



Barn till föräldrar med cancer – hur många berörs och vilka är konsekvenserna i ett livsloppsperspektiv?

Rapport 5 från projektet ”Barn som anhöriga” från CHES, Stockholms universitet/Karolinska Institutet i samarbete med Institutionen för socialt arbete vid Stockholms universitet

Lisa Berg & Anders Hjern

Barn till föräldrar med cancer – hur många berörs och vilka är konsekvenserna i ett livsloppsperspektiv

© 2016 Författarna och Nationellt kompetenscentrum anhöriga™

FÖRFATTARE Lisa Berg & Anders Hjern

OMSLAG OCH LAYOUT Nationellt kompetenscentrum anhöriga™

FOTO Smålandsbilder.se

ISBN 978-91-87731-34-1

TRYCKERI Webbspapera

Förord

Denna kartläggning som belyser vilka konsekvenser en förälders cancersjukdom får för barns skolprestationer, hälsa och social situation 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 femte i en serie av fem om Barn som anhöriga, framtagen av Lisa Berg och Anders Hjern 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.

Vi hoppas att kartläggningen kan komma till nytta för dig. Vill du fördjupa dig ytterligare i området finns mera information på Nka:s webbsida (www.anhoriga.se). Där finner du de rapporter, kunskapsöversikter och hälsoekonomiska analyser som tagits fram inom uppdraget Barn som anhöriga. På webbsidan finner du också föreläsningar, filmer, reportage och länk till webbutbildningen Barn som anhöriga – Våga fråga.

Lennart Magnusson
Verksamhetschef
Nka, Linnéuniversitetet

Elizabeth Hansson
FoU-ledare
Nka, Linnéuniversitetet

Innehåll

Förord	3
Innehåll	5
Sammanfattning	7
Inledning	11
Material och Metod	12
Statistisk analys	14
Resultat	16
Förekomst av cancer hos föräldrar under åren 2007–2012	16
Förekomst av cancer hos föräldrar till barn födda 1990–1992	17
Ekonomiska konsekvenser för familjer där en förälder diagnostiserats med cancer	30
Skolprestationer i grundskola och gymnasium	32
Utbildning, arbete och inkomster i ung vuxen ålder	38
Psykisk ohälsa	44
Missbruk och kriminalitet	49
Mortalitet efter 18 års ålder	53
Diskussion	54
Studiens begränsningar	56
Implikationer	56
Referenser	59

Sammanfattning

Detta är den femte 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 hur vanligt det är barn upplever att en förälder drabbas av en cancersjukdom, vilka konsekvenser detta har för skolprestationer i årskurs 9 samt för hälsa och social situation för unga vuxna i åldern 18–40 år.

Under åren 2007–2012 upplevde genomsnittligt 6 900 barn (3,7/1 000) per år i åldern 0–18 år att en förälder diagnostiserades med cancer. För 3 900 barn var det deras mödrar som drabbades och för 3 000 deras fäder. De 342 522 barn som föddes 1990–1992 och förblev folkbokförda i Sverige följdes fram till sin 18-årsdag. Drygt 19 000 (5,6 procent) av dessa barn var under barndomen med om att en förälder diagnostiserades med cancer. För 3 800 barn (1,1 procent av alla barn i dessa årskullar) ledde en cancersjukdom till att en förälder avled, med ungefär lika hög andel mödrar som fäder. För mödrarna var bröstcancer den vanligaste cancersjukdomen, med 41 procent av fallen, medan prostatacancer, med 17 procent av cancerfallen, var den vanligaste cancerformen bland fäderna. Det var vanligare att fäder drabbades av "svår" cancer, det vill säga vårdades under längre tid på sjukhus (mer än en månad) eller avled i cancer. Detta gällde 37 procent av barnen vars far diagnostiserats med cancer jämfört med 25 procent av dem vars mor insjuknat.

Högre ålder ökar risken att drabbas av flertalet cancersjukdomar. Detta medför att barn till föräldrar som drabbas av cancer oftare än andra har föräldrar med en lång utbildning, eftersom lång utbildning genomsnittligt leder till att föräldraskapet skjuts upp till högre åldrar. Detta gäller i särskilt hög utsträckning om det är modern som drabbas av cancer, eftersom den vanligaste formen av cancer hos kvinnor, bröstcancer, i högre grad drabbar kvinnor med lång utbildning än kvinnor med kort utbildning. När det gäller cancerdöd hos föräldrar är risken däremot tvärtom högre för lågutbildade föräldrar.

I familjer med utomeuropeiskt ursprung var det mer ovanligt att både mödrar och fäder diagnostiserades med cancer jämfört med föräldrar i familjer med svenskt ursprung, medan risken att föräldrar avled i cancer var ungefär densamma hos föräldrar med olika ursprung. På ett liknande sätt var risken lägre för föräldrar i glesbygdsdominerade kommuner att diagnostiseras med cancer jämfört med föräldrar i storstadskommuner, medan risken att avlida i cancer för föräldrar var densamma i glesbygds- och storstadskommuner.

Familjens disponibla inkomster påverkades negativt av en förälders cancersjukdom, mest om det var en far som insjuknade. Tappet i inkomst var särskilt stor om föräldern avled, men också en lång vårdtid medförde lägre inkomster.

För analyser av konsekvenser för skolprestationer inkluderades 1 048 904 barn födda i Sverige 1987–1996 som gick ut grundskolans årskurs 9 under 2003–2012. Det var vanligare att barn lämnade årskurs 9 utan uppnådd gymnasiebehörighet om en förälder avlidit i

cancer innan barnet fyllt 15 år. Då en mor avlidit var det 39 procent fler som blev utan gymnasiebehörighet och då en far avlidit 43 procent fler, efter att analysen justeras för familjens sociala bakgrund. Även barn till fäder som överlevde sin cancersjukdom, men vårdades under en längre tid på sjukhus, hade i lägre utsträckning behörighet till gymnasiet. Något lägre genomsnittliga betyg sågs också i åk 9 för barn till föräldrar som varit inlagda en längre tid på sjukhus eller som avlidit av cancer (-0.05 – -0,21 SD), efter att analysen justerats för familjens sociala bakgrund.

För att belysa långtidskonsekvenser för hälsa och social situation hos barn vars förälder diagnostiserades med en cancersjukdom under deras barndom genomfördes en uppföljning i nationella register till 30–40 års ålder av 871 397 män och kvinnor som föddes i Sverige under 1973–1982. Barn till föräldrar som diagnostiserats med cancersjukdom under deras barndom hade, i linje med de lägre skolprestationerna i årskurs 9, en ökad risk att inte uppnå gymnasiekompetens. Trots detta arbetade de i lika hög grad som andra jämnåriga vid uppföljningen vid 30–40 års ålder, och hade inkomster på samma nivå som de. Svarighetsgraden av föräldrarnas sjukdom påverkade inte dessa utfall.

De mest påtagliga negativa konsekvenserna för barnen av en svår cancersjukdom hos en förälder i vuxen ålder var en ökad risk för missbruk och kriminalitet, med riskökningar i storleksordningen 25–33 procent för män och något lägre nivåer för kvinnor.

En riskökning med 10–27 procent för psykiatrisk vårdkonsumtion noterades också, men ingen ökad psykofarmakakonsumtion. Några ökade risker för dessa utfall kunde däremot inte identifieras hos personer vars förälder diagnostiserats med cancer och inte avlidit eller vårdats under någon längre tid på sjukhus.

De relativa konsekvenserna av en förälders cancersjukdom var likartade för män och kvinnor, fränsett att en ökad risk för sjukhusvård för självmordsförsök/självskadande beteende endast noterades hos kvinnor och en ökad risk att vara mottagare av försörjningsstöd vid 30–40 års ålder noterades enbart för män.

Långtidsuppföljningen visar att en förälders cancersjukdom, oavsett om den är svår eller inte, ökar risken för att en person själv ska avlida i cancer. Riskökningen från 18 till 30–40 års ålder var 62 procent om en förälder diagnostiserats med en cancersjukdom och 69 procent om föräldern avlidit i cancersjukdomen.

Studiens resultat talar inte för att familjens sociala bakgrund påverkar konsekvenserna av en förälders svåra cancersjukdom på något mer betydelsefullt sätt när det gäller barnets utbildning, arbete, psykiatriska vårdkonsumtion, missbruk eller kriminalitet.

Resultaten från denna rapport pekar på skolan som en angelägen arena för förebyggande åtgärder. Bristande skolprestationer i årskurs 9 och avsaknad av gymnasiekompetens var en viktig konsekvens av en förälders svåra cancersjukdom. Tidigare studier har visat att detta är betydande riskfaktorer för missbruk och kriminalitet. Vår studie pekar därför på vikten och nyttan av att ge förstärkt inlärningsstöd till barn till sjuka föräldrar som har svårt att ge detta stöd i hemmet, tillfälligt eller på längre sikt. De lägre disponibla inkomster som noterades i familjer som drabbades av svår cancersjukdom hos en förälder pekar för att stöd till

dessa familjer också skulle kunna omfatta förändringar i sjukförsäkringssystemet för att förbättra cancersjukas materiella resurser.

Vår studie visar på en ökad risk för barn till föräldrar som drabbas av cancer att själva drabbas av cancer. Att identifiera individer som har en genetiskt ökad risk att drabbas av cancer, för att på så sätt kunna intervensera tidigt eller erbjuda riktad screening, diskuteras idag i först hand för bröstcancer, men kan inom en nära framtid troligen bli aktuell för en del andra cancerformer.

Ett viktigt resultat från denna studie är att konsekvenserna av en förälders cancersjukdom starkt hänger ihop med sjukdomens svårighetsgrad. Bland barnen vars föräldrar drabbats av cancer hade den tredjedel som hade en förälder som vårdats minst en månad på sjukhus eller avlidit en ökad risk för påtagliga negativa konsekvenser, såväl när det gäller familjens inkomst under barndomen, skolprestationer i åk 9 och gymnasiet, som psykiatrisk vårdkonsumtion, missbruk och kriminalitet i vuxen ålder. Några påtagliga ökade negativa konsekvenser hos barn till föräldrar med mildare former av cancersjukdom kunde däremot inte identifieras. Det är troligt att dessa skillnader i konsekvenser mellan svår och mer lindrig cancersjukdom är generaliserbara också till andra fysiska sjukdomar. Detta pekar på att resurser till stödinsatser till barn med föräldrar som har fysiska sjukdomar bör prioriteras till dem som har svåra långvariga sjukdomar, medan barnens eget nätverk vanligtvis tycks klara att ge ett tillräckligt stöd när föräldrar drabbas av mer tillfälliga sjukdomar, även om de är potentiellt livshotande.

En mors 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 far avled i cancer. Fler av dessa barn blev också kvar i samhällsvård under lång tid än andra samhällsplacerade barn. En mors död i cancer ökade också risken för betydande kriminalitet och missbruk mer än en fars död. Sammantaget pekar detta på att det är särskilt angeläget med stöd från samhället när en mor drabbas av cancer i socialt sårbara familjer samt att samhället redan idag satsar betydande resurser på dessa barn.

I tidigare rapporter från detta projekt har vi beskrivit konsekvenser för olika grupper av barn som anhöriga; barn till föräldrar med psykisk sjukdom och missbruk (Hjern et al, 2013; Hjern et al, 2014b) samt när föräldrar avlider (Hjern, 2014a). När man jämför dessa olika belastningar för barn så är otvetydigt de negativa konsekvenserna störst för barn till föräldrar med psykisk sjukdom och/eller missbruksproblem. Det är därför rimligt att dessa barn ges högst prioritet i det förebyggande arbetet för "Barn som anhöriga". Men även barn till föräldrar som avlider och barn till föräldrar med långvarig fysisk sjukdom, som svåra former av cancer, har negativa konsekvenser av sina föräldrars sjukdom som kan motivera särskilda insatser. För barn till föräldrar som drabbas av svåra, men kortvariga sjukdomar, förefaller dock behovet av insatser vara mindre angelägna om man ser till konsekvenserna på längre sikt.

Sammanfattningsvis visar denna femte CHESS-rapport om "Barn som anhöriga" på negativa förebyggbara konsekvenser i form av sämre skolprestationer och en ökad risk för

missbruk, psykiatrisk vård och kriminalitet hos den tredjedel av barn till föräldrar som drabbas av cancersjukdomar som är så svåra att de leder till döden eller sjukhusvård i mer än trettio dagar. För övriga två tredjedelar av dessa barn identifierades inga långsiktiga negativa konsekvenser, bortsett från en ökad risk att själva drabbas av cancer.

Inledning

Den här rapporten om barn till föräldrar som diagnostiseras med cancer utförs av CHES på uppdrag av Socialstyrelsen och är den femte rapporten i projektet "Barn som anhöriga" (se tidigare rapporter: Hjern & Manhica, 2013; Hjern et al 2013; Hjern et al 2014a, Hjern et al 2014b). 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) har vi kunnat visa att många barn växer upp med en förälder som har någon form av allvarlig fysisk sjukdom. Bland barn födda 1987–1989 var drygt 12 procent under sin barndom med om att en förälder vårdades inläggande på sjukhus i mer än en vecka på grund av en fysisk sjukdom (Hjern & Manhica, 2013). I Sverige drabbas ungefär 55 000 personer av cancer varje år (Cancerfonden, 2014). Cancersjukdomar är några av de vanligaste allvarliga fysiska sjukdomarna som kan drabba föräldrar med barn under 18 år och åtskilliga barn växer upp i familjer där någon av föräldrarna drabbas av cancer. För barnet innebär detta en kortare eller längre tid där sjukdomen, och det hot om död den för med sig, påverkar barnets och familjens livsvillkor.

I den här rapporten beskriver vi hur vanligt det är att barn någon gång under sin uppväxt är med om att en förälder diagnostiseras med cancer. Vi studerar förekomsten av cancersjukdom hos fäder respektive mödrar och belyser eventuella socioekonomiska och socio-demografiska skillnader utifrån föräldrars utbildning, familjens disponibla inkomst, boendeort och utländsk bakgrund. Vidare är syftet med rapporten att studera vilka konsekvenser en förälders cancersjukdom kan ha på barnets förutsättningar genom livet, genom att analysera skolprestationer, utbildningskarriär, arbete och inkomster, psykisk ohälsa, missbruk, kriminalitet och mortalitet under ungdomsåren och det tidiga vuxenlivet för personer som under barndomen är med om att en förälder diagnostiseras med cancer.

Material och Metod

Den här rapporten baseras på anonymiserade analyser av registerdata där information från flera nationella register har länkats till varandra. Data om sjuklighet har hämtats från Cancerregistret, Patientregistret och Dödsorsaksregistret, som samtliga hålls av Socialstyrelsen. Statistiska Centralbyråns (SCB) Flergenerationsregister användes för att koppla samman föräldrar och barn, och socio-demografiska data hämtades från SCBs Longitudinella Integrationsdatabas för Sjukförsäkrings- och Arbetsmarknadsstudier (LISA).

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 (0–15 år för analyser kring skolresultat). Typ av tumör kategoriserades enligt tumörens morfologiska klassifikation enligt WHO:s ICD-klassifikation. Tillsammans med information från Dödsorsaksregistret beräknades även hur många barn som är med om att en förälder dör i cancer. Vårdtid i antal dagar beräknades utifrån information om sjukhusinläggning från Patientregistret och användes tillsammans med informationen från Dödsorsaksregistret för att kategorisera 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).

Resultaten från analyserna av förekomst av cancer hos föräldrar visas separat för mödrar och fäder. Resultaten från analyserna av konsekvenser av cancer hos föräldrar presenteras endast separat för mödrar och fäder om skillnader sågs i dessa analyser, annars sammanlagt (cancer hos någon av föräldrarna).

I analyserna av förekomsten av cancer hos föräldrar utgår vi från två olika studiepopulationer:

1. Alla barn i åldrarna 0–17 år som var folkbokförda i Sverige under åren 2006–2011. I den här populationen beräknades genomsnittliga värden per år av förekomsten av cancer hos föräldrarna under åren 2007–2012.
2. 342 522 barn födda i Sverige under åren 1990–1992 med uppföljning från födelsen fram till 2012. Här beräknades förekomsten av cancer hos föräldrar från födelsen fram till att barnet var 18 år. Ytterligare fyra år lades till uppföljningen för att kunna göra tillförlitliga beräkningar av cancerens allvarlighetsgrad baserad på antalet vård dagar. I den här populationen beräknades förekomsten av cancer hos föräldrar, hur många barn som är med om att en förälder dör i cancer, fördelning över typ av cancer och hur länge föräldern vårdades inlagd på sjukhus i samband med cancerdiagnosen. Vi beräknar också betydelsen av socioekonomiska och sociodemografiska faktorer för både överlevnad och död i cancer.

Ekonomiska konsekvenser för familjer där en förälder diagnostiseras med cancer

I analyserna av ekonomiska konsekvenser för familjer där en förälder diagnostiseras med cancer utgår vi från populationen av barn födda 1990–1992. Här jämför vi familjebaserad disponibel inkomst mellan familjer där en förälder diagnostiseras med cancer och familjer utan cancer hos någon förälder (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). 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.

Konsekvenser för skola och utbildning

För analyser av konsekvenser för skolprestationer inkluderades 1 048 904 barn födda i Sverige 1987–1996 som gick ut grundskolans årskurs 9 under 2003–2012. Här analyserades genomsnittliga skillnader i meritvärden från årskurs 9 och andel som inte uppnådde gymnasiebehörighet mellan barn vars föräldrar diagnostiserats med cancer när barnet var i åldern 0–15 år och övriga barn i studiepopulationen. För individer födda 1987–1993 analyserades även andel som inte avslutat ett gymnasieprogram. Information om skolprestation i grundskola och fullgjorda gymnasieutbildningar hämtades från Statistiska Centralbyråns betygsregister som bygger på uppgifter inrapporterade till Skolverket från Sveriges skolor.

Utfall i ung vuxen ålder

Utfall från 18 års ålder till dess att barnen hunnit bli i 30–40 årsåldern analyserades för 871 397 män och kvinnor födda i Sverige 1973–1982 som var vid liv och folkbokförda i landet vid 18 års ålder. Individer med och utan erfarenhet av en förälders cancer under barndomen (innan 18 års ålder) jämfördes med avseende på utbildning, arbete och inkomster, psykisk ohälsa, missbruk, kriminalitet och mortalitet. Dessa utfallsvariabler baserades på uppgifter om utbildning, arbete och inkomster från LISA-databasen, specialistvård från Patientregistret, uthämtade receptbelagda läkemedel från Läkemedelsregistret, kriminalitet från Registret över Lagförda samt dödsfall från Dödsorsaksregistret.

- Postgymnasial utbildning, avslutad före 31 dec 2012
- I arbete 2012, baserat på inkomst från anställning i november 2012
- Löneinkomst 2012 hos dem var i arbete i november 2012
- Disponibel inkomst 2012 analyserades för alla som hade en disponibel inkomst som inte översteg 2 miljoner
- Försörjningsstöd under 2012

- Någon inkomst från aktivitetsersättning, sjukersättning, handikappsersättning eller minst 50 procent av den disponibla inkomsten som sjukpenning under 2012
- Specialistvård med psykiatrisk diagnos efter 18 årsdagen, öppen och ineliggande vård
- Psykofarmakakonsumention: något uthämtat recept av psykofarmaka samt uthämtat recept av anti-depressiva läkemedel under 2014
- Självmordsförsök/självorsakad skada: inlagd på sjukhus till följd av självmordsförsök eller misstänkt självmordsförsök efter 18-årsdagen
- Missbruk: specialistvård med alkohol- eller narkotikarelaterad diagnos efter 18-årsdagen, öppen och ineliggande vård
- Kriminalitet: att ha blivit dömd i domstol för ett brott (lagförd)
- Betydande kriminalitet: dömd i domstol för ett brott där påföljden blev skyddstillsyn, fängelse eller rättspsykiatrisk vård vid minst ett tillfälle efter 18-årsdagen
- Dödsfall identifierades från barnets artonde födelsedag till och med den 31 december 2013

Sociodemografiska och socioekonomiska variabler

Information om kön, boendeort, föräldrars utbildning, försörjningsstöd i hushållet inhämtades från SCB:s LISA-databas. Boendeort kategoriserades som a) storstad (inklusive förortskommuner), b) annan stad (inklusive pendlingskommuner och tätorter med mer än 25 000 invånare) eller c) glesbygd (övriga kommuner). Föräldrars *utbildningsnivå* kategoriserades som grundskola, gymnasium eller postgymnasial, utifrån föräldern med högst utbildning. *Försörjningsstöd* i hushållet kodades som ja/nej, där ja indikerar att minst en av föräldrarna bodde i ett hushåll som fick försörjningsstöd detta år. Vi ville också belysa huruvida det fanns skillnader i förekomst av cancer hos föräldrar mellan barn i familjer med olika ursprung. Information om föräldrars födelseland hämtades från Registret över Totalbefolkningen och användes för att kategorisera födelseland som Sverige, övriga Europa, och övriga världen. Familjer där en förälder var född i Sverige och en född utanför Sverige utgjorde ytterligare en kategori, "mix". Om bägge föräldrarna var utlandsfödda, men i olika delar av världen, kategoriserades familjen efter moderns födelseland. *Barn som någon gång varit placerade i samhällsvård* identifierades i Socialstyrelsens Register över Insatser för Barn och Unga.

