



## Hälsa och sociala livsvillkor hos unga vuxna som förlorat en förälder i dödsfall under barndomen

Rapport 3 från projektet "Barn som anhöriga" från CHESSE,  
Stockholms universitet/Karolinska Institutet i samarbete  
med Institutionen för socialt arbete vid Stockholms universitet

Anders Hjern, Arzu Arat, Mikael Rostila, Lisa Berg & Bo Vinnerljung

Hälsa och sociala livsvillkor hos unga vuxna som förlorat en förälder i dödsfall  
under barndomen

© 2014 Författarna och Nationellt kompetenscentrum anhöriga™

FÖRFATTARE Anders Hjern, Arzu Arat, Mikael Rostila, Lisa Berg & Bo Vinnerljung

OMSLAG OCH LAYOUT Nationellt kompetenscentrum anhöriga™

FOTO Smålandsbilder.se

ISBN 978-91-87731-15-0

TRYCKERI Afp tradehouse AB, Göteborg

## Förord

Denna kartläggning av hälsa och social situation hos unga vuxna som förlorat en förälder under barndomen på grund av dödsfall har gjorts inom ramen för ett regeringsuppdrag. Regeringen har tagit initiativ till ett brett nationellt utvecklingsarbete, där Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och Sveriges Kommuner och Landsting samarbetar för att stärka stödet till barn och unga i familjer med missbruk, allvarlig sjukdom eller psykisk ohälsa, eller då en förälder avlider. Rapporten är den tredje av fyra om Barn som anhöriga, framtagen av Anders Hjern, Arzu Arat, Mikael Rostila, Lisa Berg och Bo Vinnerljung vid CHESS, Karolinska Institutet/Stockholms Universitet i samarbete med Institutionen för socialt arbete vid Stockholms universitet.

Arbetet sker på uppdrag av Linnéuniversitetet/Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka). Nka har i sin tur i uppdrag av Socialstyrelsen att i samverkan med Linnéuniversitetet ta fram och sprida kunskap inom området Barn och unga som anhöriga till berörd personal och beslutsfattare. I sitt uppdrag har Nka som uppgift att långsiktigt stimulera och stödja utvecklingen inom området samt att bygga upp en bas för kunskapsproduktion och kunskapsspridning, erfarenhetsutbyte och lärande nätverk.

Lennart Magnusson  
Verksamhetschef  
Nka

Elizabeth Hansson  
FoU-ledare  
Nka



## Sammanfattning

Detta är den tredje rapporten i projektet "Barn som anhöriga", som genomförs av CHES och institutionen för socialt arbete vid Stockholms universitet i samarbete med Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka) och Linnéuniversitetet i Kalmar. Rapportens syfte är att belysa hälsa och social situation för unga vuxna i åldern 18–35 år som förlorat en förälder under barndomen på grund av dödsfall. Studien baseras på 535 508 barn som föddes i Sverige under 1973–1978, som var folkbokförda i Sverige vid 18 års ålder och som därefter inte har utvandrat från Sverige under uppföljningstiden fram till 2008–2009. Studien baseras i sin helhet på information i nationella register om dödsfall, vårdkonsumtion, uthämtade receptbelagda läkemedel, utbildning, inkomster, föräldraskap och familjesituation. Rapporten baseras på jämförelser mellan tre typer av familjesituation under barndomen, personer som förlorat en förälder på grund av dödsfall under barndomen, personer som vid 17 års ålder bodde i samma hushåll som enbart en av sina föräldrar, och personer som vid 17 års ålder bodde i "kärnfamilj", dvs i samma hushåll som bägge sina föräldrar.

Att någon av de biologiska föräldrarna avlidit under personens barndom, dvs före 18 års ålder, hade 4,1 procent av studiepopulationen varit med om. För 1,7 procent hade föräldern avlidit i våldsamt död, dvs. på grund av *själv mord, olycksfall eller av våld*, i 2,4 procent orsakades dödsfallen av *andra orsaker*. Våldsamt död var betydligt vanligare bland fäder än bland mödrar; 1,8 procent mot 0,3 procent hos mödrar medan andra orsaker var ungefär lika vanliga hos fäder och mödrar.

Barn till föräldrar som avlidit i våldsamt död hade en två till trefaldigt ökad risk att avlida under uppföljningstiden jämfört med personer som vuxit upp i kärnfamilj, medan risken för barn till förälder som avlidit av andra orsaker var mer måttligt ökad, 60 procent. En analys av den underliggande orsaken till dödsfallen visar att överrisken för död i åldern 18–35 år hos barn med avlidna föräldrar framför allt var förknippad med förebyggbara dödsfall orsakade av våldsamt död (själv mord, olyckor och våld) eller alkohol/narkotikamissbruk. För barn till föräldrar som avlidit i våldsamt död var risken trefaldig för dessa förebyggbara dödsfall, och särskilt hög var risken för självmord, jämfört med barn i kärnfamilj. Motsvarande överrisker för barn till föräldrar som avlidit av andra orsaker var mer begränsad (40 respektive 25 procent).

Mellan 6 till 8 procent av männen och cirka 10 procent av kvinnorna som förlorat en förälder i dödsfall under barndomen hade någon ekonomisk ersättning från samhället på grund av kronisk sjukdom eller funktionshinder vid 30–35 års ålder. Det är ungefär dubbelt så vanligt som för barn som vuxit upp i kärnfamilj.

Föräldrars död i olycka, självmord eller våld var starkt förknippad med psykisk ohälsa hos barnen i vuxen ålder, 17–18 procent av kvinnorna och 14 procent av männen hade fått specialistvård med psykiatrisk diagnos under uppföljningstiden, vilket är mer än dubbelt så många jämfört med personer som vuxit upp i kärnfamilj. Särskilt stor var risken för självmordsförsök och inneliggande sjukhusvård med psykiatrisk diagnos, där risken var tre- till fyrfaldigt ökad. Även föräldrars död av andra orsaker var förknippad med en klart ökad risk för psykiatrisk vård; 12 procent av kvinnorna och 9 procent av männen med denna erfarenhet hade fått sådan under uppföljningstiden.

Föräldrars död i olycka, självmord eller våld var förknippad med en femfaldigt ökad risk för vård på grund av alkohol- och/eller narkotikamissbruk jämfört med personer som vuxit upp i kärnfamilj, vilket innebär 6–7 procent av männen och 4–5 procent av kvinnorna i denna anhörigrupp. Risken var särskilt stor om den avlidne föräldern hade samma kön som barnet. Barn till föräldrar som avlidit av annan orsak hade också en klart förhöjd risk att ha vårdats för missbruk i unga vuxna år.

Mödrars död i olycka, självmord eller våld innan barnen nått skolåldern medförde en särskilt hög risk för psykisk ohälsa och död för barnen i ung vuxen ålder. Särskilt stark var ökningen för flickor. För faders död och för mödrars död av andra orsaker var barnets ålder vid dödsfallet däremot av underordnad betydelse.

Att ha blivit dömd i domstol för ett brott (=lagförd) var vanligt bland män vars föräldrar hade avlidit i våldsamt död, cirka 20 procent jämfört med 10 procent i hela befolkningen och 13–15 procent hos barn till föräldrar som avlidit av andra orsaker. För allvarliga brott, definierat som ett brott där påföljden blev skyddstillsyn, rättspsykiatrisk vård eller fängelse, var skillnaderna ännu större. I relativa tal handlade det för män om fyra till fem gånger högre risk när föräldern avlidit i våldsamt död, och två till tre gånger högre risk om föräldern avlidit av andra orsaker. I relativa tal var motsvarande risker för döttrar till avlidna föräldrar till och med något högre, även om det var betydligt mindre vanligt att kvinnor hade lagförts överhuvudtaget jämfört med män.

Flertalet barn till föräldrar som avlidit arbetade i november 2008, men andelen var något lägre (6–7 procent) än för barn som vuxit upp i kärnfamilj. När familjesituationen undersöktes i december 2008 hos dem i studiepopulationen som hade blivit föräldrar, framkom två väsentliga skillnader mellan anhörigruppen och övriga i studiepopulationen; Männen i anhörigruppen bodde i något högre utsträckning utan sina barn och kvinnorna var i högre grad ensamma med sina barn, jämfört med andra i befolkningen (se Figur 23).

Bakomliggande sociala faktorer, i form av föräldrars utbildning och födelseland, förklarade endast marginellt den ökade sjukligheten och dödligheten hos barn med avlidna föräldrar, men betydde mer för utbildningskarriär och löneinkomster. Föräldrars utbildningsbakgrund bidrog också till hälsoutfallen genom att adderas till risken som var förknippad med förälders dödsfall, så att risken för negativa utfall alltid var större för barn till föräldrar med kort utbildning. Personer med ett ursprung i nordiska länder utanför Sverige hade en särskilt hög risk för död, psykisk ohälsa och missbruk om de hade förlorat en förälder.

I en tidigare rapport har vi beskrivit att barn till föräldrar som avlidit oftare hade låga betyg i årskurs 9 än andra barn. Resultaten i föreliggande rapport talar för att dessa låga betyg är början på en utbildningskarriär som leder till en lägre utbildningsnivå, lägre löneinkomster och ett större beroende av försörjningsstöd. Bland barn till föräldrar som avlidit eller separerat var det 25–35 procent färre som hade en avslutad postgymnasial utbildning vid uppföljningen 2008, jämfört med barn som vuxit upp i kärnfamilj. Årsinkomsten av lön var ca 10 000 kr lägre hos kvinnor och ca 20 000 kr lägre för män med avlidna föräldrar, jämfört med personer som vuxit upp i kärnfamilj.

Resultaten från denna rapport pekar på att barn som förlorar en förälder i självmord, olyckor och våld bör ges prioritet i förebyggande insatser när föräldrar avlider, och att flickor som förlorar en mor före skolåren är särskilt sårbara. Våra resultat pekar också på att en betydande del av de negativa konsekvenserna av föräldrars dödsfall i vuxen ålder är förknippade med riskfaktorer hos föräldrar, som missbruk och psykisk sjukdom, som troligen ofta föregått dödsfallet. Därför understryker denna rapport också behovet av förebyggande insatser till denna anhö-

riggrupp, oavsett om föräldrar avlider som en konsekvens av dessa problem eller inte.

Bland barnen till avlidna föräldrar identifierades personer med erfarenhet av samhällsvård som en högriskgrupp med höga nivåer av dödlighet, psykisk ohälsa, eget missbruk, kriminalitet, försörjningsstöd och låg förvärvsaktivitet. Därför är samhällets barnavård en viktig utgångspunkt för insatser för att förebygga ohälsa och sociala problem hos dessa barn i vuxenlivet. Den höga förekomsten av psykisk ohälsa har sannolikt i många fall haft tydliga förebud under uppväxtåren. Resultaten pekar därför på att dessa barn bör ha hög tillgänglighet och prioritet till insatser från barn- och ungdomspsykiatri. Metoder för att effektivt identifiera och behandla psykisk ohälsa – i det speciella sammanhang som samhällsvården innebär – behöver utvecklas och spridas i Sveriges kommuner. Liksom i rapport 2 framstår personer i familjer som haft kontakt med socialtjänsten för att få försörjningsstöd som en särskild riskgrupp inom anhörigruppen när det gäller utbildningskarriär.





# Innehåll

Förord.....	3
Sammanfattning.....	5
Innehåll.....	9
Inledning.....	10
Material och metod.....	11
Utfallsvariabler .....	12
Statistisk analys .....	13
Resultat .....	15
A. Hälsa.....	16
Sociala skillnader .....	22
Barn med utländskt ursprung .....	25
Socialtjänstens barn .....	26
B. Utbildning och sociala levnadsförhållanden. ....	28
Sociala skillnader utifrån föräldrars utbildningsnivå.....	33
Utländskt ursprung.....	36
Diskussion.....	40
Psykisk hälsa hos barn med avlidna föräldrar .....	40
Referenser: .....	47

# Inledning

Detta är den fjärde rapporten från CHES i projektet ”Barn som anhöriga”, som utförs på uppdrag av Nationellt Kompetenscentrum Anhöriga (Nka) och Socialstyrelsen. Bakgrunden till projektet är nya 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.*

CHES rapporter är en del av Socialstyrelsens regeringsuppdrag att samordna insatser som syftar till att stödja implementeringen av den nya lagen.

Den första rapporten beskrev bland annat hur vanligt det är för barn att ha föräldrar som avlidit (Hjern & Manhica, 2013). Av barn födda 1973–89 hade 3,4 procent minst en förälder som avlidit innan barnets artonårsdag. Av de avlidna fäderna hade 22 procent av fäderna och 12 procent av de avlidna mödrarna indikatorer på alkohol- och/eller narkotikamissbruk. Rapporten visade också på en tydlig social gradient, där dödsfall hos föräldrar framför allt drabbar barn som befinner sig i en utsatt social position i samhället. Denna gradient är särskilt uttalad för dödsfall orsakade av självmord, våld eller olyckor, en typ av dödsfall som framför allt drabbar fäder.

I rapport 2 beskrev vi betyg och gymnasiebehörighet hos barn som förlorat en förälder i dödsfall. Ungefär dubbelt så många barn i familjer där någon förälder avlidit lämnade grundskolan utan gymnasiebehörighet, jämfört med barn i kärnfamiljer, där andelen var drygt åtta procent. Skillnaderna mellan barn till separerade föräldrar och barn i familjer där någon förälder avlidit var små. För både pojkar och flickor var konsekvenserna större av att ha förlorat en far än en mor. Sociala faktorer som föräldrars utbildningsbakgrund och försörjningsstöd bidrog något till de lägre skolresultaten hos barn med en avliden förälder. Särskilt bristfälliga var skolprestationerna hos barn där föräldrars sjukdom och död drabbat familjer som har kontakt med socialtjänsten, antingen i form av försörjningsstöd eller genom att barnen hade placerats i samhällsvård. Därför har vi också i denna rapport valt att ge situationen för dessa barn särskild belysning.

I rapporten beskrivs situationen i ung vuxen ålder för personer som förlorat en förälder i dödsfall under barndomen. Vi har valt att dela upp dödsfallen i två grupper; *dödsfall orsakade av självmord, olyckor och våld* och *andra dödsfall* för att kunna särskilja konsekvenser av plötsliga, oväntade dödsfall. I rapport 2 var skillnaderna i skolprestationer i årskurs 9 små mellan barn som levde med en förälder därför att den andra föräldern avlidit och barn som levde med en förälder därför att

föräldrarna separerat. Därför har vi också valt att ha barn till föräldrar som separerat, men inte avlidit, som en särskild jämförelsegrupp.

## Material och metod

Rapporten baseras på analyser av anonymiserade data i nationella register för alla barn som föddes i Sverige under 1973–1978, och som fortfarande var folkbokförda i Sverige det år de fyllde 18, enligt Registret över Totalbefolkningen, och som inte hade rapporterat att de hade flyttat ut ur Sverige någon gång under uppföljningstiden till och med 2008. 'Barnen' var med andra ord 30–35 år sista uppföljningsåret. Totalt handlar det om 535 508 personer.

### Föräldravariabler

Föräldrar och barn kopplades samman genom Statistiska Centralbyråns Flergenerationsregister. Information om tidpunkt för föräldrars eventuella dödsfall och underliggande dödsorsak hämtades från Dödsorsaksregistret. Barnets ålder vid dödsfallet beräknades, och endast dödsfall hos föräldrar före barnets artonde födelsedag inkluderades i analysen. Underliggande dödsorsak användes för att kategorisera dessa dödsfall som "självord, olyckor eller våld" eller "andra orsaker".

### Missbruk och psykisk sjukdom hos föräldrar

Information om inläggande sjukhusvård hämtades från Patientregistret för att identifiera föräldrar som vårdats på sjukhus på grund av missbruk eller psykisk sjukdom vid åtminstone ett tillfälle då barnet var i åldern 0–17 år. *Missbruk av alkohol* definieras som en huvud- eller bidiagnos vid utskrivning 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 utskrivning 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.

### Sociodemografiska variabler

Från Statistiska Centralbyråns Longitudinella Integrationsdatabas för Sjukförsäkrings- och Arbetsmarknadsstudier (LISA) hämtades följande uppgifter gällande året innan barnet fyllde 18 år.

- *Kön*
- *Boendeort* grupperades som a) *storstäder* inklusive förortskommuner, b) *annan stad* inklusive pendlingskommuner och tätorter med mer än 25 000 invånare eller c) *glesbygd*, det vill säga övriga kommuner.
- Föräldrarnas *utbildningsnivå* kategoriserades som grundskola, gymnasium och eftergymnasial.
- Familjen kategoriserades som *Kärnfamilj* (ja/nej) där ja innebär att barnet bodde tillsammans med bägge sina föräldrar
- *Försörjningsstöd* i hushållet i hushållet kodades som ja/nej, där ja indikerar att minst en av föräldrarna bodde i ett hushåll som erhöll försörjningsstöd.

På basis av uppgifter från Registret över Totalbefolkningen kategoriserades *Utländskt ursprung* efter föräldrarnas födelse-land som *Sverige*, övriga *Norden*, och *övriga världen*. Familjer där bägge föräldrarna var födda i Sverige kategoriserades som "två Sverigefödda" föräldrar, och om bara den ena var det som "en Sverigefödd" förälder. Om bägge föräldrarna var utlandsfödda, men i olika delar av världen, kategoriserades familjen efter moderns födelse-land.

*Barnavård* (dygnsvård på institution eller i familjehem) som påbörjades före tonåren (*tidig barnavård*) och under tonåren (*barnavård i tonåren*) identifierades i Socialstyrelsens Register över Insatser för Barn och Unga. Vi valde denna kategorisering eftersom dygnsvård som påbörjas före tonåren till allra största delen orsakas av skäl relaterade till föräldrarna. Bland placeringar i dygnsvård som påbörjas under tonåren finns en stor grupp (ca 40 procent) som orsakas av barnets eget beteende (Vinnerljung et al, 2001).

## Utfallsvariabler

Utfallsvariablerna baserades på uppgifter om specialistvård från Patientregistret, dödsfall från Dödsorsaksregistret, uthämtade receptbelagda läkemedel från Läke-medelsregistret, inkomster, utbildning och familjesituation från LISA-databasen, föräldraskap från Flergenerationsregistret samt kriminalitet från Registret över Lagförda.

- Dödsfall identifierades från barnets artonde födelsedag till och med den 31 december 2008.
- Kronisk sjukdom/funktionshinder: någon inkomst från aktivitetsersättning, sjukersättning, handikappsersättning eller minst 50 procent av den disponibla inkomsten som sjukpenning under 2008.
- Specialistvård med psykiatrisk diagnos efter 18 årsdagen, uppdelad i öppen och inneliggande vård.
- Psykofarmakakonsumtion: något uthämtat recept under 2008, uppdelat i fyra kategorier efter ATC-kod.
- Självordsförsök: inlagd på sjukhus till följd av självordsförsök eller misstänkt självordsförsök efter 18 årsdagen.
- Specialistvård med narkotikarelaterad diagnos efter 18 årsdagen, uppdelad i öppen och inneliggande vård.
- Specialistvård på grund av alkoholmissbruk efter 18-årsdagen, uppdelad i öppen och inneliggande vård.
- Lagförd för brott: förekommer i brottsregistret med minst en lagförelse. Man kan bli lagförd från 15 års ålder.
- Allvarlig kriminalitet: dömd till skyddstillsyn, fängelse eller rättspsykiatrisk vård vid minst ett tillfälle efter 18-årsdagen.
- I arbete i november 2008, baserat på inkomst från anställning i november 2008.
- Löninkomst 2008 hos dem var i arbete i november 2008.
- Disponibel inkomst 2008 (analyserades för alla som hade någon disponibel inkomst som inte översteg än 2 miljoner): baserat på alla beskattade inkomster och transfereringar minus betald skatt dividerat med antalet konsumtionsenheter i hushållet enligt en algoritm som utvecklats av Statistiska Centralbyrån.

