



Att växa upp med föräldrar som har
missbruksproblem eller psykisk sjukdom
– hur ser livet ut i ung vuxen ålder?

Rapport 4 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 & Bo Vinnerljung

Att växa upp med föräldrar som har missbruksproblem eller psykisk sjukdom
– hur ser livet ut i ung vuxen ålder

© 2014 Författarna och Nationellt kompetenscentrum anhöriga™

FÖRFATTARE Anders Hjern, Arzu Arat & Bo Vinnerljung

OMSLAG OCH LAYOUT Nationellt kompetenscentrum anhöriga™

FOTO Smålandsbilder.se

ISBN 978-91-87731-16-7

TRYCKERI Webbupplag

Förord

Denna kartläggning av hälsa och social situation hos unga vuxna vars föräldrar vårdats på sjukhus på grund av missbruk eller psykisk sjukdom under barndomen 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 fjärde av fyra om Barn som anhöriga, framtagen av Anders Hjern, Arzu Arat, 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 fjärde rapporten i projektet "Barn som anhöriga", som genomförs av CHES vid Stockholms universitet/Karolinska Institutet i samarbete med institutionen för socialt arbete på uppdrag av Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka) och Linnéuniversitetet i Kalmar, med ekonomiskt stöd av FAS/FORTE. Rapportens syfte är att belysa hälsa och social situation för unga vuxna i åldern 30–35 år vars föräldrar vårdats på sjukhus på grund av missbruk eller psykisk sjukdom under barndomen. Studien baseras på 535 000 barn som föddes i Sverige under 1973–1978, som var vid liv och folkbokförda i Sverige vid 18 års ålder. Efter godkännande från etisk kommitté inhämtades anonymiserad information om hälsa från Socialstyrelsens register, om dödlighet, sjukhusvård och läkemedel, inkomster, utbildning och demografi från Statistiska Centralbyrån, samt om lagförda brott från Brottsförebyggande Rådet.

Totalt 7,8 procent av studiepopulationen hade minst en förälder som vårdats på sjukhus för psykisk sjukdom och/eller alkohol och/eller narkotikamissbruk under barndomen (0–17 år), "anhöriggruppen". Uppföljning i denna anhöriggrupp från 18 år till 30–35 års ålder visade totalt 537 dödsfall. Denna dödlighet var nästan trefaldigt högre för barn till förälder med missbruk och fördubblad för barn till psykiskt sjuka. En analys av den underliggande orsaken till dödsfallen visar att överrisken i anhöriggruppen framför allt var förknippad med våldsam död (själv-mord, olyckor och våld) och alkohol och/eller narkotikamissbruk.

I anhöriggruppen hade 9–11 procent av kvinnorna och 6–8 procent av männen någon form av ekonomisk ersättning från samhället på grund av kronisk sjukdom och/eller funktionshinder vid 30–35 års ålder. Det var två till tre gånger fler än i övrig befolkning. Efter att ha fyllt arton år hade 20–25 procent av kvinnorna och 15–20 procent av männen i anhöriggruppen varit aktuella som patienter inom psykiatrisk specialistvård, antingen inneliggande eller i öppen vård. Också detta är två till tre gånger fler än i övrig befolkning. Även risken för sjukhusvårdade självmordsförsök var trefaldigt ökad i anhöriggruppen. Förekomsten av eget missbruk var fyr- till sjufaldigt förhöjd hos barn till missbrukande föräldrar, vilket innebar ca 10–12 procent hos män och 6–7 procent hos kvinnor, och fördubblad hos barn till föräldrar med psykisk sjukdom.

Majoriteten av anhöriggruppen försörjde sig genom eget arbete vid 30–35 års ålder, men andelen utanför arbetskraften var 7–13 procent högre än i övrig befolkning. Försörjningsstöd var dubbelt så vanligt hos barn till föräldrar med psykisk sjukdom och fyra gånger vanligare hos barn till föräldrar med missbruk. När det gäller ekonomiska resurser i form av disponibel inkomst var skillnaderna dock små i jämförelse med resten av befolkningen. Ungefär lika många i anhöriggruppen som i resten av befolkningen hade blivit föräldrar. Drygt 20 procent av kvinnor i anhöriggruppen som hade fött barn, bodde ensamma med barnen, vilket är ungefär dubbelt så många som i resten av befolkningen. Fäder i anhöriggruppen bodde mer sällan med sina barn än fäder i resten av befolkningen.

Alkoholmissbruk hos mödrar var förknippat med mer ohälsa i vuxen ålder för deras barn än alkoholmissbruk hos fäder, medan motsvarande skillnader var små för barn till mödrar och fäder med narkotikamissbruk respektive psykisk ohälsa. I relativa tal var det inga anmärkningsvärda skillnader i ohälsa mellan män jämfört med kvinnor i anhöriggruppen i relation till övriga i studiepopulationen

Bakomliggande sociala faktorer, i form av föräldrars utbildning och födelseland, förklarade endast marginellt den ökade sjukligheten och dödligheten i anhöriggruppen, men betydde mer för utbildningskarriär och löneinkomster. Föräldrars utbildningsbakgrund bidrog också till hälsoutfallen genom att adderas till risken som var förknippad missbruk och psykisk sjukdom, 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 psykisk ohälsa och missbruk om de tillhörde anhöriggruppen.

I en tidigare rapport har vi beskrivit att barn till föräldrar med missbruk oftare har låga betyg i årskurs 9 än andra barn. Resultaten i föreliggande rapport talar för att dessa låga betyg är början på en utbildningskarriär som fortsätter att påverkas negativt av föräldrarnas missbruk, då barn med missbrukande föräldrar i lägre utsträckning än andra med jämförbara betyg fullföljer en eftergymnasial utbildning. Utbildningskarriären efter grundskolan hos barn till föräldrar med psykisk sjukdom var mer likartad den för övrig befolkning.

Inom anhöriggruppen identifierades personer med erfarenhet av samhällsvård som en extrem 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 i vuxenlivet. Den mycket höga förekomsten av psykisk ohälsa har sannolikt i många fall haft tydliga förebud under uppväxtåren. Resultaten pekar därför på att dessa barn bör uppmärksammas av dem som vårdar deras föräldrar för olika former av stöd. Bl.a. behöver de 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 anhöriggruppen när det gäller utbildningskarriär.

För de barn i anhöriggruppen som inte haft kontakt med socialtjänsten under barndomen finns både likheter och skillnader mellan barn till föräldrar med missbruk och barn till psykiskt sjuka. Både barn till psykiskt sjuka och barn till föräldrar med missbruk, utan kontakt med socialtjänsten, har indikationer på en ökad psykiatrisk sjuklighet i vuxen ålder. Men barn till föräldrar med missbruk (utan kontakt med socialtjänsten) har dessutom en ökad risk för missbruk, kriminalitet och beroende av försörjningsstöd som inkomst som inte barn till psykiskt sjuka har. Därför ter sig förebyggande insatser för barn som anhöriga med utgångspunkt från beroendevården för vuxna som särskilt angelägen.

Innehåll

Förord.....	3
Sammanfattning	5
Innehåll	7
Inledning	9
Material och metod.....	11
Föräldravariabler	11
Missbruk och psykisk sjukdom.....	11
Sociodemografiska variabler	11
Utfallsvariabler.....	12
Statistisk analys.....	13
Resultat	15
A. Hälsa.....	16
B. Utbildning och sociala levnadsförhållanden	28
Diskussion	43
Psykisk ohälsa och missbruk	43
Betydelsen av egen utbildning	44
Föräldraskap och familjesituation.....	44
Sociala skillnader	44
Socialtjänstens barn	45
Studiens begränsningar	45
Implikationer.....	46
Referenser	48

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 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 lagen.

Den första rapporten beskrev bland annat hur vanligt det är för barn att ha föräldrar som vårdas på sjukhus på grund av missbruk eller psykisk sjukdom (Hjern & Manhica, 2013). För barn födda 1987–89 rör det sig om 7,8 procent. Under ett enskilt år handlar det om ca 26 000 barn. I en andra rapport har vi beskrivit att barn med föräldrar som har psykisk sjukdom och missbruk som grupp presterar sämre i skolan än andra barn och att föräldrarnas problem troligen bidrar till detta (Hjern et al, 2013).

Denna rapport belyser situationen för dessa barn i ung vuxen ålder när det gäller hälsa, eget missbruk och kriminalitet, fortsatt utbildningskarriär, arbete, inkomster och familjesituation. Bägge de tidigare rapporterna har visat att en betydande andel av barn till föräldrar med missbruksproblem eller psykisk sjukdom har kontakt med socialtjänsten, i första hand för försörjningsstöd men en mindre andel också för samhällsvård i familjehem eller på institution. Därför har vi i rapporten också belyst situationen för dessa särskilt utsatta barn i anhöriggruppen.

Ett genomgående mönster i rapport 2 var att föräldrars egen utbildningsbakgrund hade stor betydelse för barnets skolprestationer. Därför undersöker den här rapporten också samspelet mellan föräldrars utbildningsbakgrund, förekomst av psykisk sjukdom och missbruk hos förälder och hälsa, utbildning och social situation hos deras barn i ung vuxen ålder.

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.

Missbruk och psykisk sjukdom

Information från Patientregistret användes 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 och 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 det år som barnet fyllde 18.
- Försörjningsstöd i hushållet i hushållet kodades som ja/nej, där ja indikerar att minst en av föräldrarna bodde i ett hushåll som erhöll försörjningsstöd detta år.

På basis av uppgifter från Registret över Totalbefolkningen kategoriserades Utländskt ursprung efter föräldrarnas födelseland 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 födelseland. 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 och slutligen kriminalitet från Registret över Lagförda.

1. Dödsfall identifierades från barnets artonde födelsedag till och med den 31 december 2008.
2. Kronisk sjukdom/funktionshinder. Någon inkomst från aktivitetsersättning, sjukersättning, handikappsersättning eller minst 50 procent av den disponibla inkomsten som sjukpenning under 2008.
3. Specialistvård med psykiatrisk diagnos efter fyllda 18 år. Uppdelad i öppen och inneliggande vård.
4. Psykofarmakakonsumtion. Något uthämtat recept under 2008. Uppdelad i fyra kategorier efter ATC-kod.
5. Självordsförsök. Inlagd på sjukhus till följd av självordsförsök eller misstänkt självordsförsök efter fyllda 18 år.
6. Specialistvård med narkotikarelaterad diagnos efter fyllda 18 år. Uppdelad i öppen och inneliggande vård.
7. Specialistvård på grund av alkoholmissbruk efter fyllda 18 år. Uppdelad i öppen och inneliggande vård.
8. Lagförd för brott. Förekommer i brottsregistret med minst en lagföring. Man kan bli lagförd från 15 års ålder.
9. Allvarlig kriminalitet. Dömd till skyddstillsyn, fängelse eller rättspsykiatrisk vård vid minst ett tillfälle efter 18-årsdagen.
10. I arbete i november 2008. Baserat på inkomst från anställning i november 2008.
11. Löninkomst 2008 hos dem var i arbete i november 2008.
12. Disponibel inkomst 2008. Analyserades för alla som hade någon disponibel inkomst som inte var högre än 2 miljoner. Baserat på alla beskattade inkomster och transfereringar minus betald skatt i hela hushållet dividerat med antalet konsumtionsenheter (enligt en algoritm som utvecklats av Statistiska Centralbyrån).

13. Försörjningsstöd. Hushållet mottog försörjningsstöd under 2008
14. Eftergymnasial utbildning.

Statistisk analys

Såsom beskrivits ovan, så är missbruk och psykisk sjukdom vanligare hos föräldrar i socialt sårbara familjer. Ett bra underlag för insatser för barn till föräldrar med dessa problem 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 kan vara orsakade av föräldrarnas psykiska sjukdom eller missbruk. Social sårbarhet kan bidra till utvecklingen av psykisk sjukdom och missbruk, men psykisk sjukdom och missbruk kan också orsaka social sårbarhet genom t ex minskade inkomster och familjesplittring. I vår analys har vi därför valt att justera vår analys i regressionsmodeller enbart för föräldrars utbildning och födelseland som "störfaktorer" (confounders), utöver geografisk hemvist och kön. I en tredje modell har vi också justerat analysen för eget betyg i årskurs 9 för att kunna beskriva hur denna, i viss mån påverkbara, riskfaktor påverkar utfallen.

Vi har använt tre olika typer av regressionsanalyser; *logistisk*, *Cox regression* och *linjär regression* (se faktaruta för förklaring). I den *logistiska* regressionen jämförde vi andelen barn i anhörigruppen 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 inte ha uppnått gymnasiebehörighet. Eftersom vanlig logistisk regression tenderar att överskatta riskförhållandet när utfallsvariabler har hög prevalens/incidens, användes istället Cox regression med konstant tidsvariabel för att analysera de diktotoma 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. Persontiden i dessa analyserades 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.