Statistisk analys

Vi har använt tre olika typer av regressionsanalyser, linjär regression, logistisk regression och Cox regression (Se Faktaruta 1 för förklaring). Linjär regression användes i analyser av konsekvenser för familjens disponibla inkomst och för att jämföra genomsnittliga meritvärden mellan barn till föräldrar som diagnostiserats med cancer respektive övriga barn i studiepopulationen. Resultaten från den senare analysen är uttryckt i standardavvikelser

(Z-värden). En standardavvikelse motsvarar ungefär 60 meritvärdespoäng. När $B=0,20$ så motsvarar det således 0,20 standardavvikelser eller, omräknat till meritvärde, 12 meritvärdespoäng.

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, dvs antingen har man det eller inte under en definierad tidsrymd, t ex 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.

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

Att "justera" analysen

I regressionsanalyser försöker man ofta likställa analysen för bestämningsfaktorer som skiljer sig åt mellan de grupper som jämförs, och som påverkar utfallet. På detta sätt försöker man med hjälp av matematik renodla betydelsen av den faktor som man är intresserad av. I vår studie har vi till exempel varit intresserade av att renodla betydelsen av föräldrars missbruk och psykiska sjukdom från faktorer som föräldrars utbildning och ursprung och har därför "justerat" vår analys för dessa faktorer.

Statistisk signifikans

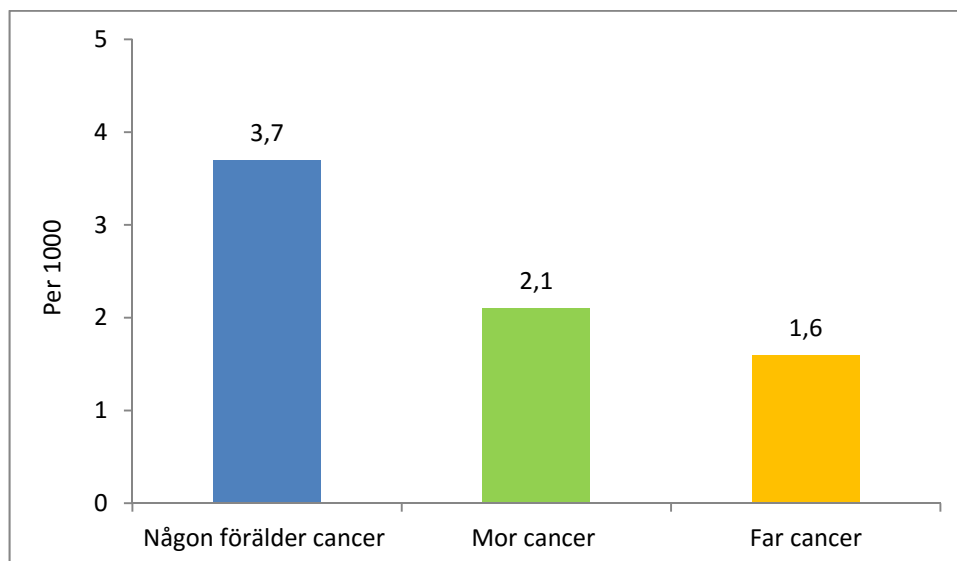
I de statistiska analyserna beräknas ett p-värde. Detta talar om ifall de samband som beskrivs mellan två variabler skiljer sig från slumpen. I den här studien använder vi ett p-värde på <0.01 (**), vilket innebär att sambandet 99 gånger av 100 inte förklaras av slumpen.

Resultat

Resultaten presenteras separat för pojkar/män och flickor/kvinnor då analyserna visade signifikanta skillnader i förekomst, eller konsekvenser, av en förälders cancersjukdom mellan könen. Då inga eller endast marginella skillnader sågs presenteras resultaten sammanlagt för könen.

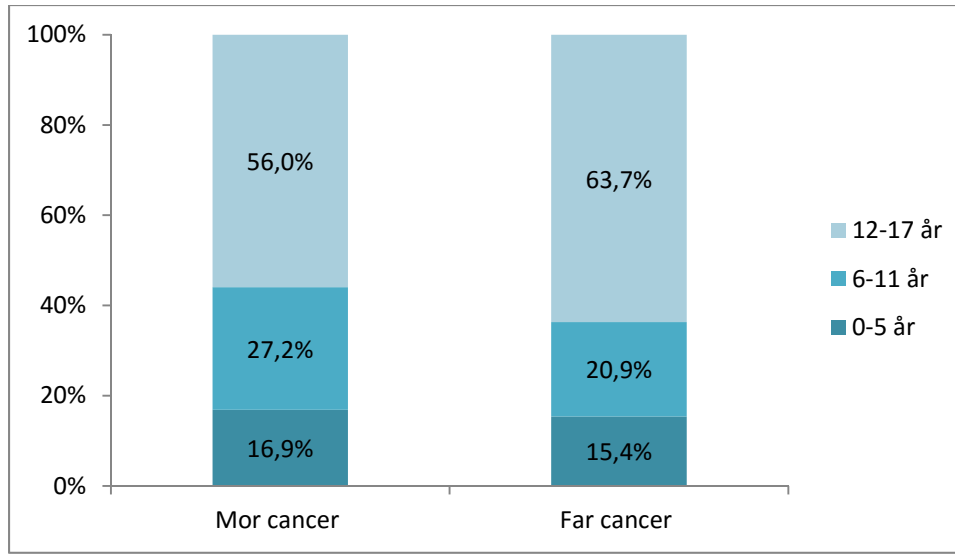
Förekomst av cancer hos föräldrar under åren 2007–2012

Under åren 2007–2012 var 3,7 barn per 1 000 varje år med om att en förälder diagnostiserades 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 mor som diagnostiserades med cancer och för 3 000 barn en far.



Figur 1. Promille av barn i åldrarna 0–17 år där en förälder diagnostiserades med cancer ett genomsnittligt år under perioden 2007–2012.

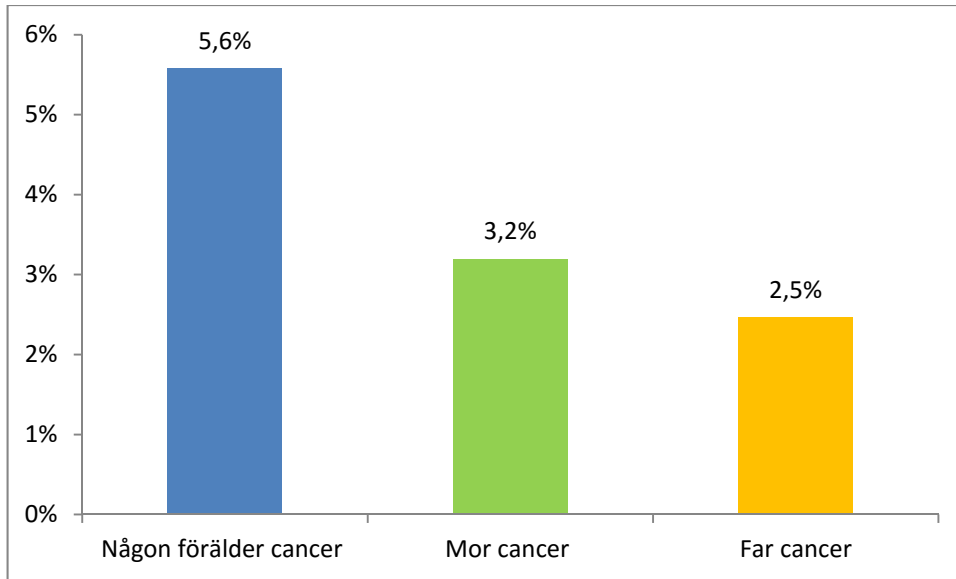
Figur 2 visar åldersfördelningen för barnen vid föräldrarnas cancerdiagnos. Majoriteten av barnen var i tonåren när föräldern diagnostiserades med cancer, vilket i något större utsträckning gällde barn till fäder med cancer.



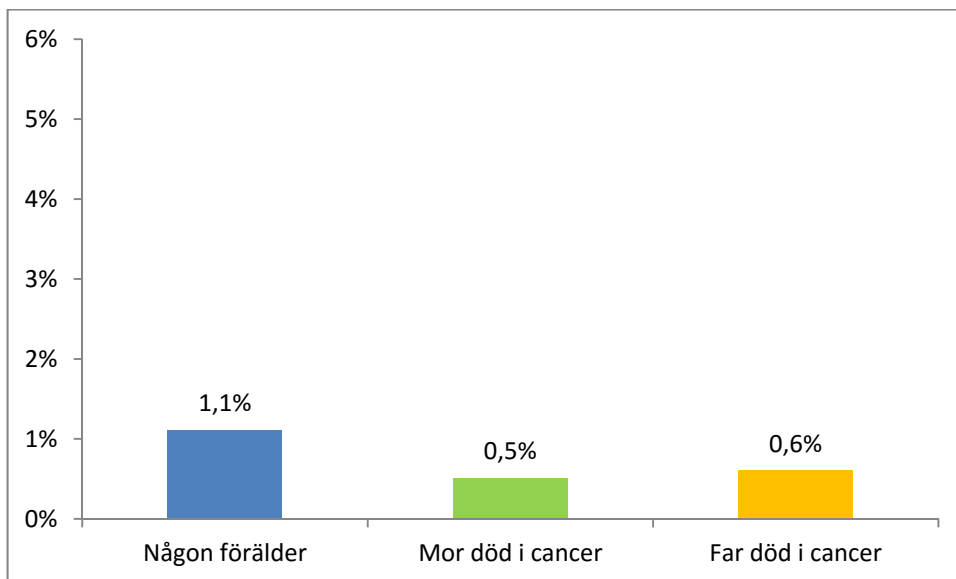
Figur 2. Barnets ålder vid förälderns cancerdiagnos under perioden 2007–2012.

Förekomst av cancer hos föräldrar till barn födda 1990–1992

Drygt 19 000 barn (5,6 procent) av de födda 1990–1992 var under barndomen med om att en förälder diagnostiserades med cancer. För 3 800 barn (1,1 procent av alla barn) ledde cancer till att föräldern dog. Fler barn var med om att en mor 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.

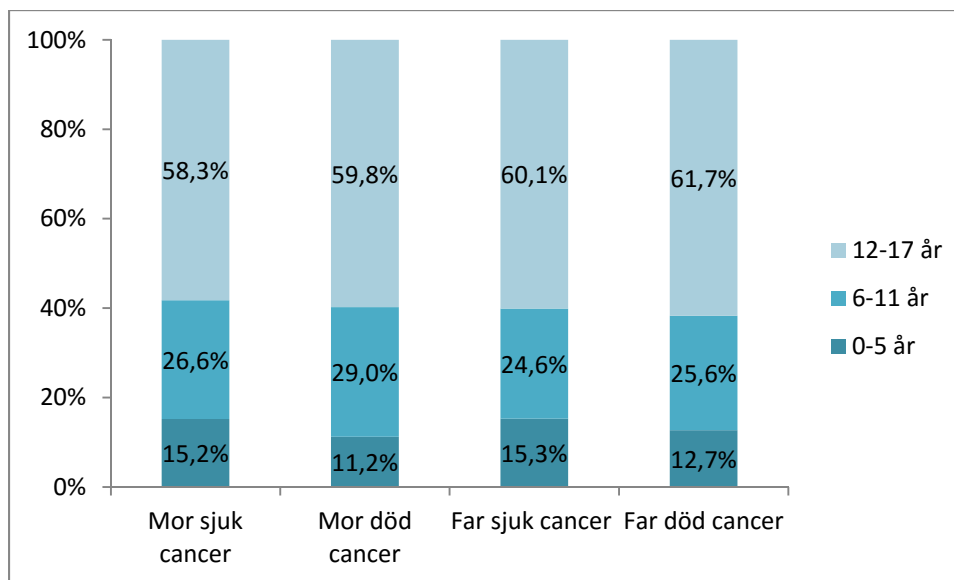


Figur 3. Andel barn födda 1990–92 som under barndomen varit med om att en förälder diagnostiserats med cancer.



Figur 4. Andel barn födda 1990–92 som under barndomen varit med om att en förälder avlidit i cancer.

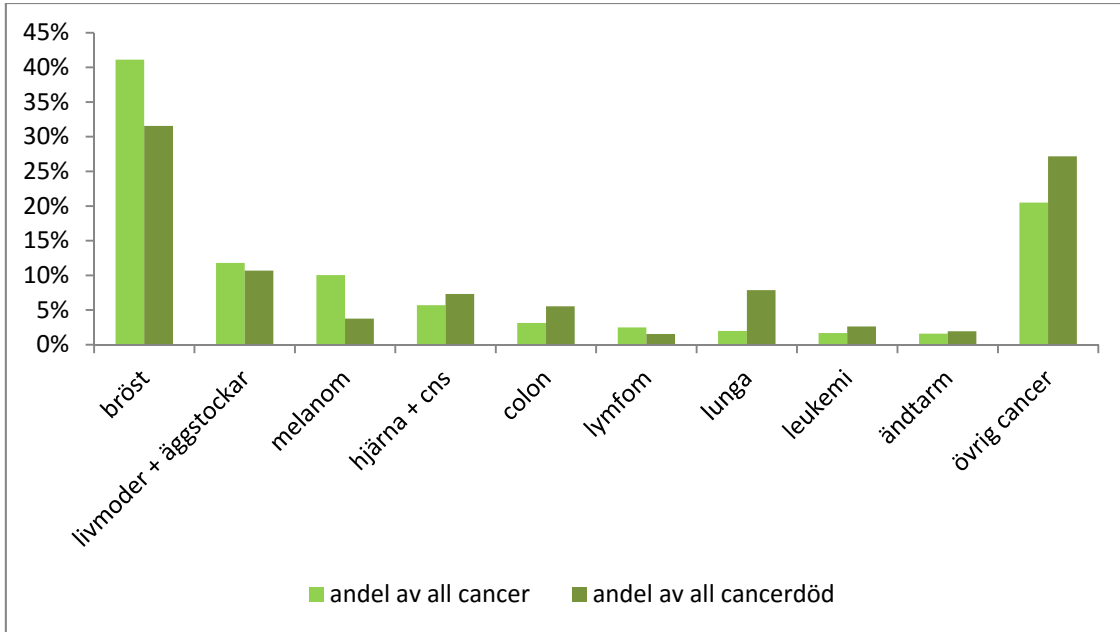
Figur 5 visar barnens ålder när föräldern fick en cancerdiagnos eller dog i cancer. Även i denna åldersgrupp var majoriteten av barnen, runt 60 procent, tonåringar när föräldern diagnostiserades med cancer.



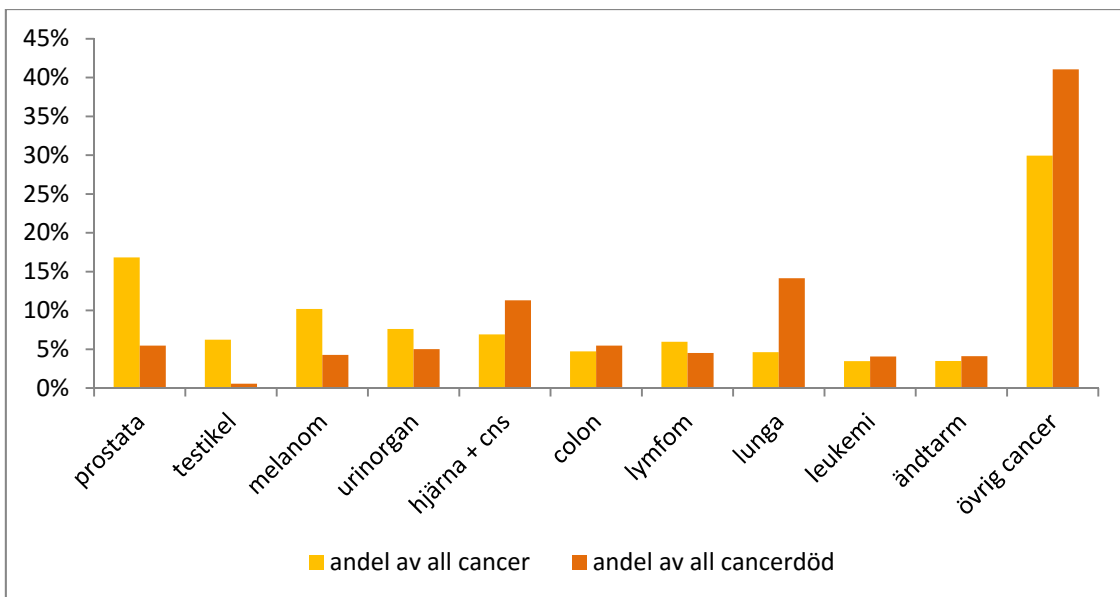
Figur 5. Andel barn födda 1990–92 som under sin uppväxt varit med om att en förälder fått en cancerdiagnos eller att en förälder dött i cancer, efter barnets ålder vid förälderns cancerdiagnos respektive dödsfall.

Typ av cancer

Fördelningen över de vanligaste cancerformerna hos mödrar och fäder till barnen födda 1990–1992 visas i figur 6a och 6b. För mödrar var bröstcancer den vanligaste cancersjukdomen, med 41 procent av fallen (Figur 6a). Prostatacancer var, med 17 procent av fallen, den vanligaste cancerformen bland fäderna (Figur 6b). Figur 6a och 6b visar också andelen av all cancerdöd för varje cancerform i vår studiepopulation. Bland mödrarna med cancer stod bröstcancer för den högsta andelen av cancerdöd, drygt en tredjedel. Bland fäderna stod lungcancer med drygt 14 procent för den största andelen av dödsfallen i cancer.



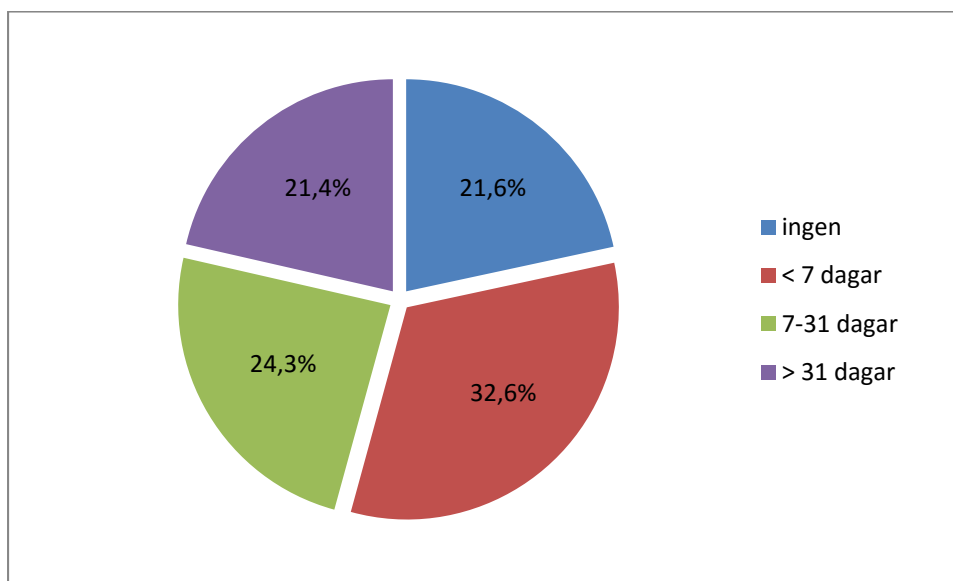
Figur 6a. Fördelning över typ av cancer hos mödrar till barn födda 1990–1992.



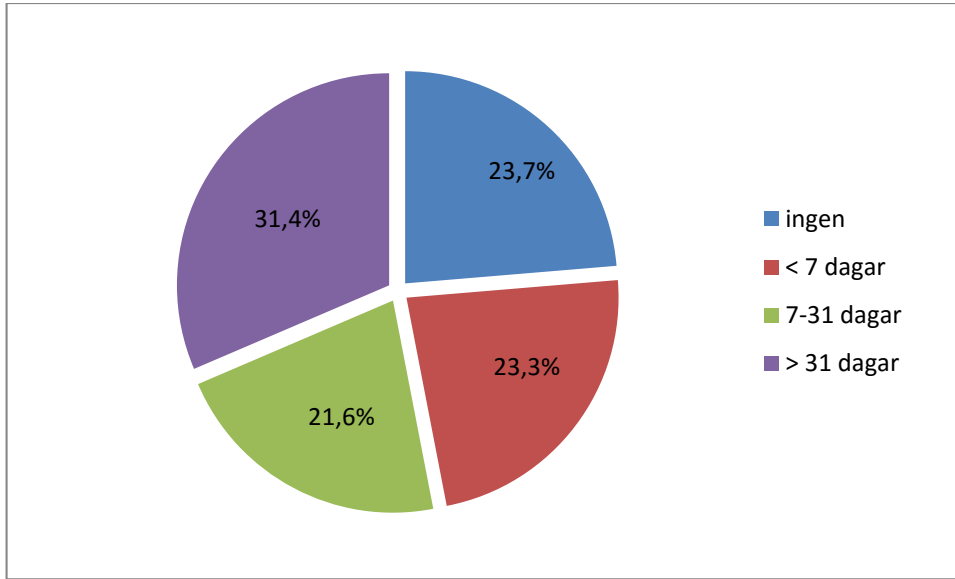
Figur 6b. Fördelning över typ av cancer hos fäder till barn födda 1990–1992.