- Försörjningsstöd: hushållet mottog försörjningsstöd under 2008.
- Eftergymnasial utbildning, avslutad före 31 dec 2008.

## Statistisk analys

Såsom beskrivits ovan, så är dödsfall hos föräldrar vanligare i socialt sårbara familjer. Ett bra underlag för insatser för barn vars föräldrar avlider bör därför beskriva hälsa och social situation utifrån barndomsfamiljens sociala sammanhang. Det innebär att man vill kunna skilja ut konsekvenser som beror på den sociala sårbarheten från de konsekvenser som är direkt förknippade med att ha föräldrar som avlidit. Vi har därför analyserat våra data med regressionsmodeller. Vi har använt tre olika typer av regressionsanalyser; *logistisk*, *Cox regression* och *linjär regression* (Se Faktaruta 1).

I den *logistiska* regressionen jämförde vi andelen barn i anhöriggruppen som hade ett visst utfall med andelen bland övriga barn. Kvoten mellan dessa två kallas oddskvot eller odds ratio (OR). När utfallet är förhållandevis ovanligt, som för vårt utfall kronisk sjukdom/funktionshinder, så gäller att en odds ratio på 2 betyder att det är dubbelt så vanligt för "barn som anhöriga" som för andra barn att ha en sådan indikation i registren. Eftersom vanlig logistisk regression tenderar att över-skatta riskförhållandet när utfallsvariabler har hög prevalens/incidens (>20 procent), användes istället Cox regression med konstant tidsvariabel för att analysera många av de sociala utfallsvariablerna. När tiden för risken är konstant approximerar denna analysmetod en korrekt relativ risk (Barros & Hirakata, 2003)

Cox regression användes också för att beräkna hazard ratios (HR) för de utfall som baserades på data om vårdkonsumtion och dödsfall, vilket i allt väsentligt motsvarar relativa risker. Persontiden i dessa analyser baserades på uppföljningstiden från den artonde födelsedagen till det första vårdtillfället med respektive diagnos, tidpunkt för dödsfall – eller slutet på uppföljningstiden den 31 december 2008 (se Faktaruta 1).

I de *linjära* regressionsanalyserna av disponibel inkomst och löneinkomst jämför vi hela årsinkomsten, mätt i kronor, mellan personer med föräldrar med missbruk respektive psykisk sjukdom och övriga personer i studiepopulationen. Det mått som analysen här leder fram till, B, är direkt uttryckt i kr.

### Faktaruta 1. Regressionsanalyser

Med hjälp av de statistiska analysmetoderna logistisk och Cox regression kan sannolikheten skattas för att en händelse ska inträffa, till exempel olika indikationer på psykisk ohälsa. I logistisk regression är utfallet binärt, d.v.s. antingen har man det eller inte under en definierad tidsrymd, exempelvis ett år. I Cox regressioner finns en mer sofistikerad tidsdimension vilket gör det möjligt att studera ovanliga utfall under en längre tid genom att beräkna tiden i studien som en särskild variabel, persontid. I rapporten används flera olika riskbegrepp beroende på vilken analysmetod som har använts. Cox regressioner leder fram till en hazard ratio (HR), medan logistisk regression skapar odds ratios (OR). Bägge begreppen kan dock vanligen tolkas på samma sätt som relativ risk (RR), dvs sannolikheten för att en viss händelse inträffar hos en grupp jämfört med en vald referensgrupp. En relativ risk på 2 anger att risken är dubbelt så hög (2 gånger så hög) som i referensgruppen. När den relativa risken är mindre än 1 blir risken lägre än referensgruppens. Om den till exempel är hälften så stor blir den relativa risken 0,5.

Linjär regression används vid analys av kontinuerliga variabler, t ex inkomst. Denna analys leder fram till måttet B, som motsvarar skillnaden mellan den studerade gruppen och en jämförelsegrupp. Om B är 15 000 när man jämför inkomster mätta i kronor mellan två grupper innebär det att den ena gruppen genomsnittligt har en inkomst som är 15 000 kr högre.

Orsaksförhållandet mellan sociala faktorer och föräldrars död är komplicerat. Social sårbarhet kan leda till död, men död kan också orsaka social sårbarhet genom t ex minskade inkomster och ett ökat ansvar för den överlevande föräldern. I vår analys har vi delat upp de sociala faktorerna i föräldrars utbildning och födelseland (som vi antar är förhållandevis opåverkade av föräldrars död) och andra sociala faktorer under barndomen som samhällsvård, försörjningsstöd i barndomsfamiljen, föräldrars missbruk, psykiska sjukdom och kriminalitet. De senare variablerna kan teoretiskt ha samband med eller vara utlösta av en förälders dödsfall. I analyser av avlidna mödrar gäller avser alla dessa variabler förhållanden som rör fäderna, och vice versa för avlidna fäder. Föräldrars död är oförenlig med definitionen av kärnfamilj i den här studien, varför vi i analysen av familjesituation inte justerar för bakgrundsfaktorn "kärnfamilj", utan istället har barn med separerade, men levande, föräldrar som en särskild jämförelsegrupp.

# Resultat

I det följande ges en sammanfattande beskrivning av våra resultat uppdelade i två delar; hälsa och sociala förhållanden. En mer fullständig presentation av resultaten, i tabell form, finns i ett Appendix som kan laddas ned från [www.anhoriga.se](http://www.anhoriga.se).

**Tabell 1.** Socio-demografiska indikatorer vid 17 års ålder för barn i familjer där en eller två föräldrar avlidit innan barnets artonde födelsedag.

	Far avli- den i våldsam död	Far avli- den av andra orsaker	Mor avli- den i våldsam död	Mor avli- den av andra orsaker	Separerade föräldrar, ej avlidna	Alla
N	6 133 (1,1%)	9 472 (1,8%)	1 654 (0,3%)	5 107 (1,0%)	150 970 (28,2%)	535 508 (100%)
<b>Kön</b>						
Pojke	51,4 %	52,0 %	52,3 %	52,9 %	50,7 %	51,9 %
Flicka	48,6 %	48,0 %	47,7 %	47,1 %	49,3 %	48,1 %
<b>Boendeort</b>						
Storstad	25,9 %	28,3 %	30,5 %	28,2 %	31,8 %	26,7 %
Annan stad	51,1 %	49,6 %	48,9 %	50,2 %	48,4 %	51,0 %
Glesbygd	23,1 %	22,2 %	20,6 %	21,6 %	19,8 %	22,3 %
<b>Föräldrars högsta utbildning</b>						
Grundskola	32,8 % <sup>1</sup>	35,6 % <sup>1</sup>	32,3 % <sup>2</sup>	33,6 % <sup>2</sup>	14,5 % <sup>3</sup>	15,0 % <sup>3</sup>
Gymnasium	43,9 % <sup>1</sup>	43,0 % <sup>1</sup>	49,3 % <sup>2</sup>	45,3 % <sup>2</sup>	54,5 % <sup>3</sup>	50,3 % <sup>3</sup>
Eftergymnasial	23,3 % <sup>1</sup>	21,4 % <sup>1</sup>	18,4 % <sup>2</sup>	21,1 % <sup>2</sup>	30,9 % <sup>3</sup>	34,7 % <sup>3</sup>
<b>Föräldrars födelseregion</b>						
Sverige	87,1 %	84,6 %	83,8 %	87,5 %	86,1 %	89,0 %
Blandad	3,9 %	5,2 %	5,2 %	4,8 %	5,7 %	4,0 %
Norden	7,5 %	6,7 %	8,4 %	5,5 %	5,9 %	4,7 %
Övriga Europa	1,1 %	2,0 %	1,3 %	1,4 %	1,3 %	1,4 %
Resten av världen	0,2 %	0,8 %	0,8 %	0,5 %	0,5 %	0,6 %
<b>Försörjningsstöd i hushållet vid 17 års ålder</b>						
Ja	14,1 %	10,4 %	12,0 %	8,5 %	15,3 %	6,6 %
<b>I samhällsvård</b>						
Före tonåren	9,0 %	4,9 %	19,7 %	9,1 %	3,9 %	1,6 %
Efter tonåren	4,0 %	3,1 %	7,3 %	5,6 %	2,9 %	1,2 %
<b>Förälder vårdad pga missbruk</b>						
Ja	3,6 % <sup>1</sup>	2,1 % <sup>1</sup>	9,1 % <sup>2</sup>	5,4 % <sup>2</sup>	7,6 % <sup>3</sup>	3,3 % <sup>3</sup>
<b>Förälder vårdad pga psykisk sjukdom</b>						
Ja	7,0 % <sup>1</sup>	5,4 % <sup>1</sup>	7,1 % <sup>2</sup>	4,5 % <sup>2</sup>	11,2 % <sup>3</sup>	5,7 % <sup>3</sup>

<sup>1</sup> = baserat på uppgifter om modern

<sup>2</sup> = baserat på uppgifter om fadern

<sup>3</sup> = baserat på uppgifter om bägge föräldrarna

Totalt 4,1 procent av studiepopulationen hade under barndomen (före 18-årsdagen) upplevt att någon av deras biologiska föräldrar avlidit. För 1,7 procent hade föräldern avlidit i våldsam död, det vill säga i självmord, olycksfall eller av våld. I 2,4 procent orsakades dödsfallen av andra orsaker. Våldsam död var betydligt vanligare bland fäder än bland mödrar, 1,8 procent mot 0,3 procent hos mödrar, medan dödfall av andra orsaker var ungefär lika vanliga hos fäder och mödrar (se Tabell 1).

Erfarenhet av samhällsvård var betydligt vanligare hos personer där någon förälder avlidit, och särskilt vanlig hos personer där modern avlidit i våldsam död (27 procent).

## A. Hälsa

Hälsa och eget missbruk undersöktes longitudinellt i analyser av data om dödsfall och sjukhusvård från 18 års ålder till och med 31 december 2008 i hela studiepopulationen, dvs till 30–35 års ålder. Dessutom analyserades data om ersättningar från sjukförsäkringen under 2008 och konsumtion av psykofarmaka under 2009 hos de 99,2 procent i studiepopulationen som fortfarande var vid liv och folkbokförda i Sverige den 31 december 2008.

Sammanlagt 3 955 personer hade avlidit i studiepopulationen efter 18-årsdagen. Av dessa var det 268 personer, eller 6,8 procent, som hade en förälder som avlidit under deras barndom, en riskökning med 70 procent jämfört med övriga i studiepopulationen. Som Figur 1 visar så var risken för dödsfall i åldern 18–35 år högst för barn till föräldrar som avlidit i våldsam död (170 procent ökad risk).

Om föräldern avlidit av andra orsaker fanns en mer måttlig överrisk för död (60 procent), jämfört med barn som vuxit upp i kärnfamilj. När regressionsanalysen justeras för föräldrarnas utbildning, födelseland och boendeort minskar risktalen med 10–15 procent, medan justering för personens eget medelbetyg från grundskolans årskurs 9 inte medför någon ytterligare minskning. Justering för övriga sociala faktorer minskar däremot riskestimaten med ungefär hälften. (se Tabell 1 och 2 a–c i Appendix för mer detaljer kring detta, se också Faktaruta 2)

### Faktaruta 2: Regressionsanalyser del 2; Att "justera" analysen

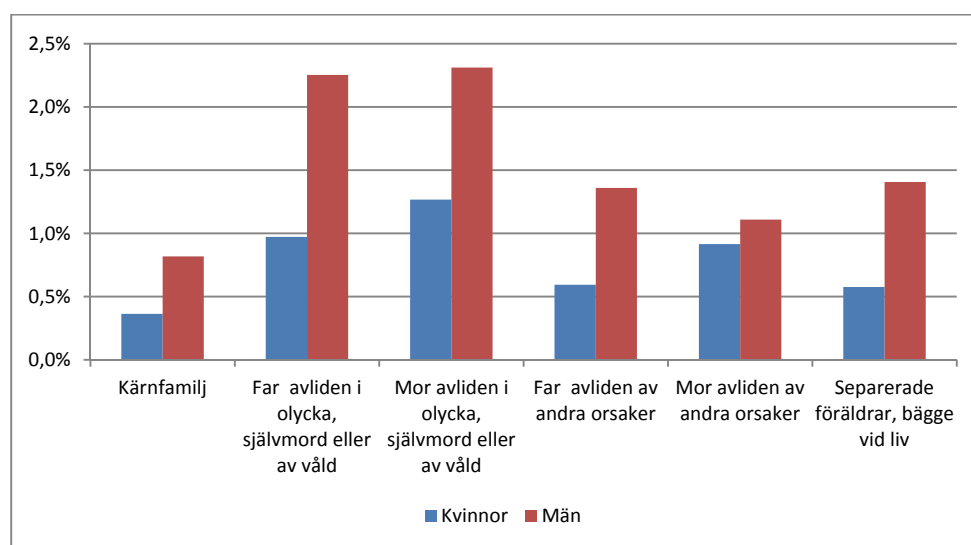
I regressionsanalyser försöker man vanligen att på statistisk väg likställa analysen för bestämningsfaktorer som skiljer sig åt mellan de grupper som jämförs, och som påverkar utfallet (t ex om fördelningen av kön skiljer sig mellan de grupper som jämförs). På detta sätt försöker man med hjälp av matematik att renodla betydelsen av den faktor som man är intresserad av. I vår studie har vi varit intresserade av att renodla betydelsen av föräldrars död från faktorer som föräldrars utbildning och ursprung och har därför "justerat" vår analys för dessa faktorer.

Om man för in faktorer stegvis i regressionsanalysen i på varandra följande "modeller" kan man också, genom att analysera hur risken förändras, få en uppfattning av hur stor betydelse olika faktorer har för uppkomsten av det utfall man studerar. I den här rapporten har vi genomgående uttryckt detta i procent. Om risken minskar med 50 procent när man justerar analysen för en faktor kan man lite förenklat säga att denna faktor förklarade hälften av riskökningen. Om, till exempel, risken för att få försörjningsstöd minskar med 50 procent i anhöriggruppen jämfört med övriga, när man justerar analysen för betyg i årskurs 9, så betyder det att 50 procent färre skulle ha fått försörjningsstöd i anhöriggruppen om deras betyg i årskurs 9 hade varit på samma nivå som för resten av befolkningen.



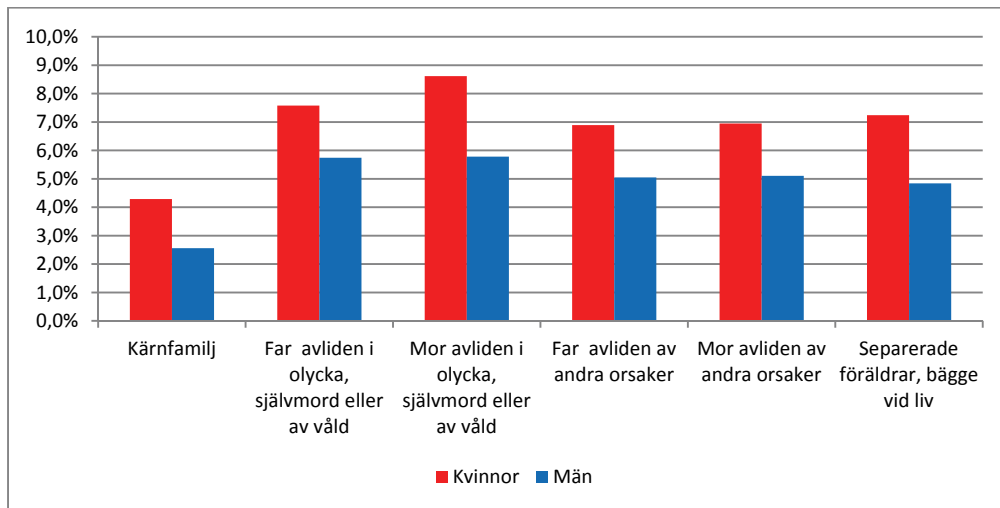
En analys av den underliggande orsaken till dödsfallen visar att överrisken för död hos barn med avlidna föräldrar framför allt var förknippad med förebyggbara dödsfall: våldsam död (självmod, olyckor och våld) och alkohol och/eller narkotikamissbruk. Sammanlagt utgjorde dessa 177 av de 268 dödsfallen, varav 88 var självmord. För barn till föräldrar som avlidit i våldsam död var risken trefaldig för dessa förebyggbara dödsfall, och särskilt hög var risken för självmord, 370 procent ökad jämfört med barn i kärnfamilj. Motsvarande överrisker för barn till föräldrar som avlidit av andra orsaker var mer begränsade, ca 40 procent för alla förebyggbara dödsfall och 25 procent för enbart självmord.

Figur 1. Mortalitet efter 18 års ålder.



Figur 2 visar förekomst av ekonomisk ersättning från samhället på grund av kronisk sjukdom eller funktionshinder, antingen i form av aktivitetsersättning, handikappersättning, eller av att ha haft minst 50 procent av den disponibla inkomsten från Försäkringskassan i form av sjukpenning. Andelen bland kvinnor med avlidna föräldrar låg runt 10 procent och för män mellan 6 och 8 procent. Den relativa riskökningen av att vara barn till en avliden förälder var större för män än för kvinnor (100–130 procent för män mot 60–100 procent för kvinnor) med högst risktal för personer vars föräldrar som avlidit i våldsam död. Risktalen minskar med ca 5–10 procent vid justering för bakomliggande föräldrafaktorer och med ytterligare 30–40 procent vid justering för eget betyg i årskurs 9. Efter justering för försörjningsstöd i familjen vid 17 års ålder, erfarenhet av samhällsvård och missbruk/kriminalitet/psykisk sjukdom hos den överlevande föräldern utjämnas skillnaderna mellan våldsam död och död av andra orsaker påtagligt. Det finns dock en kvarstående riskökning på 30–50 procent (se tabell 3–5 i Appendix och Faktaruta 2).

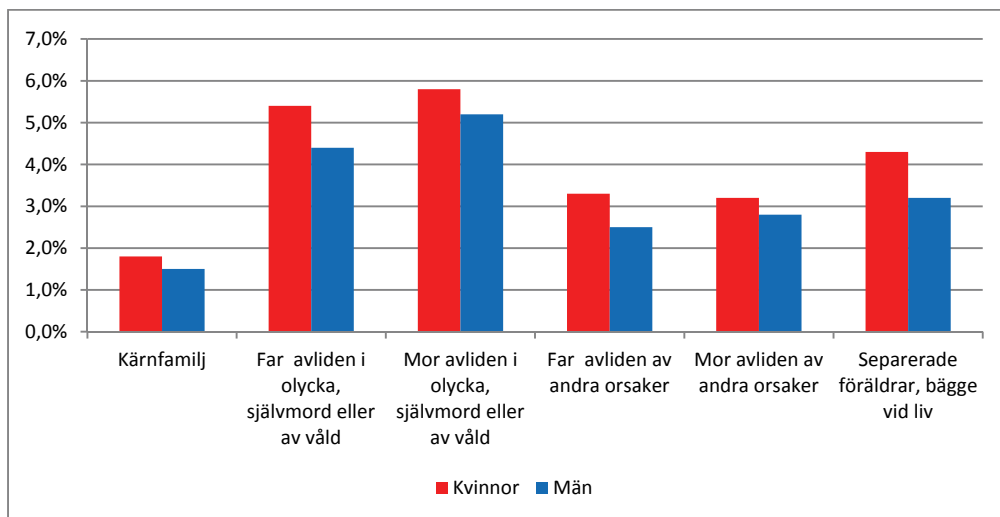
Figur 2. Kronisk sjukdom eller funktionshinder enligt inkomster 2008.