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 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, 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.

Resultat

I det följande ges en kortfattad beskrivning av våra resultat uppdelade i två delar; hälsa samt utbildning och sociala förhållanden. En mer fullständig presentation av resultaten finns i ett Appendix som kan laddas ned från www.anhoriga.se.

Totalt 7,8 procent av studiepopulationen hade under barndomen minst en förälder som vårdats på sjukhus för psykisk sjukdom och/eller alkohol och/eller narkotikamissbruk (0–17 år). I texten benämns dessa ibland som ”anhöriggruppen”. 1,1 procent hade föräldrar som både hade vårdats för psykisk sjukdom och missbruk. Detta var särskilt vanligt bland föräldrar med missbruk, där en tredjedel också hade vårdats på grund av en psykisk sjukdom utan direkt anknytning till missbruket.

För fäder var psykisk sjukdom och missbruk lika vanligt (2,6 procent), medan psykisk sjukdom var betydligt vanligare för mödrar (3,4 procent för psykisk sjukdom mot 0,8 procent för missbruk). Att ha två föräldrar med missbruk eller psykisk sjukdom var ovanligt, bara 0,15 procent hade två föräldrar med missbruk och 0,25 procent två föräldrar med psykisk sjukdom. Analyserna visade inte några statistiskt säkerställda skillnader mellan de barn som var anhöriga till *en* och de som var anhöriga till *två* föräldrar med missbruk/psykisk sjukdom, varför denna lilla grupp inte särskildes i resultatredovisningen.

När studiepopulationen hade uppnått 17 års ålder hade föräldrarna till två av tre barn i anhöriggruppen separerat enligt folkbokföringen, dubbelt så många som i resten av befolkningen. Att ha föräldrar med psykisk sjukdom var något vanligare hos dem som hade utlandsfödda föräldrar, oberoende av var dessa var födda. Missbruk var vanligare enbart om utlandsfödda föräldrar var födda i de nordiska grannländerna, medan förekomsten var lägre än genomsnittet för föräldrar födda i övriga delar av världen. Förekomst av försörjningsstöd i familjen och erfarenhet av samhällsvård var mycket vanligare hos personer som hade föräldrar som vårdats på sjukhus på grund av psykisk sjukdom eller missbruk. Siffrorna var extrema för barn som hade en mamma med missbruksindikationer. Erfarenhet av samhällsvård som påbörjats före tonåren var 23 gånger vanligare i denna grupp jämfört med genomsnittet för hela undersökningspopulationen (se Tabell 1).

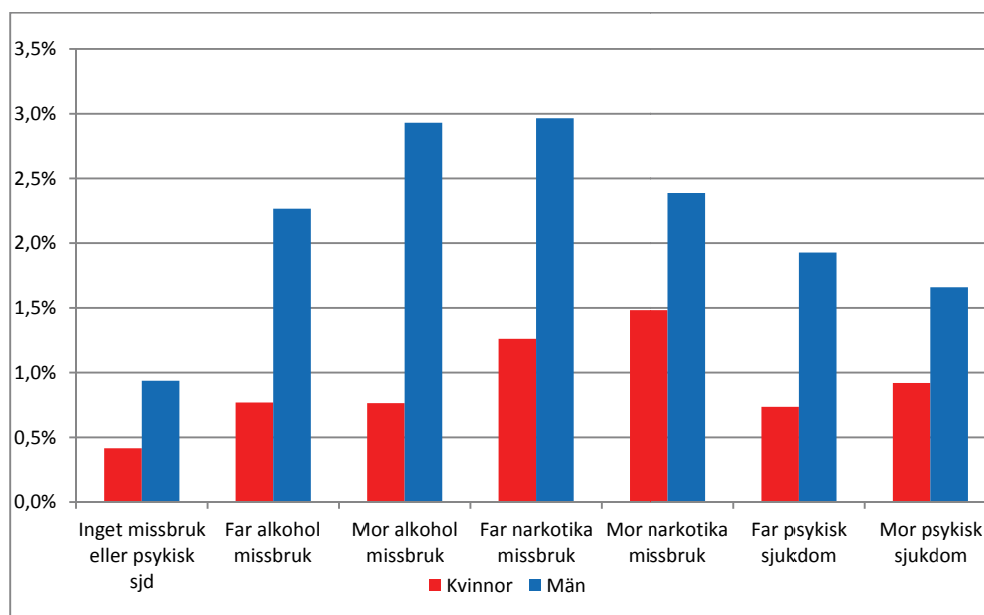
Tabell 1. Socio-demografiska indikatorer vid 18 års ålder för barn i familjer där det förekommit missbruk och eller psykisk sjukdom under perioden från barnets födelse till 18 år.

	Far miss- bruk	Mor miss- bruk	Far psyk sjd	Mor psyk sjd	Alla
N	13 933 (2,6 %)	4 442 (0,8 %)	13 817 (2,6 %)	18 097 (3,4 %)	535 508 (100 %)
Kön					
Pojke	51,7 %	51,9 %	51,8 %	51,9 %	51,9 %
Flicka	48,3 %	48,1 %	48,2 %	48,1 %	48,1 %
Boendeort					
Storstad	32,5 %	38,8 %	26,5 %	28,1 %	26,7 %
Annan stad	48,6 %	43,5 %	52,7 %	49,8 %	51,0 %
Glesbygd	18,9 %	17,7 %	20,8 %	22,1 %	22,3 %
Föräldrars högsta utbildning					
Grundskola	23,1 %	28,1 %	18,2 %	20,3 %	15,0 %
Gymnasium	58,9 %	55,5 %	55,0 %	53,1 %	50,3 %
Eftergymnasial	17,9 %	16,3 %	26,9 %	26,5 %	34,7 %
Bor i kärnfamilj vid 15 års ålder					
Ja	14,2 %	13,9 %	30,0 %	35,8 %	67,9 %
Ursprung					
Sverige	86,8 %	84,0 %	85,1 %	84,0 %	89,0 %
Blandad	3,2 %	5,5 %	5,3 %	5,4 %	4,0 %
Norden	9,1 %	9,5 %	6,5 %	6,9 %	4,7 %
Övriga Europa	0,5 %	0,5 %	1,9 %	2,3 %	1,4 %
Resten av världen	0,1 %	0,0 %	0,9 %	0,8 %	0,6 %
Försörjningsstöd					
Ja	44,0 %	52,0 %	28,6 %	28,1 %	6,6 %
I samhällsvård					
Med start före tonåren	12,7 %	37,2 %	7,1 %	13,0 %	1,6 %
Med start efter tonåren	5,2 %	7,7 %	3,7 %	4,7 %	1,2 %

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 (se Faktaruta 1). Dessutom analyserades tvärsnittsdata 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.

Figur 1. Mortalitet efter 18 års ålder.



Det var 3 955 personer som hade avlidit i studiepopulationen efter 18-årsdagen. Av dessa var det 567 personer, eller cirka 14 procent, som hade en förälder som vårdats på sjukhus på grund av missbruk eller psykisk sjukdom, en fördubblad risk jämfört med övriga i studiepopulationen. Som Figur 1 visar så var mortalitetsrisken högre för barn till missbrukande föräldrar än för barn till föräldrar med psykisk sjukdom (HR 2,7 och 2,6 för alkohol- respektive narkotikamissbruk mot 1,8 för psykisk sjukdom). När regressionsanalysen justerades för föräldrarnas utbildning, födelse- och boendeort minskade risktalen med 5–10 Procent. Justering för personernas egna betyg i årskurs 9 resulterade i en betydligt större minskning med ca 40–50% hos män, och 20–25 procent hos kvinnor (Se Faktaruta 2) (se Tabell 1 och 2 a–c i Appendix för mer detaljer kring detta).

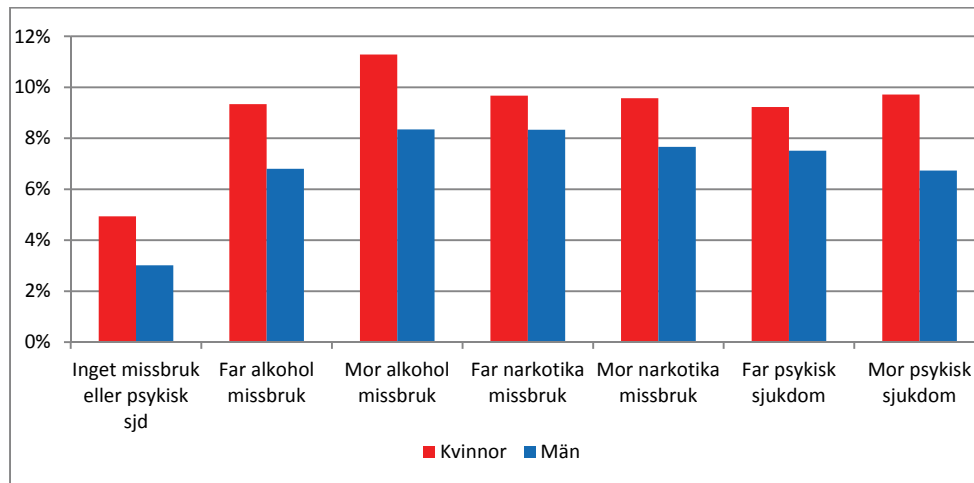
En analys av den underliggande orsaken till dödsfallen visar att överrisken i anhörigruppen framför allt var förknippad med våldsam död (själv mord, olyckor och våld) och alkohol och/eller narkotikamissbruk. Sammanlagt utgjorde dessa 464 av de 567 dödsfallen, varav 132 var självmord.

Faktaruta 2. Regressionsanalyser del 2; Att "justera" analysen

I regressionsanalyser försöker man ofta att 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 att 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.

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 dessa 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 50 procent av riskökningen. Om, till exempel, risken för att få försörjningsstöd minskar med 50 procent i anhörigruppen jämfört med övriga, när man justerar analysen för betyg i årskurs 9, så betyder det att 50 procent färre skulle ha fått försörjningsstöd i anhörigruppen om deras betyg i årskurs 9 hade varit på samma nivå som för resten av befolkningen.

Figur 2. Kronisk sjukdom eller funktionshinder enligt inkomster 2008.

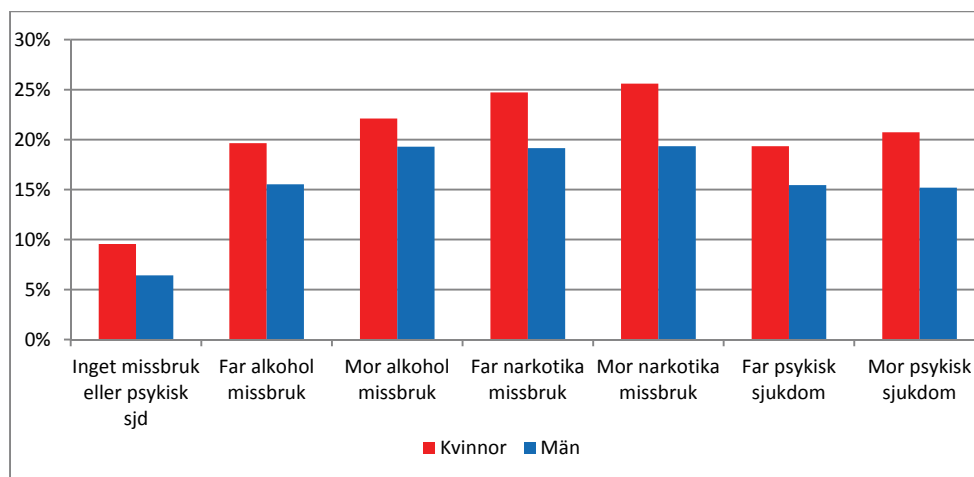


Figur 2 visar förekomsten av ekonomisk ersättning från samhället på grund av kronisk sjukdom eller funktionshinder, antingen i form av aktivitetsersättning resp. handikappersättning, eller att ha haft minst 50 procent av den disponibla inkomsten från Försäkringskassan i form av sjukpenning. Andelen bland kvinnor i anhörigruppen låg runt 10 procent och för män mellan 6 och 8 procent. Den relativa riskökningen (OR) var större för män än för kvinnor i samtliga tre anhörigagrupper (OR 2,5–2,8 för män och OR 1,9–2,3 för kvinnor). Risktalen för alkoholmissbruk var högre för mödrars missbruk än för fäders. Risktalen minskar med 10–15 procent vid justering för bakomliggande föräldrafaktorer och med ytterligare 30–40 procent vid justering för eget betyg i årskurs 9, se faktaruta 2 och för förklaring och tabell 3–5 i Appendix för fullständig analys.