Sjukhusvistelse och cancers svårighetsgrad

Fördelningen över antal dagar som föräldrarna med cancer var inlagda på sjukhus ses i figur 7a och 7b. Det var ungefär lika vanligt för mödrar som för fäder att cancerdiagnosen inte innebar någon vistelse alls på sjukhus. Det var dock vanligare för fäder att tillbringa en längre tid på sjukhus. 31 procent av fäderna tillbringade mer än en månad på sjukhus, jämfört med 21 procent av mödrarna. Tittade vi bara på de föräldrar för vilka cancerdiagnosen innebar en viss tid (kortare eller längre) på sjukhus så var denna skillnad än mer markant; 40 procent av fäderna och 27 procent av mödrarna var inlagda på sjukhus under mer än en månads tid.



Figur 7a. Mor som blivit inlagd på sjukhus efter cancerdiagnosen, efter antal dagar på sjukhus.



Figur 7b. Far som blivit inlagd på sjukhus efter cancerdiagnosen, efter antal dagar på sjukhus.

Vi kategoriserade cancers svårighetsgrad enligt följande 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 då barnet var i åldern 0–17 år. Fördelningen över dessa kategorier för barnen födda 1990–1992 ses i Figur 8.



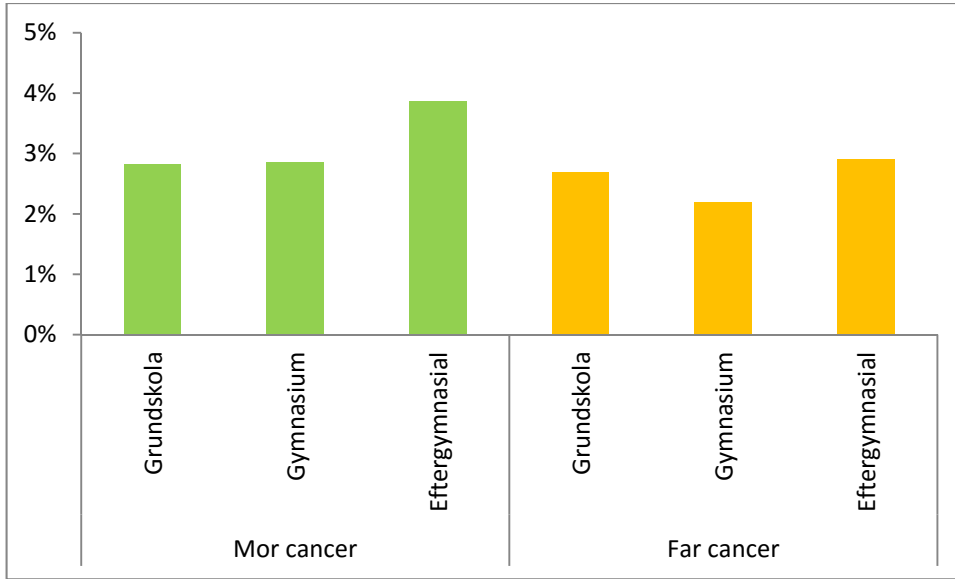
Figur 8. Förälder med cancer efter sjukdomens svårighetsgrad.

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 mor som diagnostiserats med cancer och 63 procent av barnen då det var en far som diagnostiserats med cancer. Det var vanligare att fäder vårdades under längre tid på sjukhus eller gick bort i cancer. Detta gällde 37 procent av fäderna och 25 procent av mödrarna med cancer.

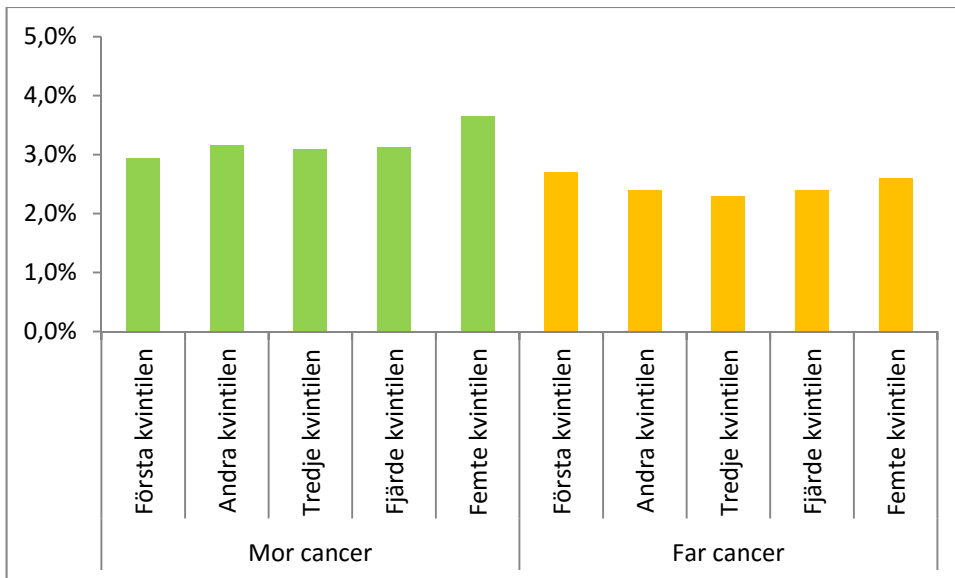
Totalt i studiepopulationen av barn födda 1990–1992 var det ca 6 000 barn (1,7 procent) som under barndomen var med om att en förälder vårdades på sjukhus under en längre tid (mer än 31 dagar) på grund av cancer eller avled i cancer.

Förekomst av cancer hos föräldrar i förhållande till föräldrars utbildningsnivå och familjens disponibla inkomst

Förekomsten av cancer hos framför allt mödrar var högre då föräldrarna hade en högre utbildningsnivå och då hushållets disponibla inkomst var högre (Figur 9 och 10).

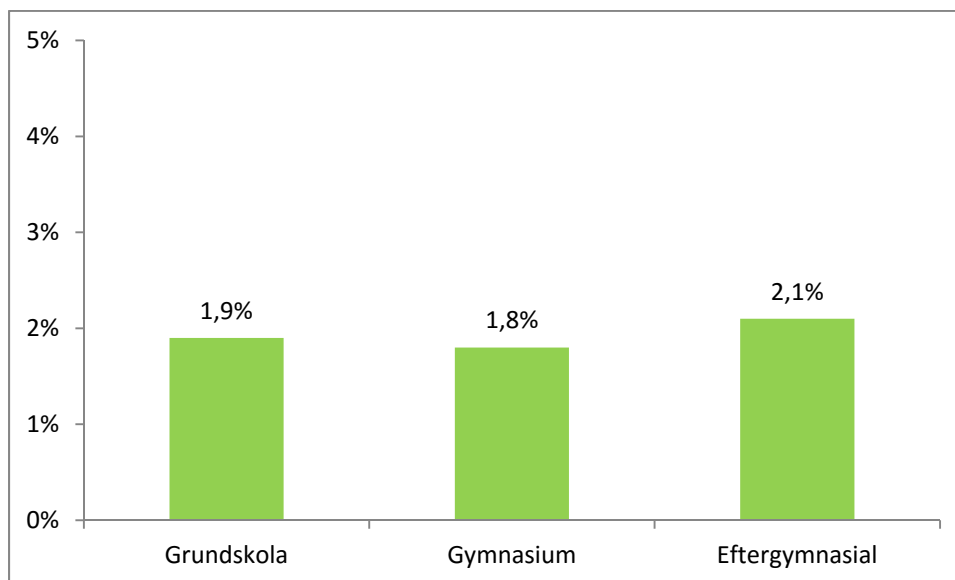


Figur 9. Andel barn (födda 1990–92) som under sin uppväxt varit med om att en förälder fått en cancerdiagnos, efter föräldrars högsta utbildning.



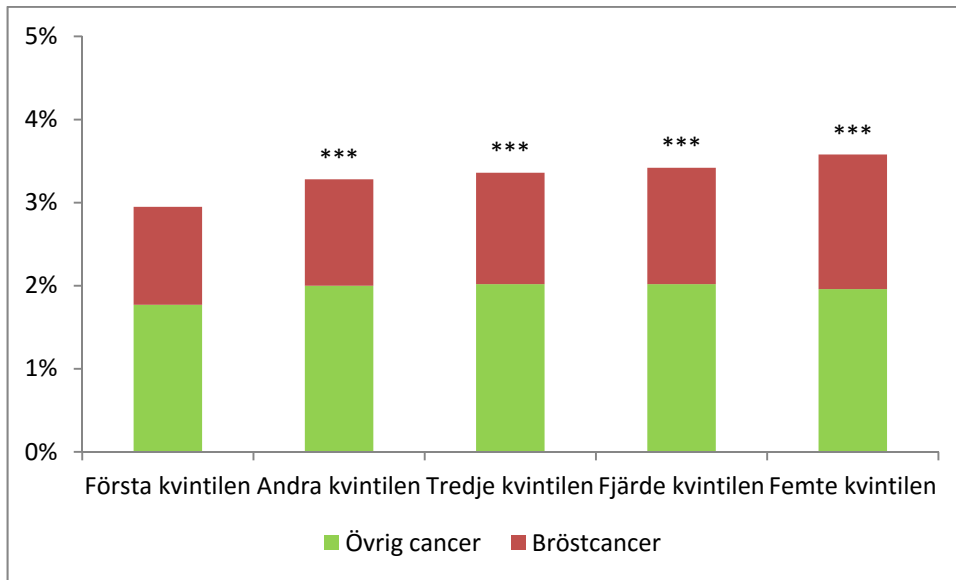
Figur 10. Andel barn (födda 1990–92) som under sin uppväxt varit med om att en förälder fått en cancerdiagnos, efter hushållets disponibla inkomst 1990–1992.

Den vanligaste formen av cancer hos mödrar, bröstcancer, diagnostiseras i högre grad hos kvinnor med lång utbildning (Socialstyrelsen, 2011). Figur 11 nedan visar därför förekomsten av cancer hos mödrar efter föräldrars högsta utbildning, då bröstcancer exkluderats.

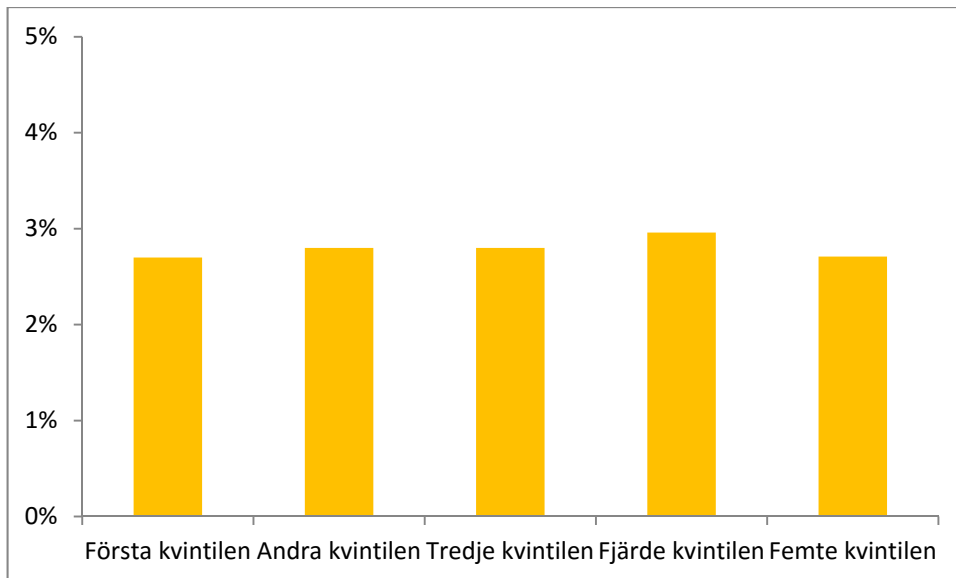


Figur 11. Andel barn (födda 1990–92) som under sin uppväxt varit med om att modern fått en cancerdiagnos (bröstcancer exkluderat), efter föräldrars högsta utbildning.

Figur 12a visar förekomsten av cancer hos mödrar efter familjens inkomst, där vi tagit hänsyn till ålder. Här ser vi också hur andelen bröstcancer fördelar sig över dessa kategorier. Figur 12b visar motsvarande åldersstandardiserade figur för fäder med cancer.

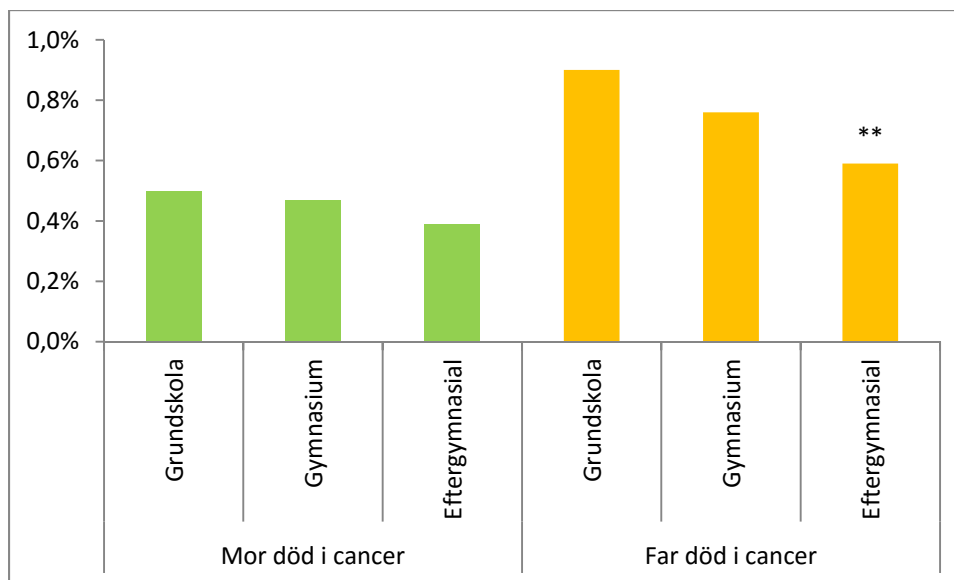


Figur 12a. Andel barn (födda 1990–92) som under sin uppväxt varit med om att modern fått en cancerdiagnos, efter hushållets disponibla inkomst 1990–1992, standardiserat för moderns ålder.

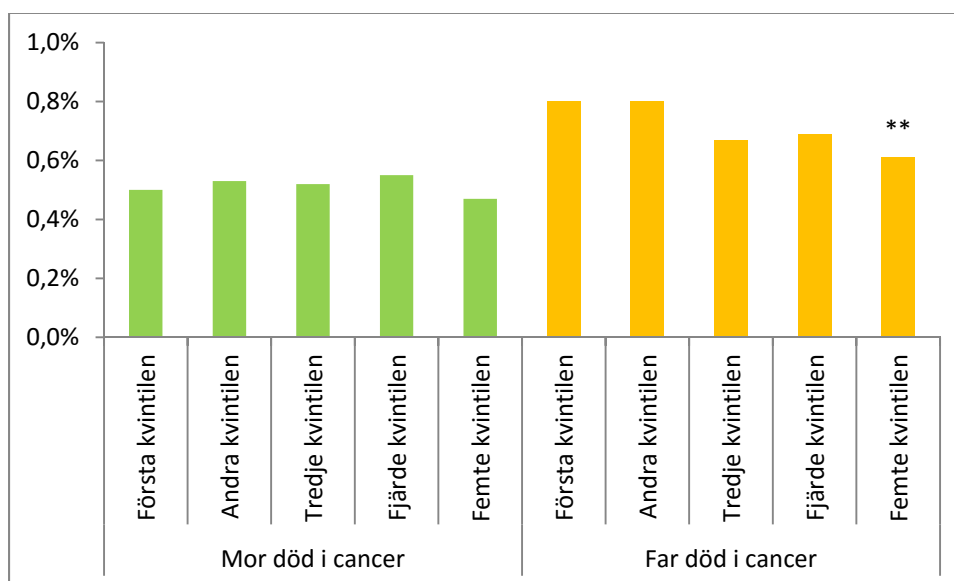


Figur 12b. Andel barn (födda 1990–92) som under sin uppväxt varit med om att fadern fått en cancerdiagnos, efter hushållets disponibla inkomst 1990–1992, standardiserat för faderns ålder.

Till skillnad från resultaten i förhållanden till socioekonomisk position och förekomsten av cancerdiagnos var det vanligare att en förälder dog i cancer då föräldrarna hade lägre utbildning och familjens inkomst var lägre (Figur 13 och 14). Särskilt tydligt sågs detta för fäder som avlidit i cancer.



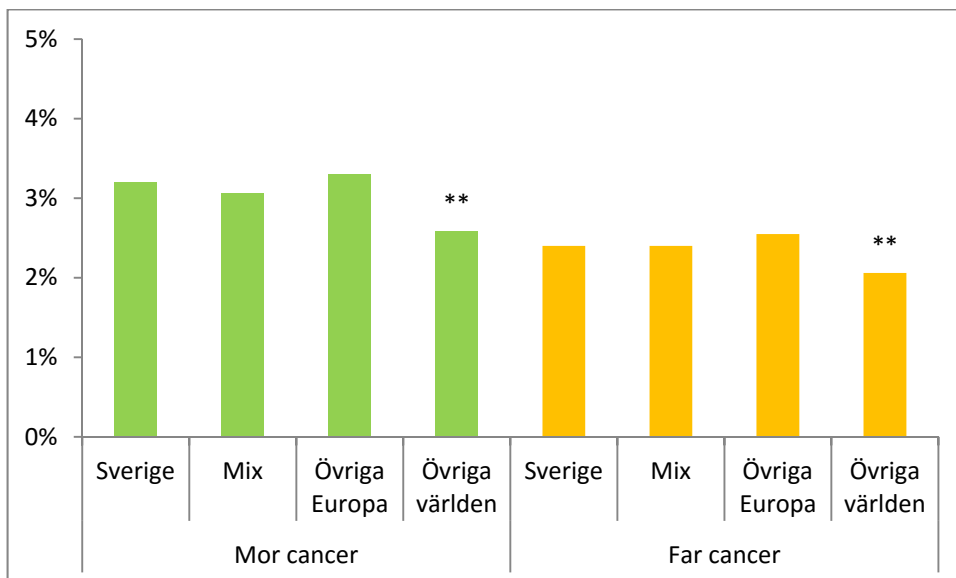
Figur 13. Andel barn (födda 1990–92) som under sin uppväxt varit med om att en förälder dött i cancer, efter föräldrars högsta utbildning (ålderstandardiserat).



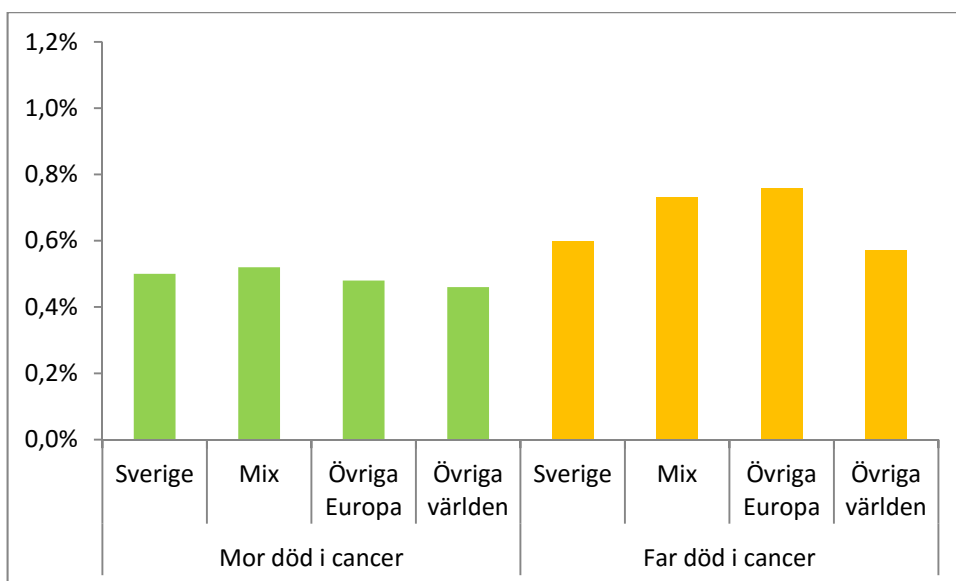
Figur 14. Andel barn (födda 1990–92) som under sin uppväxt varit med om att en förälder dött i cancer, efter hushållets disponibla inkomst, 1990–1992 (ålderstandardiserat).

Utländskt ursprung

En lägre förekomst av cancer sågs hos både mödrar och fäder då föräldrarna hade utomeuropeiskt ursprung. Däremot fanns inga skillnader vad gäller cancerdöd (Figur 15a och 15b).