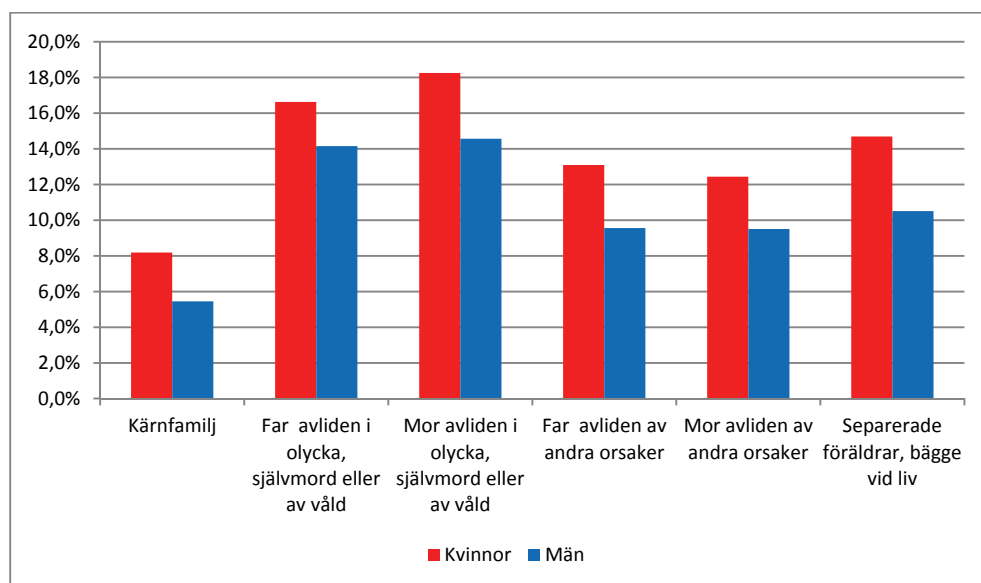
### Psykisk ohälsa

I studien användes tre olika indikatorer på psykisk ohälsa. Figur 3 visar inläggning på sjukhus på grund av självmordsförsök/självorsakad skada, figur 4 vård inom öppen eller slutenvård på sjukhus eller specialistklinik med en psykiatrisk diagnos, och Figur 5 medicineringsmedel med någon form av psykofarmaka under 2009.

Figur 3. Sjukhusvård på grund av självmordsförsök efter 18 års ålder.



Figur 4. Psykiatrisk öppen och/eller sluten vård från 18 års ålder.

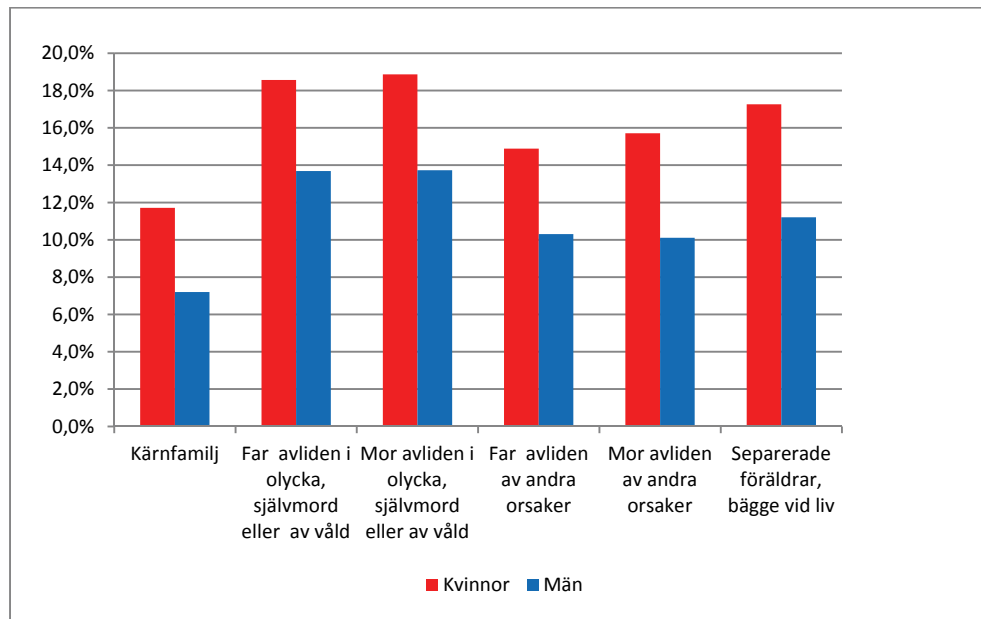


Föräldrars död i olycka, självmord eller våld var förknippad med en tre- till fyrfaldigt ökad risk för självmordsförsök (se Figur 3 och tabell 7–8 i Appendix) hos deras barn, en trefaldig ökning av inläggande vård med psykiatrisk diagnos på sjukhus (se Figur 4 och tabell 8–9), en fördubbling av öppen psykiatrisk vård (Se Figur 4 och Tabell 8, 10 i Appendix) och en 80–90 procentig ökad risk för att ha konsumerat psykofarmaka under 2009 (Figur 5 och tabell 11–15). Bland läkemedlen var riskökningen trefaldig för de mer ovanliga psykosmedicinerna, neuroleptika, medan riskökningen var mer måttlig för antidepressiva och ångestdämpande/ sömnmedel (Se Tabell 11–17 i Appendix).

Som figur 3–5 och Tabell 7–15 visar var även föräldrars dödsfall av andra orsaker genomgående förknippade med indikationer på en ökad psykisk ohälsa, men på en klart lägre nivå än för våldsam död och även en något lägre nivå än för barn till separerade föräldrar.

När analysen justeras för föräldrarnas utbildningsbakgrund och födelseland minskar risken för psykiatrisk vård hos barn till avlidna marginellt med 5–10 procent, något mer för självmordsförsök, medan risken för psykofarmakakonsumtion knappast påverkas alls. Justering för eget betyg i årskurs 9 minskar risktalen mer, 20–40 procent, medan justering för samhällsvård, försörjningsstöd i barndomsfamiljen, föräldrars missbruk, psykiska sjukdom och kriminalitet minskar överrisken med hela 60–70 procent (Se Tabell 7–15 i Appendix, faktaruta 2).

Figur 5. Medicinering med psykofarmaka under 2009.

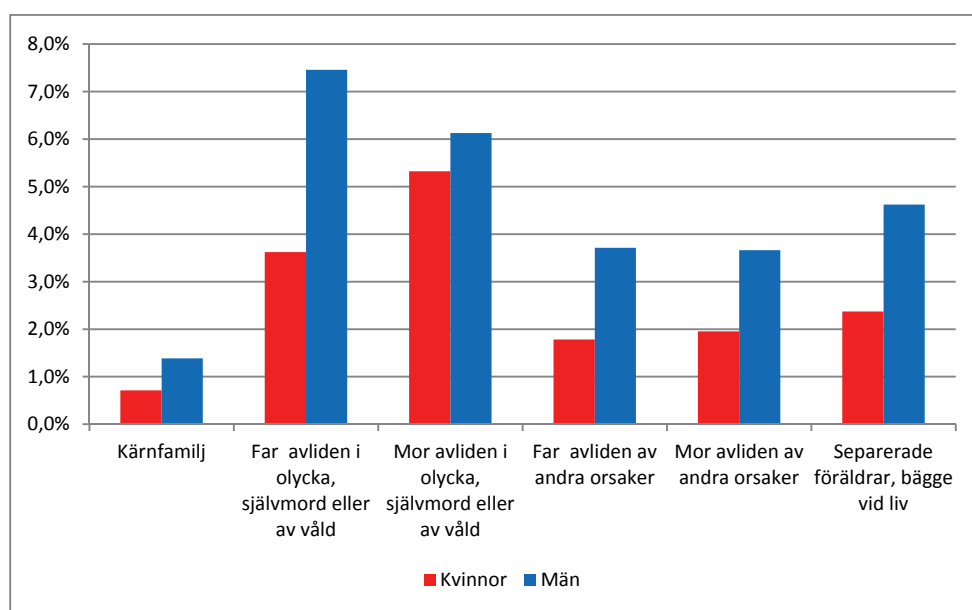


### Eget missbruk

Förekomst av missbruk analyserades i data från öppen och sluten vård på specialistklinik (Figur 6). Föräldrars död i olycka, självmord eller våld var förknippad med en tre- till sexfaldigt ökad risk för vård på grund av alkohol- och/eller narkotikamissbruk hos deras barn (se Figur 6 och tabell 17–23 i Appendix). Som Figur 6 visar så fanns det ett könspecifikt mönster, såtillvida att våldsamma dödsfall hos mödrar innebar en större riskökning för kvinnor än för män och våldsamma dödsfall hos fäder en större riskökning för män. Även dödsfall av andra orsaker hos föräldrar var förknippade med en två- till trefaldig ökning av risken för missbruk (se Figur 6 och tabell 17–23 i Appendix).

Justering för föräldrars utbildningsbakgrund och födelseland minskar risken för missbruksvård marginellt med 5–10 procent hos barn till avlidna föräldrar. Justering för eget betyg i årskurs 9 minskar risktalen mer, 20–40 procent, medan justering för samhällsvård, försörjningsstöd i barndomsfamiljen, föräldrars missbruk, psykiska sjukdom och kriminalitet minskar risken med 40–60 procent (Se Tabell 17–23 i Appendix, faktaruta 2). Men även efter justering för alla dessa bakgrundsfaktorer kvarstår en påtaglig riskökning på två till tre gånger för ineliggande vård på grund av både alkohol- och narkotikamissbruk för undergruppen som under uppväxtåren erfarit att en förälder mött en våldsam död.

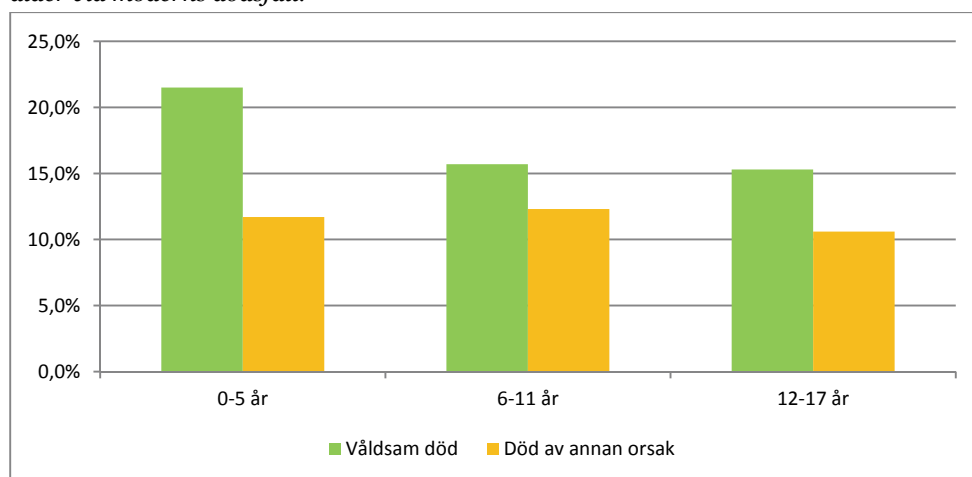
Figur 6. Inneliggande och/eller öppen vård på sjukhus med diagnos som indikerar alkohol- eller narkotikamissbruk.



### Barnets ålder vid föräldrarnas död

Mödrars död i olycka, självmord eller våld före sex års ålder medförde en högre risk för psykisk ohälsa och död för barnen i ung vuxen ålder än dödsfall senare under barndomen (Se Figur 7 och Tabell 7c, 9–10c). Särskilt hög var överrisken för kvinnor. För faders död och dödsfall av andra orsaker var barnets ålder vid dödsfallet däremot av underordnad betydelse.

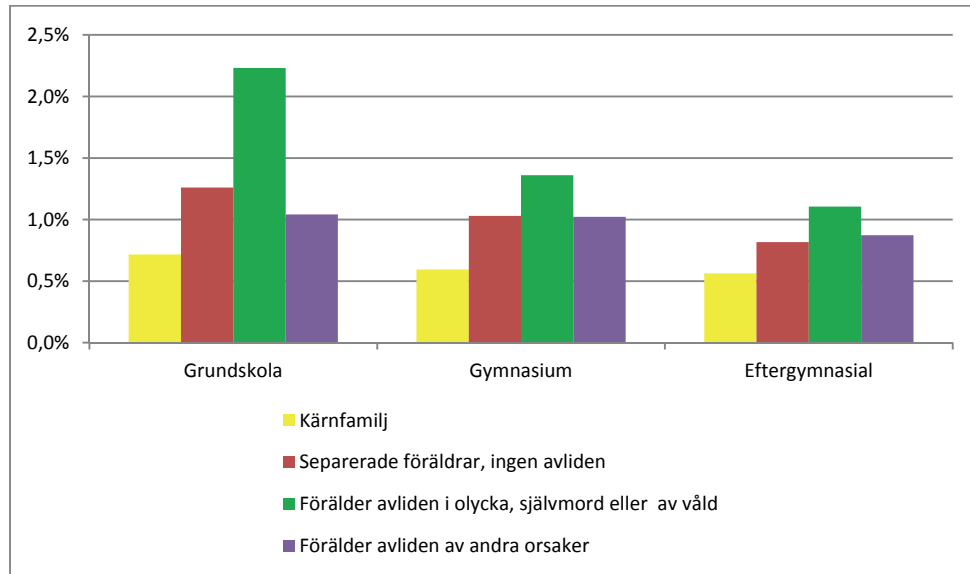
Figur 7. Psykiatrisk öppen och/eller sluten vård från 18 års ålder i förhållande till barnets ålder vid moderns dödsfall.



## Sociala skillnader

Föräldern med längst utbildning när deras barn var 17 år användes som indikator på familjens sociala status. För familjer där en förälder avlidit innebar detta att det är den överlevande föräldrarnas utbildning som används, medan det för övriga familjer är den av två föräldrar som har den längsta utbildningen som är utgångspunkten.

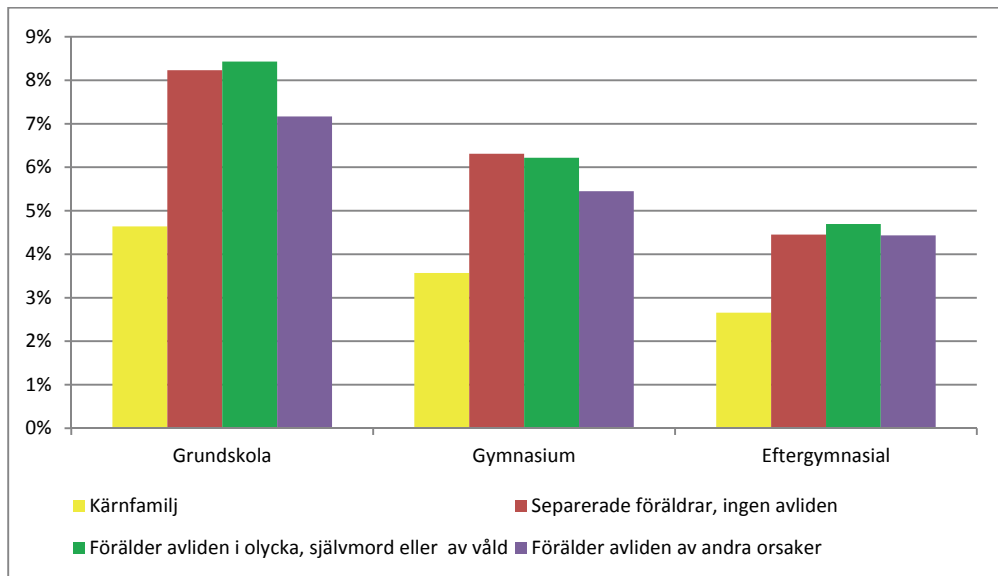
Figur 8. Mortalitet efter 18 års ålder efter föräldrars utbildning.



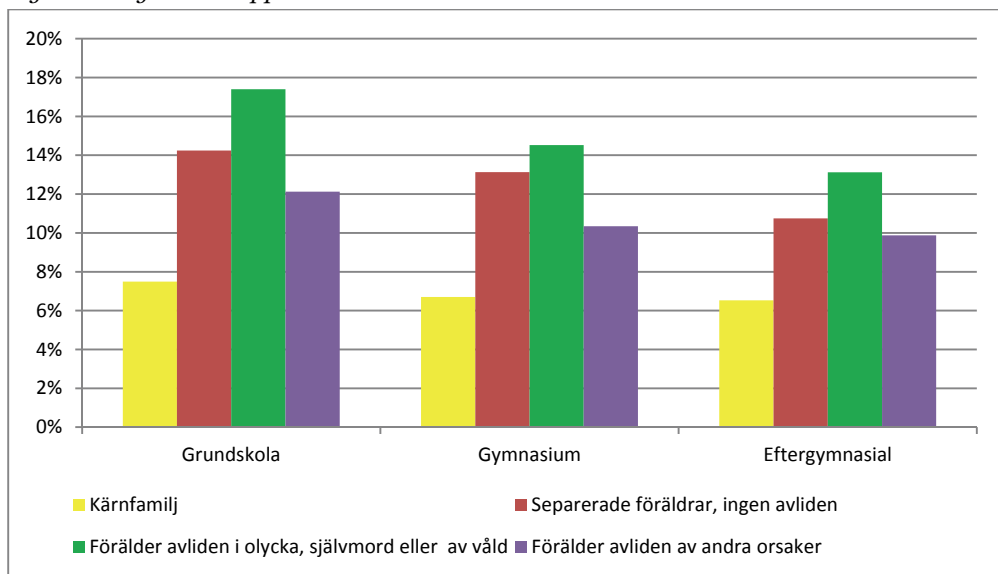
Såsom Figur 8 visar så hade barn till föräldrar med kort utbildning en högre dödlighet efter 18 år än barn till föräldrar med medellång och lång utbildning. Detta medför att mortaliteten var särskilt hög hos barn till avlidna föräldrar om den andre föräldern hade en kort utbildning, eftersom dessa faktorer adderades till varandra. För barn till föräldrar som dött i våldsam död fanns en viss skyddande effekt av att ha föräldrar med lång utbildning, som går utöver denna additiva effekt.

Som Figur 9 visar så är föräldrars utbildningsnivå en viktig bestämningsfaktor för kronisk sjukdom/funktionshinder, om än av något mindre betydelse än föräldrars dödsfall.

Figur 9. Kronisk sjukdom och/eller funktionshinder.