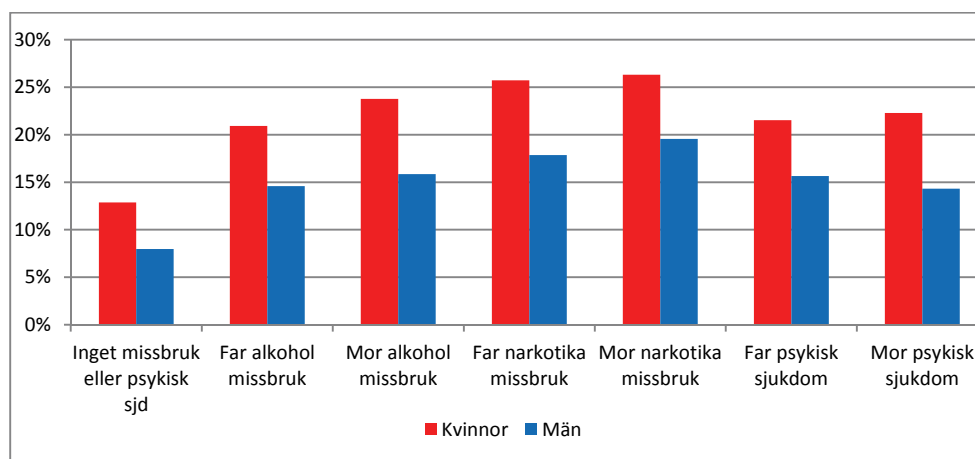
Psykisk ohälsa

I studien användes tre olika indikatorer på psykisk ohälsa. Figur 3 visar vård inom öppen eller sluten vård på sjukhus eller specialistklinik med en psykiatrisk diagnos och figur 4 medicineringsmedel med någon form av psykofarmaka under 2009. Därutöver studerades också inläggning på sjukhus på grund av självmordsförsök/självorsakad skada (se Tabell 9 och 10 i Appendix).

Figur 3. Psykiatrisk öppen och/eller sluten vård från 18 års ålder.



Figur 4. Medicinering med minst ett psykofarmaka under 2009.



Samtliga tre indikatorer visar en två till trefaldigt ökad förekomst av psykisk ohälsa för barn till föräldrar med missbruk eller psykisk sjukdom. Särskilt hög var förekomsten av psykisk ohälsa hos barn till föräldrar med narkotikamissbruk där en fjärdedel av kvinnorna och en sjiättedel av männen hade erfarenhet av psykiatrisk vård efter 18 års ålder. En ungefär lika stor andel konsumerade minst en form av psykofarmaka under 2009.

Den relativa riskökningen var störst för självmordsförsök: fyrfaldig för barn till föräldrar med missbruk och två- till trefaldig för barn till föräldrar med psykisk sjukdom (se Tabell 6–10 i Appendix). Bland läkemedlen var riskökningen trefaldig för de mer ovanliga psykosmedicinerna, neuroleptika, medan riskökningen var mer måttlig för antidepressiva och ångstdämpande/sömnmedel (se Tabell 11–17 i Appendix).

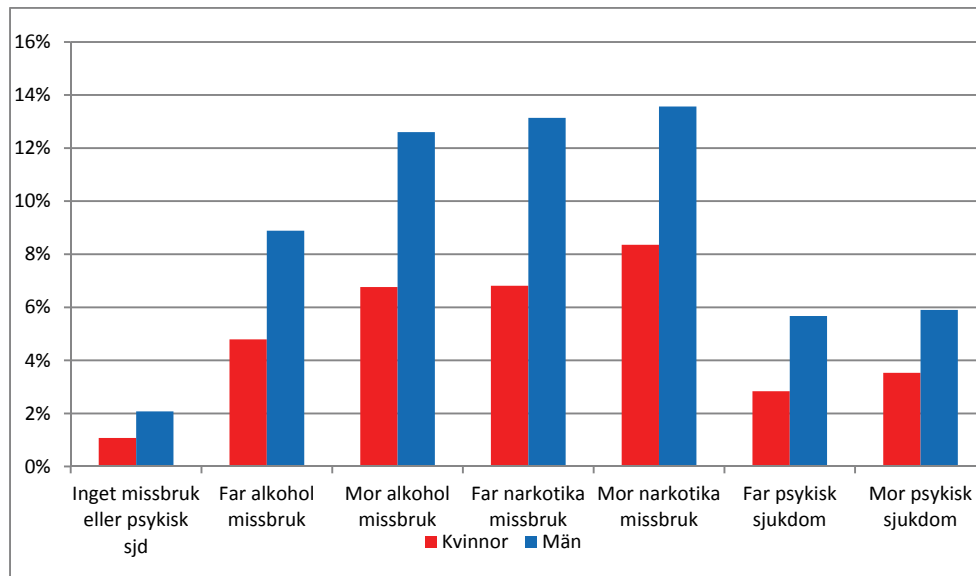
Den absoluta ökningen i psykisk ohälsa var störst för kvinnor (alla tre indikatorer på psykisk ohälsa), men i relativa tal var ökningen likartad för män och kvinnor.

När analysen justeras för föräldrarnas utbildningsbakgrund och födelseland minskar risken för psykiatrisk vård marginellt med 5–10 procent för anhöriggrupperna, något mer för självmordsförsök, medan risken för psykofarmakakonsumtion knappast alls påverkas. Justering för eget betyg i årskurs 9 minskar risktalen betydligt mer, 20–40 procent. Se Faktaruta 2 för förklaring.

Eget missbruk

Förekomst av eget missbruk analyserades i data från öppen och sluten vård på specialistklinik (Figur 5). Mångfald fler barn till föräldrar med missbruksproblem hade vårdats för ett eget missbruk jämfört med andra i befolkningen. Den ökade risken är ospecifik så att barn till föräldrar med alkoholmissbruk hade en ökad risk också för narkotikamissbruk och vice versa. Andelen var särskilt hög bland barn till mödrar med missbruk, där risken för eget missbruk var fem- till sjufaldigt högre, men även för barn till fäder med missbruk var risken fyrfaldigt högre (se Tabell 18–23).

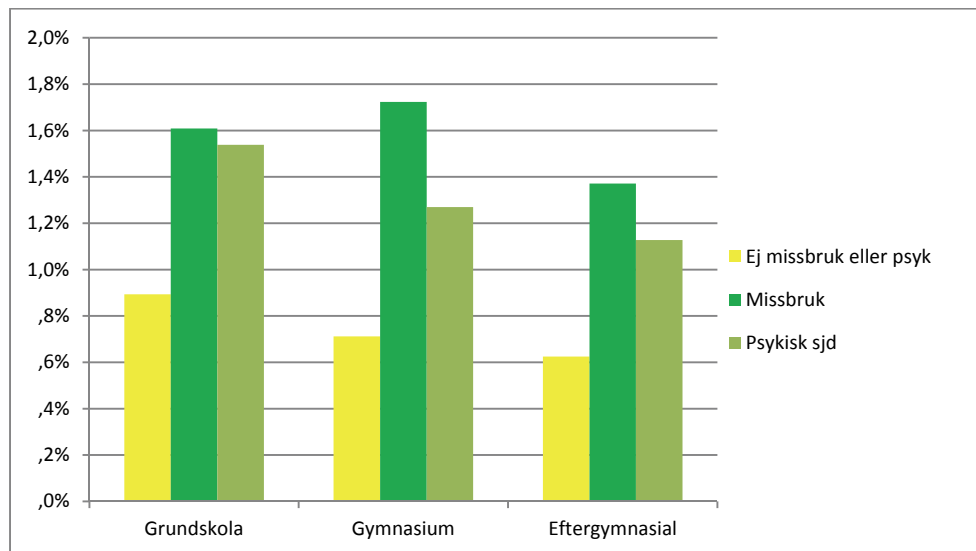
Figur 5. Inneliggande och öppen vård på sjukhus med diagnos som indikerar alkohol eller narkotikamissbruk.



Sociala skillnader

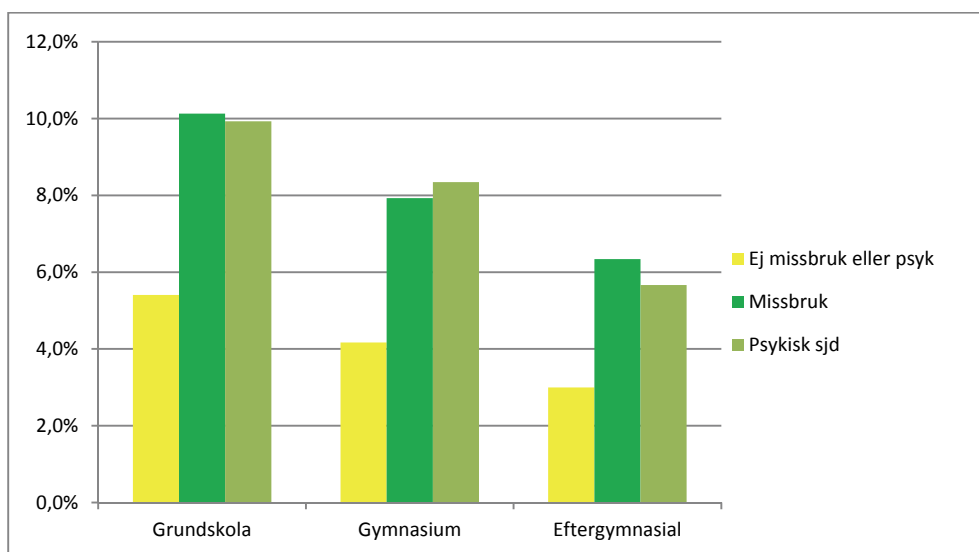
Den längsta utbildningen hos föräldrarna användes som indikator på familjens ursprungliga sociala status innan den påverkades av föräldrarnas missbruk eller psykiska sjukdom.

Figur 6. Mortalitet efter 18 års ålder efter föräldrars utbildning.



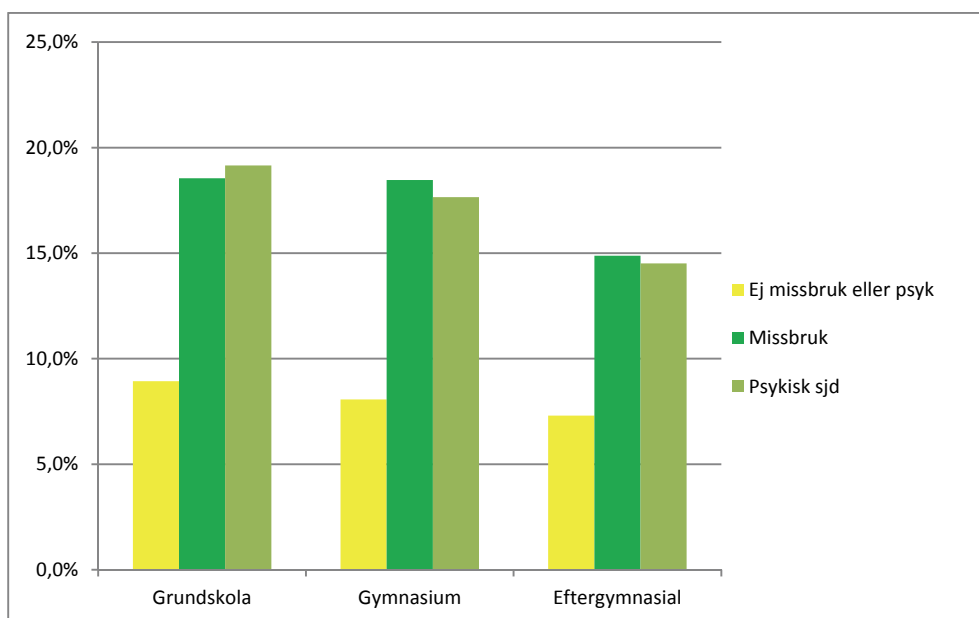
Såsom Figur 6 visar så hade barn till föräldrar med kort utbildning högre dödlighet efter 18 år än barn till föräldrar med medellång och lång utbildning. Detta medför att mortaliteten var särskilt hög hos anhöriggruppen som hade föräldrar med kort utbildning, eftersom dessa faktorer adderades till varandra. Riskökningen var dock ungefär densamma för att ha föräldrar med psykisk sjukdom eller missbruk i alla tre utbildningsgrupperna för både dödlighet (Figur 6) och kronisk sjukdom (Figur 7).

Figur 7. Kronisk sjukdom eller funktionshinder efter föräldrars utbildning.