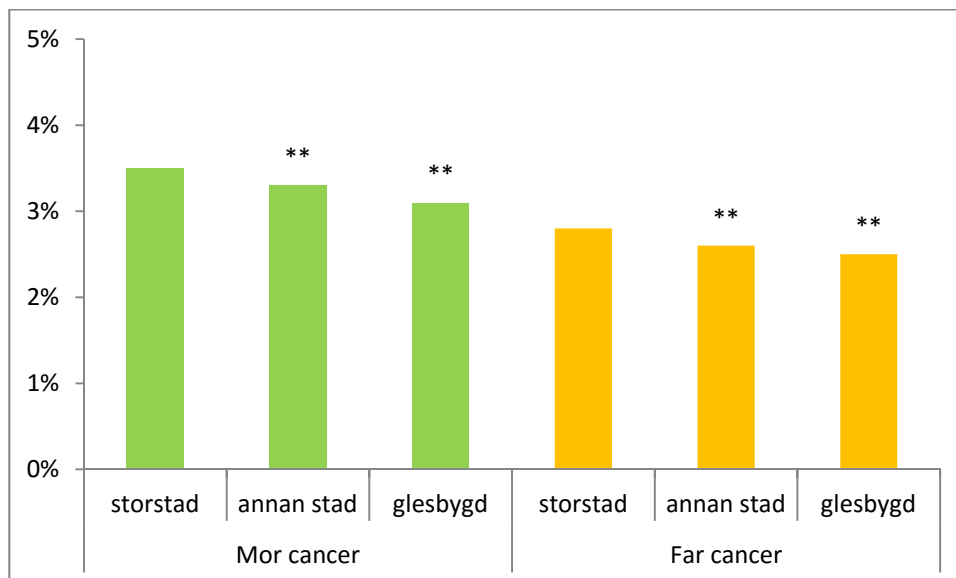
Figur 15a. Andel barn (födda 1990–92) som har en förälder som fått en cancerdiagnos någon gång under barnets uppväxt, efter föräldrars ursprung (ålderstandardiserat).



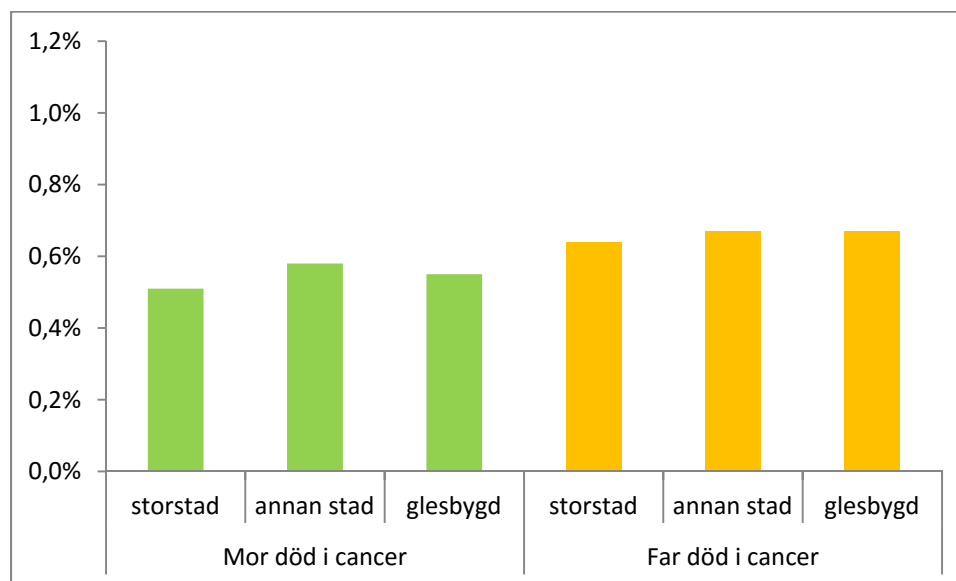
Figur 15b. Andel barn (födda 1990–1992) där en förälder dött av cancer någon gång under barnets uppväxt, föräldrars ursprung (ålderstandardiserat).

Regionala skillnader

Som Figur 16a och 16b visar sågs mindre regionala skillnader i förekomsten av cancer hos föräldrar, vid en jämförelse av cancerförekomsten hos fäder och mödrar i storstad, annan stad och glesbygd. Förekomsten av cancer hos föräldrar var något högre i storstäderna.



Figur 16a. Andel barn födda 1990–92 som under barndomen varit med om att en förälder diagnostiserats med cancer, efter region (ålderstandardiserat).

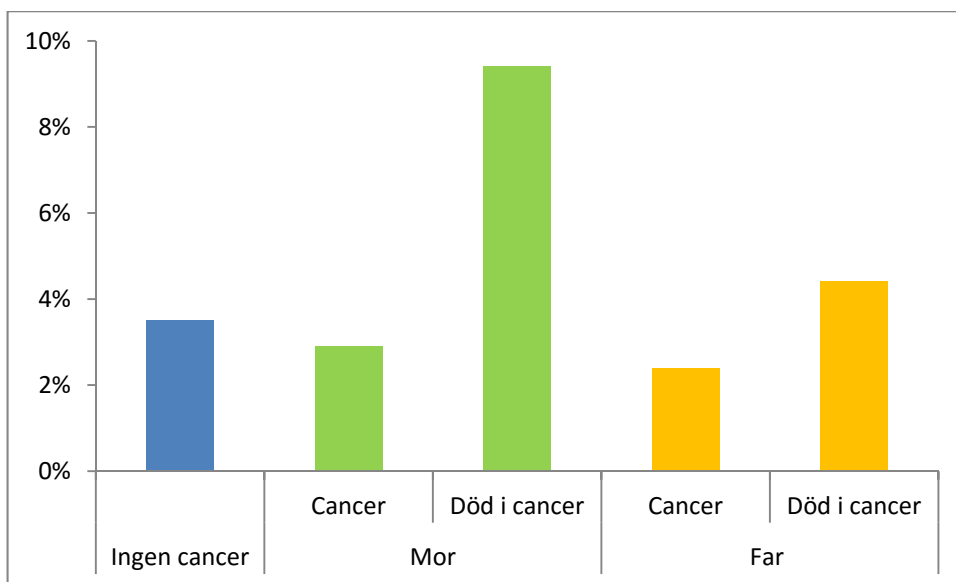


Figur 16b. Andel barn födda 1990–92 som under barndomen varit med om att en förälder dött i cancer, efter region (ålderstandardiserat).

Barn i samhällsvård och föräldrar med cancer

Det var vanligare för barn vilkas föräldrar avlidit i cancer att ha blivit placerade i samhällsvård under barndomen (Figur 17), i jämförelse med övriga barn i studiepopulationen. 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.

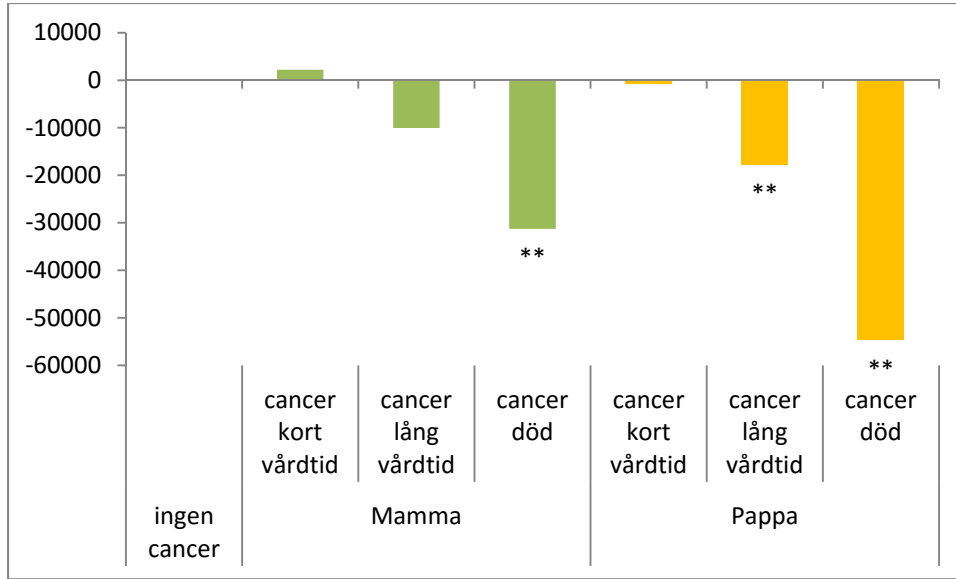
Majoriteten av placeringarna var korta, både bland barn från familjer där en förälder diagnostiserats med cancer och bland barn från familjer utan denna erfarenhet. Andelen längre placeringar (mer än två år) var betydligt högre bland barn till mödrar som avlidit i cancer. Andelen var 26 procent, att jämföra med 16 procent bland fäder som avlidit i cancer och 10 procent i jämförelsegruppen.



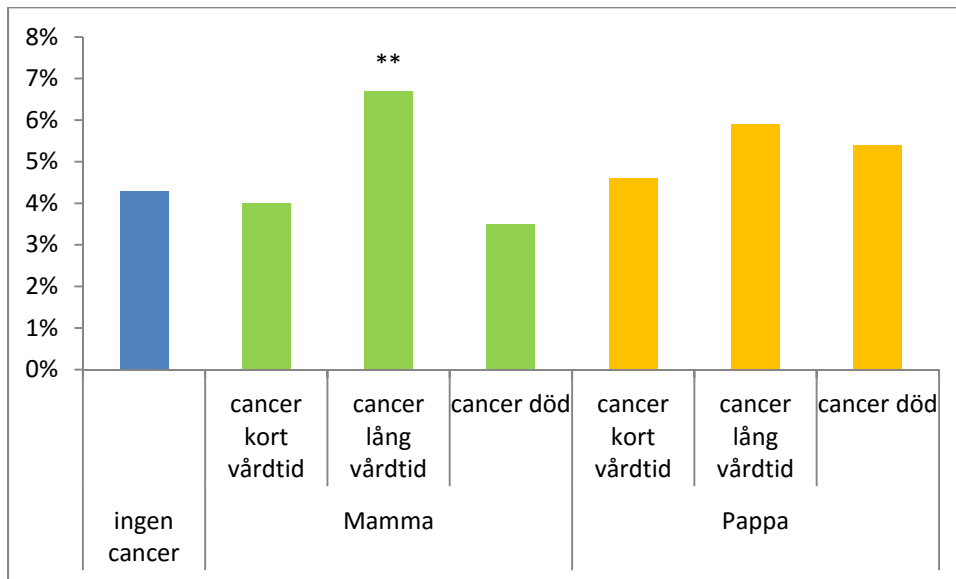
Figur 17. Andel barn i samhällsvård bland barn till föräldrar utan cancer samt bland barn till mödrar respektive fäder med cancer, där cancerdiagnosen föregått omhändertagandet.

Ekonomiska konsekvenser för familjer där en förälder diagnostiserats med cancer

Familjer där en förälder diagnostiserats med cancer under barnets uppväxt hade lägre disponibel inkomst, framför allt då en förälder – och särskilt en far – avlidit i cancer (Figur 18). Även en förälders långvariga sjukhusvistelse medförde en försämring av familjens ekonomiska resurser, med lägre inkomst och högre andel med försörjningsstöd (Figur 18 och 19).



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

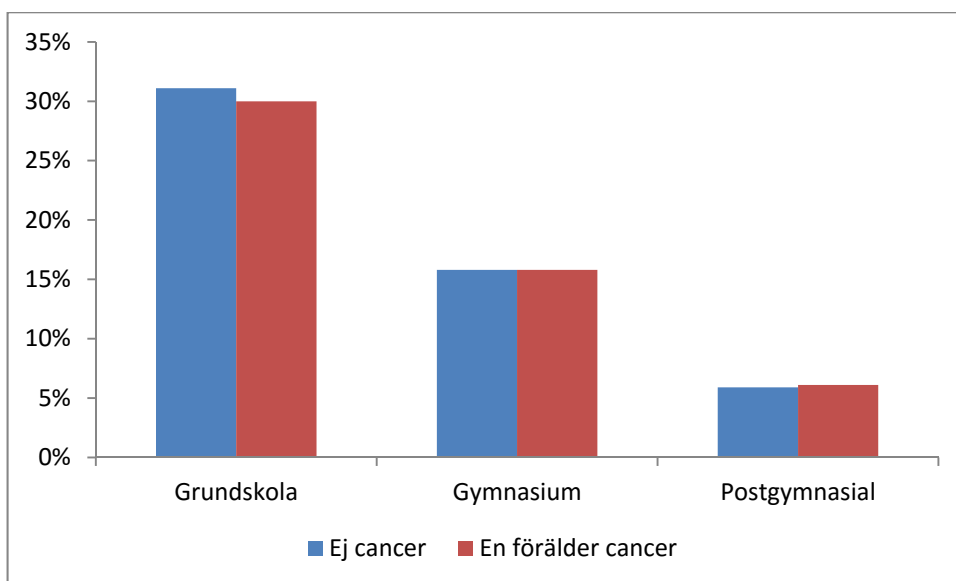


Figur 19. Andel med försörjningsstöd i familjer med och utan cancer hos någon förälder. Justerat för moderns ålder, föräldrars högsta utbildning samt förekomst av försörjningsstöd under barnets födelseår.

Skolprestationer i grundskola och gymnasium

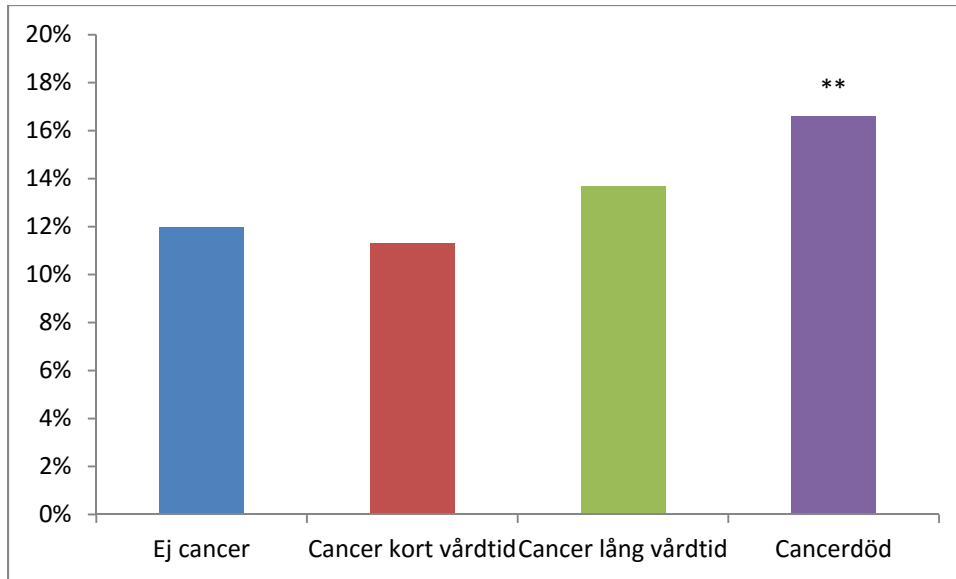
Genomsnittliga meritvärden och gymnasiebehörighet från grundskolans årskurs 9

Flickor hade högre genomsnittligt meritvärde än pojkar (221,8 respektive 199,7) och det var fler pojkar än flickor som gick ut årskurs 9 utan gymnasiebehörighet (13,3 procent mot 10,6 procent). Som figur 20 visar var skillnaden i uppnådd gymnasiebehörighet mycket stor mellan barn till föräldrar med olika utbildningsnivå. I de följande analyserna av skolprestation tar vi hänsyn till detta genom att justera för föräldrars utbildningsnivå.

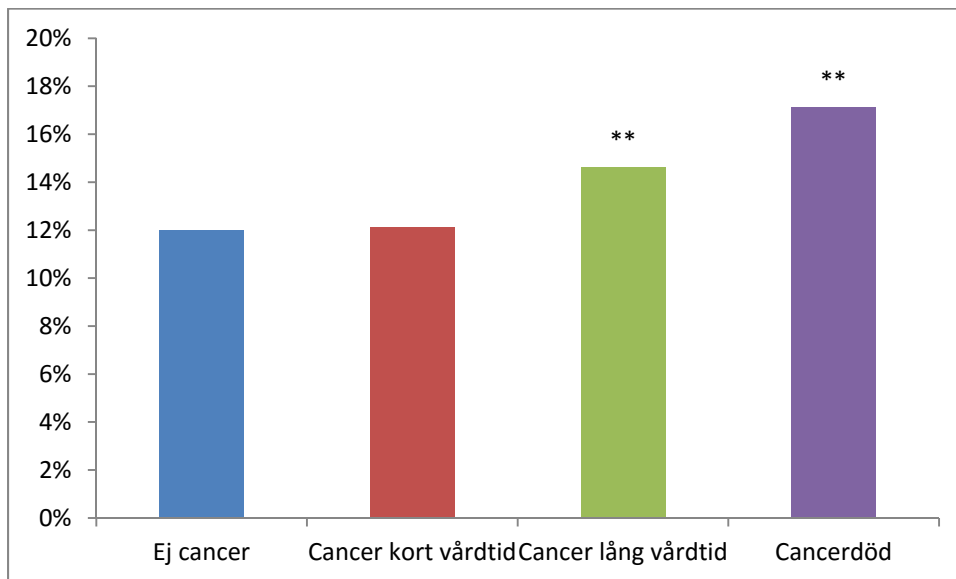


Figur 20. Procent utan gymnasiebehörighet från årskurs 9 efter föräldrars högsta utbildning, standardiserat för födelseår, kön och moderns ålder.

Då en förälder avlidit i cancer var det vanligare att barnet gått ut årskurs 9 utan uppnådd gymnasiebehörighet. Då en mor avlidit var det 39 procent fler utan gymnasiebehörighet och då en far avlidit 43 procent fler (Figur 21a och 21b). Även barn till fäder som vårdats under en längre tid på sjukhus hade i lägre utsträckning behörighet till gymnasiet.

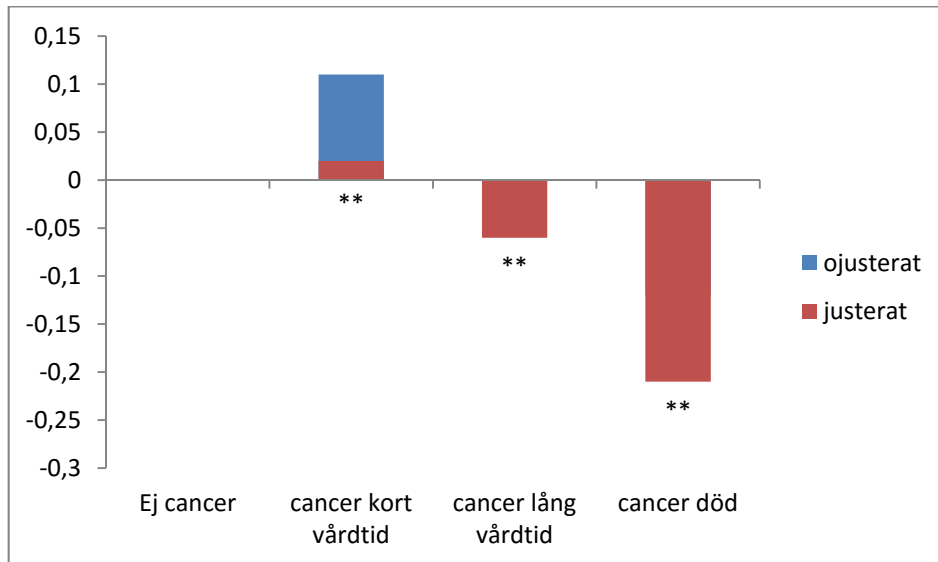


Figur 21a. Procent utan gymnasiebehörighet från årskurs 9, mor diagnostiserad med cancer, standardiserat för födelseår, kön, moderns ålder och faderns utbildning.

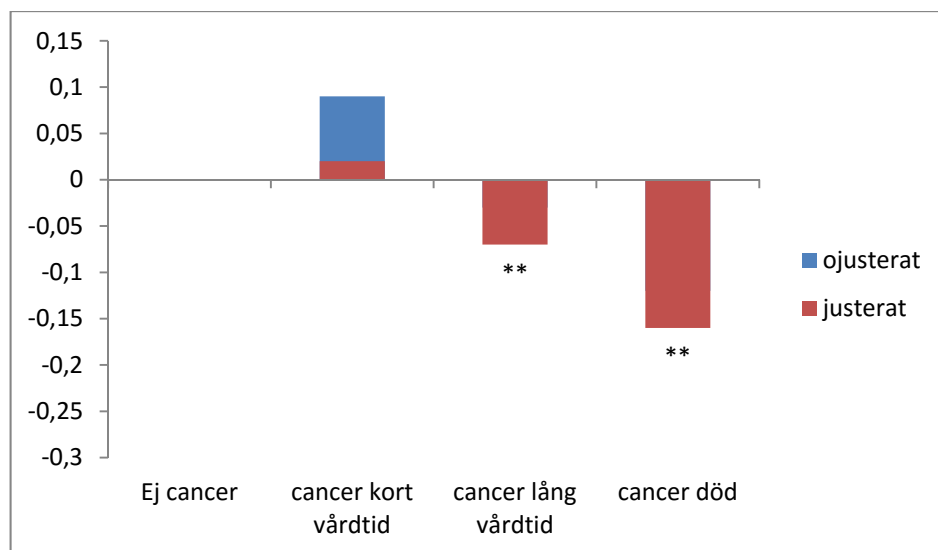


Figur 21b. Procent utan gymnasiebehörighet från årskurs 9, fader diagnostiserad med cancer, standardiserat för födelseår, kön, moderns ålder och utbildning.