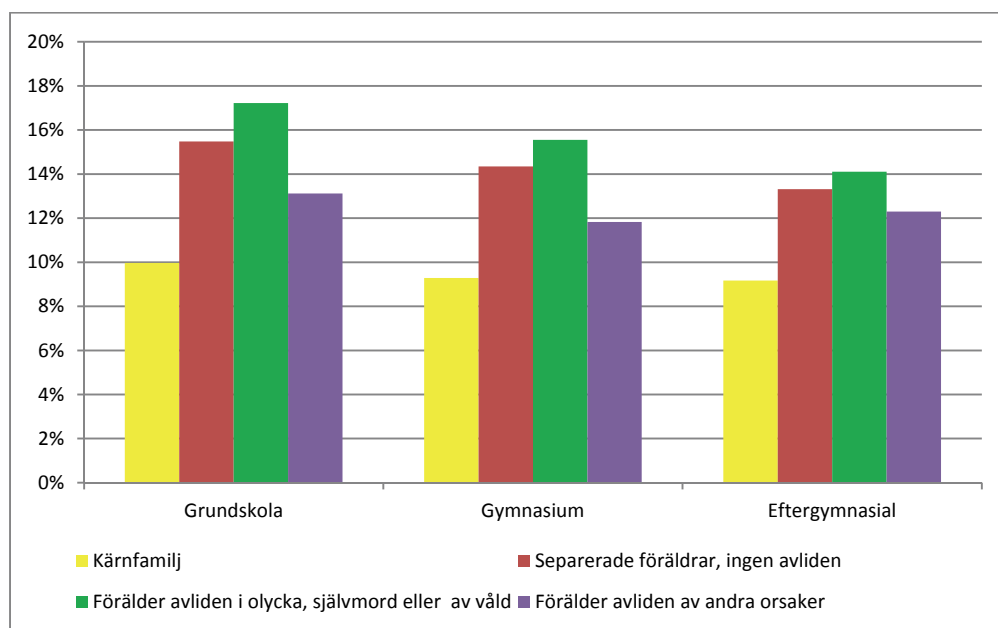


Figur 10. Psykiatrisk öppen eller sluten vård

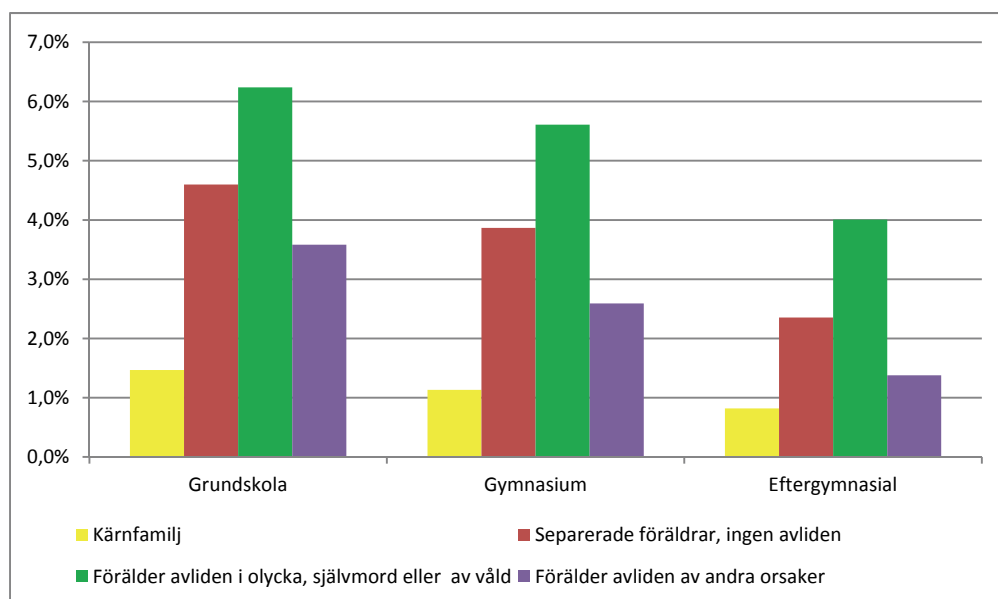


För indikatorer på psykisk ohälsa (Figur 10 och 11) och missbruk (Figur 12) var föräldrars utbildning av mer begränsad betydelse i förhållande till förälders dödsfall under barndomen.

Figur 11. Medicinering med psykofarmaka under 2009.



Figur 12. Sjukhusvård på grund av missbruk.

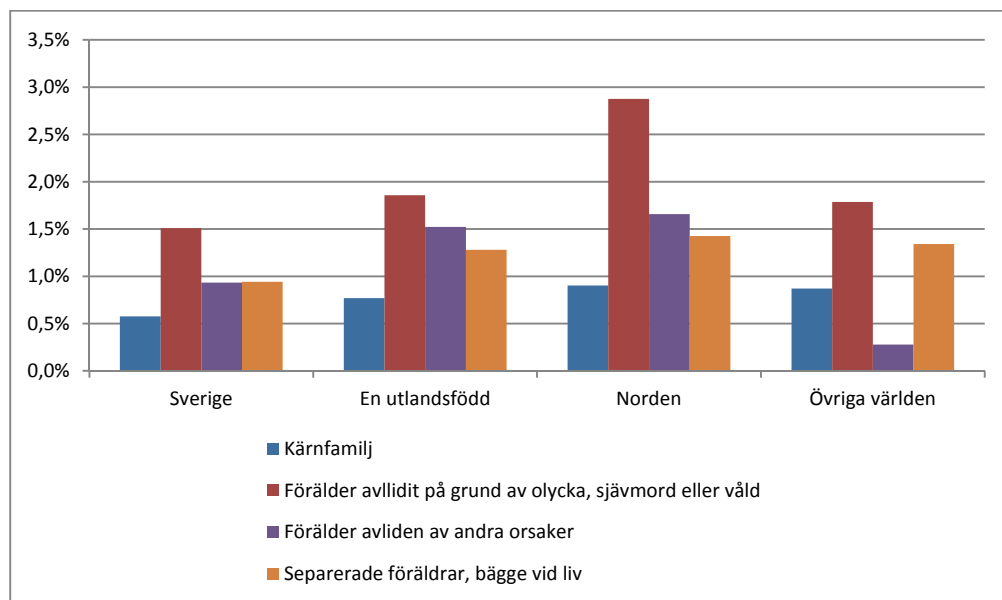




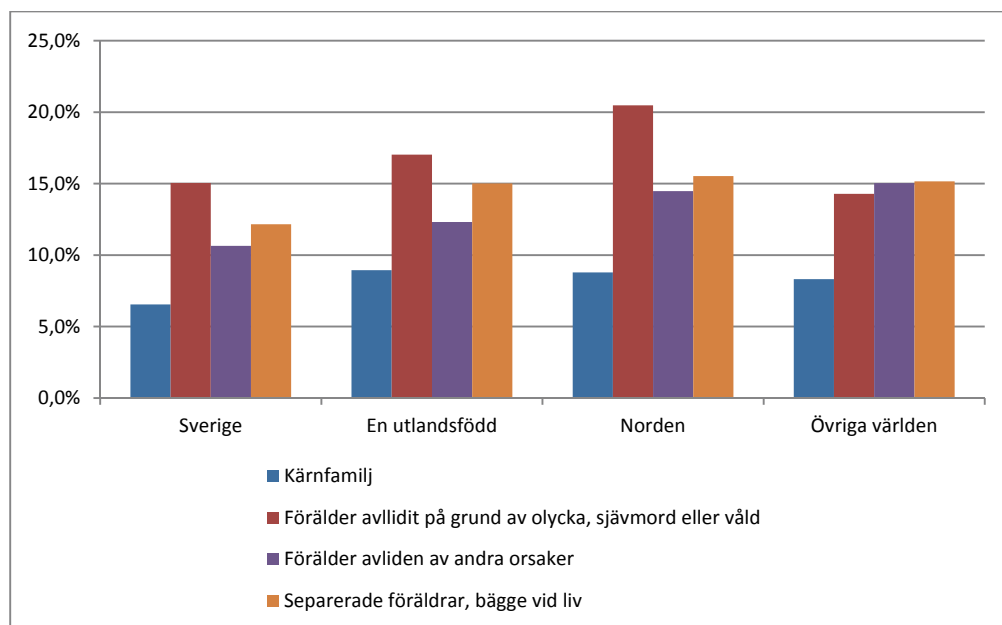
## Barn med utländskt ursprung

Barn med ursprung i Norden utanför Sverige hade en särskilt hög egen dödlighet om deras föräldrar avlidit i våldsam död (Figur 13), men också en hög vårdkonsumtion på grund av psykisk sjukdom (Figur 14) och missbruk (Figur 15).

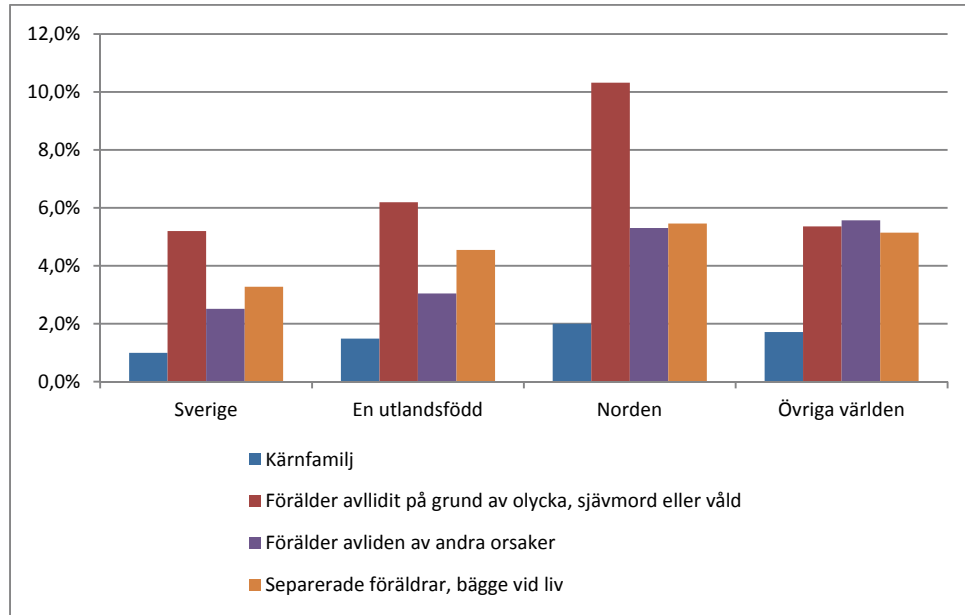
Figur 13. Mortalitet efter 18 års ålder.



Figur 14. Öppen eller sluten specialist vård med psykiatrisk diagnos.



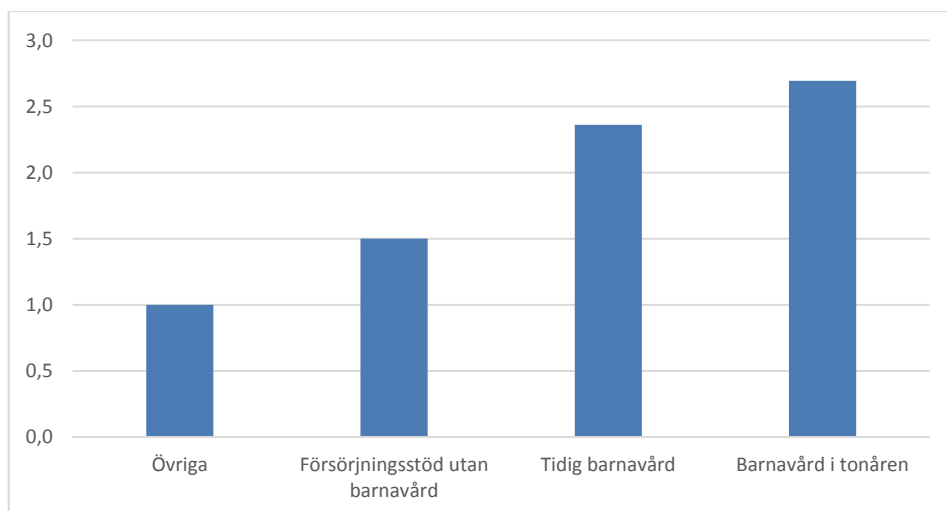
Figur 15. Öppen eller sluten specialist vård på grund av missbruk.



## Socialtjänstens barn

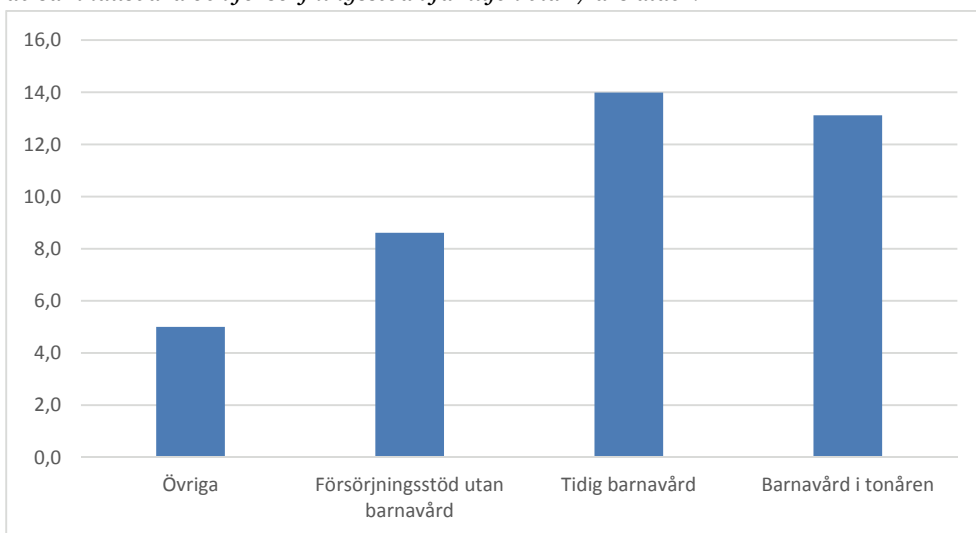
En betydande andel av barn till föräldrar som avlidit i våldsamt död hade varit i samhällsvård under barndomen, se Tabell 1. Av de 268 barn till avlidna föräldrar som avled under uppföljningstiden hade 62 vårdats i samhällsvård (23 procent), 39 personer med debut innan tonåren och 23 i tonåren. Som framgår av figur 16 var det två till tre gånger så många som avlidit bland dem som hade erfarenhet av samhällsvård, jämfört med andra barn till avlidna föräldrar som inte haft kontakt med socialtjänsten. Siffrorna i figurerna 15 ska jämföras med en total dödlighet på 0,7 procent för barn som vuxit upp i kärnfamilj.

Figur 16. Mortalitet efter 18 års ålder hos barn till avlidna föräldrar efter erfarenhet av samhällsvård och försörjningsstöd i familjen vid 17 års ålder.



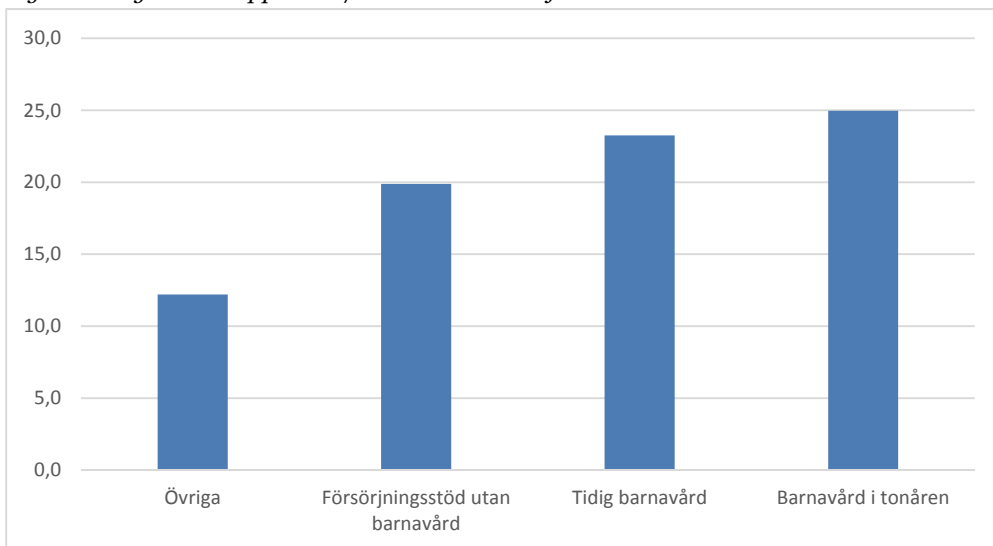
Figur 17 visar att barn till avlidna föräldrar, och med erfarenhet av samhällsvård, hade en mycket hög förekomst av kronisk sjukdom/funktionshinder, 13–14 procent.

Figur 17. Kronisk sjukdom/funktionshinder hos barn till avlidna föräldrar efter erfarenhet av samhällsvård och försörjningsstöd i familjen vid 17 års ålder.

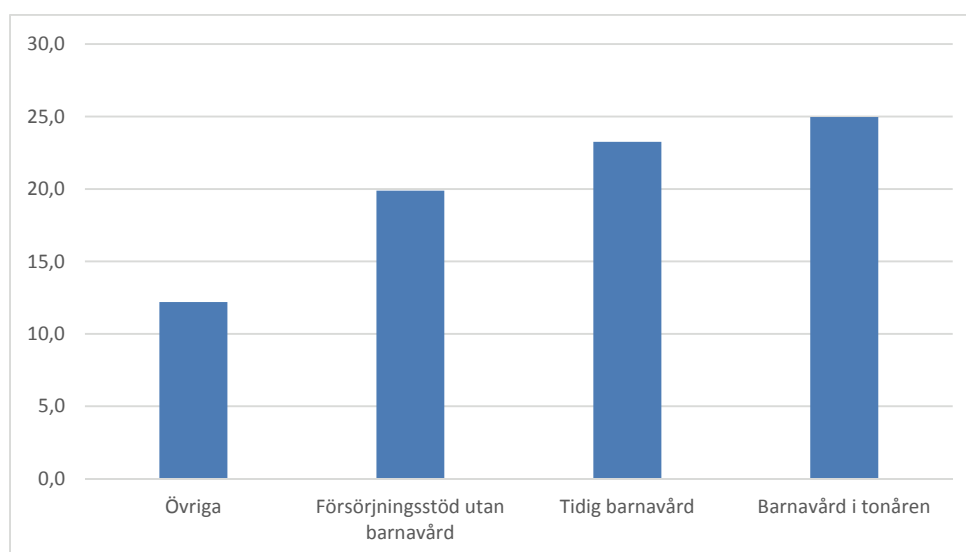


Även förekomsten av psykisk ohälsa och missbruk var mycket hög i gruppen barn till avlidna föräldrar med erfarenhet av samhällsvård. Figur 18 och 19 visar att ungefär en fjärdedel av dem som kom in i samhällsvård under tonåren hade erfarenhet av psykiatrisk vård och/eller missbruksvård i vuxen ålder. Motsvarande siffror var bara marginellt lägre för personer som varit i samhällets vård före tonåren.

Figur 18. Psykiatrisk öppen och/eller sluten vård efter 18 års ålder.



Figur 19. Missbruksvård efter 18 års ålder hos avlidna föräldrar efter erfarenhet av samhällsvård och försörjningsstöd i familjen vid 17 års ålder.



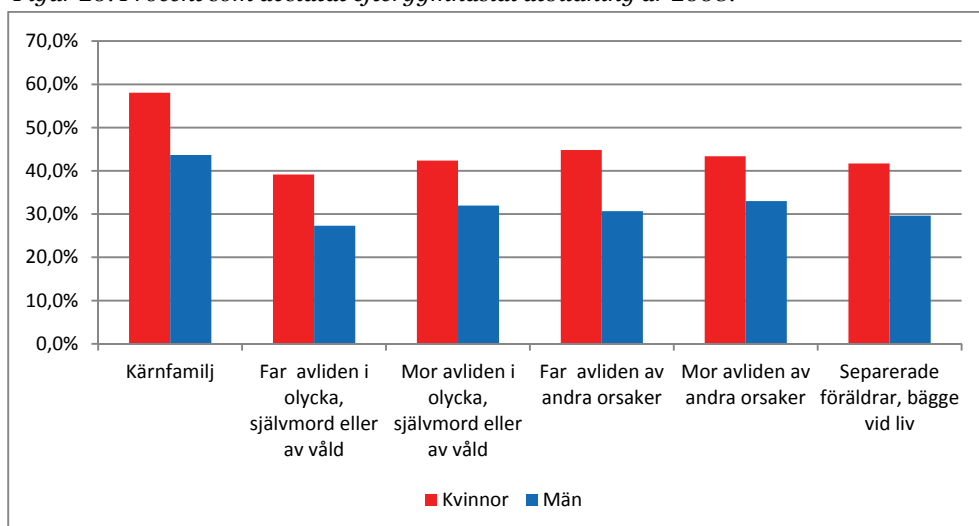
## B. Utbildning och sociala levnadsförhållanden.

Utbildning och sociala levnadsförhållanden undersöktes hos de 531 283 personer i studiepopulationen som fortfarande var vid liv och folkbokförda i Sverige den 31 december 2008.

### Utbildning

Bland barn till föräldrar som avlidit eller separerat vad det 25–35 procent färre som hade en avslutad postgymnasial utbildning vid uppföljningen 2008 än i barn som vuxit upp i kärnfamilj (se Figur 20). Om analysen justeras enbart för föräldrars utbildning och födelseland minskar differenserna med cirka 5 procent, men om analysen justeras också för betyg i årskurs 9 försvinner det mesta av dessa skillnader (se Tabell 24–25 i Appendix och Faktaruta 2). Detta talar för att utbildningskarriären för barn till avlidna efter årskurs 9 år är ungefär densamma som för andra i befolkningen med jämförbara betyg i årskurs 9. (Se Faktaruta 2 för förklaring).