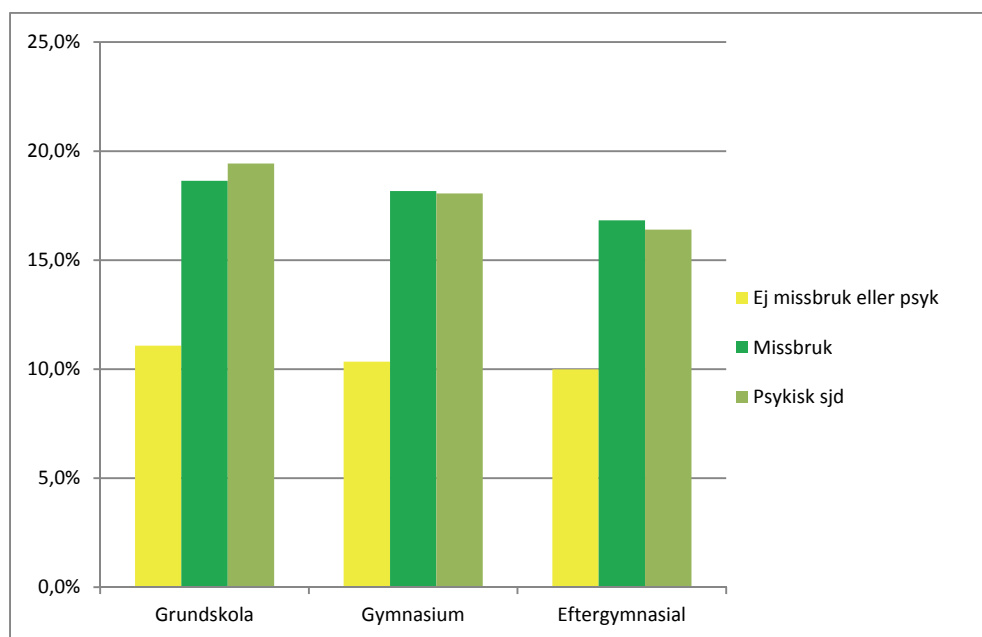


Den egna psykiska ohälsan i anhöriggruppen varierade mer måttligt med föräldrars utbildning, som figur 8 och 9 visar. För bägge utfallen, öppen eller sluten vård med psykiatrisk diagnos samt medicinering med något psykofarmaka, syntes dock en additiv effekt med särskilt höga nivåer för anhöriggruppen hos dem som hade föräldrar med kort utbildning.

Figur 8. Öppen eller inläggande specialistvård med psykiatrisk diagnos efter föräldrars högsta utbildning.

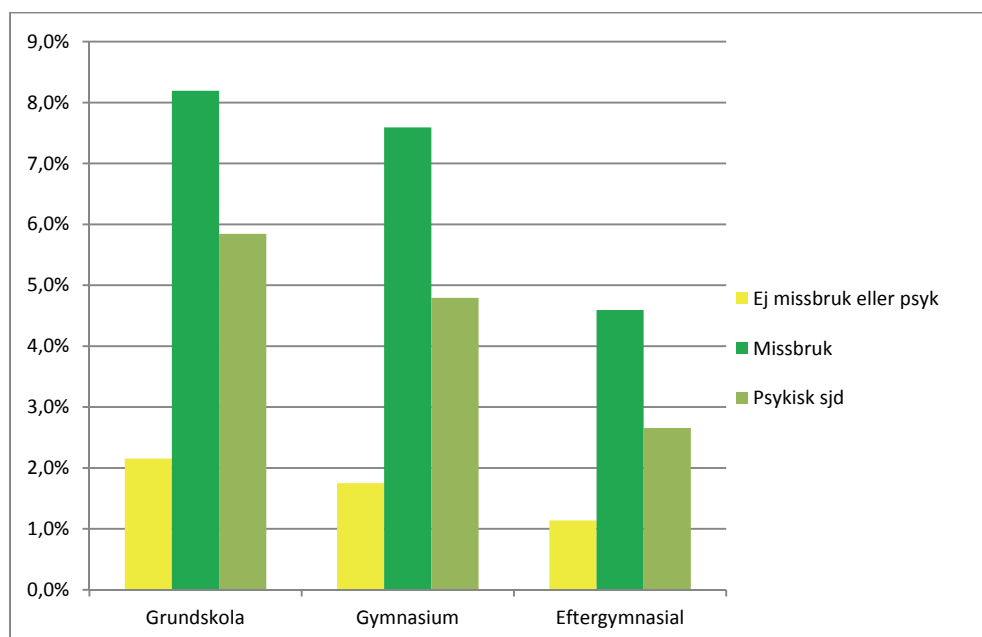


Figur 9. Medicinering med något psykofarmaka under 2009 efter föräldrars utbildningsnivå.



Risken för missbruk var dubbelt så hög för personer med föräldrar som hade en kort utbildning jämfört med en lång utbildning (Figur 10). Det fanns också en viss skyddande effekt av att ha en förälder med eftergymnasial utbildning på risken att utveckla missbruk i anhöriggruppen som var större än bara utbildningen i sig.

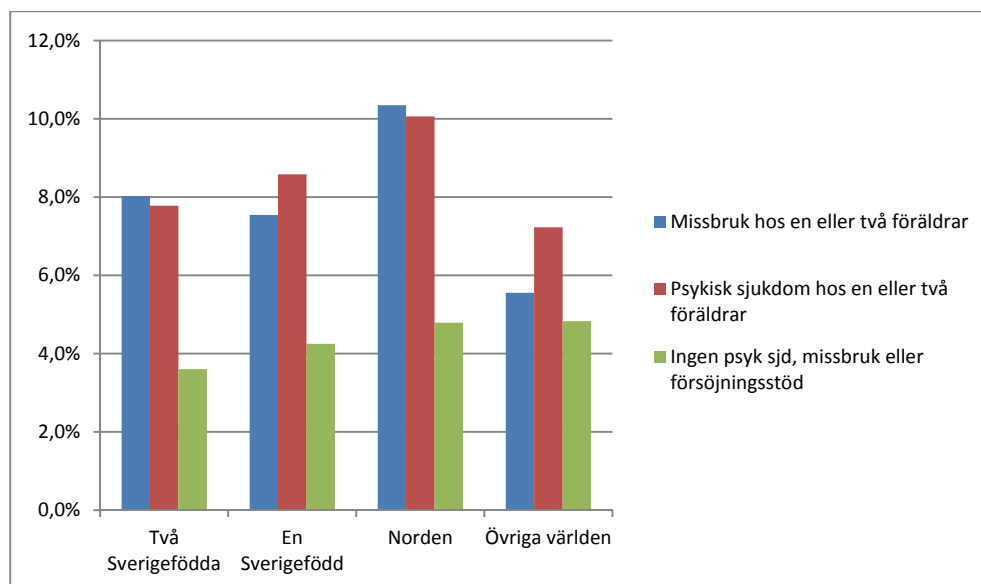
Figur 10. Missbruksrelaterad vård efter föräldrars utbildning.



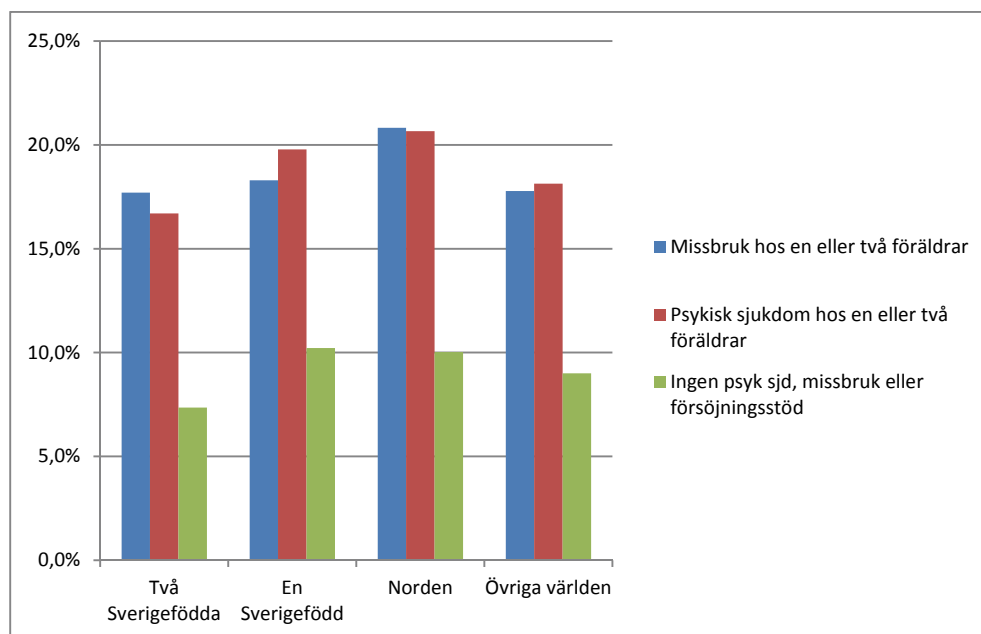
Utländskt ursprung

Barn i anhöriggruppen vilkas föräldrar var födda i övriga Norden hade särskilt hög förekomst av kronisk sjukdom/funktionshinder, psykisk ohälsa och eget missbruk i vuxen ålder (Figur 11–13), medan förekomsten av kronisk sjukdom/funktionshinder och eget missbruk tenderade att vara lägre om föräldrarna var födda utanför Europa.

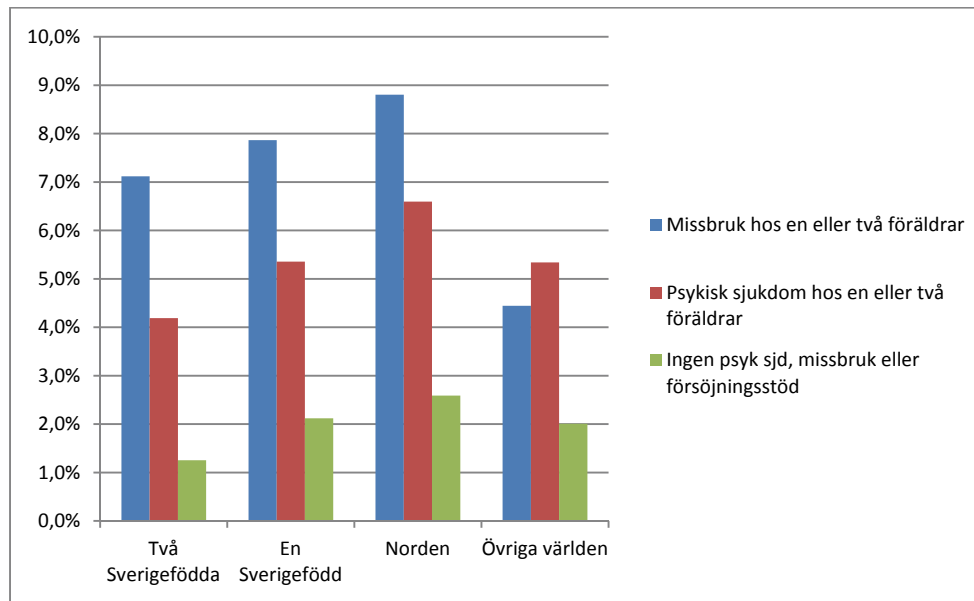
Figur 11. Kronisk sjukdom eller funktionshinder efter föräldrars födelseland.



Figur 12. Psykiatrisk öppen eller sluten vård efter föräldrars födelseland.



Figur 13. Missbruksvård efter föräldrars födelseland.



Socialtjänstens barn

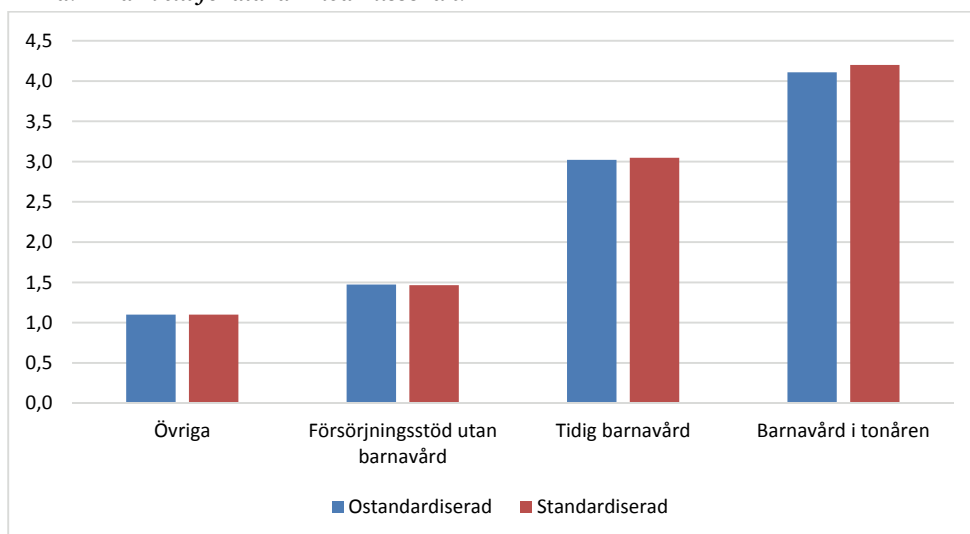
En betydande andel av anhöriggruppen hade varit i samhällsvård under barndomen, och ännu fler hade vuxit upp i familjer som haft kontakt med socialtjänsten för att få försörjningsstöd. För barn till föräldrar med missbruk handlar det om 22,3 procent som har varit i samhällsvård och ytterligare 30,1 procent där familjen fick försörjningsstöd under personens 17:e levnadsår. För barn till psykiskt sjuka var det 13,8 respektive 19,6 procent.

