson, L., & Hanson, E. (2022). *Unga omsorgsgivare. Svensk kartläggning – delstudie i det europeiska ME-WE-projektet.* Doi: <https://anoriga.se/projekt/avslutade-projekt/me-we-projektet/>
- Folkhälsomyndigheten. (2023). *Folkhälsans utveckling 2022.* Doi: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/c8374b60c7174b2592ba7f76f52c3165/folkhalsans-utveckling-arsrapport-2022.pdf>
- Fransson, E., Bergström, M., & Hjern, A. (2015). *Barn i växelvis boende-en forskningsöversikt.* Doi: <https://su.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A899352&dswid=-7848>
- Hjern, A. (2023). *Barn och ungdomspsykiatrisk vård hos ungdomar i Stockholm som är anhöriga till föräldrar med psykisk sjukdom eller missbruk.* Doi: https://anoriga.se/globalassets/media/dokument/publicerat/rapporter/chess_rapport-8-layout-230404-.pdf
- Hjern, A., & Allebeck, P. (2004). Alcohol-related disorders in first- and second-generation immigrants in Sweden: a national cohort study. *Addiction*, 99(2), 229-236. doi:10.1046/j.1360-0443.2003.00562.x
- Hjern, A., Arat, A., & Vinnerljung, B. (2014). *Att växa upp med föräldrar som har missbruksproblem eller psykisk sjukdom – hur ser livet ut i ung vuxen ålder?* Doi: https://anoriga.se/globalassets/media/dokument/barn-som-anorig/rapporter-och-publikationer/rapporter/bsa_chess-4_webbny.pdf
- Hjern, A., & Berg, L. (2023). *Post-traumatisk stress hos föräldrar-Hur påverkar det barnpsykiatrisk vårdkonsumtion och skolprestationer hos deras barn?* Doi: <https://anoriga.se/Artiklar-och-rapporter/post-traumatisk-stress-hos-foraldrar.--hur-paverkar-det-barnpsykiatrisk-vardkonsumtion-och-skolprestationer-hos-deras-barn/>

- Hjern, A., & Manhica, M. (2013). *Barn som anhöriga till patienter i vården – hur många är de?* Doi: https://anhoriga.se/globalassets/media/dokument/publicerat/publikationer-barn-som-anhoriga/rapporter/nka_rapport_barn_som_anhoriga_2013-1.pdf
- Patane, M., Ghane, S., Karyotaki, E., Cuijpers, P., Schoonmade, L., Tarsitani, L., & Sijbrandij, M. (2022). Prevalence of mental disorders in refugees and asylum seekers: a systematic review and meta-analysis. *Glob Ment Health (Camb)*, *9*, 250–263. doi:10.1017/gmh.2022.29
- Rädda Barnen. (2021). Barnfattigdom. Doi: <https://resourcecentre.savethechildren.net/pdf/Barnfattigdom-i-Sverige-211206UPDATED.pdf/>
- Socialstyrelsen. (2009). Folkhälsorapport. Doi: <http://www.forskasverige.se/wp-content/uploads/Folkhalsorapport-2009.pdf>
- Weitoft, G. R., Hjern, A., Haglund, B., & Rosen, M. (2003). Mortality, severe morbidity, and injury in children living with single parents in Sweden: a population-based study. *Lancet*, *361*(9354), 289–295. doi:10.1016/S0140-6736(03)12324-0
- Wicks, S., Hjern, A., & Dalman, C. (2005). Social Adversity in Childhood and the Risk of Developing Psychosis: A National Cohort Study. *Am J Psychiatry*, *162*, 1652–1657.
- Wicks, S., Hjern, A., & Dalman, C. (2010). Social Risk or Genetic Liability for Psychosis? A Study of Children Born in Sweden and Reared by Adoptive Parents. *Am J Psychiatry*, *167*, 1240–1246.

Sociala uppväxtvillkor för barn som är anhöriga till föräldrar med cancer eller psykisk sjukdom/missbruk

Nka Barn som anhöriga

2023:2

ISBN 978-91-87731-81-5

www.anhoriga.se