Figur 22a och 22b visar resultaten från linjära regressioner av genomsnittliga meritvärden (uttryckt som Z-värden) hos barn till föräldrar som diagnostiserats med cancer, jämfört med övriga barn i studiepopulationen. Lägre genomsnittliga betyg sägs för barn till föräldrar som varit inlagda en längre tid på sjukhus eller som avlidit av cancer.

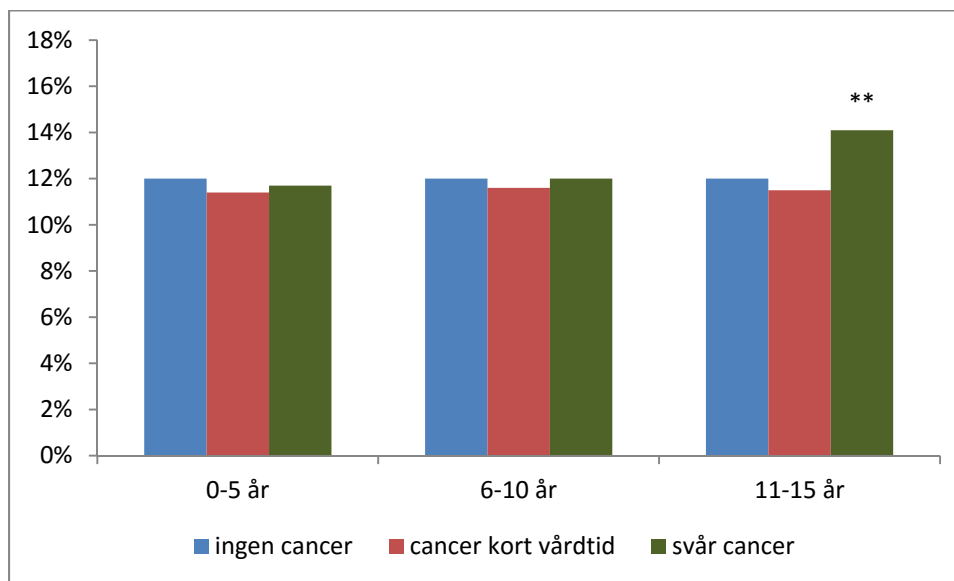


Figur 22a. Linjära regressioner av genomsnittliga meritvärden uttryckt som Z-scores hos barn till mödrar med cancer jämfört med barn till föräldrar utan cancer. Justerat för kön födelseår, moderns ålder och faderns högsta utbildning.

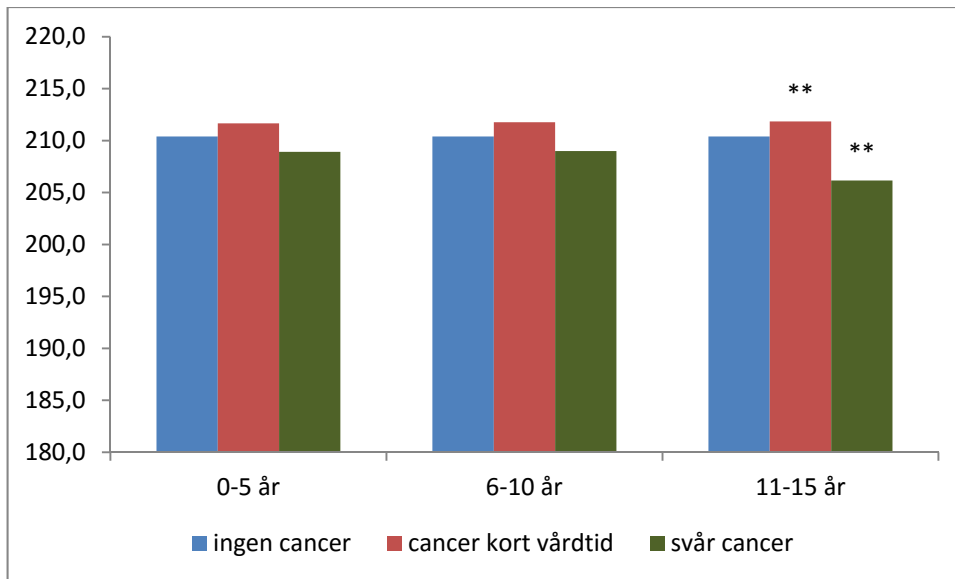


Figur 22b. Linjära regressioner av genomsnittliga meritvärden uttryckt som Z-scores hos barn till fäder med cancer i jämförelse med barn till föräldrar utan cancer. Justerat för kön födelseår, moderns ålder och högsta utbildning.

I analyser av betydelsen av barnets ålder vid föräldrarnas cancerdiagnos sågs lägre skolprestationer framför allt hos de barn som var i tonåren när föräldern diagnosticerades med cancer (Figur 23a och 23b). Bland barn till föräldrar som drabbats av svår cancer, dvs då en förälder vårdats under en längre tid på sjukhus eller avlidit till följd av cancer, var det 20 procent vanligare (OR=1,2, 95 % CI 1,1–1,3) att inte ha uppnått gymnasiebehörighet, då detta inträffade då barnet var i åldrarna 11–15 år, i jämförelse med åldrarna 0–10 år.



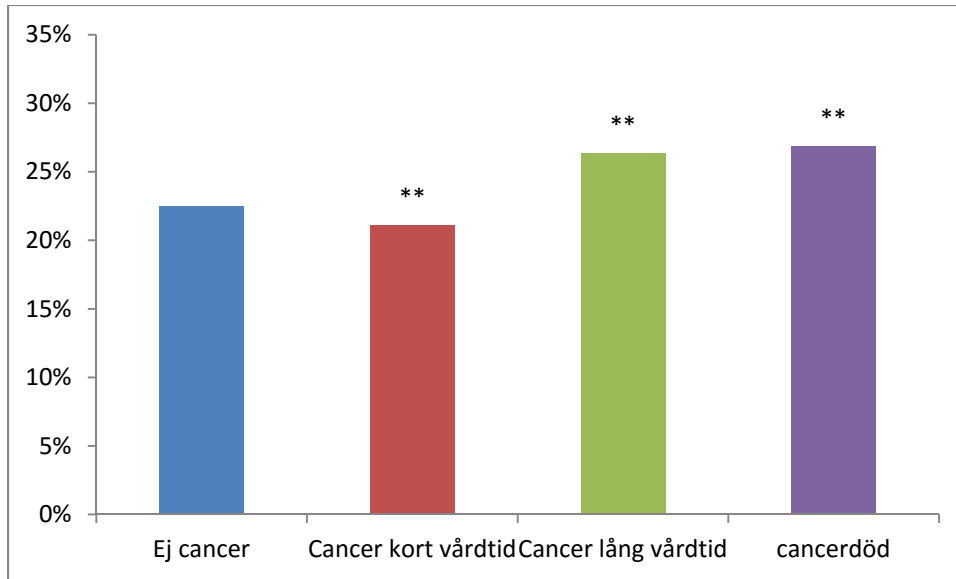
Figur 23a. Procent utan gymnasiebehörighet från årskurs 9, efter barnets ålder vid föräldrarnas cancerdiagnos.



Figur 23b. Genomsnittliga meritvärden från årskurs 9, efter barnets ålder vid föräldrarnas cancerdiagnos.

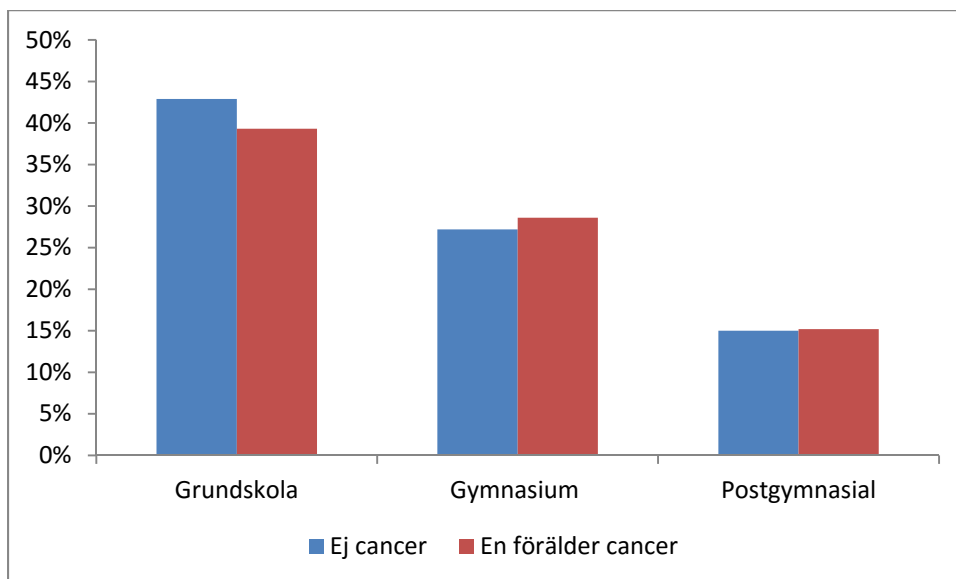
Gymnasiet

I studiepopulationen hade 25 procent av pojkarna och 20 procent av flickorna inte gått ut gymnasiet. Det var vanligare att barn till föräldrar som vårdats under en längre tid på sjukhus eller som avlidit i cancer inte avslutat ett gymnasieprogram (Figur 24). I jämförelse med övriga barn var ökningen av andelen som inte uppnådde gymnasiekompetens ungefär lika stor bland barn till föräldrar med lång vårdtid (17 procent) som bland barn till föräldrar som avlidit i cancer (19 procent).



Figur 24. Andel som inte avslutat ett gymnasieprogram, standardiserat för födelseår, kön, föräldrars utbildning och moderns ålder.

Analyserna justerades för skillnader i föräldrars utbildningsnivå då vi såg en tydlig skillnad i hur många som gått ut gymnasiet i förhållande till föräldrars utbildningsnivå (Figur 25).



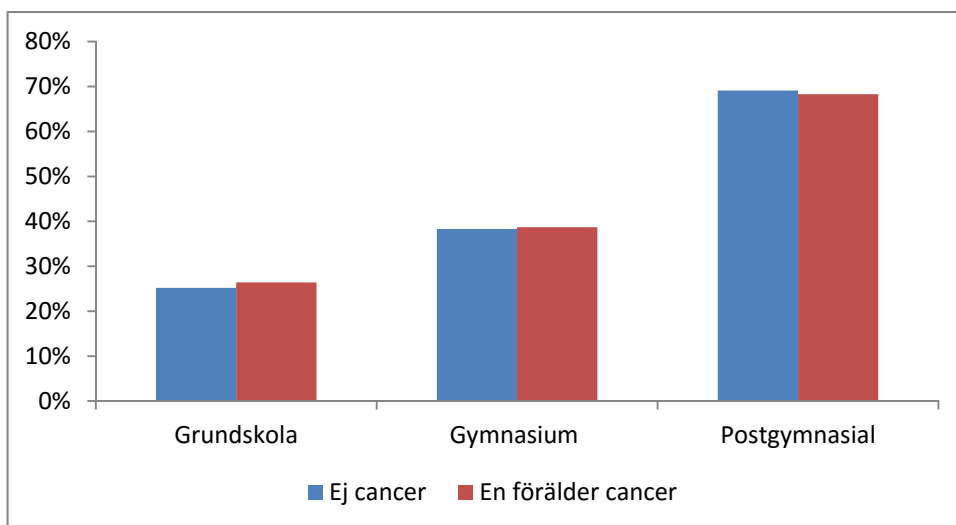
Figur 25. Andel som inte avslutat ett gymnasieprogram efter föräldrars högsta utbildningsnivå, standardiserat för födelseår, kön och moderns ålder.

Utbildning, arbete och inkomster i ung vuxen ålder

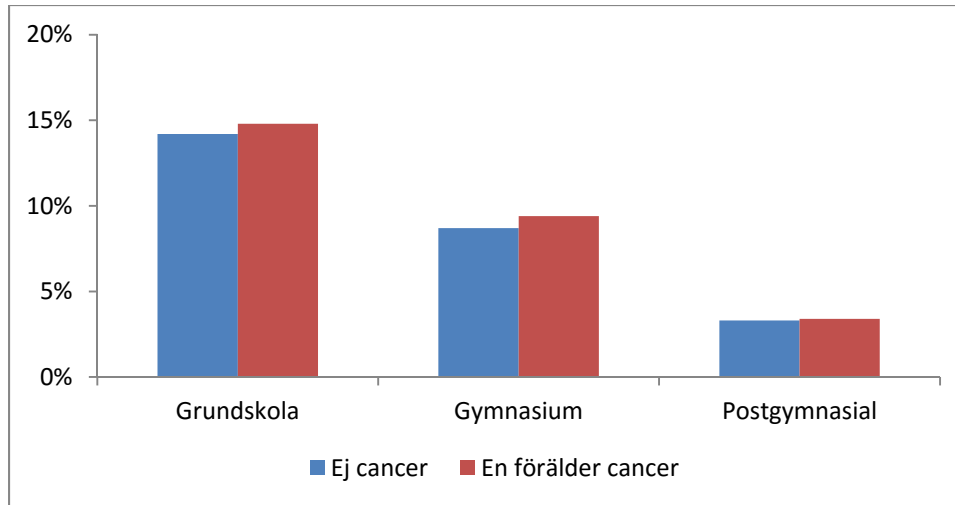
Bland de 871 397 personer födda 1973–1982 som följdes fram till ung vuxen ålder var 4,1 procent med om att en förälder diagnostiserades med cancer före deras 18-årsdag och 1,1 procent var med om att den föräldern avled på grund av sin cancersjukdom. Att föräldrar blir allt äldre när de får barn kan vara en del av förklaringen till den högre förekomsten av cancer (5,6 procent) hos föräldrar bland barn födda 1990–1992 (s. 14) jämfört med dem födda 1973–1982.

Utbildning

Fler kvinnor (56 procent), än män (40 procent) hade avslutat en postgymnasial utbildning år 2012 och skillnaderna i utbildningsnivå var stora mellan personer vars föräldrar hade låg respektive hög utbildningsnivå. Figur 26a och 26b visar andel med postgymnasial utbildning samt andel med endast grundskoleutbildning i förhållande till föräldrars utbildningsnivå.

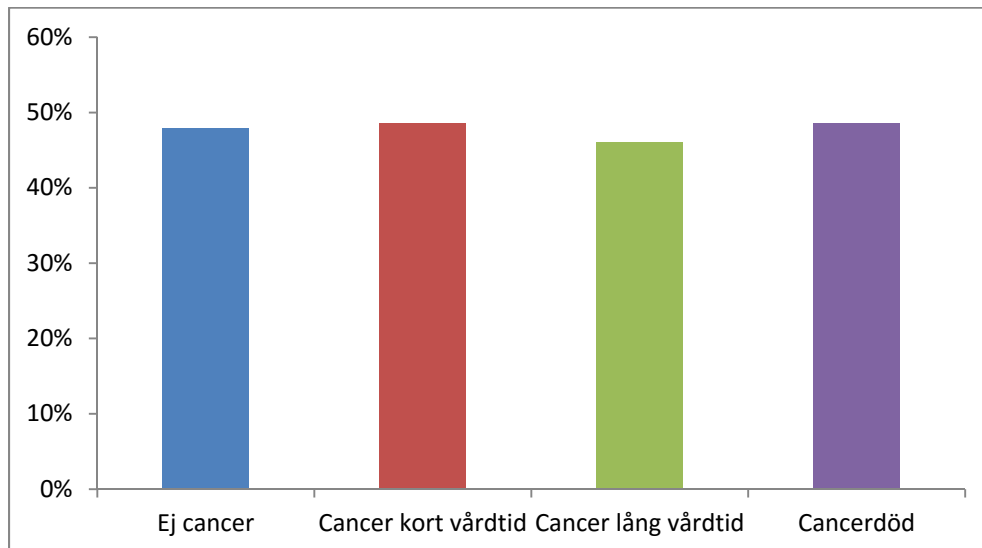


Figur 26a. Procent som avslutat en postgymnasial utbildning 2012 efter föräldrars högsta utbildningsnivå, standardiserat för kön och moderns ålder.

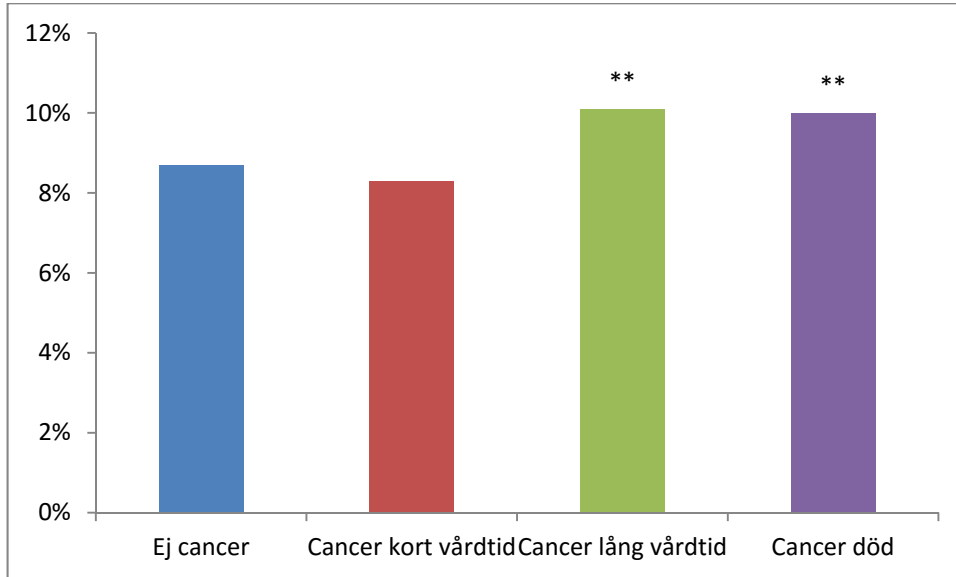


Figur 26b. Procent med endast grundskoleutbildning 2012, efter föräldrars högsta utbildningsnivå, standardiserat för kön och moderns ålder.

Som figur 27 visar var det lika vanligt bland barn till föräldrar med cancer som bland övriga barn i studiepopulationen att ha avslutat en postgymnasial utbildning. Det var däremot 16 procent fler som endast hade en grundskoleutbildning bland personer som under barndomen var med om att en förälder vårdats under en längre tid på sjukhus i samband med cancerdiagnosen och 15 procent fler bland dem vilkas föräldrar avlidit i cancer (Figur 28). Barnets ålder vid föräldrarnas cancerdiagnos påverkade inte denna ökade risk.



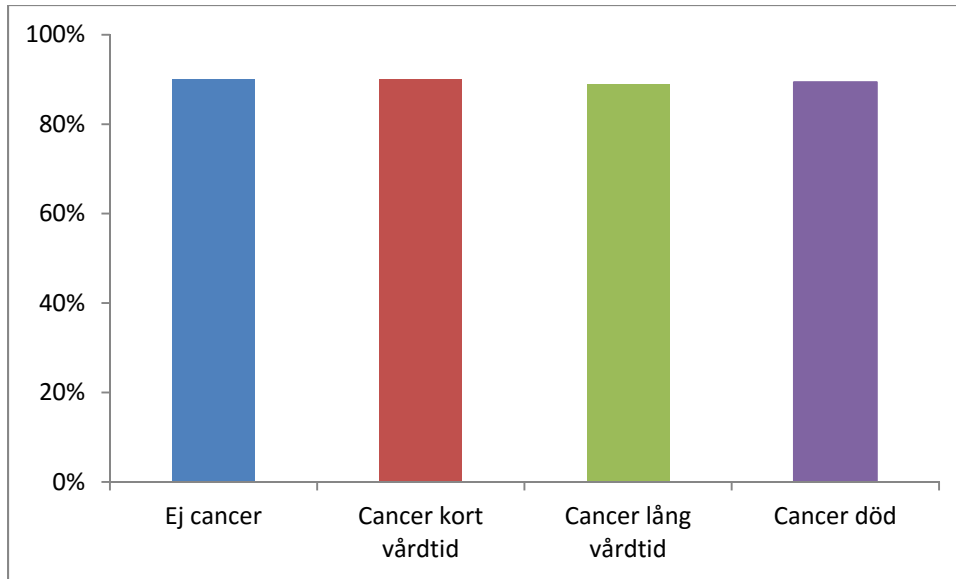
Figur 27. Procent som avslutat en postgymnasial utbildning 2012, efter föräldrarnas vårdtid, standardiserat för moderns ålder och föräldrars högsta utbildning.