Av de 567 personerna som avled i anhöriggruppen hade 177 vårdats i samhällsvård, 110 med debut innan tonåren och 67 i tonåren. I ytterligare 126 dödsfall hade familjen haft kontakt med socialtjänsten för att få försörjningsstöd under barnets 17:e år, totalt 303 dödsfall. Följaktligen är en majoritet av de avlidna inom anhöriggruppen 'socialtjänstens barn' i något avseende. Som framgår av figurerna 14a och 14b hade 2–4 gånger fler barn från anhöriggruppen med erfarenhet av social dygnsvård avlidit, jämfört med jämnåriga från anhöriggruppen utan kontakt med socialtjänsten. Siffrorna i figurerna 14a och 14b ska jämföras med en total dödlighet på 0,7 procent i befolkningen utanför anhöriggruppen.

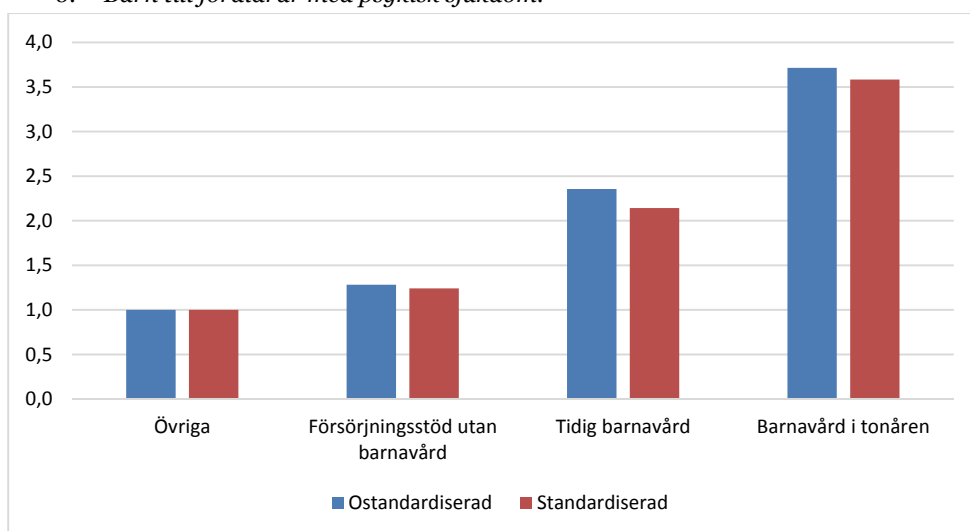
Den ökade dödligheten i anhöriggruppen påverkas endast marginellt om analysen justeras för föräldrars utbildning och födelseland.

Figur 14. Mortalitet efter 18 års ålder efter erfarenhet av samhällsvård och försörjningsstöd i familjen vid 17 års ålder.

a. Barn till föräldrar med missbruk.



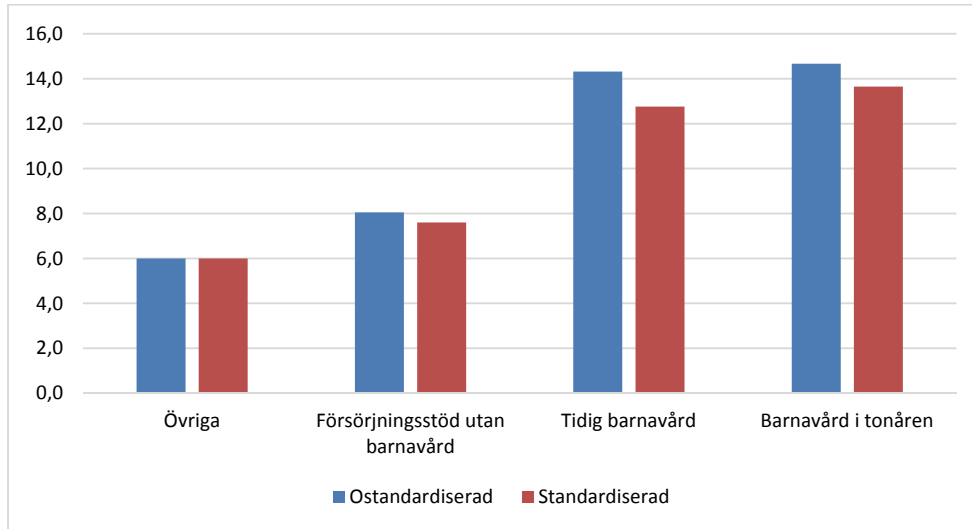
b. Barn till föräldrar med psykisk sjukdom.



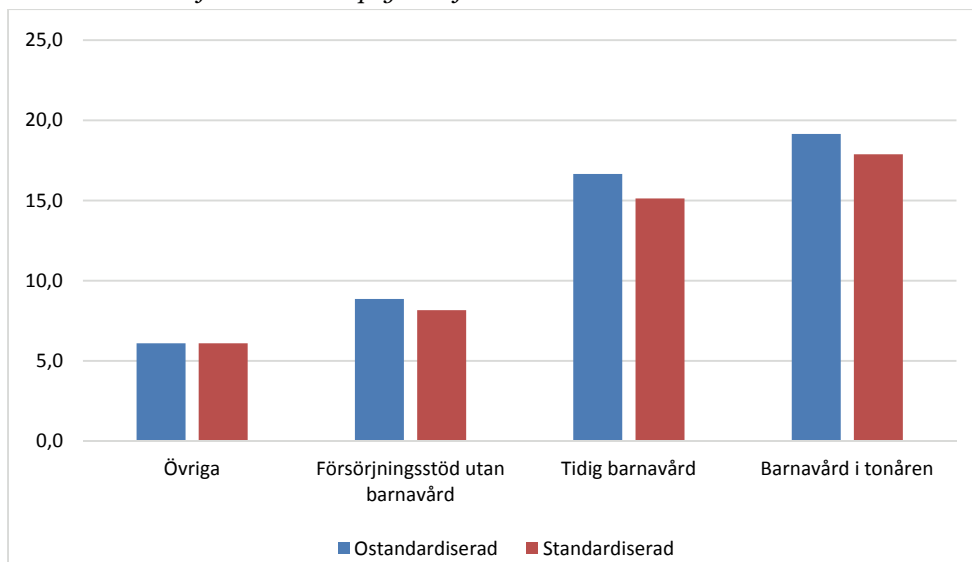
Figur 15a och 15b visar att personer i anhöriggruppen med erfarenhet av samhällsvård hade en hög förekomst av kronisk sjukdom/funktionshinder. För barn till föräldrar med psykisk sjukdom närmade den sig 20 procent för vård i tonåren och 15 procent för tidig barnavård. Justering för bakomliggande föräldrafaktorer minskar denna överrisk något.

Figur 15. Kronisk sjukdom/funktionshinder och erfarenhet av samhällsvård och försörjningsstöd i familjen vid 17 års ålder.

a. Barn till föräldrar med missbruk



b. Barn till föräldrar med psykisk sjukdom

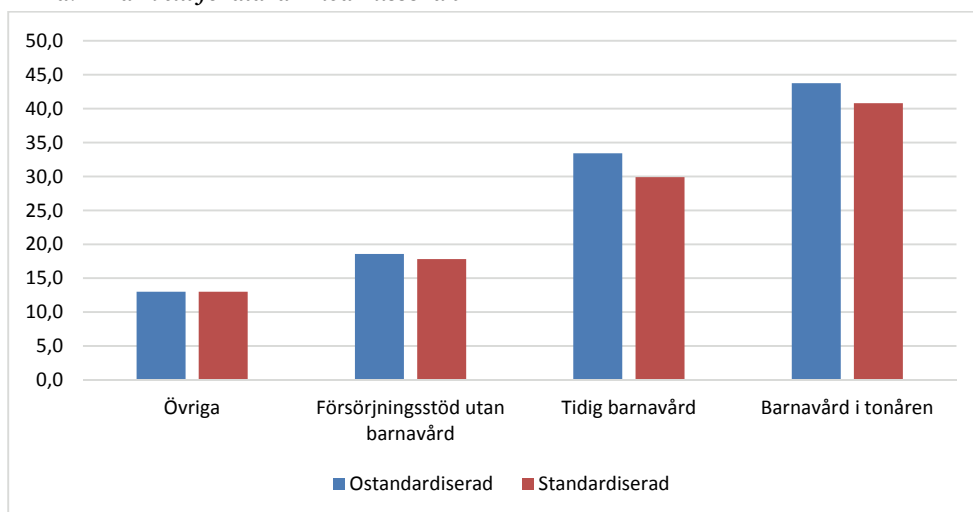


Psykisk ohälsa

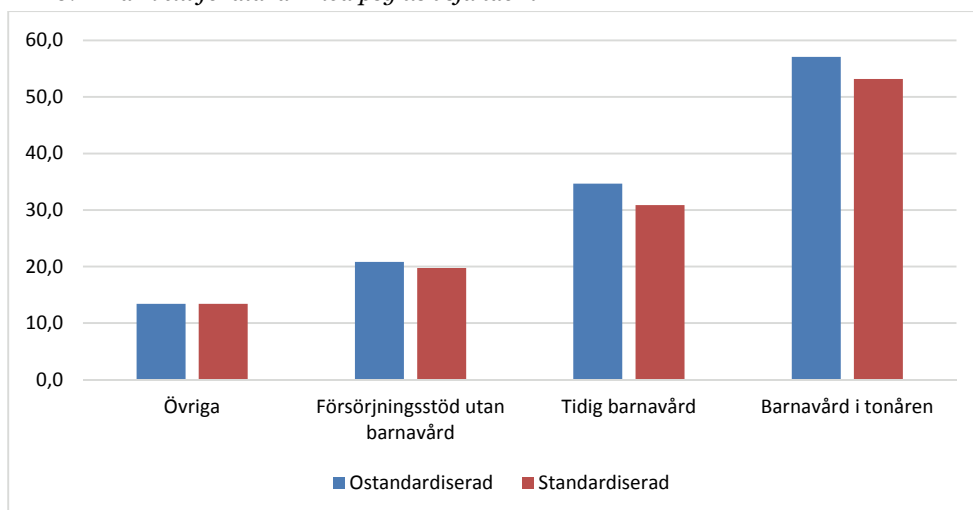
Förekomsten av psykisk ohälsa var mycket hög bland personer i anhöriggruppen som hade erfarenhet av samhällsvård. Figur 16 visar att ungefär hälften av dem som kom in i samhällsvård under tonåren hade erfarenhet av psykiatrisk vård i vuxen ålder. Samma gällde runt en tredjedel av dem som kom in i vård före tonåren. Dessa nivåer är tre till fem gånger högre än för jämnåriga i anhöriggruppen utan kontakt med socialtjänsten under uppväxten (se Figur 16).