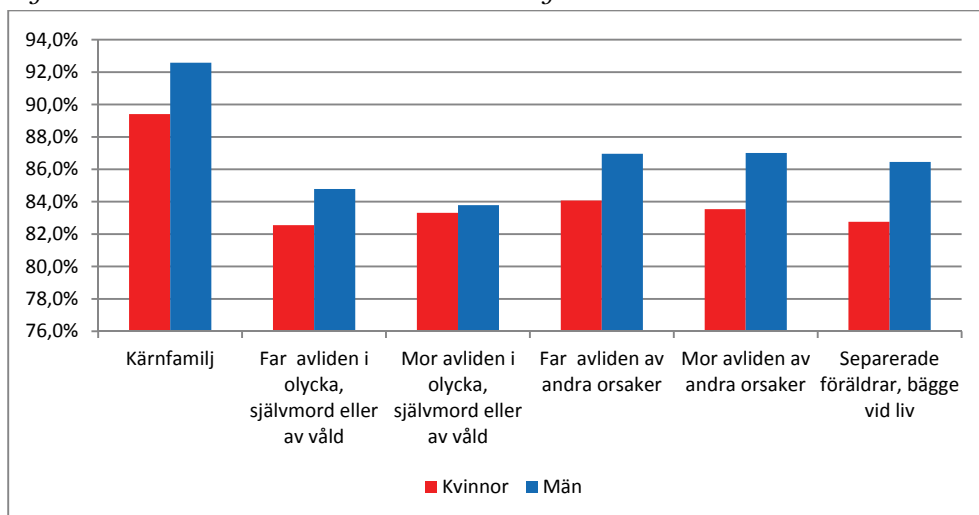
Figur 20. Procent som avslutat eftergymnasial utbildning år 2008.



### Arbete och inkomster

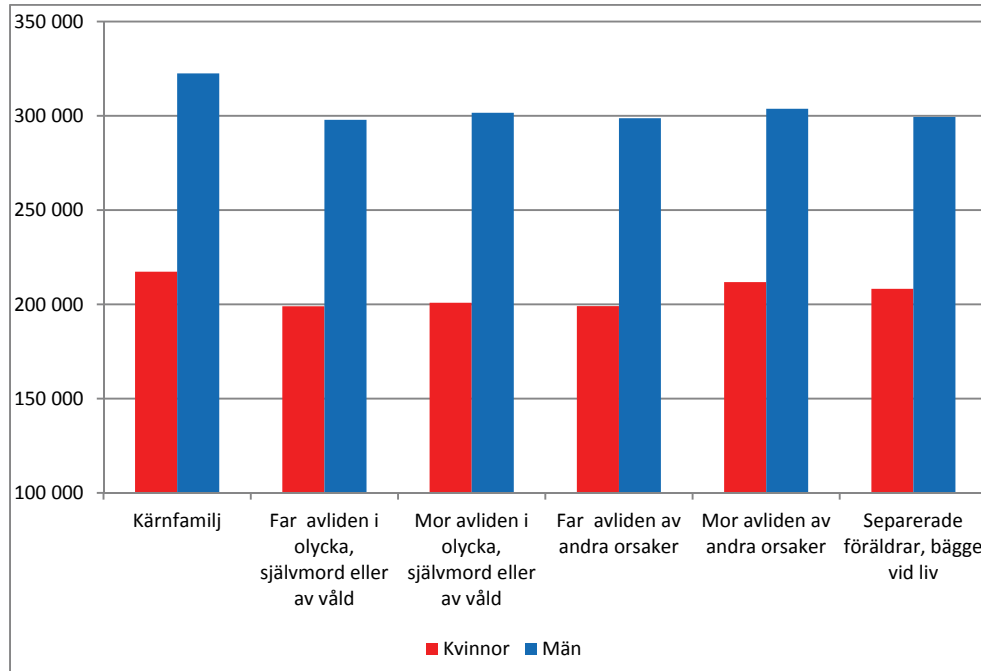
Flertalet barn till föräldrar som avlidit arbetade i november 2008, men andelen var något lägre (6–7 procent) än bland barn som vuxit upp i kärnfamilj (Figur 21 och Tabell 26–27 i Appendix). Att justera analysen för föräldrars utbildning och födelseland påverkar inte nämnvärt mönstret, medan justering för eget betyg i årskurs 9 halverar skillnaden (Tabell 26–27 i Appendix, Faktaruta 2).

Figur 21. Procent som hade inkomst av anställning i november 2008.



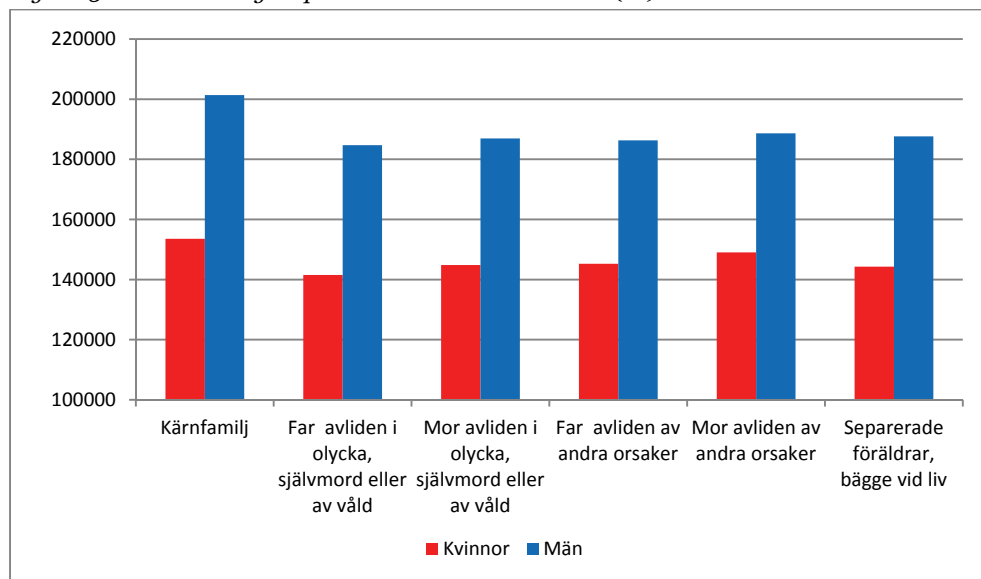
Som figur 22 visar fanns det mycket stora skillnader i löneinkomst generellt mellan män och kvinnor. Förvärvsarbetande kvinnor med förälder som avlidit i våldsam död hade en årsinkomst av lön som ligger 9–14 000 kr lägre än genomsnittet i befolkningen, medan skillnaden för män var nästan dubbelt så stor (Tabell 28 i Appendix).

Figur 22. Genomsnittlig årsinkomst (kr) av lön för anställda för anställda i nov 2008.



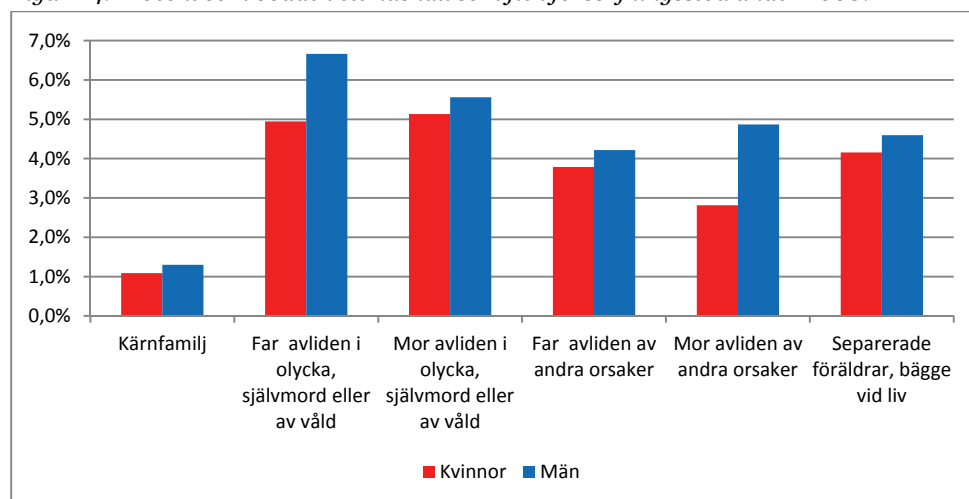
Figur 23 visar den genomsnittliga disponibla inkomsten för studiepopulationen, baserat på individernas taxerade inkomster och skatter i relation till hushållets storlek. Den disponibla inkomsten för kvinnor var genomsnittligt 22 procent lägre än för män, motsvarande en skillnad på 46 000 kr per år. Skillnaden i genomsnittlig disponibel inkomst 2008 var förhållandevis liten mellan kvinnor med förälder som avlidit under barndomen jämfört med barn som vuxit upp i kärnfamilj, 4 000–12 000 kr per år. För män var skillnaderna något större, 12 000–16 000 kr, vilket i viss mån förklaras av den högre inkomstnivån för män (Tabell 29 i Appendix).

Figur 23. Genomsnittlig disponibel inkomst under 2008 (kr).



Trots att inkomsterna generellt var högre hos män, bodde något fler män än kvinnor i ett hushåll som fick försörjningsstöd under 2008 (se Figur 24 samt tabell 30 i Appendix). Detta gällde även i anhöriggruppen. Andelen som fick försörjningsstöd var högst hos barn till föräldrar som avlidit i våldsam död: fyra–fem gånger högre än för jämnåriga som vuxit upp i kärnfamilj (5–6 procent). Bland barn till föräldrar som avlidit av andra orsaker och barn till separerade föräldrar var andelen som fick försörjningsstöd något lägre. När analysen justeras för föräldrars utbildningsbakgrund minskar skillnaden med 5–10 procent, och den halveras efter att analysen också justeras för eget betyg i årskurs 9 (Tabell 31 i Appendix).

Figur 24. Procent som bodde i ett hushåll som fick försörjningsstöd under 2008.

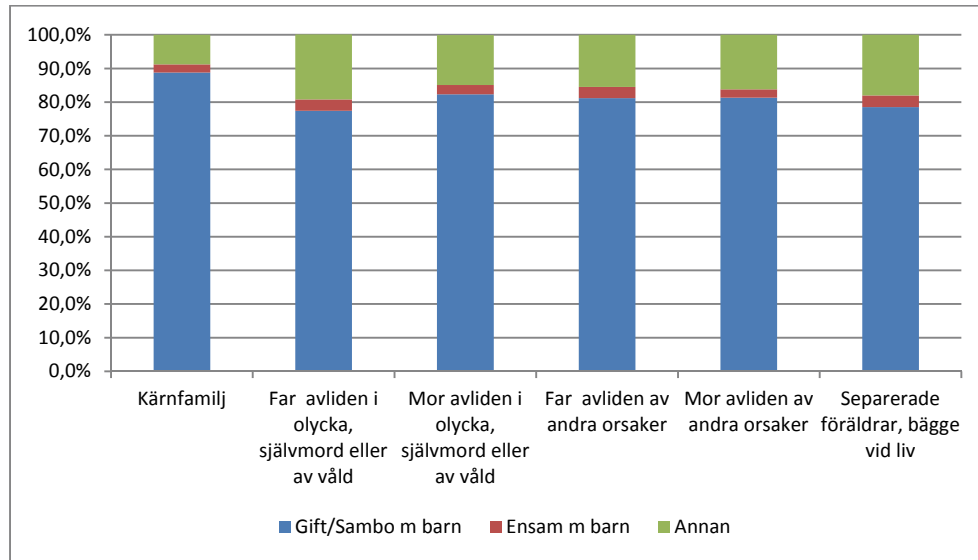


### Familj 2008

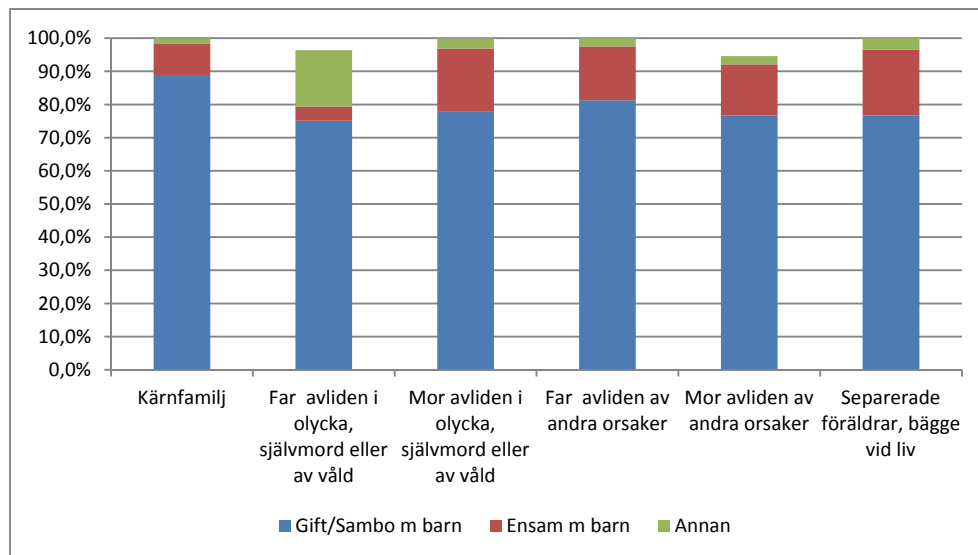
Att ha blivit förälder till minst ett barn var nästan lika vanligt bland barn till avlidna som bland övriga i befolkningen; 50,5 procent av männen som hade förlorat en förälder i dödsfall hade blivit det mot 52,0 procent för dem som vuxit upp i kärnfamilj, för kvinnor 67,8 procent mot 68,3 procent. När familjesituationen undersöktes i december 2008 för dem i studiepopulationen som hade blivit föräldrar framkom två väsentliga skillnader mellan anhöriggruppen och övriga i studiepopulationen; Männen i anhöriggruppen bodde i något högre utsträckning utan sina barn, och kvinnorna var i högre grad ensamma med sina barn, jämfört med andra i befolkningen (se Figur 25).

Figur 25. Familjesituation i december 2008.

A. Män



A. Kvinnor



**Kriminalitet**

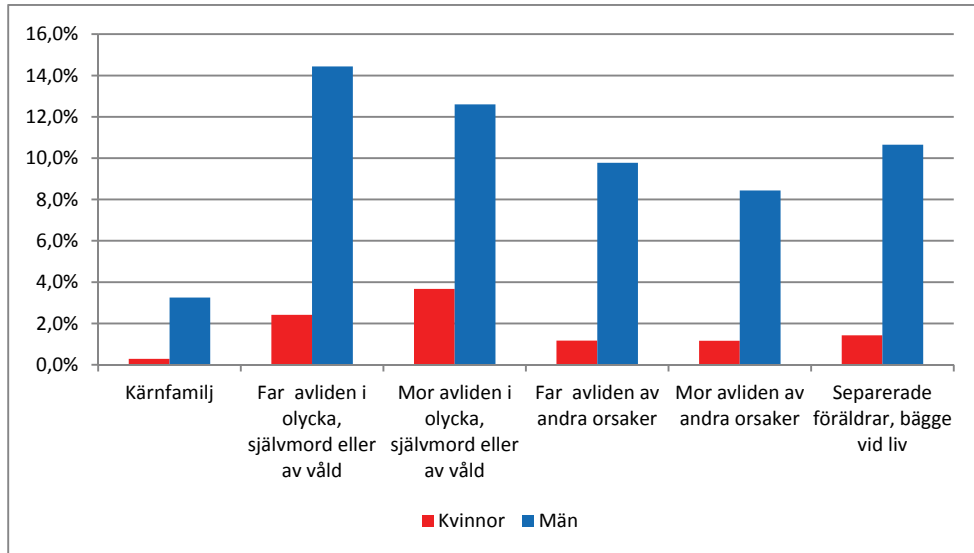
Att ha blivit dömd i domstol för ett brott (lagförd) var vanligt bland män vars föräldrar avlidit i våldsam död, cirka 20 procent jämfört med 10 procent i hela befolkningen och 13–15 procent för jämnåriga män vilkas föräldrar avlidit av andra orsaker (Tabell 31 i Appendix).

För allvarliga brott, definierat som ett brott där påföljden blev skyddstillsyn, rättspsykiatrisk vård eller fängelse, var skillnaderna ännu större (se Figur 26). I relativa tal handlade det för män om fyra till fem gånger högre risk för barn till föräldrar som avlidit i våldsam död, och två till tre gånger högre risk för barn till föräldrar som avlidit av andra orsaker. För kvinnor var det betydligt mindre vanligt att lagföras, i alla grupper, men i relativa tal var riskerna i anhöriggruppen till och med något högre för kvinnor (Tabell 31–33 i Appendix). Den ökade risken att lagfö-



ras minskar med 5–10 procent när analysen justeras för föräldrars utbildning och födelse land, ytterligare 15–20 procent när den justeras för eget betyg i årskurs 9 och 50–60 procent vid justering för samhällsvård, försörjningsstöd i barndomsfamiljen, föräldrars missbruk, psykiska sjukdom och kriminalitet (Tabell 33 i Appendix, Faktaruta 2).

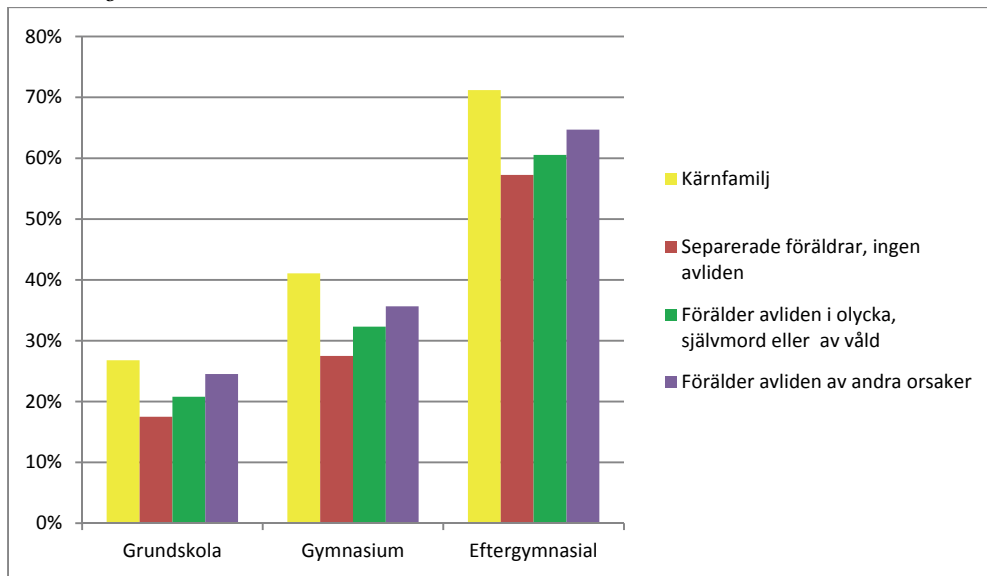
Figur 26. Procent som dömts till fängelse, rättspsykiatrisk vård eller skyddstillsyn som påföljd, efter 18 års ålder.