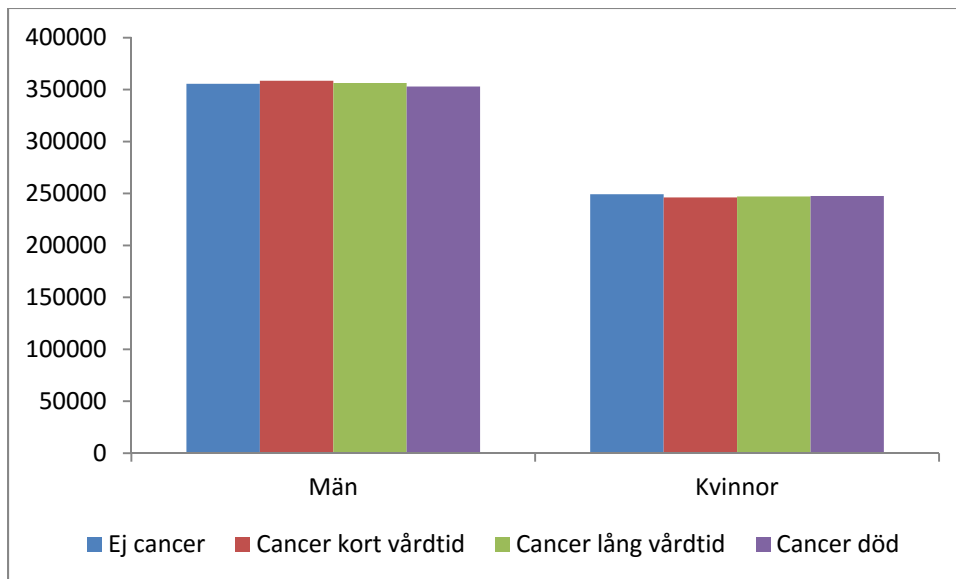
Figur 28. Andel med endast grundskoleutbildning efter föräldrarnas vårdtid, standardiserat för kön, moderns ålder och föräldrars högsta utbildning.

Arbete och inkomster

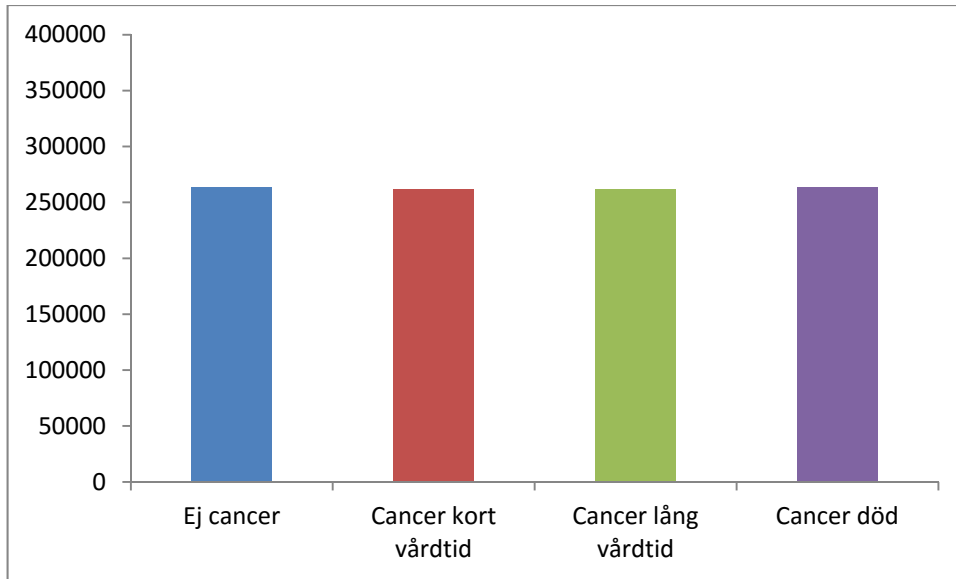
De allra flesta i studiepopulationen, runt 90 procent, arbetade under 2012 och vi såg inga skillnader mellan individer vars föräldrar diagnostiserats med cancer och övriga i studiepopulationen (Figur 29). Lika många män som kvinnor arbetade, men stora skillnader sågs mellan mäns och kvinnors genomsnittliga årsinkomst (Figur 30). Däremot sågs inga skillnader i löneinkomst (Figur 30) eller disponibel inkomst (Figur 31) mellan de två grupperna av individer med och utan erfarenhet av en förälders cancersjukdom under barndomen.



Figur 29. Procent som hade inkomst av anställning 2012, standardiserat för födelseår, kön, moderns ålder och föräldrars högsta utbildning.

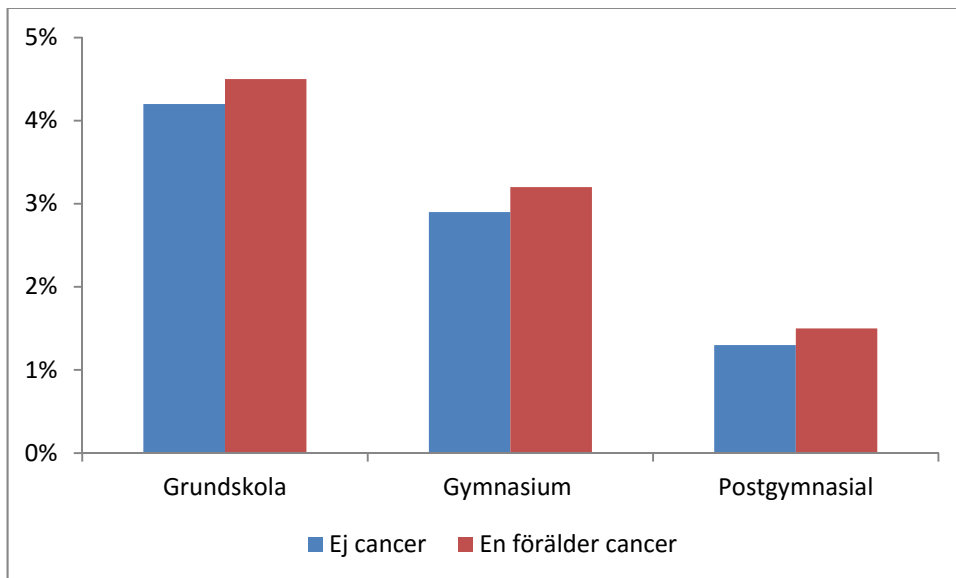


Figur 30. Genomsnittlig årsinkomst (kr) av lön för anställda för anställda 2012, standardiserat för födelseår, moderns ålder och föräldrars högsta utbildning.



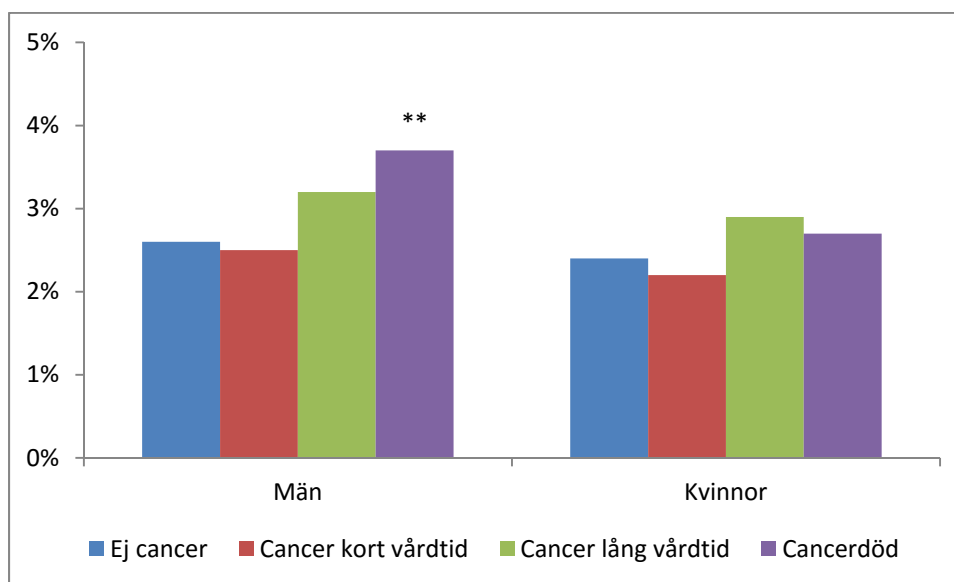
Figur 31. Genomsnittlig disponibel inkomst under 2012, standardiserat för födelseår, kön, moderns ålder och föräldrars högsta utbildning.

Andelen med försörjningsstöd i studiepopulationen var 2,5 procent med små skillnader mellan män och kvinnor. Däremot sågs stora skillnader i andel med försörjningsstöd mellan individer utifrån föräldrars utbildningsnivå (Figur 32).



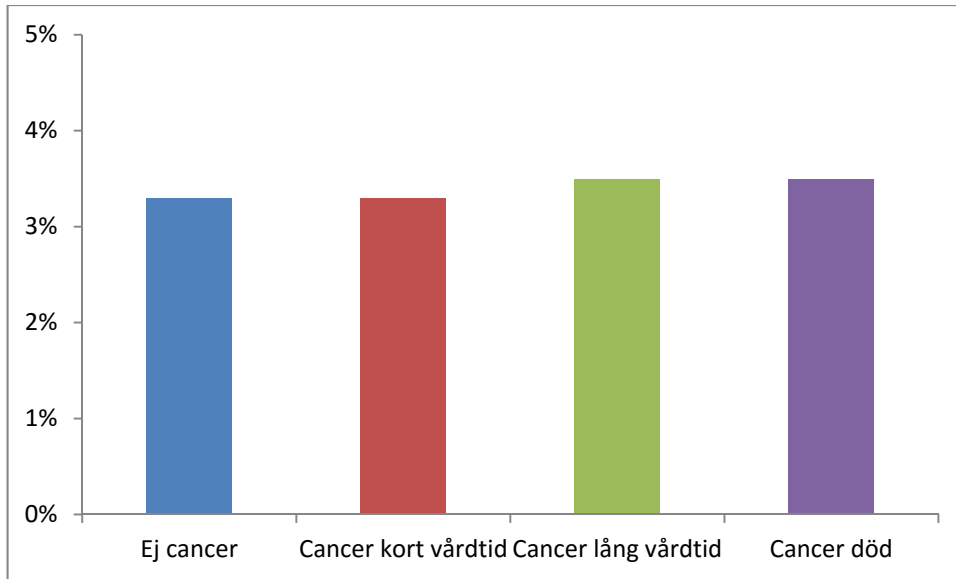
Figur 32. Procent som bodde i ett hushåll som fick försörjningsstöd under 2012 efter föräldrars högsta utbildningsnivå, standardiserat kön och moderns ålder.

Andelen med försörjningsstöd var 41 procent högre bland män som varit med om att en förälder avlidit i cancer, i jämförelse med övriga män i studiepopulationen (Figur 33).



Figur 33. Procent som bodde i ett hushåll som fick försörjningsstöd under 2012, efter föräldrarnas vårdtid, standardiserat för moderns ålder och föräldrars högsta utbildning.

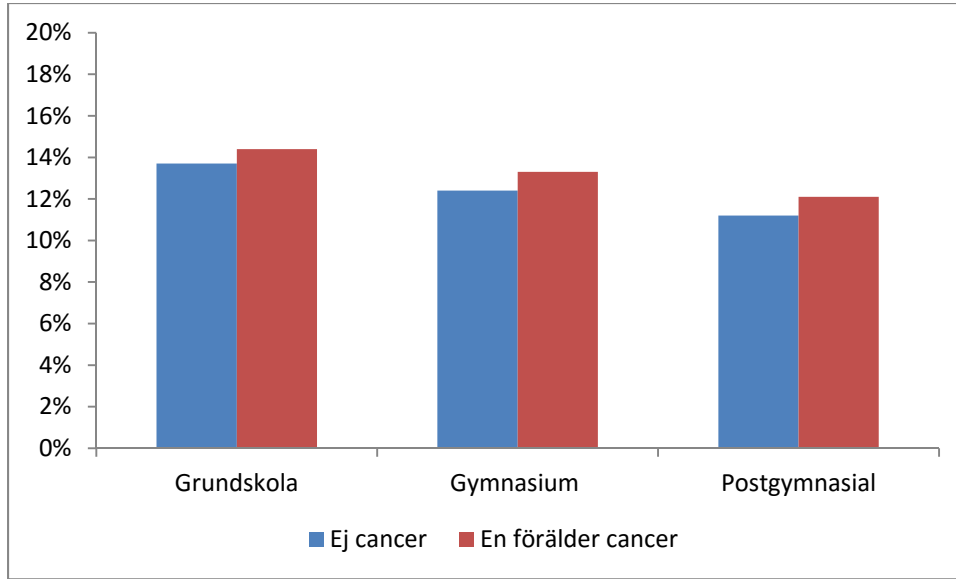
Inga skillnader noterades i ekonomisk ersättning från samhället på grund av långvarig sjukdom eller funktionshinder mellan personer vars föräldrar diagnostiserats med cancer och andra i studiepopulationen (34 procent).



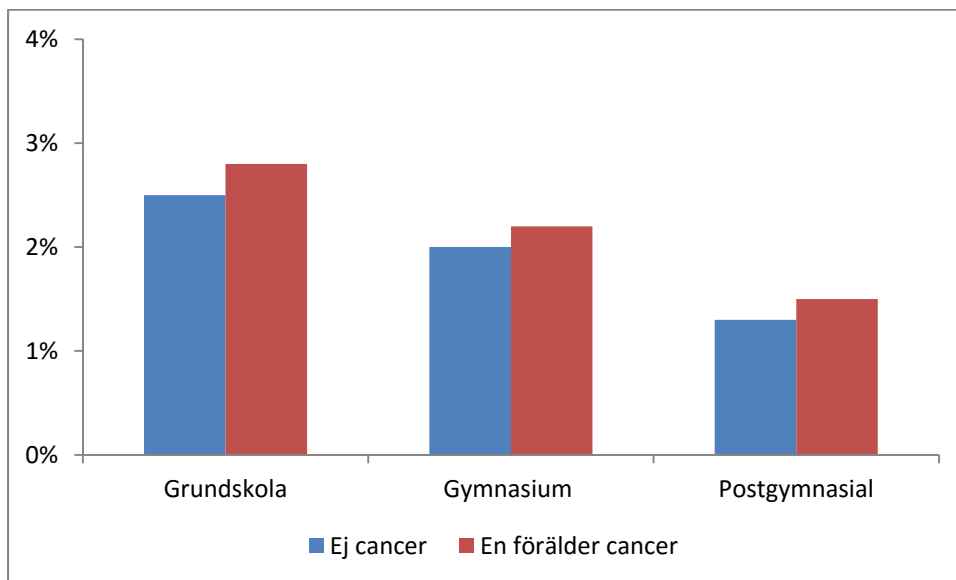
Figur 34. Förekomst år 2012 av minst en av förtidspension, handikappersättning eller >50 av disponibel inkomst utgjordes av ersättning från sjukersättning från Försäkringskassan, standardiserat för moderns ålder och föräldrars högsta utbildning.

Psykisk ohälsa

Psykiatrisk vård var vanligare bland kvinnor än bland män i hela studiepopulationen och också vanligare bland barn till föräldrar med kort jämfört med lång utbildning (Figur 35a). Särskilt tydliga var dessa skillnader för sjukhusvård för självmordsförsök/självorsakade skador (35b).



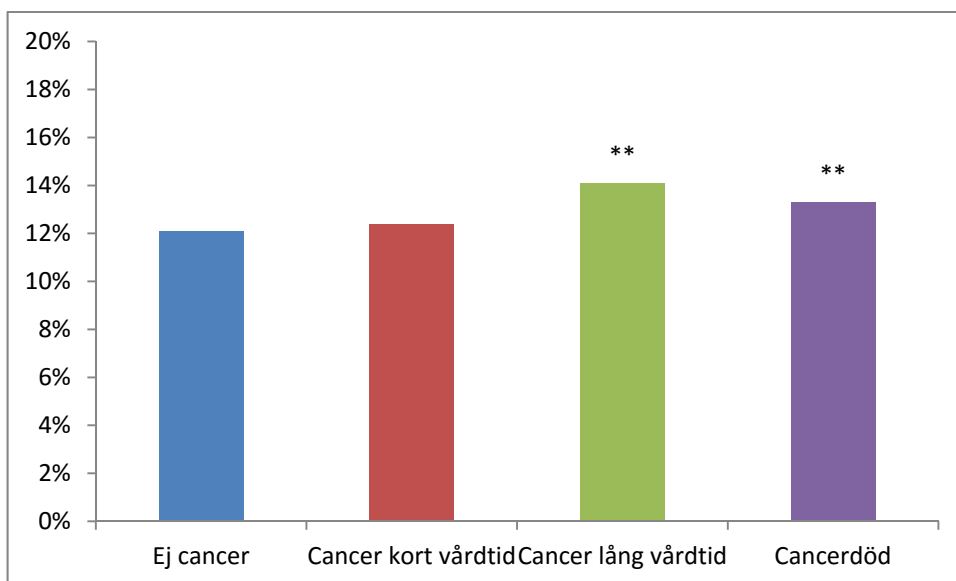
Figur 35a. Psykiatrisk öppen och/eller slutenvård från 18 års ålder efter föräldrars högsta utbildningsnivå, standardiserat för kön och moderns ålder.



Figur 35b. Sjukhusvård på grund av självmordsförsök efter 18 års ålder efter föräldrars högsta utbildningsnivå, standardiserat för kön och moderns ålder.

Psykiatrisk vård

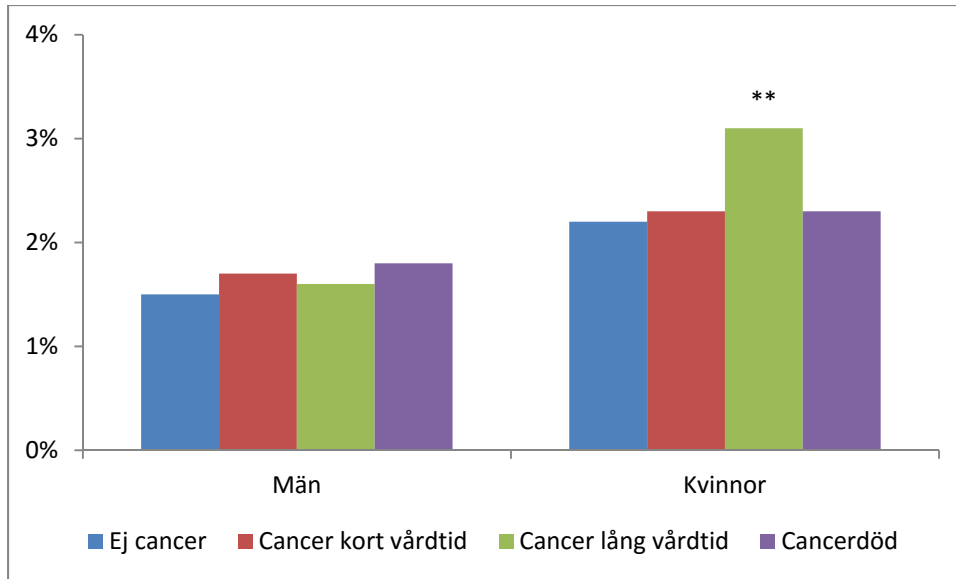
Psykiatrisk vård var 17 procent vanligare bland personer som under barndomen varit med om att en förälder vårdats på sjukhus under en längre tid och 10 procent vanligare då en förälder avlidit i cancer, i jämförelsen med barn till föräldrar som inte diagnostiserats med cancer (Figur 36).



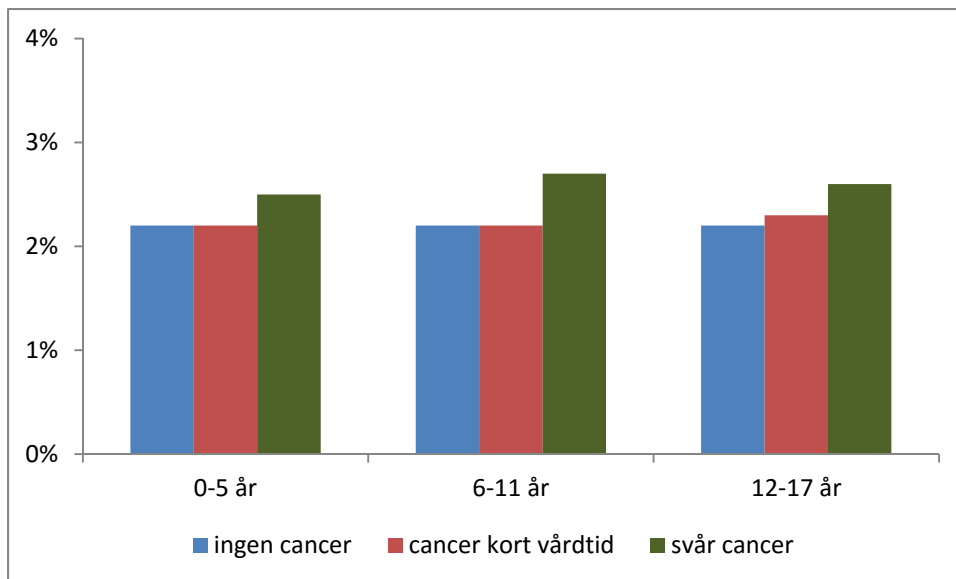
Figur 36. Psykiatrisk öppen och/eller sluten vård från 18 års ålder efter förälderns vårdtid, standardiserat för kön, moderns ålder och föräldrars högsta utbildning.

Självordsförsök/självorsakad skada

Kvinnor med erfarenhet av att en förälder vårdats på sjukhus under en längre tid i samband med en cancerdiagnos under barndomen hade en 37 procent större risk för att vårdas för självmordsförsök eller självorsakad skada mellan 18 och 40 års ålder (Figur 37). Vi såg inga skillnader för detta vad gällde barnets ålder då föräldern blev diagnostiserad med cancer (Figur 38).