Figur 16. Psykiatrisk vård efter 18 års ålder efter erfarenhet av samhällsvård och försörjningsstöd i familjen vid 17 års ålder.

a. Barn till föräldrar med missbruk



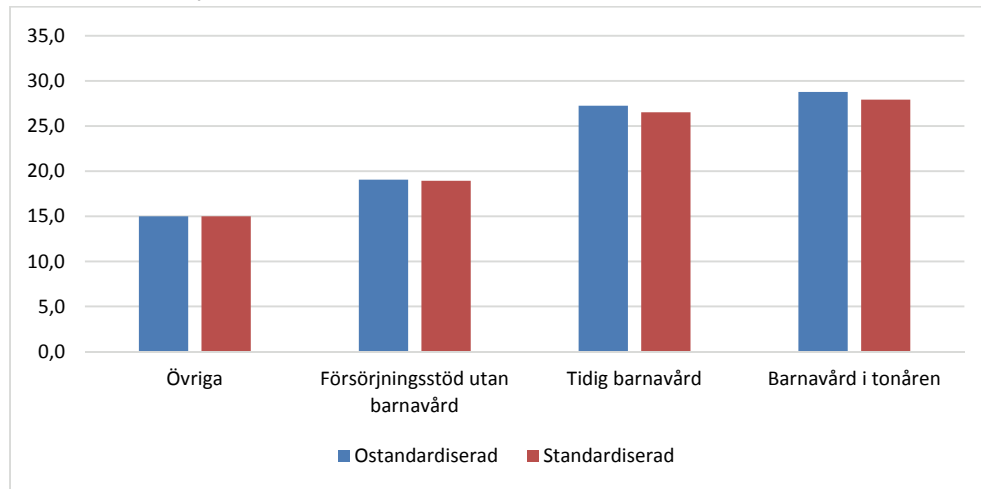
b. Barn till föräldrar med psykisk sjukdom



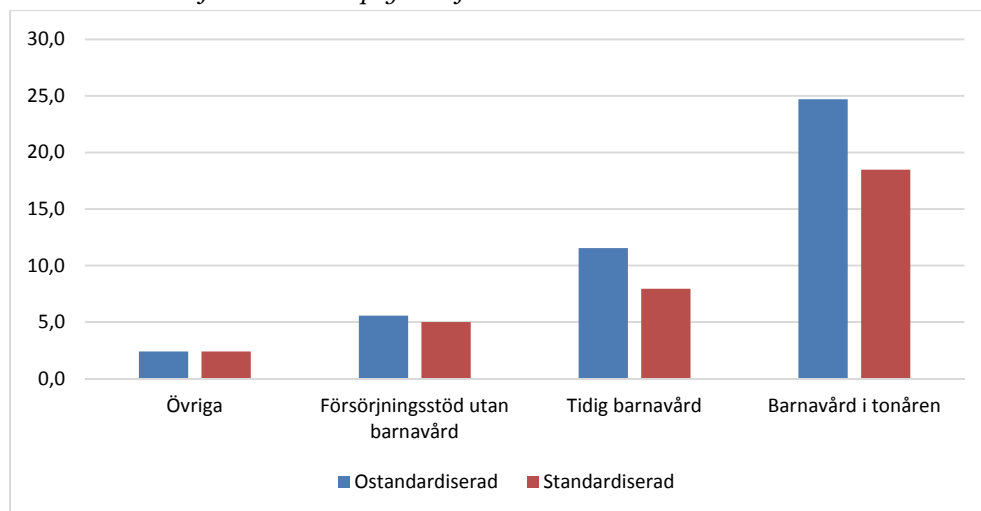
För barn till föräldrar med psykisk sjukdom var skillnaderna dramatiska när det gäller förekomsten av eget missbruk mellan personer med eller utan erfarenhet av samhällsvård. Motsvarande skillnader var mer måttliga för barn till föräldrar med missbruk.

Figur 17. Procent av anhöriggruppen med erfarenhet av egen missbruksvård efter 18 års ålder efter erfarenhet av samhällsvård och försörjningsstöd i familjen vid 17 års ålder.

a. Barn till föräldrar med missbruk



b. Barn till föräldrar med psykisk sjukdom



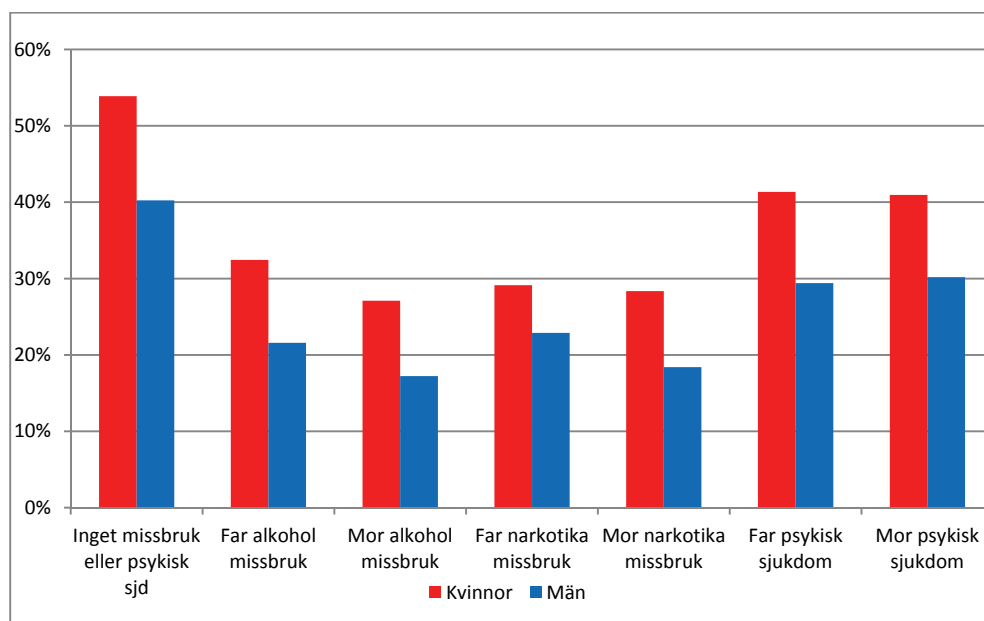
B. Utbildning och sociala levnadsförhållanden

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 med missbruk var det betydligt färre som hade slutfört en eftergymnasial utbildning än i resten av befolkningen. Motsvarande skillnad var mindre uttalad för barn till psykiskt sjuka föräldrar (se Figur 18). För barn till mödrar med alkoholmissbruk var det särskilt få som hade avslutat en eftergymnasial utbildning, medan det för psykisk sjukdom och narkotikamissbruk hos föräldrar inte fanns någon märkbar skillnad om det var modern eller fadern som hade problem.

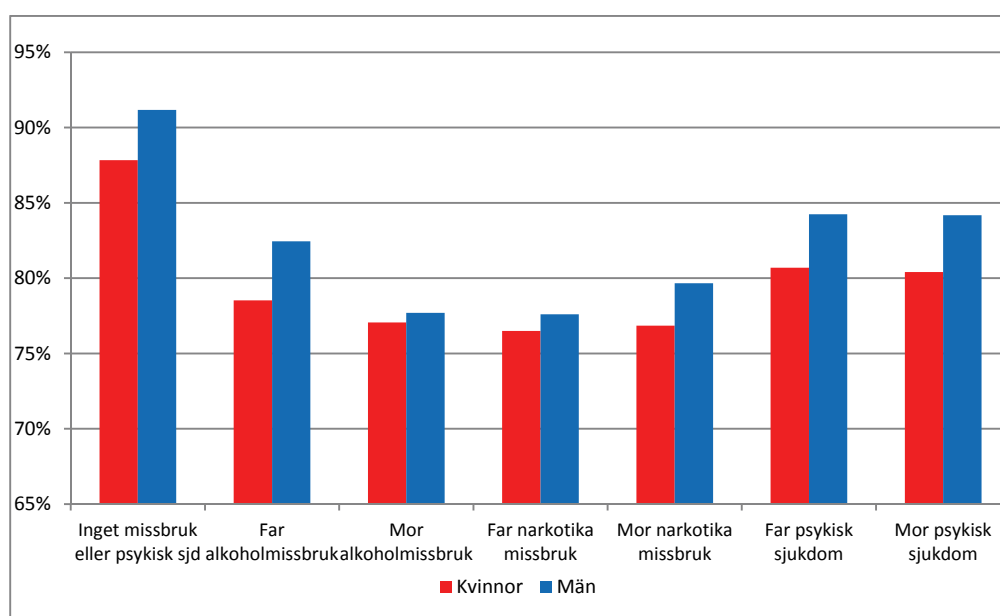
Figur 18. Procent som avslutat eftergymnasial utbildning år 2008.



Om analysen justeras för föräldrarnas utbildning och födelseland försvinner en mindre del av skillnaderna i anhöriggruppen jämfört med resten av befolkningen (se Tabell 25 i Appendix). Mycket mer försvinner om analysen justeras också för personernas egna betyg i åk 9, särskilt för barn till föräldrar med psykisk sjukdom där skillnaderna nära nog utjämnas helt. För barn till föräldrar med missbruk kvarstår dock en viss skillnad även efter justering för egna betyg i årskurs 9. Detta talar för att deras utbildningskarriär efter årskurs 9 var mindre gynnsam än för andra med jämförbara betyg i årskurs 9. Se Faktaruta 2 för förklaring.

Arbete och inkomster

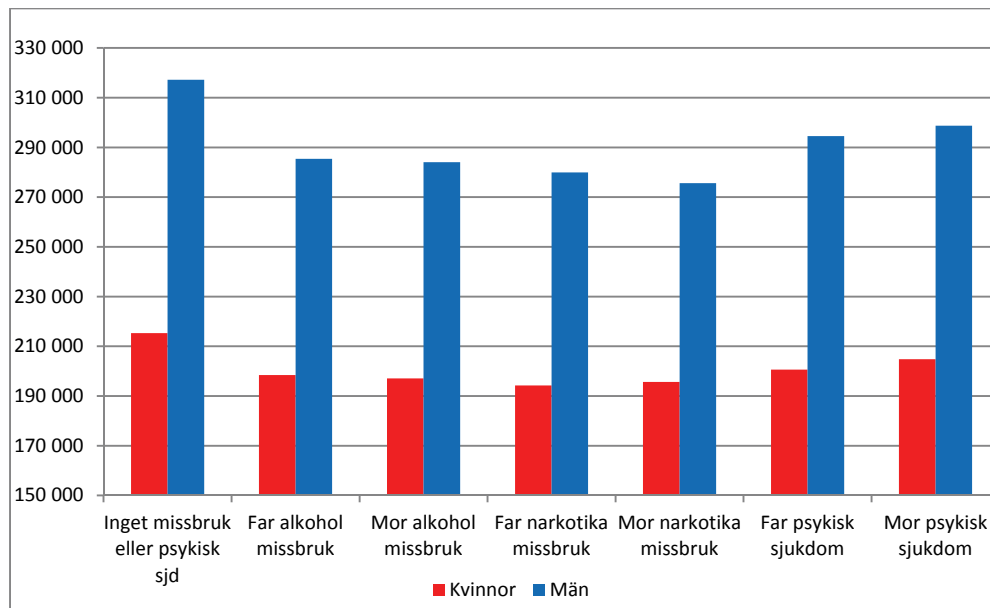
Figur 19. Procent som hade inkomst av anställning i november 2008.



Flertalet barn till föräldrar med missbruk arbetade i november 2008, men andelen var påtagligt lägre än i resten av befolkningen, och lägre även bland barn till psykisk sjuka (se Figur 19). Barn till mödrar med alkoholmissbruk arbetade i något mindre utsträckning än barn till fäder med alkoholmissbruk. Att justera analysen för föräldrars utbildning och födelseland påverkar inte nämnvärt mönstret, medan eget betyg i årskurs 9 ändrar bilden lite mer. Även efter justering för betyg i årskurs 9 var det dock 5 procent färre i anhöriggruppen som förvärvsarbetade än i resten av befolkningen (Tabell 27 a–c i Appendix).

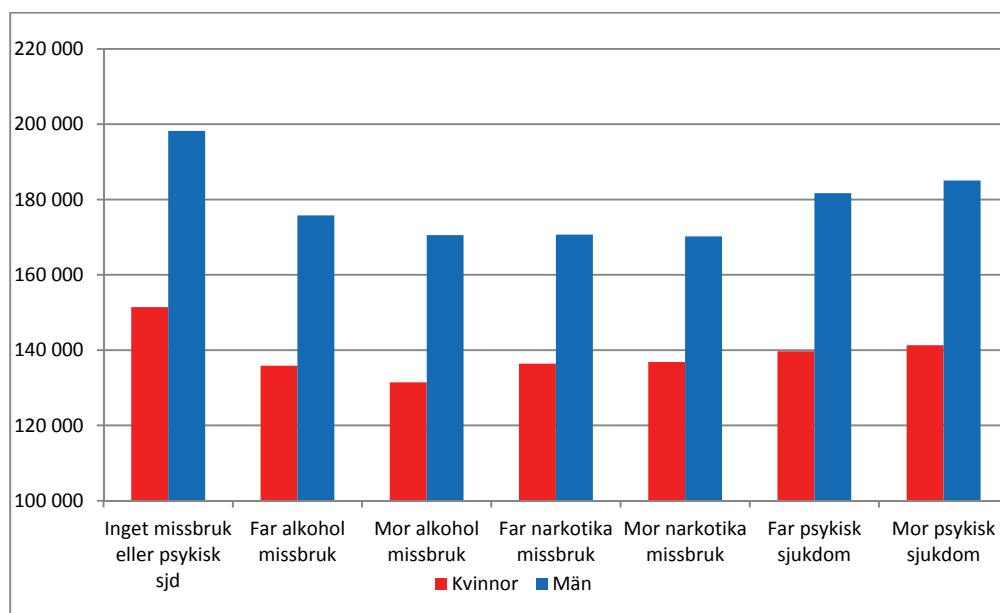
Som figur 20 visar fanns det mycket stora skillnader i löneinkomst generellt mellan män och kvinnor. Förvärvsarbetande kvinnor till föräldrar med missbruk hade en årsinkomst av lön som ligger 15–17 000 kr lägre än genomsnittet i befolkningen, medan skillnaden för män var ungefär dubbelt så stor (se Figur 20). Barn till föräldrar med psykisk sjukdom låg lite närmare resten av befolkningen i lönenivå. Justering för föräldrars utbildning och födelseland påverkar inte bilden nämnvärt medan skillnaderna för kvinnor i anhöriggruppen försvinner vid justering för eget betyg i åk 9 och halveras för barn till föräldrar med missbruk (Tabell 28a–c i Appendix).