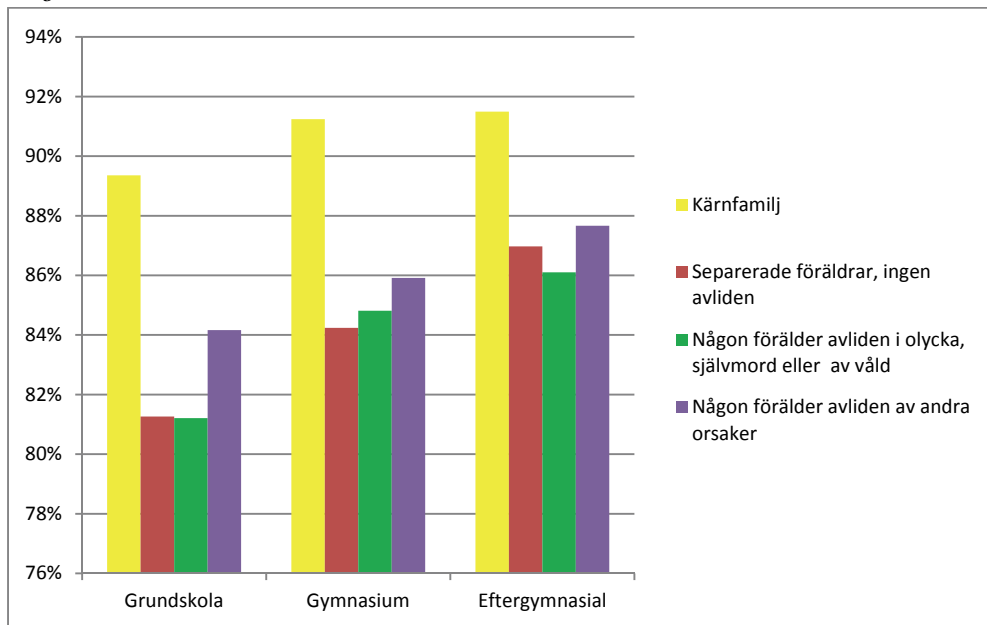
### Sociala skillnader utifrån föräldrars utbildningsnivå

Att ha en egen postgymnasial utbildning 2008 var starkt relaterad till föräldrars utbildning, betydligt mer än till att ha en avliden förälder (Figur 27). Det var dock färre som hade fullföljt en postgymnasial utbildning bland barn till avlidna och separerade föräldrar, vid jämförelser med jämnåriga från kärnfamiljer med samma utbildningsbakgrund hos föräldrarna. De två faktorerna adderades till varandra. Detta mönster återkom på ett likartat men mindre uttalat sätt också för arbete (Figur 28) och disponibel inkomst (Figur 29).

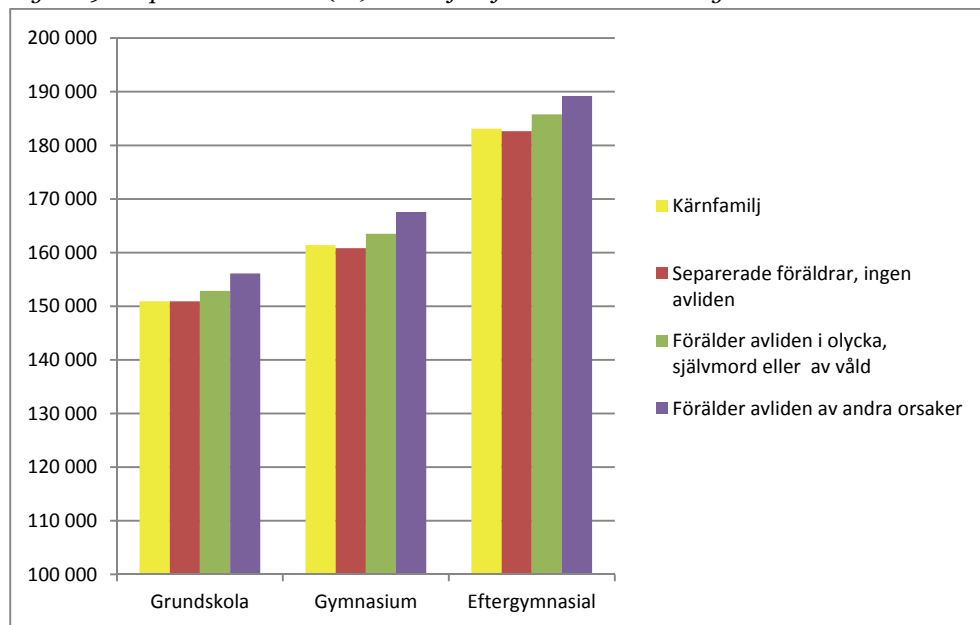
Figur 27. Procent som avslutat eftergymnasial utbildning år 2007 efter föräldrars högsta utbildning.



Figur 28. Procent som hade lön av anställning i november 2008 efter föräldrars utbildning.

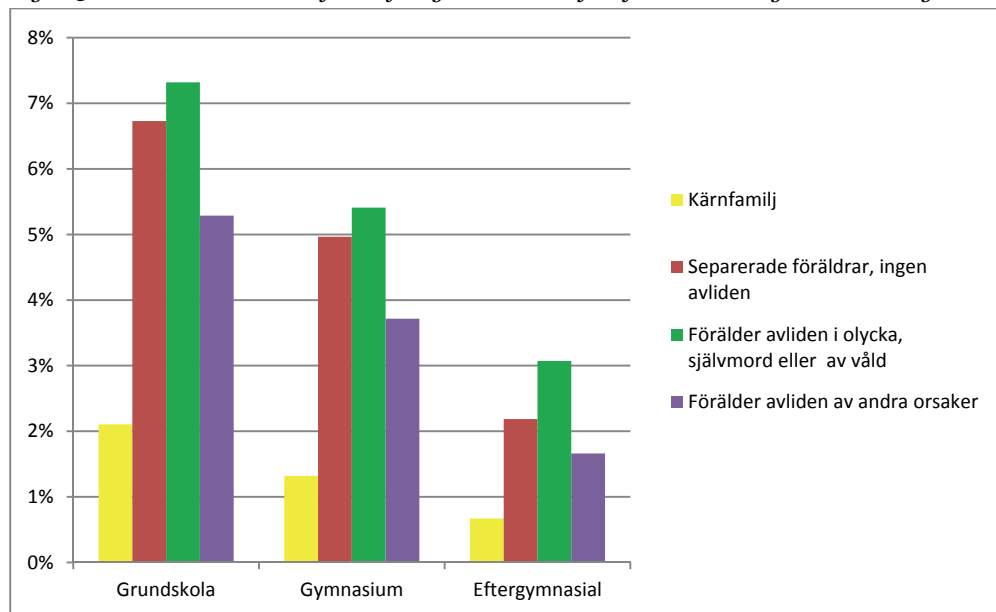


Figur 29. Disponibel inkomst (kr) 2008 efter föräldrars utbildning.

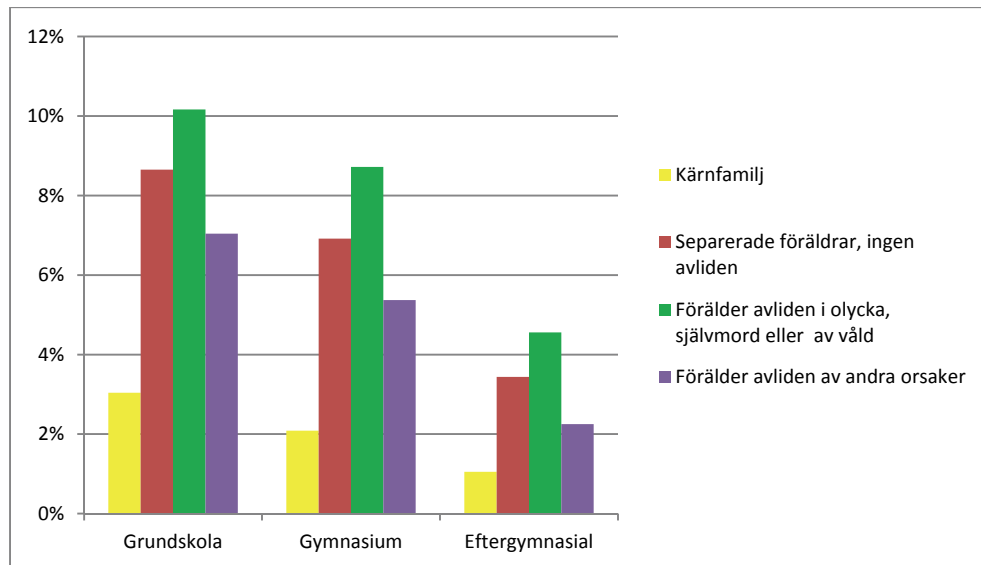


För både försörjningsstöd (Figur 30) och allvarlig kriminalitet (Figur 31) hade dock föräldrars dödsfall och separation större betydelse än föräldrars utbildningsnivå, även om utbildningsnivån också påverkade risken.

Figur 30. Procent som erhöll försörjningsstöd 2008 efter föräldrars högsta utbildning.



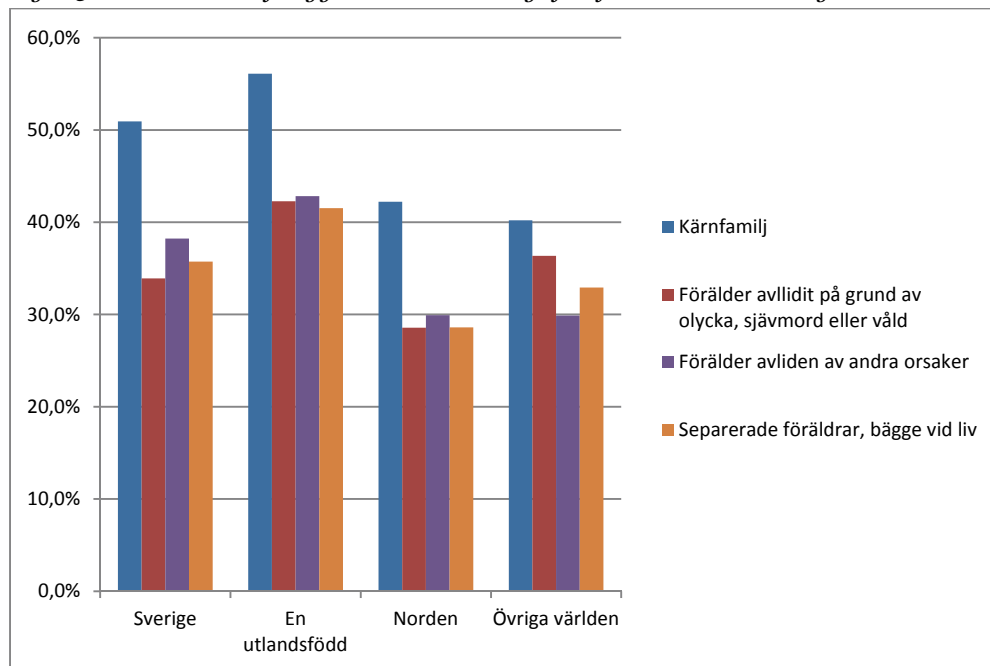
Figur 31. Procent som lagförts med påföljd av fängelse eller skyddstillsyn efter 18 års ålder.



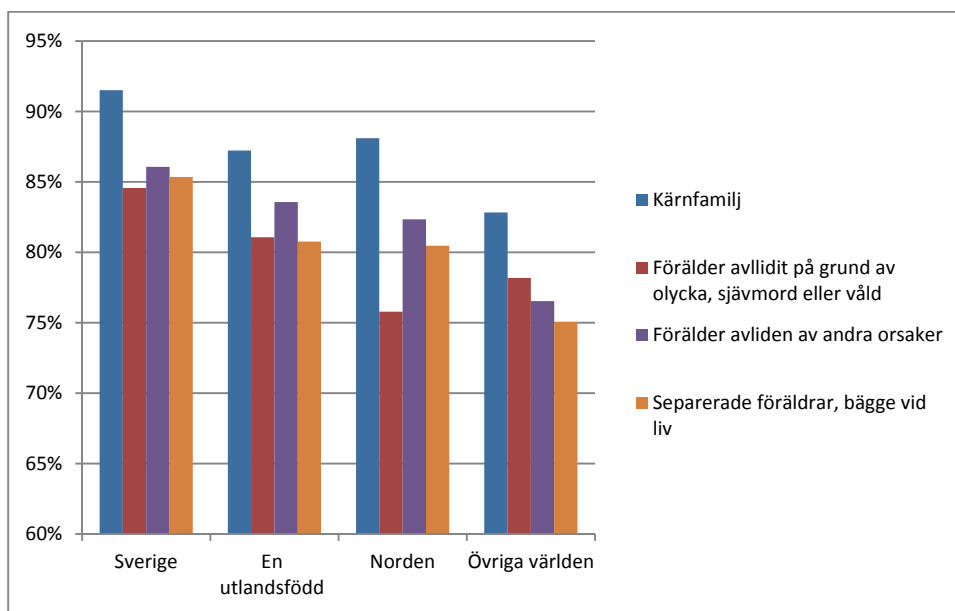
## Utländskt ursprung

Barn till avlidna föräldrar med ursprung i övriga Norden hade i lägre utsträckning eftergymnasial utbildning och arbete om deras föräldrar avlidit under barnens uppväxtår. De hade också, liksom de med ursprung utanför Norden, i högre utsträckning blivit lagförda för ett allvarligt brott, jämfört med personer som vuxit upp i kärnfamilj (Figur 32–34).

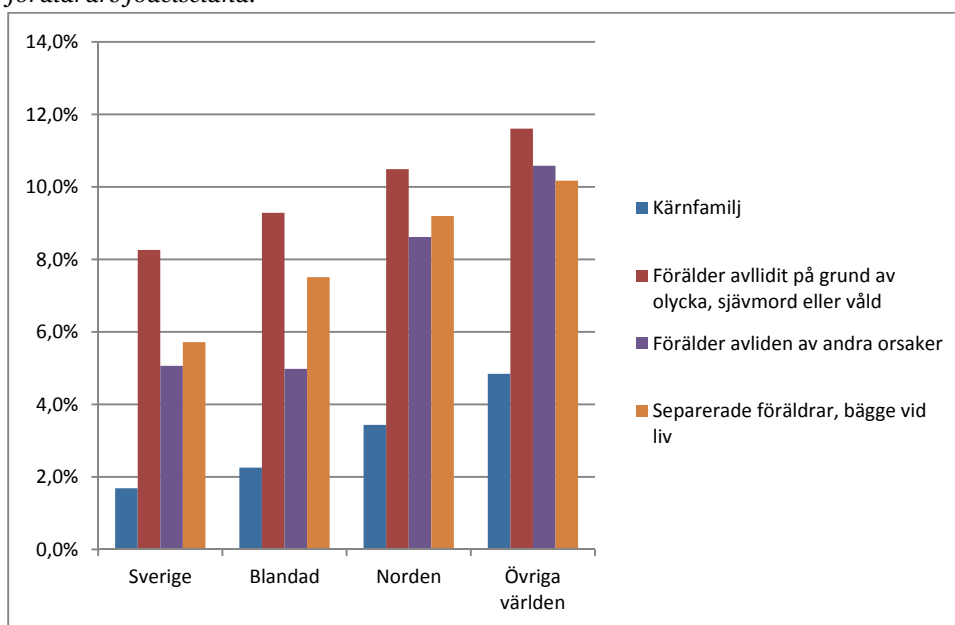
Figur 32. Procent med eftergymnasial utbildning efter föräldrars utbildning.



Figur 33. Procent som hade lön av anställning i november 2008 efter föräldrars födelse-land



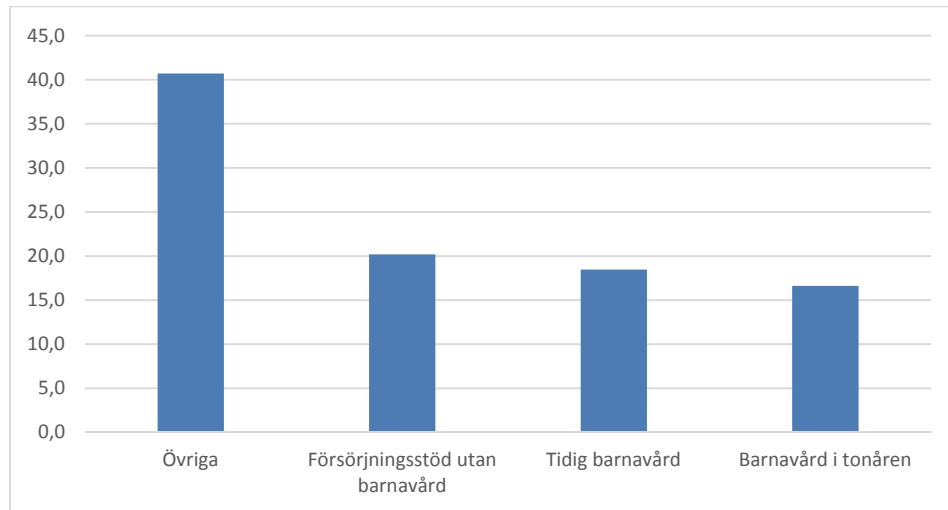
Figur 34. Procent som hade lagförts med fängelse eller skyddstillsyn som påföljd, efter föräldrars födelse-land.



### Barn i samhällsvård

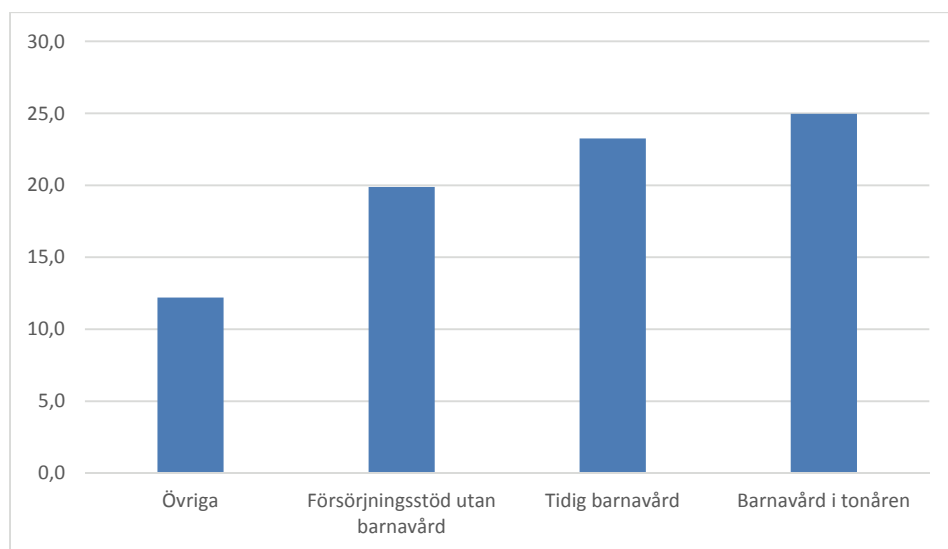
Bland barn till avlidna föräldrar var den sociala situationen påtagligt sämre hos dem som varit i samhällsvård, men också i viss mån för dem vars föräldrar haft kontakt med socialtjänsten för försörjningsstöd. Postgymnasial utbildning var dubbelt så vanlig bland barn till avlidna föräldrar som inte haft kontakt med socialtjänsten, jämfört med jämnåriga som vårdats i samhällsvård före tonåren, och tre gånger så vanligt jämfört med dem i anhöriggruppen som vårdats med debut under tonåren (Figur 35).

Figur 35. Procent som hade slutfört eftergymnasial utbildning efter erfarenhet av samhällsvård.