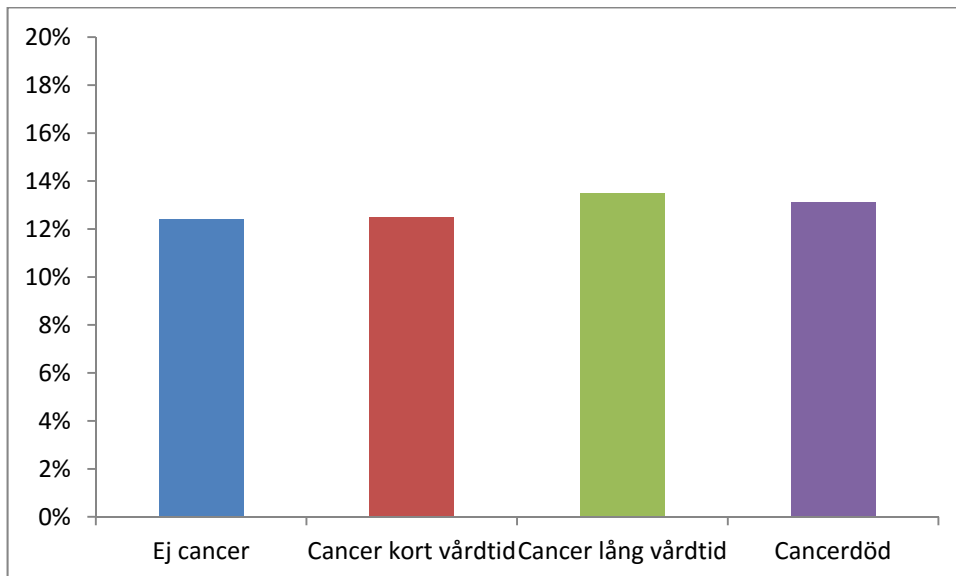
Figur 37. Sjukhusvård på grund av självmordsförsök efter 18 års ålder, efter förälderns vårdtid, standardiserat för moderns ålder och föräldrars högsta utbildning.



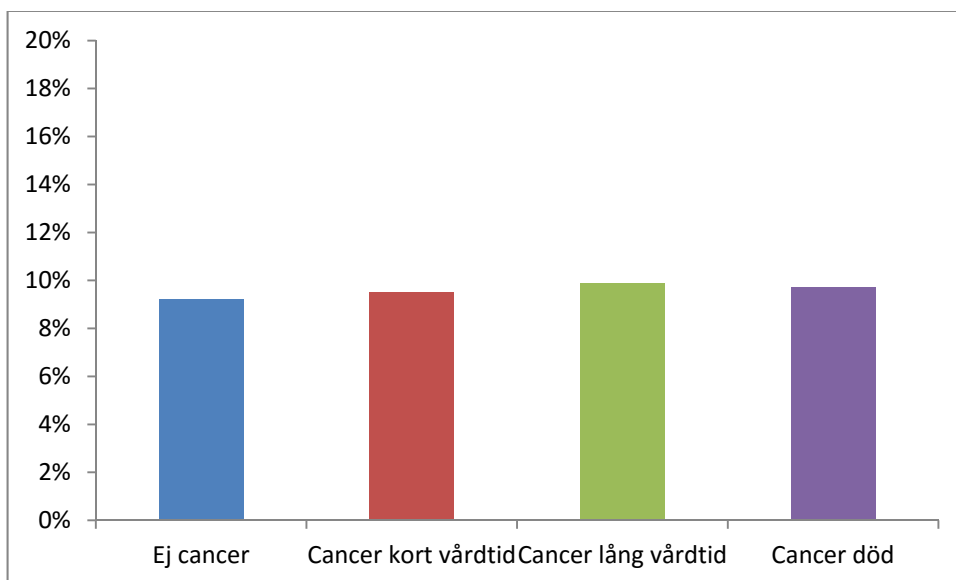
Figur 38. Sjukhusvård på grund av självmordsförsök efter 18 års ålder, efter barnets ålder vid förälderns cancerdiagnos.

Medicinering med psykofarmaka

Inga skillnader sågs mellan personer med eller utan erfarenhet av cancer hos en förälder vad gäller medicinering med något psykofarmaka (Figur 39) och antidepressiva läkemedel (Figur 40).



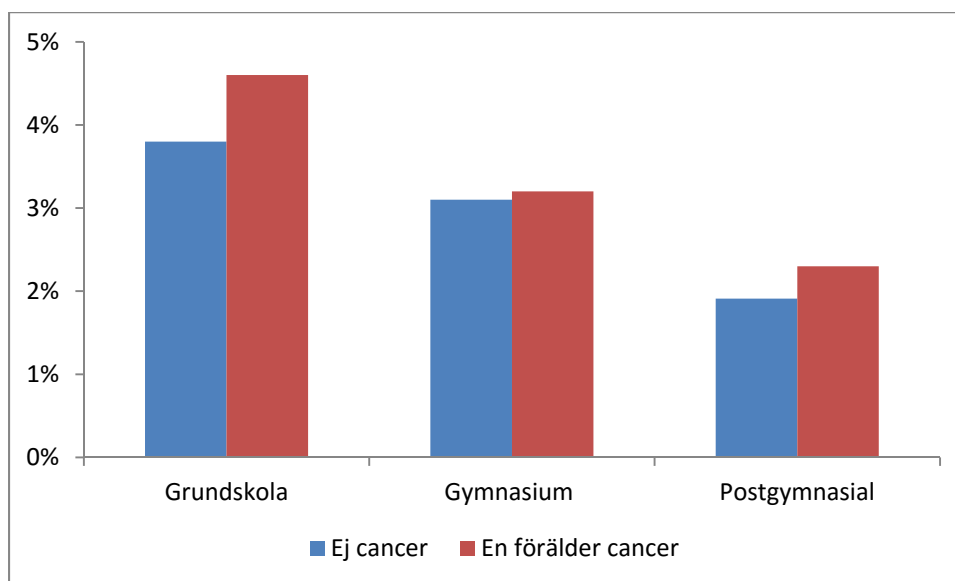
Figur 39. Medicinering med psykofarmaka under 2014 efter förälderns vårdtid, standardiserat för kön, moderns ålder och föräldrars högsta utbildning.



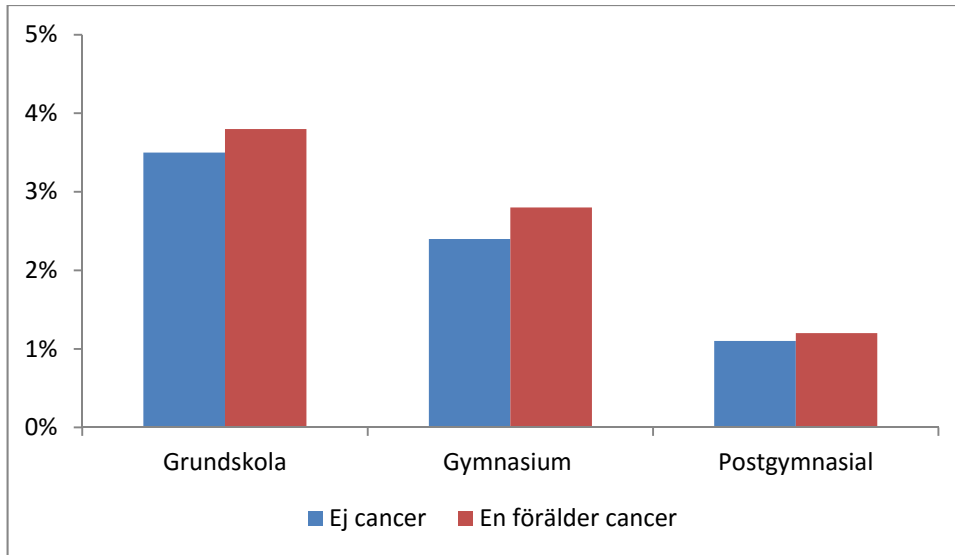
Figur 40. Antidepressiva under 2014, efter förälderns vårdtid, standardiserat för moderns ålder och föräldrars högsta utbildning.

Missbruk och kriminalitet

Missbruk och kriminalitet i ung vuxen ålder var vanligare bland män än bland kvinnor – tre och en halv procent av männen och två procent av kvinnorna hade vårdats på sjukhus med en alkohol- eller narkotikarelaterad diagnos och tjugofem procent av männen och sju procent av kvinnorna hade någon gång blivit dömda i domstol för ett brott. Även här sågs ett tydligt socioekonomiskt mönster, där det var betydligt vanligare för barn till föräldrar med lägre utbildning att vårdas på sjukhus på grund av alkohol- eller narkotikamissbruk och att dömas för ett brott (Figur 41a och 41b).

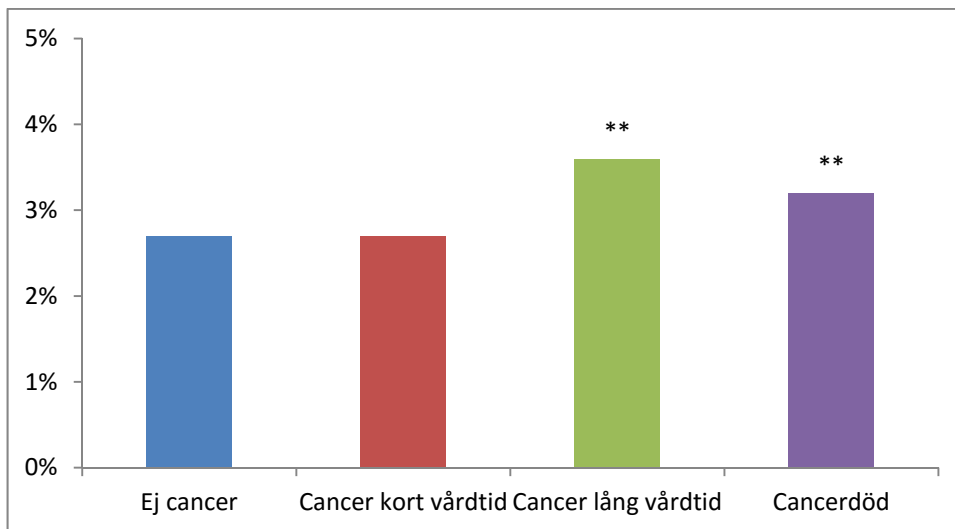


Figur 41a. Inneliggande och/eller öppen vård på sjukhus med diagnos som indikerar alkohol eller narkotikamissbruk, standardiserat för kön, moderns ålder, efter föräldrars högsta utbildningsnivå.



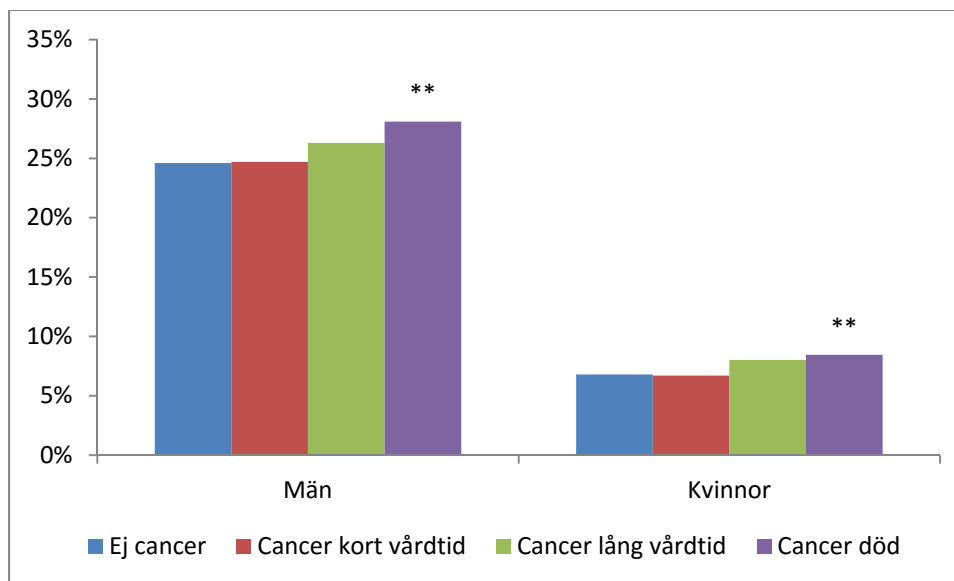
Figur 41b. Procent som dömts till fängelse, rättspsykiatrisk vård eller skyddstillsyn som påföljd efter 18 års ålder, standardiserat för kön, födelseår moderns ålder, efter föräldrars högsta utbildningsnivå.

Alkohol- eller narkotikamissbruk var 33 procent vanligare bland personer som under barndomen varit med om att en förälder vårdats under en längre tid på sjukhus i samband med en cancerdiagnos (Figur 42). Då en förälder avlidit i cancer var alkohol- eller narkotikamissbruk 19 procent vanligare, i jämförelse med personer utan denna erfarenhet.

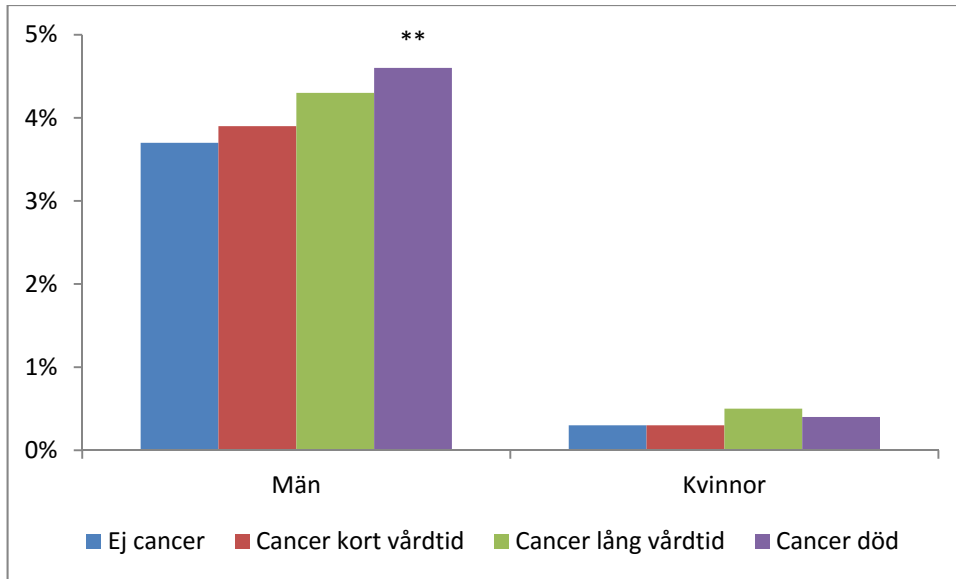


Figur 42. Inneliggande och/eller öppen vård på sjukhus med diagnos som indikerar alkohol- eller narkotikamissbruk efter föräldrars vårdtid, standardiserat för födelseår, moderns ålder och föräldrars högsta utbildning.

Att ha blivit dömd i domstol för ett brott var 14 procent vanligare bland män och 25 procent vanligare bland kvinnor som varit med om att en förälder avlidit i cancer under barn-
domen, i jämförelse med referensgruppen (Figur 43). För män var betydande kriminalitet 25 procent vanligare då förälder avlidit till följd av sjukdomen, i jämförelse med övriga
män i studiepopulationen (Figur 44).

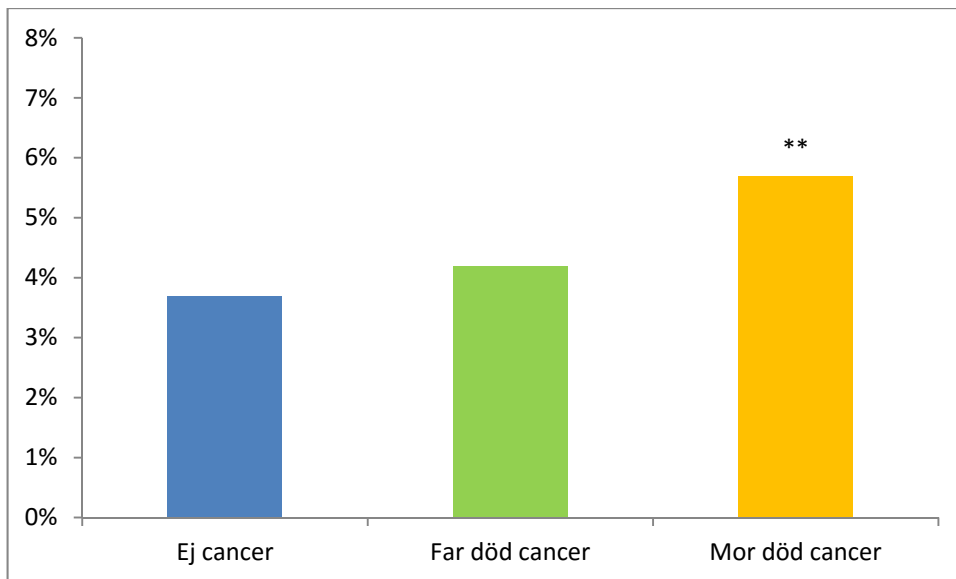


Figur 43. Procent som dömts i domstol för ett brott, efter förälderns vårdtid, standardiserat för moderns ålder och föräldrars högsta utbildning.



Figur 44. Procent som dömts till fängelse, rättspsykiatrisk vård eller skyddstillsyn som påföljd, efter 18 års ålder, standardiserat för moderns ålder och föräldrars högsta utbildning.

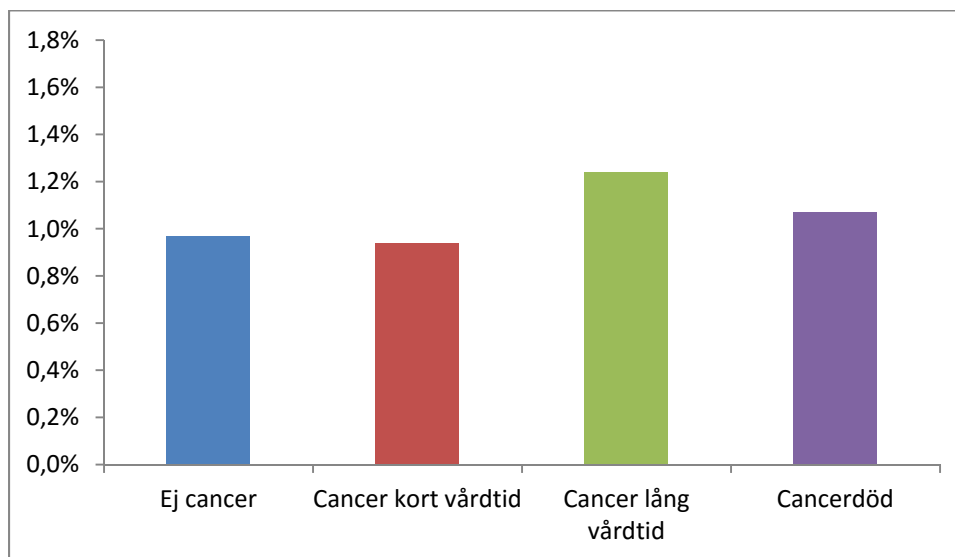
Figur 45 visar att en moders död i cancer medförde en större riskökning för män än en faders död.



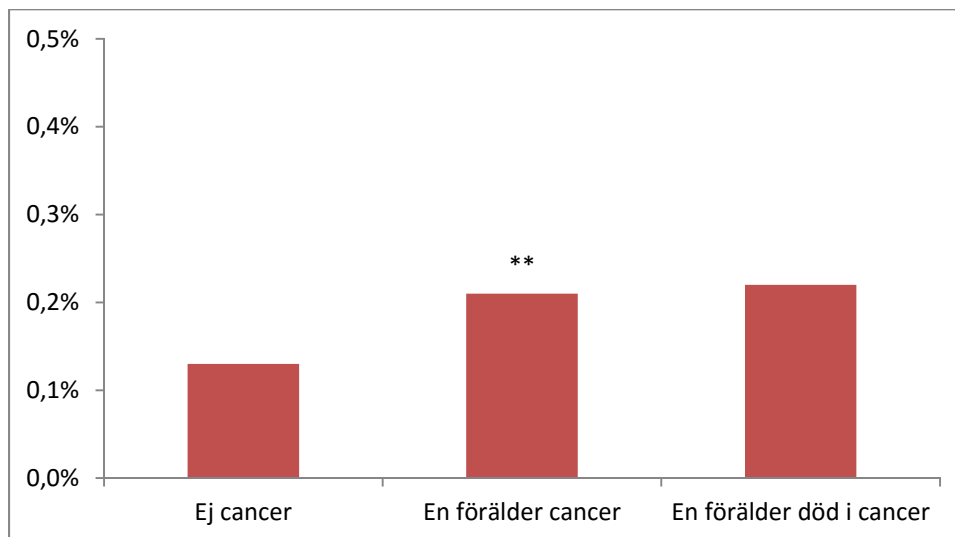
Figur 45. Procent bland män som dömts till fängelse, rättspsykiatrisk vård eller skyddstillsyn som påföljd efter 18 års ålder, standardiserat för föräldrars ålder och högsta utbildning.

Mortalitet efter 18 års ålder

En tendens till en ökad dödlighet i åldern 18 till 30–40 års ålder noterades (Figur 46), en ökning som dock inte var statistiskt säkerställd. Detta förklarades av att risken att själv dö i cancer var 62 procent högre då en förälder diagnostiserats med cancer och 69 procent vanligare då en förälder avlidit i cancer (Figur 47).