Figur 20. Genomsnittlig årsinkomst (kr) av lön för anställda i nov 2008.



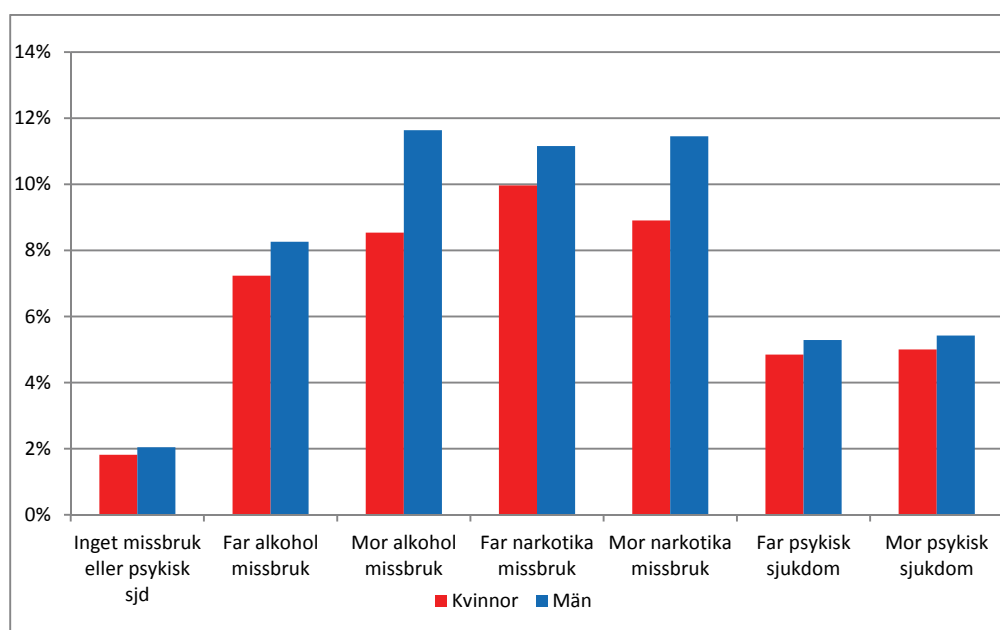
Figur 21 visar den genomsnittliga disponibla inkomsten för individerna i studiepopulationen baserat på hushållets samtliga inkomster och skatteavdrag. Den disponibla inkomsten för kvinnor var genomsnittligt 22 procent lägre än för män, motsvarande en skillnad på 46 000 kr per år. Skillnaden i genomsnittlig disponibel inkomst 2008 var förhållandevis liten mellan kvinnor i anhöriggruppen jämfört med resten av befolkningen, 10 000–13 000 kr per år. För män var skillnaderna något större, 12 000–24 000 kr, vilket i viss mån förklaras av den högre inkomstnivån för män. För alkoholmissbruk var skillnaden lite större om det var modern som var vårdad för missbruk, för psykisk sjukdom var det istället sjukdom hos fadern som påverkade inkomsten mest (Tabell 29).

Figur 21. Genomsnittlig disponibel inkomst under 2008 (kr).



Trots att inkomsterna generellt var högre hos män bodde fler män än kvinnor i ett hushåll som fick försörjningsstöd under 2008 (se Figur 22 samt tabell 30 i Appendix). Detta gällde även anhörigruppen. Andelen som fick försörjningsstöd var högst hos barn till föräldrar med narkotikamissbruk och barn till mödrar med alkoholmissbruk. Andelen var fyra–fem gånger högre än i resten av befolkningen, motsvarande runt 10 procent. För barn till föräldrar med psykisk sjukdom var andelen som fick försörjningsstöd något lägre, kring 5 procent. När analysen justeras för föräldrars utbildningsbakgrund minskar skillnaden med 20–30 procent för barn till föräldrar med missbruk och den halveras efter att analysen justeras också för eget betyg i årskurs 9 (Tabell 31 i Appendix).

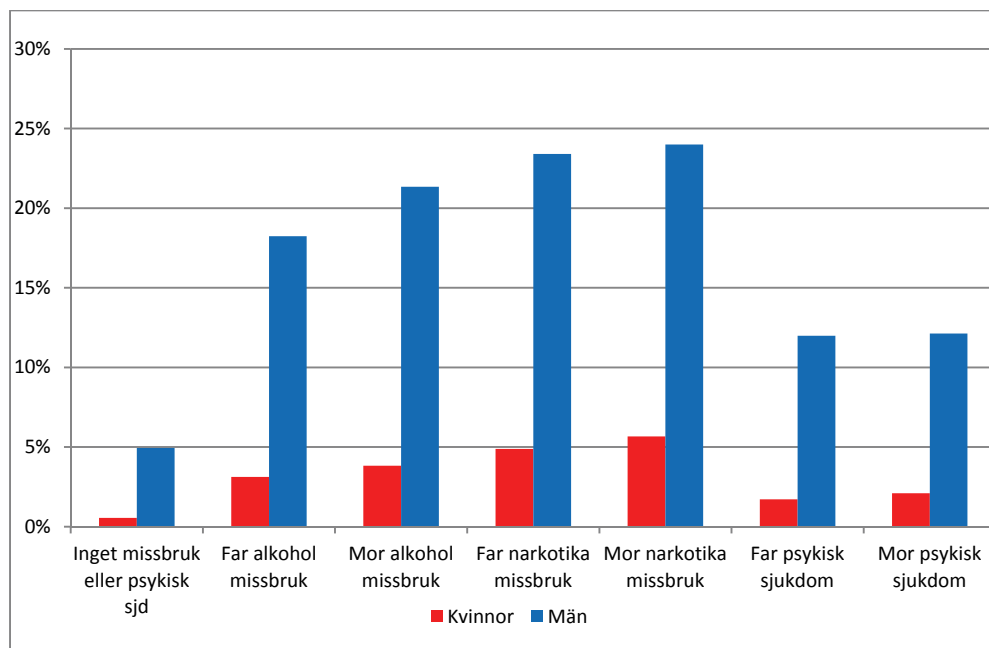
Figur 22. Procent som bodde i ett hushåll som fick försörjningsstöd under 2008.



Kriminalitet

Att ha blivit dömd i domstol för ett brott (lagförd) var vanligt bland män som var barn till föräldrar med missbruk, cirka 30 procent jämfört med 10 procent i hela befolkningen och 18–19 procent hos barn till psykiskt sjuka (Tabell 32 i Appendix). För allvarliga brott, definierat som ett brott där påföljden blev skyddstillsyn, rättspsykiatrisk vård eller fängelse, var skillnaderna ännu större (se Figur 23). I relativa tal handlade det för män om fyra till fem gånger högre risk för barn till föräldrar med missbruk, och två till tre gånger högre risk för barn till psykiskt sjuka. För kvinnor var det betydligt mindre vanligt att lagföras i alla grupper, men i relativa tal var risken i anhörigruppen till och med något högre för kvinnor (Tabell 35 a–c i Appendix). Den ökade risken att lagföras minskar med 15–20 procent när analysen justeras för föräldrars utbildning och födelseland och ytterligare 15–20 procent när den justeras för eget betyg i årskurs 9 (33 a–b; 35 a–b i Appendix). För barn till psykiskt sjuka medför justering för föräldrars bakgrund mindre, medan betydelsen av eget betyg är ungefär densamma som för barn till missbrukare (33c; 35c). Se Faktaruta 2 för förklaring.

Figur 23. Procent som lagförts med fängelse eller skyddstillsyn som påföljd, efter 18 års ålder.

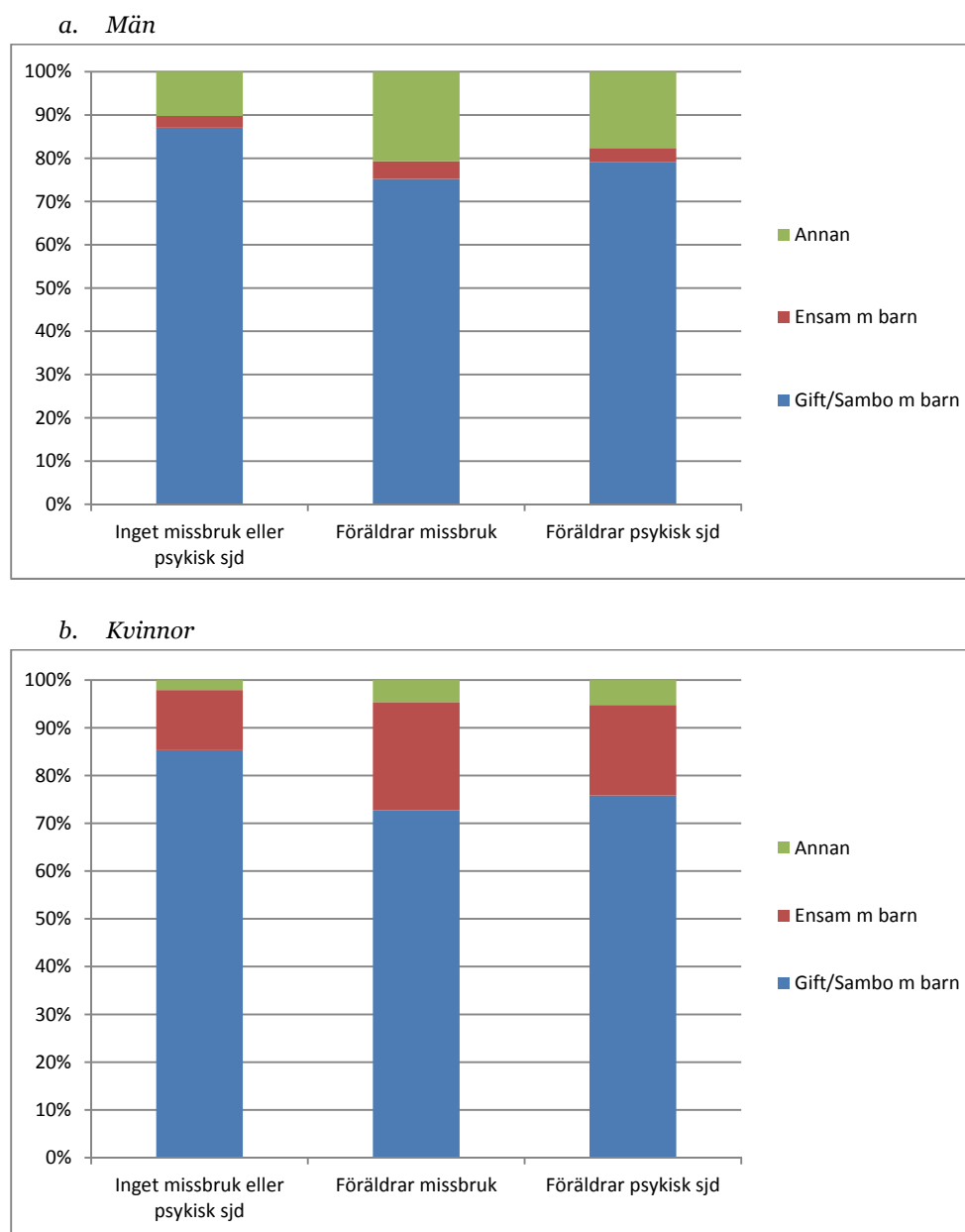


Familj

Att ha blivit förälder var något vanligare bland barn till föräldrar med missbruk; 54,6 procent av männen hade blivit det mot 51,8 procent i resten av befolkningen, för kvinnor 73,4 procent mot 68,1 procent. Barn till psykiskt sjuka skilde sig inte från övrig befolkning härvidlag.

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 hög grad utan sina barn och kvinnorna i högre grad ensamma med sina barn.