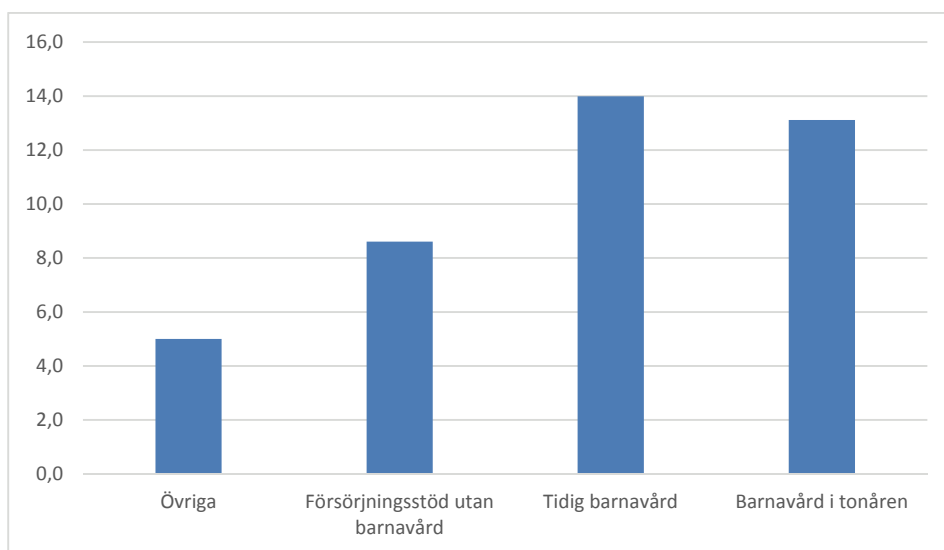


Barn till avlidna föräldrar hade dubbelt så ofta försörjningsstöd år 2008 om de hade erfarenhet av samhällsvård jämfört med dem som vare sig hade varit i samhällsvård eller haft försörjningsstöd i barndomsfamiljen (Figur 36). För lagföring på grund av ett allvarligt brott för var skillnaderna ännu större (Figur 37).

Figur 36. Procent som fått försörjningsstöd 2008 efter erfarenhet av samhällsvård.



Figur 37. Procent som hade lagförts med påföljd av fängelse eller skyddstillsyn efter 18 års ålder efter erfarenhet av samhällsvård.



## Diskussion

I denna studie har vi beskrivit olika aspekter av hälsa, utbildning och sociala levnadsvillkor hos unga vuxna i Sverige som föddes på 70-talet, med erfarenhet under uppväxten av att deras föräldrar avlidit. Våra resultat visar på höga risker för död, psykisk sjukdom, missbruk och kriminalitet i ung vuxen ålder hos barn till föräldrar som avlidit i våldsam död, det vill säga i självmord, olyckor eller av våld, jämfört med barn som vuxit upp i kärnfamilj. Även barn till föräldrar som avlidit av andra orsaker hade förhöjda risker för dessa utfall, men på en lägre nivå. Barn till avlidna föräldrar har i mindre utsträckning eftergymnasial utbildning och en något lägre lönenivå än barn som vuxit upp i kärnfamilj. När det gäller ekonomiska resurser i form av disponibel inkomst samt familjeförhållanden är skillnaderna dock små i jämförelse med resten av befolkningen. Bakomliggande sociala faktorer förklarar endast marginellt hälsosituationen, men har stor betydelse för utbildningskarriär och löneinkomster. Men det finns påtagliga skillnader inom gruppen barn till avlidna föräldrar. Personer med erfarenhet av samhällsvård skiljer ut sig med mycket höga nivåer av dödlighet, psykisk ohälsa, eget missbruk och kriminalitet.

### Psykisk hälsa hos barn med avlidna föräldrar

Resultaten visar att unga vuxna som under barndomen förlorat en förälder har en ökad risk för psykisk sjukdom, en risk som är särskilt uttalad då föräldern avlidit till följd av olycka, självmord eller våld. Detta är i linje med tidigare forskning som beskrivit psykisk ohälsa vid förlust av en förälder hos ungefär en femtedel av de drabbade barnen (Dowdney, 2000). Tidigare studier har också visat att föräldrars självmord medför en särskilt ökad risk för psykisk sjukdom och suicidalt beteende (Wilcox et al, 2010). Flera faktorer, direkta och indirekta, kan bidra till att förklara sambandet mellan en förälders död under barndomen och en ökad risk för psykisk ohälsa/sjukdom senare i livet. Sannolikt ligger en del av förklaringen i en kombination, eller interaktion, mellan genetisk sårbarhet och ogynnsamma miljöfaktorer (Taylor et al 2011). Det faktum att föräldrar och barn delar både social miljö och ökad sårbarhet för psykisk sjukdom till följd av ärftlighet medför att det är svårt att skilja ut i vilken utsträckning det är föräldrarnas dödsfall i sig eller dessa delade riskfaktorer som förklarar våra resultat. En svensk adoptionsstudie av självmord pekar till exempel på att en riskfaktor som alkoholmissbruk hos föräldrar i första hand är en miljöbetingad faktor för självmord medan den ökade risken för att barn till föräldrar som begått självmord själva ska begå självmord i vuxen ålder huvudsakligen betingas av genetiska och andra prenatala faktorer (von Borczykowski et al 2011).

Ackumulering – av ogynnsamma barndomserfarenheter – ibland beskrivna i litteraturen som kluster av ”barndomstrauma” – har i longitudinella studier visat sig ha mycket starka samband med både fysisk och psykisk ohälsa i vuxenlivet men också med missbruk och tidig död (t ex Anda et al, 2006; Chapman et al, 2004, Dube et al, 2003a; Felitti et al, 1998). Även svensk forskning har funnit samma tydliga mönster (Björkenstam et al, 2013). Dessutom har studier med data om personer födda under olika delar av 1900-talet genomgående visat liknande mönster, vilket kan betyda att denna typ av samband är relativt opåverkade av samhälleliga förändringar (Dube et al, 2003b). Hos barnen till avlidna föräldrar i denna studie – särskilt bland de samhällsvårdade barnen (von Borczykowski et al, 2013) – är det troligt att det finns just sådana anhopningar av ogynnsamma barndomserfarenhet-



er (barndomstrauma, riskfaktorer – oavsett vilka begrepp vi väljer) som våra analyser inte helt och hållet kan beskriva effekten av genom variabeljusteringar.

Studien pekade på en särskilt uttalad risk för psykisk ohälsa hos kvinnor som förlorat sin mor i tidig ålder vid våldsam död, medan mödrars död av andra orsaker under småbarnsåren och faders död under dessa år inte medförde större risker för ohälsa i vuxen ålder än dödsfall senare under barndomen. Detta kan hypotetiskt förklaras såväl av könsspecifika genetiska faktorer som av miljöfaktorer som har mer allvarliga konsekvenser för flickor/kvinnor än för pojkar/män.

Epidemiologiska teorier kring livsloppet menar att stressfyllda och traumatiska händelser såsom förlusten av en förälder kan ha särskilt stor betydelse för sjukdom och ohälsa under vissa perioder i livet såsom barndomen och tonåren (Kuh & Ben-Shlomo, 2002). I psykologiska förklaringsmodeller kan konsekvenser av förlust av förälder i barndomen till exempel förklaras av att barn som upplever en sådan oväntad och traumatisk händelse drabbas av starka psykiska påfrestningar, en komplicerad sorgprocess samtidigt som de saknar strategier att hantera dödfallet på grund av få tidigare erfarenheter när det gäller att hantera sådana händelser (Melhem et al 2008). Enligt psykologisk anknytningsteori mellan barn och förälder kan förlusten av en förälder tidigt i ett barns liv påverka social och emotionell utveckling under lång tid (Broberg et al, 2006). Våra resultat talar dock snarast emot en sådan förklaringsmodell, då det inte medförde någon ökad risk för psykiatrisk sjuklighet i vuxenlivet att förlora en förälder tidigt i livet jämfört med senare under barndomen för dödsfall av andra orsaker än våldsam död.

### Separerade föräldrar

Våra resultat visar att barn som förlorat en förälder i dödsfall och barn till föräldrar som separerat i många avseenden har en likartad riskprofil för psykisk ohälsa och sociala problem med missbruk och kriminalitet. Barn som förlorat en förälder i våldsam död har något högre risker för de flesta negativa utfall på lång sikt än barn med separerade föräldrar. Däremot har barn vilkas föräldrar avlidit av annan orsak ofta något lägre risker än barn till separerade föräldrar. Likheten mellan barn till avlidna och separerade föräldrar pekar på att tillgång till två olika föräldrar i hushållet under barndomen är en viktig skyddsfaktor mot psykisk ohälsa i vuxen ålder (Rostila och Saarela, 2011).

### Betydelsen av egen utbildning

I en tidigare artikel och rapport (Berg et al, 2014; Hjern et al, 2013) har vi beskrivit att barn som förlorat en förälder i dödsfall genomsnittligt har lägre betyg i årskurs 9, jämfört med andra jämnåriga. Resultatet av denna studie talar för att detta leder fram till en lägre nivå av postgymnasial utbildning men att utbildningskarriären efter grundskolan är ganska likartad den för andra med mostavarande betygsnivå i årskurs 9. De relativt låga betygen från årskurs 9 är en också viktig förklaringsfaktor till den lägre lönenivån hos barn till avlidna föräldrar.

### Föräldraskap och familjesituation

Föräldraskap var något mindre vanligt hos barn till föräldrar som avlidit, jämfört med personer som vuxit upp i kärnfamiljer. Våra resultat ger också indikationer på att uppväxtfamiljens mönster med ensamföräldraskap i någon mån upprepas i nästa generation med en ökad andel ensamstående föräldrar. Då tidigare studier har visat en koppling mellan psykiatrisk sjuklighet/missbruk hos föräldrar och

separationer så är det troligt att detta är en del av förklaringen (Weitof et al, 2003).

### Sociala skillnader

Att en förälder avlider får inte sällan påtagliga materiella kosekvenser i form av sämre materiella resurser i hushållet. Därför har analysen av sociala skillnader utgått från föräldrars utbildning, som i mindre grad än andra sociala indikatorer påverkas av dödsfall. Föräldrars utbildningsnivå var den viktigaste förklaringsfaktorn för utbildningskarriär, arbete och inkomst. För övriga sociala och hälsoutfall var dock betydelsen av föräldrars dödsfall klart större än deras utbildningsbakgrund. Men föräldrars utbildningsbakgrund bidrog också till dessa utfall genom att adderas till de familjära riskfaktorerna, så att risken för negativa utfall alltid var större för barn till föräldrar med kort utbildning.

Barn med ursprung i övriga nordiska länder hade en särskilt hög risk för dödsfall, psykisk ohälsa och missbruk om de tillhörde anhöriggruppen. Detta stämmer väl överens med de höga nivåer av psykisk sjukdom och missbruk som tidigare beskrivits hos svenskfödda barn till föräldrar som invandrat från Finland (Hjern 2004; Hjern & Allebeck, 2004; Hjern et al, 2004).

### Socialtjänstens barn

Våra resultat visar genomgående att barn till föräldrar som avlidit med erfarenhet av samhällsvård har betydligt sämre hälsa och social situation än andra barn till föräldrar som avlidit. Barn som placeras i samhällsvård är dock en heterogen och komplex grupp. En tidigare registerstudie av delvis samma kohorter (Franzén & Vinnerljung, 2006) fann att det främst var barn i långvarig samhällsvård som miste minst en förälder före 18-årsdagen (26 procent). Bland barn med kortare vårderfarenheter var det mindre vanligt (ca 14 procent). Drygt vartannat barn (53 procent) som varit i social dygnsvård (familjehems- eller institutionsvård) och som miste minst en förälder före 18-årsdagen på grund av dödsfall, hade gjort det *efter* att de placerats för första gången i samhällsvård. Men det är följaktligen en stor grupp (47 procent) där förälders dödsfall *föregår* placering i dygnsvård. Eftersom skäl till placering inte registreras i Socialstyrelsens Barn/unga-register kan vi (eller andra registerstudier) inte uttala oss om hur vanligt det är att barn placeras i samhällsvård på grund av föräldrars dödsfall. Vi vet dock – från akt/journalstudier – att det är mycket få barn som placeras i samhällsvård med föräldrars dödsfall som direkt orsak (t ex Westerberg, 2011).

Skälen till de anmärkningsvärt dåliga utfallen för samhällsvårdade barnen i vår rapport finns sannolikt att söka i kombinationer och ackumuleringar av riskfaktorer både före och efter förälderns dödsfall, ofta under hela barndomen, där förälderns död sällan är en ensam riskfaktor (t ex Anda et al, 2006; Dube et al, 2003a). Det är också möjligt att samhällsvården för en del barn har bidragit till att förstärka sådana anhopningar av riskfaktorer, exempelvis genom instabil vård, att barnen har klarat sig sämre i skolan och utbildningssystemet än andra barn med samma kognitiva förutsättningar, eller genom att de placerade barnen har lämnat vården med betydligt mindre stöd i övergången till vuxenlivet jämfört med andra barn (Berlin et al, 2011; Socialstyrelsen, 2010; Vinnerljung, 1996; Vinnerljung et al, 2014).

Resultaten för de samhällsvårdade barnen i anhöriggruppen kan följaktligen tolkas på tre delvis motsatta sätt. Å ena sidan talar det för att de barn med avlidna föräldrar som placerades i samhällsvård också var de som från början hade sämst prognos i vuxenlivet. Resultaten blir då "bevis" för att det var rätt barn som ham-

nade i samhällets vård, enligt lagstiftarnas intentioner för socialtjänstens arbete. Å andra sidan kan resultaten tolkas som att den vård dessa barn fått har varit otillräcklig för att påtagligt förbättra deras prognos, med tanke på barnens belastning från barndomen. Denna hypotes har stöd i flera studier av placerade barns långsiktiga utveckling (Berger et al, 2009; Berzin, 2008; Doyle, 2007; Olsen et al, 2011; Vinnerljung, 1996 m fl). En tredje hypotetiskt möjlig tolkning är att samhällsvården faktiskt har förvärrat deras livschanser, det vill säga att den har lagt ytterligare sten på en redan tung börda (t ex Dumaret, 1985). Denna studie har inte en design som kan avgöra vilken av dessa tolkningar som är mest rimlig, utan kan endast peka på att nuvarande insatser är klart otillräckliga för att skapa tillnärmelsevis likartade förutsättningar för dessa barns vuxenliv, jämfört med andra jämnåriga.

Slutligen är det viktigt att inte glömma bort de bekymmersamma resultaten för barn med avlidna föräldrar i familjer med försörjningsstöd. Tidigare studier pekar på att dessa barn – oavsett om någon av barnets föräldrar dör eller ej – är en mycket utsatt grupp, om vi ser på deras utveckling på lång sikt (Socialstyrelsen, 2010; Weitoft et al, 2008). Även om alla studier pekar på att överriskerna för ogynnsam utveckling inte är lika höga som för barn som växer upp med 'samhället som föräldrar' handlar det om relativt små skillnader mellan grupperna när de jämförs med 'vanliga barn'.

### Studiens begränsningar

Psykisk ohälsa är ett vitt begrepp som kan beteckna en svår kronisk psykisk sjukdom som schizofreni såväl som en ökad förekomst av påverkat psykiskt välbefinnande med perioder av nedstämdhet. I den här studien har våra indikatorer speglat psykisk sjukdom/ohälsa av den svårighetsgraden att den föranlett specialistvård och/eller konsumtion av läkemedel. Det är sannolikt att ärftliga faktorer är mer betydelsefulla för denna typ av psykisk ohälsa, samtidigt som förluster av det slag som en avlidna förälder medför, oftare kan förväntas leda till ett psykiskt lidande som inte är så svårt att det föranleder psykiatrisk vård, utan snarare ett påverkat psykiskt välbefinnande. För att beskriva det psykiska välbefinnandet på långt sikt efter att föräldrar avlidit krävs studier med andra metoder, vanligen intervjuer. Det är angeläget att också sådana studier genomförs för att ge en bredare bild av konsekvenserna av att förlora en förälder under barndomen som underlag för förebyggande insatser.

Denna studie baseras på en uppföljning i ung vuxen ålder av personer födda på 1970-talet. En inbyggd svaghet i alla uppföljningsstudier av detta slag är att det är konsekvenser av det förflutna som undersöks. Under de senaste decennierna har dödligheten i medelåldern, där de flesta föräldrar befinner sig, minskat, inte minst dödsfall i självmord och olyckor. Samtidigt har föräldrar genomsnittligt blivit äldre, vilket ökar risken för dödsfall av många andra orsaker som cancer och hjärt-kärlsjukdomar. Därför är det troligt att andelen barn som berörs av olika typer av dödsfall har förändrats påtagligt. Däremot är det inget som talar för att konsekvenserna av föräldrars död har förändrats substantiellt, särskilt om man skiljer på förlust av föräldrar genom våldsam död och död av andra orsaker.

Att situationen har förändrats över tid är särskilt uppenbart när det gäller barn med utländskt ursprung. På 70-talet var dessa barns föräldrar huvudsakligen arbetskraftsinvandrare med ursprung i Norden och södra Europa. Under de senaste decennierna är det flyktingar från Afrika och Asien som har dominerat invandringen till Sverige. Epidemiologiska studier visar att flyktingar har en högre psykiatrisk sjukdomsbörda än arbetskraftsinvandrare. Diskriminering gör också deras barn i vissa avseenden mer sårbara än barn med europeiskt ursprung (Hjern et al, 2009;

Hjern, 2009). Därför är resultaten när det gäller personer med utländskt ursprung inte självklart överförbara till dagens situation.

Självfallet har också den sociala barnvårdens innehåll förändrats sedan 1970- och 1980-talet. Men vi vet inte om dessa förändringar har lett till mer effektiva insatser för de barn som behandlas i rapporten. Vissa data tyder till och med att barn som växt upp i samhället vård har fått sämre livssituation över tid, som grupp räknat (Socialstyrelsen, 2010). En rimlig hypotes är att detta har samband med de ökade utbildningskraven på arbetsmarknaden (Frönäs & Strömme, 2013).

## Implikationer

Resultaten visar att barn till föräldrar som avlidit under deras barndom är en högriskgrupp för att utveckla egen psykisk ohälsa, kriminalitet och bidragsberoende i ung vuxen ålder. Dessutom står de för en oproportionellt hög andel av alla förebyggbara dödsfall i åldersgruppen. Vad kan då resultaten lära oss om hur detta kan förebyggas?

En viktig lärdom är att stöd till barn som förlorar en förälder i självmord, olyckor och våld är särskilt angeläget i förebyggande syfte när föräldrar avlider. Detta är viktig kunskap bland annat i arbetet för att förebygga självmord. Flickor som förlorar en mor före skolåren är särskilt sårbara. De barn till avlidna föräldrar som har den största risken för ohälsa och död i vuxen ålder är de som har kontakt med socialtjänsten under barndomen, i särskilt hög grad de som placeras i familjehems- och institutionsvård. Därför är det angeläget att dessa grupper ges hög prioritet i det förebyggande arbetet.

Våra resultat pekar också på att en betydande del av de negativa konsekvenserna av föräldrars dödsfall i vuxen ålder är förknippade med riskfaktorer hos föräldrar som missbruk och psykisk sjukdom som troligen ofta föregått dödsfallet, vilket beskrivs i rapport 4 i denna rapportserie (Hjern et al, under publicering). Därför understryker denna rapport också behovet av förebyggande insatser till denna anhörigrupp, oavsett om föräldrar avlider som en konsekvens av dessa problem eller inte.

I Socialstyrelsens kartläggning (Socialstyrelsen, 2013) av befintliga resurser för att stödja barn som förlorat en förälder i Dalarna, Jönköpings län och Västra Götaland konstateras att det saknas konkreta handlingsplaner eller riktlinjer för information, råd och stöd till barn vars föräldrar eller annan vuxen som barnet lever tillsammans med oväntat avlider. Resultaten i denna studie pekar på vikten av att sådana handlingsplaner skapas inom de verksamheter som möter barn när föräldrar avlider.