Figur 46. Total Mortalitet efter 18 års ålder efter föräldrars vårdtid, standardiserat för moderns ålder och föräldrars högsta utbildning.



Figur 47. Död i cancer efter 18 års ålder, standardiserat för moderns ålder och föräldrars högsta utbildning.

Diskussion

I denna rapport, baserad på information från nationella register, har vi beskrivit hälsa, utbildning och sociala levnadsvillkor under ungdomsåren och det tidiga vuxenlivet för personer som under sin barndom upplevt att en förälder drabbats av cancer. Cancer är inte *en* sjukdom, utan många olika cancersjukdomar, med varierande orsak, svårighetsgrad och prognos. Våra resultat speglar detta på ett tydligt sätt. Konsekvenserna för barnen är direkt avhängiga cancersjukdomens svårighetsgrad. Konsekvenserna 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 barnen till föräldrar med cancer. För övriga personer vars förälder drabbats av en cancersjukdom kunde vi inte identifiera några betydande negativa långsiktiga konsekvenser.

Högre ålder ökar risken att drabbas av flertalet cancersjukdomar. Detta medför att barn till föräldrar som drabbas av cancer oftare än andra har föräldrar med en lång utbildning, eftersom lång utbildning genomsnittligt leder till att föräldraskapet skjuts upp till högre åldrar. Detta gäller i särskilt hög utsträckning om det är modern som diagnostiseras med cancer, eftersom den vanligaste formen av cancer hos kvinnor, bröstcancer, i högre grad drabbar kvinnor med lång utbildning än kvinnor med kort utbildning (Socialstyrelsen, 2011). När det gäller cancerdöd hos föräldrar var risken däremot tvärtom högre för lågutbildade föräldrar. På ett liknande sätt finns inga identifierbara skillnader i cancerdöd hos föräldrar mellan barn som växer upp på landsbygden och i staden, och inte heller hos barn med svenskt respektive utländskt ursprung i vår undersökning, medan det finns skillnader i förekomst av cancerdiagnos mellan dessa olika grupper. Vi kan endast spekulera i vad som förklarar den ökade överlevnaden i vissa cancersjukdomar hos högutbildade föräldrar som ligger bakom den sociala diskrepansen mellan och död i cancersjukdom hos föräldrarna i studien. Socialstyrelsen (2011) har beskrivit att de sociala skillnaderna i överlevnad är särskilt påtagliga när det gäller lungcancer, malignt melanom, bröstcancer och prostatacancer, och pekar t ex på sociala skillnader i deltagande i screeningundersökningar (för prostata- och bröstcancer), och rökvanor (för lungcancer), för att förklara dessa skillnader.

Åldersfaktorn för cancersjukdom hos föräldrar leder också till att det i första hand är föräldrar till tonåringar som drabbas av cancer. Under tonåren läggs grunden till den framtida utbildningskarriären. Våra resultat pekar på att en förälders svåra cancersjukdom ofta leder till att skolbetygen i årskurs 9 blir sämre än de skulle ha varit annars och att risken att inte uppnå gymnasiekompetens ökar. Vi kunde dock inte identifiera någon negativ konsekvens av detta när det gäller arbete eller inkomster vid uppföljningen vid 30–40 års ålder, vilket ändå talar för att flertalet hämtar igen den förlust av "anställningsbarhet" som utbildningstappet i samband med föräldrarnas sjukdom medför. Ett litet observandum här är dock den måttligt förhöjda andelen som tagit emot försörjningsstöd bland männen som förlorat en förälder i cancerdöd.

De mest påtagliga negativa konsekvenserna i vuxen ålder hos barn till föräldrar med svår cancersjukdom var en ökad risk för missbruk och kriminalitet, med riskökningar i storleksordningen 25–33 procent för män och något lägre nivåer för kvinnor. Då dessa problem har en stark koppling till skolmisslyckande (Socialstyrelsen, 2010) är det troligt att de negativa konsekvenserna för skolprestationer av en förälders svåra cancersjukdom bidrar till denna riskökning.

En riskökning med 10–27 procent noterades också för psykiatrisk vårdkonsumtion hos personer i 18 till 30–40 års ålder vars förälder drabbats av en svår cancersjukdom, men ingen ökad psykofarmakakonsumtion. En aktuell översikt av den vetenskapliga litteraturen angående psykosociala konsekvenser av en förälders cancersjukdom i samband med själva sjukdomsperioden visar också överlag små skillnader jämfört med andra ungdomar. Barn till föräldrar med psykiatrisk problematik, vanligen depression, och föräldrar med svår cancersjukdom beskrivs dock vara särskilt sårbara (Krattenmacher et al., 2012). Inte heller barns hälsorelaterade livskvalitet har beskrivits vara påtagligt sämre än andra barn i samband med en förälders cancersjukdom (Kuhne et al., 2012). I en svensk studie med en enkät som besvarades av över 600 unga vuxna som förlorat en förälder i cancer under tonåren noterades en fördubblad risk för självskadande beteende under åren efter föräldrarnas död jämfört med andra jämnåriga (Bylund Grenklo et al., 2013). Risken var särskilt stor för ungdomar med mindre tillfredställande stöd från sitt familjenätverk och bristande förtroende för den vård som den döende föräldern fick (Bylund Grenklo et al., 2014). I denna studie, där vi hade en längre uppföljningstid, kunde vi inte bekräfta detta samband i sjukhusvårdade fall av självskador hos personer vars förälder avlidit i en cancersjukdom. Där emot noterades ett sådant samband hos kvinnor vars förälder överlevt cancersjukdom efter lång vårdtid på sjukhus.

Frånsett denna ökade risk för sjukhusvård för självmordsförsök/självskadande beteende hos kvinnor och en ökad risk för att vara mottagare av försörjningsstöd hos män i 30–40 årsåldern så var konsekvenserna av en förälders cancersjukdom för män och kvinnor snarlika i resultaten.

Våra analyser visar att en förälders cancersjukdom, oavsett om den är svår eller inte, ökar risken för att en person själv ska avlida i cancer. I vår studie var riskökningen efter 18 års ålder upp till 30–40 års ålder cirka 62 procent för en cancerdiagnos och 69 procent för cancerdöd hos förälder. Detta kan både bero på att en del cancerformer har en genetisk komponent (Hosking, Dobbins, & Houlston, 2011) och att barn och föräldrar som delar livsstil och boendemiljö kan exponeras för liknande miljöfaktorer som ökar risken för cancer. En svensk studie (Chen et al., 2015) har visat att den ökade cancerdödligheten hos barn till föräldrar som diagnostiseras med cancer också gäller före 18 års ålder.

Resultaten talar inte för att familjens sociala bakgrund påverkar konsekvenserna av en förälders svåra cancersjukdom på något mer betydelsefullt sätt när det gäller barnets utbildning, arbete, psykiatriska vårdkonsumtion, missbruk eller kriminalitet.

Studiens begränsningar

Psykisk ohälsa är ett vitt begrepp som kan beteckna en svår kronisk psykisk sjukdom som schizofreni såväl som en ökad förekomst av perioder av nedstämdhet och i övrigt psykiskt välbefinnande. 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 den stress som en svår cancersjukdom hos en 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 i samband med en förälders cancersjukdom krävs studier med andra metoder, vanligen intervjuer eller enkäter. Några sådana studier finns rapporterade i den vetenskapliga litteraturen, också från Sverige, men det är angeläget att fler sådana studier genomförs för att ge ett bättre underlag för insatser för barn till föräldrar som drabbas av svåra långvariga fysiska sjukdomar.

Vår studie visar på en ökad risk för barn till föräldrar som drabbas av cancer att själva drabbas av cancer. Att identifiera individer som har en genetiskt ökad risk att drabbas av cancer, för att på så sätt kunna intervensera tidigt eller erbjuda riktad screening, diskuteras idag i först hand för bröstcancer (Jackson & Chester, 2015), men kan inom en nära framtid troligen bli aktuell för en del andra cancerformer (Jackson & Chester, 2015).

Denna studie baseras på en uppföljning i ung vuxen ålder av personer födda på 1970- och början av 1980-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 många cancersjukdomar minskat påtagligt genom bättre behandlingsmetoder. Samtidigt har föräldrar genomsnittligt blivit äldre, vilket ökar risken för att föräldrar ska drabbas av cancer. Däremot är det inget som talar för att konsekvenserna av en förälders svåra cancersjukdom död har förändrats på samma sätt, eftersom något systematiskt stöd till barn i denna situation ännu inte etablerats på nationell nivå.

Implikationer

En mors 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. Fler av dessa barn än andra samhällsplacerade barn blev också kvar i samhällsvård under lång tid. En mors död i cancer ökade också risken för betydande kriminalitet och missbruk mer än en fars död. Sammantaget pekar detta på att det är särskilt angeläget med stöd från samhället när en mor drabbas av cancer i socialt sårbara familjer, och att samhället redan idag satsar betydande resurser på dessa barn.

Resultaten från denna rapport pekar på skolan som en angelägen arena för förebyggande åtgärder. Bristande skolprestationer i årskurs 9 och avsaknad av gymnasiekompetens var

en viktig konsekvens för barn till föräldrar med svår cancersjukdom. Vår studie pekar därför på vikten och nyttan av att ge förstärkt inlärningsstöd till barn till dessa föräldrar som har svårt att få detta stöd i hemmet, tillfälligt eller på längre sikt.

Ett viktigt resultat från denna studie är att konsekvenserna av en förälders cancersjukdom starkt hänger ihop med sjukdomens svårighetsgrad. För den tredjedel av barnen som har en förälder som vårdats minst en månad på sjukhus eller avlidit i en cancersjukdom finns en ökning av påtagliga negativa konsekvenser, såväl när det gäller utbildning, psykiatrisk vårdkonsumtion, missbruk som kriminalitet i vuxen ålder. Några ökade negativa konsekvenser hos barn till föräldrar med mildare former av cancersjukdom kan däremot knappast identifieras. Det är troligt att dessa skillnader i konsekvenser mellan svår och mer lindrig cancersjukdom är generaliserbara också till andra fysiska sjukdomar. Detta pekar på att resurser till stödinsatser till barn med föräldrar som har fysiska sjukdomar bör prioriteras till dem som har svåra långvariga sjukdomarna, medan barnens nätverk vanligtvis tycks klara att ge ett tillräckligt stöd när föräldrar drabbas av mer tillfälliga sjukdomar, även om de är potentiellt livshotade.

I tidigare rapporter från detta projekt har vi beskrivit konsekvenser för olika grupper av barn som anhöriga; barn till föräldrar med psykisk sjukdom och missbruk (Hjern et al, 2013; Hjern et al, 2014b) samt när föräldrar avlider (Hjern, 2014a). När man jämför dessa olika belastningar för barn så är otvetydigt de negativa konsekvenserna störst för barn till föräldrar med psykisk sjukdom och missbruk. Det är därför rimligt att dessa barn ges högst prioritet i det förebyggande arbetet för "Barn som anhöriga". Men även barn till föräldrar som avlider och barn till föräldrar med långvarig fysisk sjukdom, som svåra former av cancer, har negativa konsekvenser av sina föräldrars sjukdom som kan motivera särskilda insatser. För barn till föräldrar som drabbas av svåra, men kortvariga sjukdomar, förefaller dock behovet av insatser vara mindre angelägna om man ser till konsekvenserna på längre sikt.

Sammanfattningsvis visar denna femte CHESS-rapport om "Barn som anhöriga" på negativa förebyggbara konsekvenser i form av sämre skolprestationer och en ökad risk för framför allt missbruk och kriminalitet hos den tredjedel av barn till föräldrar som drabbas av cancersjukdomar som är så svår att de leder till döden eller sjukhusvård i mer än trettio dagar. För övriga två tredjedelar av dessa barn identifierades inga långsiktiga negativa konsekvenser bortsett från en egen ökad risk att drabbas av cancer.

Referenser

- 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**, 21.
- Bergstrom, M., Modin, B., Fransson, E., Rajmil, L., Berlin, M., Gustafsson, P. A., & Hjern, A. (2013). Living in two homes-a Swedish national survey of wellbeing in 12 and 15 year olds with joint physical custody. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *BMC Public Health*, *13*, 868. doi: 10.1186/1471-2458-13-868
- Bylund Grenklo, T., Kreicbergs, U., Hauksdottir, A., Valdimarsdottir, U. A., Nyberg, T., Steineck, G., & Furst, C. J. (2013). Self-injury in teenagers who lost a parent to cancer: a nationwide, population-based, long-term follow-up. *JAMA Pediatr*, *167*(2), 133-140. doi: 10.1001/jamapediatrics.2013.430
- Bylund Grenklo, T., Kreicbergs, U., Valdimarsdottir, U. A., Nyberg, T., Steineck, G., & Furst, C. J. (2014). Self-injury in youths who lost a parent to cancer: nationwide study of the impact of family-related and health-care-related factors. *Psychooncology*, *23*(9), 989-997. doi: 10.1002/pon.3515
- Cancerfonden. (2014). Cancerfundsrapporten 2014. Stockholm: Cancerfonden.
- Chen, R., Sjolander, A., Valdimarsdottir, U., Varnum, C., Almqvist, C., Ye, W., . . . Fang, F. (2015). Parental cancer diagnosis and child mortality--a population-based cohort study in Sweden. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Cancer Epidemiol*, *39*(1), 79-85. doi: 10.1016/j.canep.2014.11.011
- Hjern, A. Manhica, H (2013). Barn som anhöriga- hur många är de? Stockholm: CHES & NKA Barn som anhöriga 2013:1.
- Hjern, A., Berg, L., Rostila, M. & Vinnerljung, B. (2013). Barn som anhöriga- hur går det i skolan? Stockholm: CHES & NKA Barn som anhöriga 2013:3.
- Hjern, A., Arzat, A., Rostila, M. Berg, L. & Vinnerljung, B. (2014b). Hälsa och sociala livsvillkor hos unga vuxna som förlorat en förälder i dödsfall under barndomen Stockholm: CHES & NKA Barn som anhöriga 2014:3
- Hjern, A., Arzat, A & Vinnerljung, B. (2014a). Att växa upp med föräldrar som har missbruksproblem eller psykisk sjukdom – hur ser livet ut i ung vuxen ålder? Stockholm: CHES & NKA Barn som anhöriga 2014:4
- Hosking, F. J., Dobbins, S. E., & Houlston, R. S. (2011). Genome-wide association studies for detecting cancer susceptibility. [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *Br Med Bull*, *97*, 27-46. doi: 10.1093/bmb/ldq038
- Jackson, S. E., & Chester, J. D. (2015). Personalised cancer medicine. [Review]. *Int J Cancer*, *137*(2), 262-266. doi: 10.1002/ijc.28940
- Krattenmacher, T., Kuhne, F., Ernst, J., Bergelt, C., Romer, G., & Moller, B. (2012). Parental cancer: factors associated with children's psychosocial adjustment--a

systematic review. [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *J Psychosom Res*, 72(5), 344-356. doi: 10.1016/j.jpsychores.2012.01.011

Kuhne, F., Krattenmacher, T., Bergelt, C., Ernst, J. C., Flechtner, H. H., Fuhrer, D., . . . Moller, B. (2012). Parental palliative cancer: psychosocial adjustment and health-related quality of life in adolescents participating in a German family counselling service. *BMC Palliat Care*, 11, 21. doi: 10.1186/1472-684X-11-21

Socialstyrelsen. (2010). Social rapport. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2011). Cancer i Sverige- insjuknande och överlevnad utifrån regional och socioekonomisk indelning. Stockholm: Socialstyrelsen.

Rapporter Barn som anhöriga

Samverkan kring gravida med missbruksproblem: En studie av Mödra-Barnhälsovårdsteamet i Haga. Heimdahl, K & Karlsson, P. 2016:2. Nka, Linnéuniversitetet.

Barn till föräldrar med cancer – hur många berörs och vilka är konsekvenserna i ett livsloppsperspektiv? Berg, L & Hjern, A. 2016:1. Nka, Linnéuniversitetet.

Hälsoekonomisk analys FAS, Nka, Linnéuniversitetet. Ericson, L, Hovstadius, B, Magnusson, L. 2015:10. Nka, Linnéuniversitetet.

Riktade insatser till gravida och spädbarnsföräldrar med problematiskt bruk av alkohol, narkotika och läkemedel och psykisk ohälsa: en nationell kartläggning av barnhälsovård, mödrahälsovård och socialtjänst. Heimdahl, K & Karlsson, P. 2015:9. Nka, Linnéuniversitetet.

Barn som anhöriga – ekonomisk studie av samhällets långsiktiga kostnader. Hovstadius, B, Ericson, L, Magnusson, L. 2015:8. Nka, Linnéuniversitetet.

Föräldraskap hos vuxna med ADHD eller Autismspektrumtillstånd, konsekvenser för barnet samt metoder för stöd. Systematisk kunskapsöversikt. Janeslätt, G & Hayat Roshanay, A. 2015:7. Nka, Linnéuniversitetet.

Att se barn som anhöriga – om relationer, interventioner och omsorgsansvar. Antologi, red. Järkestig Berggren, U, Hanson, E & Magnusson, L. 2015:6, Nka. Linnéuniversitetet.

Kunskapsunderlag för pedagoger om barn och elever med medfödda skador av alkohol. Rangmar, J. 2015:5. Nka, Göteborgs Universitet.

Stuprör, hängrännor och rännkrokar, Alexanderson, K & Jess, K. 2015:4. Nka, Linnéuniversitetet.

Barn som anhöriga, Rapport från Linnéuniversitetets och Nationellt kompetenscentrum anhörigas arbete, 2012–2014, Magnusson, L & Hanson, L. 2015:3. Nka, Linnéuniversitetet.

Hälsa och välbefinnande hos barn och ungdomar som har en förälder med progredierande neurologisk sjukdom, Ferm, U, Jenholt Nolbris, M, Jonsson, A, Linnsand, P & Nilsson, S. 2015:2. Nka Linnéuniversitetet.

Barn som anhöriga – Fyra utvecklingsregioners arbete för att se och möta barn enligt paragraf 2 g i hälso- och sjukvårdslagen, Gustavsson, L, & Magnusson, L. 2015:1. Nka, Linnéuniversitetet.

Unga omsorgsgivare i Sverige. Melander, C, Nordenfors, M och Daneback, K. 2014:5. Nka, Göteborgs Universitet.

Att växa upp med förälder som har missbruksproblem eller psykisk sjukdom – hur ser livet ut i ung vuxen ålder? Rapport 4 från projektet ”Barn som anhöriga” från CHES, Stockholms universitet/Karolinska Institutet i samarbete med Institutionen för socialt arbete vid Stockholms universitet. Hjern A, Arat A & Vinnerljung B. Nka Barn som anhöriga 2014:4. Nka. Linnéuniversitetet, CHES.

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. Hjern A, Arat A, Rostila M, Berg L & Vinnerljung B. Nka Barn som anhöriga 2014:3. Nka, Linnéuniversitetet, CHESSE.

Utvärdering av Barntraumateamet. Bergh Johannesson K, Bondjers K, Arnberg F, Nilsson D, Ängarne-Lindberg T & Rostila M. Nka Barn som anhöriga 2014:2. Nka, Linnéuniversitetet.

Barn som anhöriga när en förälder avlider. En kunskapsöversikt om effekt av metoder för stöd till barn. Bergman A-S, & Hanson E. Kunskapsöversikt 2014:1. Nka.

Riktade psykosociala insatser till gravida och småbarnsföräldrar med psykisk ohälsa: en litteraturstudie. Heimdahl K & Karlsson P. Nka Barn som anhöriga 2013:6. Nka, Linnéuniversitetet.

Riktade psykosociala insatser till gravida och småbarnsföräldrar med problematiskt bruk av alkohol och narkotika: en litteraturstudie. Heimdahl K & Karlsson P. Nka Barn som anhöriga 2013:5. Nka, Linnéuniversitetet.

Fetal Alcohol Spectrum Disorders. Nka Barn som anhöriga. Rangmar J & Fahlke C. Kunskapsöversikt 2013:4. Nka, Linnéuniversitetet.

Barn som anhöriga: hur går det i skolan? Rapport 2 från projektet "Barn som anhöriga" från CHESSE, Stockholms universitet/Karolinska Institutet i samarbete med Institutionen för socialt arbete vid Stockholms universitet. Hjern A, Berg L, Rostil M & Vinnerljung B. Rapport 2013:3. Nka, Linnéuniversitetet, CHESSE.

Barn som är anhöriga till föräldrar med allvarlig fysisk sjukdom eller skada. Järkestig Berggren U & Hanson E. Nka Barn som anhöriga 2013:2. Nka, Linnéuniversitetet.

Barn som anhöriga till patienter i vården - hur många är de? Rapport 1 från projektet "Barn som anhöriga" – en kartläggning 2013:1. Hjern A & Manhica H. Kalmar: Nka. Linnéuniversitetet, CHESSE.

Publikationerna kan beställas/laddas ner via Nka:s webbplats
www.anhoriga.se/publicerat

Nationellt kompetenscentrum Anhöriga
Box 762 – 391 27 Kalmar
Tel: 0480-41 80 20
E-post: info@anhoriga.se
www.anhoriga.se

Barn till föräldrar med cancer –
hur många berörs och vilka är konsekvenserna
i ett livsloppsperspektiv?

Nka: Barn som anhöriga

2016:1

ISBN 978-91-87731-34-1

www.anshoriga.se