Resultaten från denna och förra rapporten pekar entydigt ut två angelägna områden för åtgärder. Bristande skolprestationer i årskurs 9 var en viktig förklaringsfaktor för den lägre utbildningsnivån och det ökade beroendet av försörjningsstöd i vuxen ålder hos barn med avlidna föräldrar. Vår studie pekar därför på vikten och nyttan av att ge förstakt inlärningsstöd till barn med avlidna föräldrar som har svårt att få detta stöd i hemmet, tillfälligt eller på längre sikt. Detta gäller i synnerhet för 'socialtjänstens barn' (Socialstyrelsen, 2010), varför socialtjänsten ofta kan vara en lämplig utgångspunkt för detta stöd (se t ex Tideman et al, 2011, Tordön et al, 2014; Vinnerljung et al, under tryckning) i samarbete med skolan. Sådana insatser verkar ha goda möjligheter att ge positiva resultat om de sätts in före tonåren (t ex Forsman & Vinnerljung, 2011).

Förekomsten av psykisk ohälsa i vuxen ålder, särskilt allvarlig sådan, är förfärande hög bland barn till avlidna föräldrar som varit i samhällsvård under uppväx-

ten, vilket har visats i en rad tidigare studier (t ex Hjern et al, 2004b; Vinnerljung & Hjern, 2014; Vinnerljung et al, 2006;). Troligen har många av dessa ohälsotillstånd visat sig tidigare under uppväxtåren, för en hel del till och med under tiden då samhället haft ansvar för deras vård och omsorg. Resultaten pekar därför på att dessa barn bör ha hög tillgänglighet och prioritet till bl.a. insatser från barn- och ungdomspsykiatri.

Sammanfattningsvis visar denna fjärde CHES rapport om "Barn som anhöriga" att barn till föräldrar med föräldrar som avlidit utgör en högriskriskgrupp för tidig död, psykisk ohälsa, missbruk och bidragsberoende i ung vuxen ålder. Insatser för adekvat stöd såväl akut som på längre sikt för barn och unga som mister en förälder samt kvarvarande förälder är därmed angelägna för att söka förebygga risken för dessa allvarliga konsekvenser. Särskilt viktigt är det i samband med oväntad och våldsam död. Riskökningen är särskilt stor för barn till föräldrar som avlidit av självmord, olyckor och våld. Personer som har erfarenhet av samhällsvård utgör den mest tydligt identifierbara riskgruppen. Därför är samhällets barnavård en viktig utgångspunkt för insatser för att förebygga ohälsa och sociala problem hos dessa barn och unga i vuxenlivet. Metoder för att effektivt identifiera och behandla psykisk ohälsa i det speciella sammanhang som samhällsvården innebär behöver utvecklas och spridas i Sveriges kommuner.



## Referenser:

- Anda R, Felitti V, Bremner D, Walker J, Whitfield C, Perry B, Dube S & Giles W (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *European Archives of Psychiatry and clinical neuroscience*, 256, 174–186.
- Barros, AJ & VN Hirakata (2003), Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol.*, 3, p 21.
- Berg L, Rostila M, Saarela J, Hjern A (2014). Parental death during childhood and subsequent school performance. *Pediatrics*. 133, 682–9.
- Berger L, Bruch S, Johnson E, James S & Rubin D (2009). Estimating the ‘impact’ of out-of-home placement on child well-being. Approaching the problem of selection bias. *Child Development*, 80, 1856–1876.
- Berlin M, Vinnerljung B & Hjern A (2011) School performance in primary school and psychosocial problems in young adulthood among care leavers from long term foster care. *Children and Youth Services Review*, 33, 2489–2494.
- Berzin SC (2008). Difficulties in the transition to adulthood: using propensity scoring to understand what makes foster youth vulnerable. *Social Service Review*, 82, 171–196.
- Björkenstam E, Hjern A, Mittendorfer-Rutz, Vinnerljung B, Hallqvist J & Ljung R (2013). Multi-exposure and clustering of adverse childhood experiences, socio-economic differences, and psychotropic medication in young adults. *PLOS ONE*, 8:1, e53551 ([www.plosone.org](http://www.plosone.org)).
- Broberg, A. Granqvist, A. Ivarsson, T. Risholm Mothander, Pia (2006). *Anknytningsteori: Betydelsen av nära känslomässiga relationer*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Chapman D, Whitfield C, Felitti V, Dube S, Edwards V & Anda R (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 82, 217–225.
- Dowdney L (2000). Childhood bereavement following parental death. *J Child Psychol Psychiatry*. 41, 819–30.
- Doyle J (2007). Child protection and child outcomes: Measuring the effects of foster care. *The American Economic Review*, 97, 1583–1610.
- Dube S, Dong M, Chapman D, Giles W, Anda R & Felitti V (2003a). Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug abuse: The Adverse Childhood Experiences Study. *Pediatrics*, 111, 564–572.
- Dube S, Felitti V, Dong M, Giles W & Anda R (2003b). The impact of adverse childhood experiences on health problems: evidence from four birth cohorts dating back to 1900. *Preventive Medicine*, 37, 268–277.
- Dumaret A (1985) IQ, scholastic performance and behaviour in sibs raised in contrasting environments. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26, 553–580.
- Felitti V, Anda R, Nordenberg, D, Williamson D, Spitz A, Edwards V, Koss M & Marks J (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to

- many of the leading causes of death in adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245–258.
- Forsman H & Vinnerljung B (2012). Interventions aiming to improve school achievements of children in out-of-home care: a scoping review. *Children and Youth Services Review*, 34, 1084–1091.
- Franzén E & Vinnerljung B (2006). Foster children as young adults: many motherless, fatherless or orphans. A Swedish national cohort study. *Child and Family Social Work*, 11, 254–263.
- Frönes I & Strømme H (2013). Risiko och marginalisering. Norske barns levekår i kunnskapssamfunnet. Oslo: Gyndendal.
- Hjern A (2004) Illicit drug abuse in second generation immigrants in Sweden – a national cohort study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32, 40–46.
- Hjern A (2009). Migration och Folkhälsa. Kapitel 9 i ”Folkhälsorapport”. Socialstyrelsen, 2009.
- Hjern A, Rajmil L, Bergström M, Berlin M, Gustafsson PA, Modin B (2013). Migrant density and well-being--a national school survey of 15-year-olds in Sweden. *Eur J Public Health*. 23:823–8
- Hjern A & Allebeck P (2004). Alcohol-related disorders in first and second generation immigrants in Sweden. *Addiction*, 99, 229–236.
- Hjern A & Manhica H (2013). *Barn som anhöriga – hur många är de?* Stockholm: CHESS & NKA Barn som anhöriga 2013:1.
- Hjern A, Berg L, Rostila M & Vinnerljung, B (2013). *Barn som anhöriga – hur går det i skolan?* Stockholm: CHESS & NKA Barn som anhöriga 2013:2.
- Hjern, A. Arat, A. Vinnerljung, B. Att växa upp med förälder som har missbruksproblem eller psykisk sjukdom – hur ser livet ut i ung vuxen ålder? Stockholm: CHESS & NKA Barn som anhöriga 2015: under publicering.
- Hjern A, Vinnerljung B & Lindblad F (2004b). Avoidable mortality among child welfare recipients and intercountry adoptees: a national cohort study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58, 412–417.
- Hjern A, Wicks S, & Dahlma, C (2004b) Social adversity contributes to high morbidity in psychoses in immigrants – a national cohort study in two generations of Swedish residents. *Psychological Medicine*, 34, 1025–33.
- Kuh D & Ben-Shlomo Y. A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *Int J of Epidemiology* 2002;31:285–293.
- Melhem, NM, Walker, M, Moritz G, Brent, D (2008) Antecedents and sequelae of sudden parental death in offspring and surviving caregivers. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 162(5):403–410.
- Olsen RF, Egelund T & Lausten M (2011). *Tidligere anbragte som unge voksne*. Köpenhamn: SFI, rapport # 11:35.
- Rostila M och Saarela J (2011). Time does not heal all wounds. Mortality following the death of a parent, *Journal of Marriage and Family*, 73, 236–249.
- Socialstyrelsen (2010). *Social rapport 2010*, kap 7. Stockholm: Socialstyrelsen.



- Socialstyrelsen (2013). När förälder oväntat avlider. Resultat och slutsatser från tre kartläggningar om ansvar samt strukturer för information och stöd. Stockholm: Socialstyrelsen, 2013.
- Tideman E, Vinnerljung B, Hintze K & Aldenius Isaksson A (2011). Improving foster children's school achievements: promising results from a Swedish pilot project. *Adoption & Fostering*, 35, 44–56.
- Taylor S, May B & Seeman T (2011). Early adversity and adult health outcomes. *Development and Psychopathology*, 23, 939–954.
- Tordön R, Vinnerljung B & Axelsson U (2014). Improving foster children's school performance. A replication of the Helsingborg study. *Adoption & Fostering*, 38, 38–49.
- Vinnerljung B (1996). *Fosterbarn som vuxna*. Akad. avhandl. Lund: Arkiv Förlag.
- Vinnerljung B & Hjern A (2014). Consumption of psychotropic drugs among adults who were in societal care during their childhood. *Nordic Journal of Psychiatry*. DOI: 10.3109/08039488.2014.902501
- Vinnerljung B, Hjern A & Lindblad F (2006). Suicide attempts and severe psychiatric morbidity among former child welfare clients – a national cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 723–733.
- Vinnerljung B, Sallnäs M & Kyhle-Westermarck P (2001). *Sammanbrott vid tonårsplaceringar – om ungdomar i fosterhem och på institution*. Stockholm: Socialstyrelsen/CUS.
- Vinnerljung B, Tideman E, Sallnäs M & Forsman H (under tryckning). Paired Reading for foster children. Results from a Swedish replication of an English literacy intervention. *Adoption & Fostering*.
- von Borczyskowski A, Lindblad F, Vinnerljung B, Reintjes R & Hjern A (2011). Familial factors and suicide: an adoption study in a Swedish National Cohort. *Psychological Medicine*, 41, 749–758.
- von Borczykowski A, Vinnerljung B & Hjern A (2013). Alcohol and drug abuse among young adults who grew up in substitute care – findings from a Swedish national cohort study. *Children and Youth Services Review*, 35, 1954–1961.
- Weitof, G, Hjern A, Batljan I & Vinnerljung B (2008) Health and social outcomes among children in low-income families and families receiving social assistance – a Swedish national cohort study. *Social Science and Medicine*, 66, 14–30.
- Weitof, GR, Hjern A, Haglund B & Rosén M (2003). Mortality, severe morbidity, and injury in children living with single parents in Sweden: a population-based study. *Lancet*, 361, 289–295.
- Westerberg V (2011). *Sammanbrott i samhällsvård – en studie om barns placementsmönster*. FoU Västernorrland: Rapport nr 2011:3.
- Wilcox H, Kuramoto S, Lichtenstein P, Långström L, Brent D & Runeson B (2010). Psychiatric morbidity, violent crime, and suicide among children and adolescents exposed to parental death. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 514–523.



## Utgivna publikationer

### Rapporter Barn som anhöriga

Att växa upp med förälder som har missbruksproblem eller psykisk sjukdom – hur ser livet ut i ung vuxen ålder? Rapport 4 från CHESS. Hjern, Anders, Arat, Arzu och Vinnerljung, Bo. Rapport Barn som anhöriga 2014:4.

Hälsa och sociala livsvillkor hos unga vuxna som förlorat en förälder i dödsfall under barn-  
domen. Rapport 3 från CHESS. Hjern, Anders, Arat, Arzu, Rostila, Mikael, Berg, Lisa och  
Vinnerljung, Bo. Rapport Barn som anhöriga 2014:3.

Utvärdering av Barntraumateamet i Norrköping. Bergh Johannesson, Kerstin, Bondjers,  
Kristina, Arnberg, Filip, Nilsson, Doris, Ängarne-Lindberg, Teresia och Rostila, Mikael.  
Rapport Barn som anhöriga 2014:2.

Barn som anhöriga när en förälder avlider. En kunskapsöversikt om effekt av metoder för  
stöd till barn. Bergman, Ann-Sofie och Hanson, Elizabeth. Rapport Barn som anhöriga  
2014:1.

Riktade psykosociala insatser till gravida och småbarnsföräldrar med psykisk ohälsa: en  
litteraturstudie. Heimdahl, Karin och Karlsson, Patrik. Rapport Barn som anhöriga 2013:6.

Riktade psykosociala insatser till gravida och småbarnsföräldrar med problematiskt bruk av  
alkohol och narkotika: en litteraturstudie. Heimdahl, Karin och Karlsson, Patrik. Rapport  
Barn som anhöriga 2013:5.

Fetal Alcohol Spectrum Disorders. Psykosociala konsekvenser av och preventiva aspekter på  
alkoholrelaterade fosterskador. Rangmar, Jenny & Fahlke, Claudia. Rapport Barn som anhö-  
riga 2013:4.

Barn som anhöriga: hur går det i skolan? Rapport 2 från projektet ”Barn som anhöriga” från  
CHESS. Hjern, Anders, Berg, Lisa, Rostila, Mikael Vinnerljung, Bo. Rapport Barn som anhö-  
riga 2013:3.

Barn som anhöriga till föräldrar med allvarlig fysisk sjukdom eller skada. Järkestig Berg-  
gren, Ulrika och Hanson, Elizabeth. Rapport Barn som anhöriga 2013:2.

Barn som anhöriga till patienter i vården – hur många är de? Hjern, Anders och Adelino  
Manchica, Helio. Rapport Barn som anhöriga 2013:1.

### Rapporter

Anhörigkonsulentens arbete och yrkesroll. Resultat från en enkätundersökning. Winqvist,  
Marianne. Nka Rapport 2014:1.

Stöd till anhöriga – erfarenheter från åtta kommuner 2010–2012. Winqvist, Marianne,  
Magnusson, Lennart, Bergström, Ingela m fl. Nka Rapport 2012:4.

Livskvalitet hos anhöriga som vårdare en äldre närstående med inkontinens. En svensk  
delrapport av ett EU-projekt initierat av SCA och Eurocarers. Andersson, Gunnel och  
Hanson, Elizabeth. Nka Rapport 2012:3.

Teknikstöd för yrkesverksamma anhöriga. En behovsstudie. Mathény, Gunilla, Olofsson,  
Charlotte, Rutbäck, Sofia och Hanson, Elizabeth. Nka Rapport 2012:2.

Teknikstöd för yrkesverksamma anhöriga. Resultat från utvärdering av tre projekt inom  
programmet Teknik för äldre II. Andersson, Stefan, Magnusson, Lennart och Hanson,  
Elisabeth. Nka Rapport 2012:1.

### Kunskapsöversikter Anhöriga till personer med funktionshinder publiceras fortlöpande på webbplatsen

Familjeinriktat stöd. Gough, Ritva. Kunskapsöversikt 2013:7.

Information och praktisk hjälp till anhöriga. Gough, Ritva. Kunskapsöversikt 2013:6.

Anhörigas stöd till vuxna med sjukdom eller funktionshinder. Gough, Ritva.  
Kunskapsöversikt 2013:5.

Barn som anhöriga. Gough, Ritva. Kunskapsöversikt 2013:4.  
Föräldrars behov av stöd och service – när barn har funktionshinder.  
Gough, Ritva. Kunskapsöversikt 2013:3.  
Samhällets insatser från socialtjänsten, skolan och försäkringskassan.  
Gough, Ritva. Kunskapsöversikt 2013:2.  
Människor med funktionshinder i samhället. Gough, Ritva. Kunskapsöversikt 2013:1.

### **Kunskapsöversikter**

Anhöriga till vuxna personer med psykisk ohälsa: En kunskapsöversikt om stöd av betydelse.  
Ewertzon, Mats. Kunskapsöversikt 2014:4.  
Anhöriga äldre angår alla! Jegerman, Magnus, Malmberg, Bo och Sundström, Gerdt.  
Kunskapsöversikt 2014:3.  
”Det handlar också om tid och pengar”. Anhörigomsorg, försörjning, lagar. Sand, Ann-Britt.  
Kunskapsöversikt 2014:2.  
Kommunikation hos och med barn och ungdomar med flerfunktionsnedsättningar: En  
systematisk kunskapsöversikt. Wilder, Jenny. Kunskapsöversikt 2014:1.  
Etnicitet – minoritet – anhörigskap. Sand, Ann-Britt. Kunskapsöversikt 2012:1.  
Samtalets betydelse som anhörigstöd. Winqvist, Marianne. Kunskapsöversikt 2011:1.  
Anhörigvårdares hälsa. Erlingsson, Christen, Magnusson, Lennart och Hanson, Elizabeth.  
Kunskapsöversikt 2010:3.  
Individualisering, utvärdering och utveckling av anhörigstöd. Winqvist, Marianne.  
Kunskapsöversikt 2010:2.  
Anhöriga som kombinerar förvärvsarbete med anhörigomsorg. Sand, Ann-Britt.  
Kunskapsöversikt 2010:1.

### **Inspirationsmaterial till Kunskapsöversikterna**

Samtalets betydelse. Svensson, Jan-Olof. Inspirationsmaterial 2013:1.  
Anhörigas hälsa: När mår man bra som anhörig? Svensson, Jan-Olof. Inspirationsmaterial  
2012:1.  
e-tjänster och ny teknik för anhöriga. Amilon, Kajsa, Magnusson, Lennart och Hanson,  
Elizabeth. Inspirationsmaterial 2010:4.  
Individualisering, utveckling och utvärdering av anhörigstöd. Svensson, Jan-Olof.  
Inspirationsmaterial 2010:2.  
Stöd till anhöriga som kombinerar förvärvsarbete och anhörigomsorg. Olofsson, Birgitta,  
Sand, Ann-Britt. Inspirationsmaterial 2010:1.

Publikationerna kan beställas via Nka:s webbplats

[www.anhoriga.se](http://www.anhoriga.se)

**Publikationen är utgiven av:**

Nationellt kompetenscentrum anhöriga  
Box 762  
391 27 Kalmar  
Tfn: 0480-41 80 20  
[www.anhoriga.se](http://www.anhoriga.se)

## Hälsa och sociala livsvillkor hos unga vuxna som förlorat en förälder i dödsfall under barndomen

Detta är den tredje rapporten från projektet ”Barn som anhöriga”, som genomförs av CHES och Institutionen för socialt arbete vid Stockholms universitet i samarbete med Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka) och Linnéuniversitetet i Kalmar med ekonomiskt stöd av FORTE.

Rapporten belyser situationen i ung vuxen ålder för personer som förlorat en förälder under barndomen på grund av dödsfall via uppgifter från nationella register om hälsa och livsvillkor.

Personer som förlorat en förälder i våldsam eller missbruksrelaterad död hade en två till femfaldigt ökad risk för egen död i unga år, psykiatrisk vård, missbruk och kriminalitet, medan riskerna för barn vars förälder avlidit av andra orsaker var mer måttligt förhöjd.

Flertalet barn till föräldrar som avlidit arbetade i november 2008, men andelen var något lägre (6-7 procent) än för barn som vuxit upp i kärnfamilj, vilket framförallt förklarades av en ökad andel med aktivitetsersättning. De hade också en lägre utbildningsnivå, genomsnittligt lägre löneinkomster och ett större beroende av försörjningsstöd än övriga jämnåriga.

Bakomliggande sociala faktorer, i form av föräldrars utbildning och födelseland, förklarade endast marginellt den ökade sjukligheten och dödligheten hos barn med avlidna föräldrar, men betydde mer för utbildningskarriär och löneinkomster.

Resultaten från denna rapport pekar på att barn som förlorar en förälder i självmord, olyckor och våld, och barn inom samhällets barnavård, bör ges prioritet i förebyggande insatser när föräldrar avlider, och att flickor som förlorar en mor före skolåren är särskilt sårbara.



Anders Hjern är barnläkare, professor på Karolinska Institutet och forskare på CHES



Bo Vinnerljung är professor på institutionen för socialt arbete vid Stockholms Universitet



Mikael Rostila är docent i sociologi och forskare på CHES.

Arzu Arat är forskningsassistent på CHES och har en Master of Public Health



Lisa Berg är sociolog, epidemiolog och forskare på CHES.

**Nka: Barn som anhöriga**

2014:3

ISBN 978-91-87731-15-0

[www.anhoriga.se](http://www.anhoriga.se)