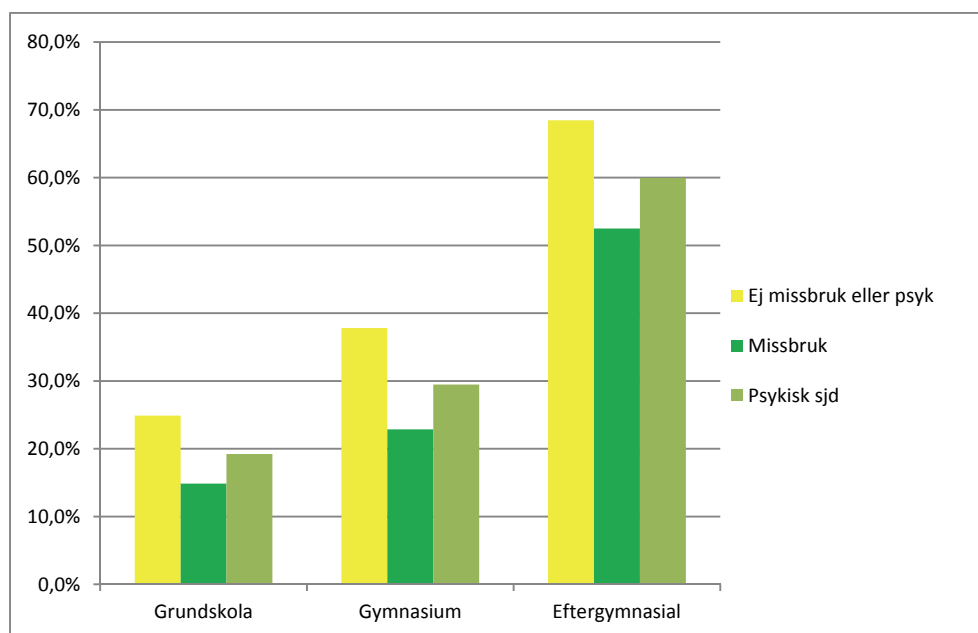
Figur 24. Familjesituation för personer i studiepopulationen som var föräldrar i december 2008.



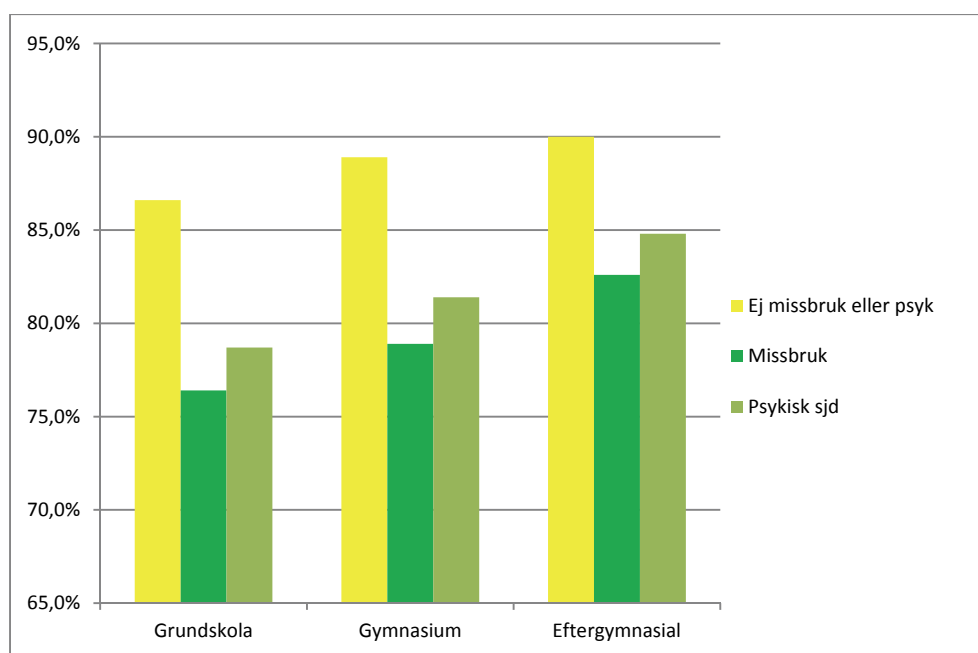
Sociala skillnader

Föräldrarnas utbildning var starkt relaterad till att ha en egen postgymnasial utbildning 2008, betydligt mer än till förekomsten av ett eventuellt missbruk eller psykisk sjukdom (Figur 25). På alla nivåer medförde dock ett missbruk eller psykisk sjukdom hos föräldrar en likartad negativ effekt. De två faktorerna adderades till varandra. Detta mönster återkom på ett likartat men mindre uttalat sätt också för arbete (Figur 26) och disponibel inkomst (Figur 27).

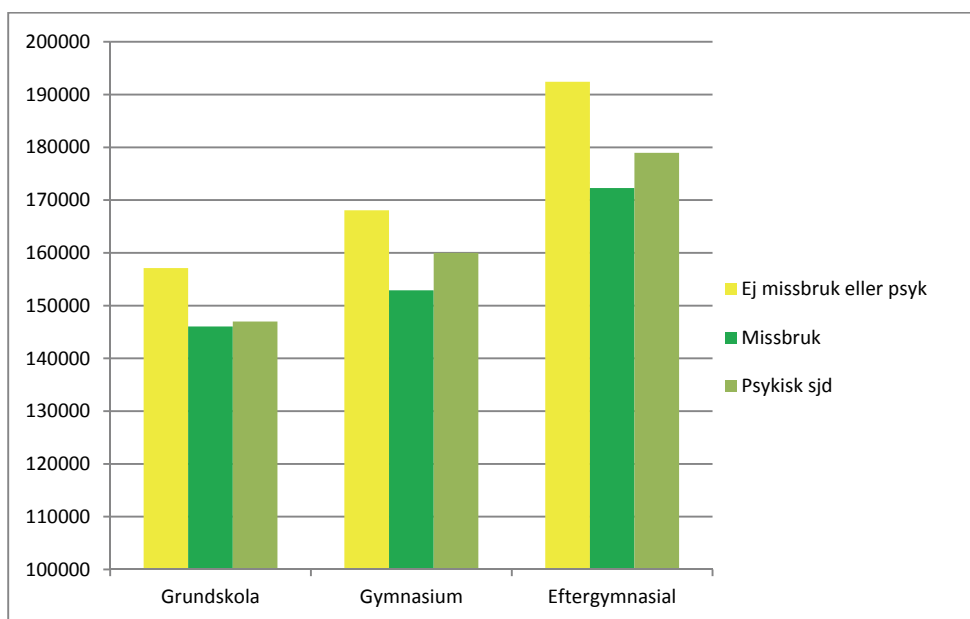
Figur 25. Procent som avslutat eftergymnasial utbildning år 2007 efter föräldrars högsta utbildning.



Figur 26. Procent som hade lön av anställning i november 2008 efter föräldrars utbildning.

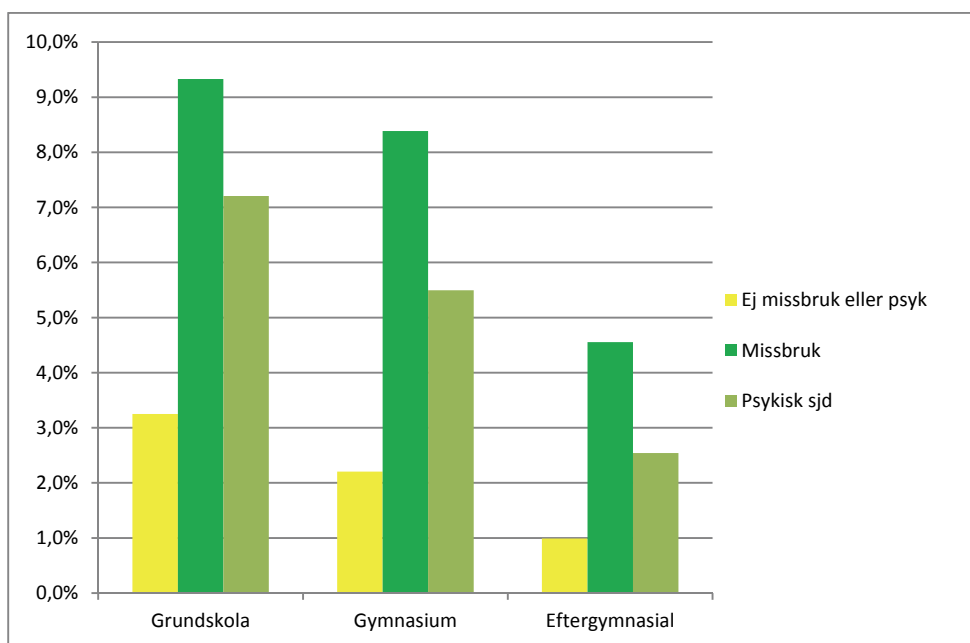


Figur 27. Disponibel inkomst (kr) 2008 efter föräldrars utbildning.

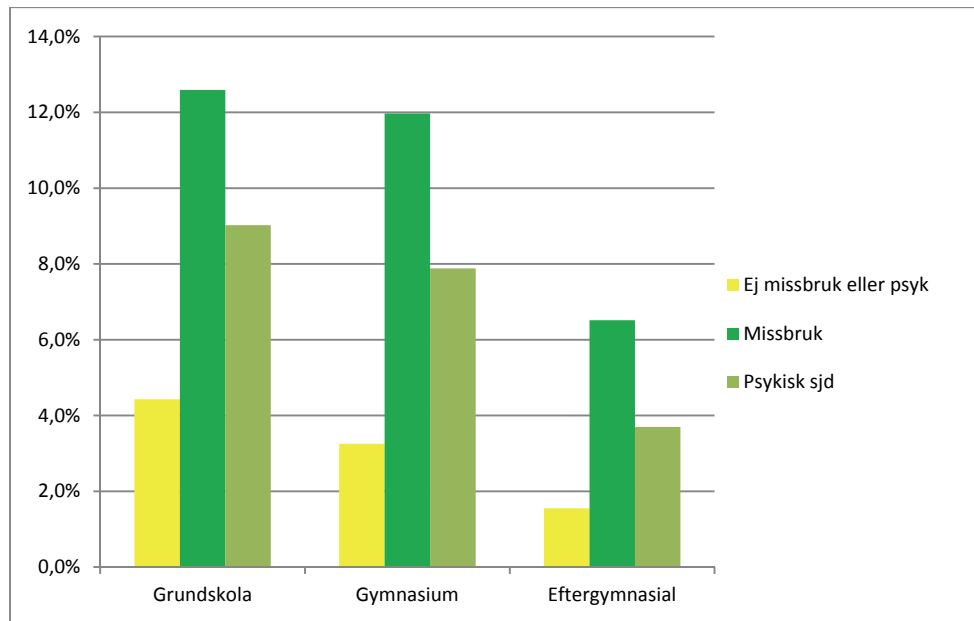


För både försörjningsstöd (Figur 28) och allvarlig kriminalitet (Figur 29) hade dock missbruk och psykisk sjukdom hos föräldrar större betydelse än föräldrarnas utbildningsnivå, även om utbildningsnivån också påverkade risken.

Figur 28. Procent som erhöll försörjningsstöd 2008 efter föräldrars högsta utbildning.



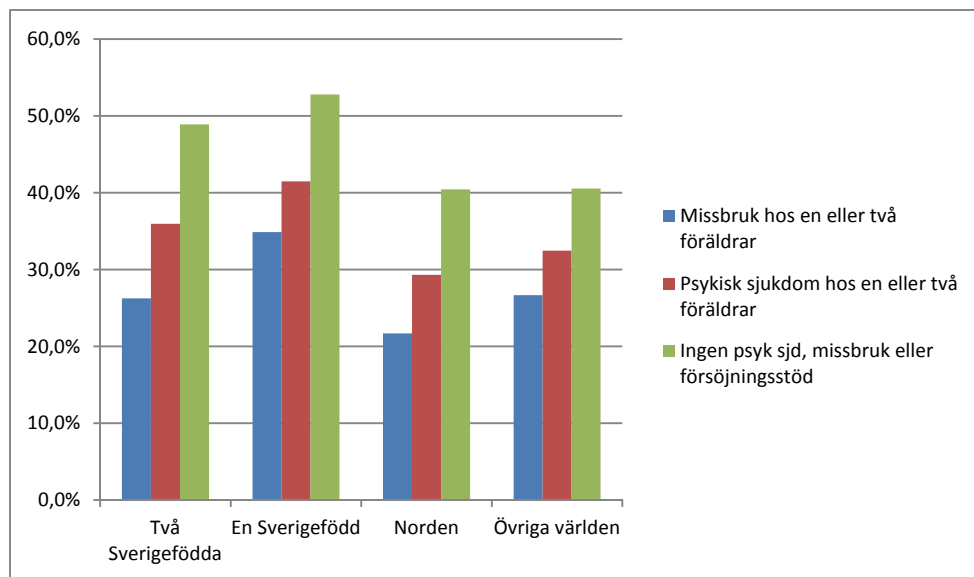
Figur 29. Procent som lagförts med påföljd av fängelse eller skyddstillsyn efter 18 års ålder.



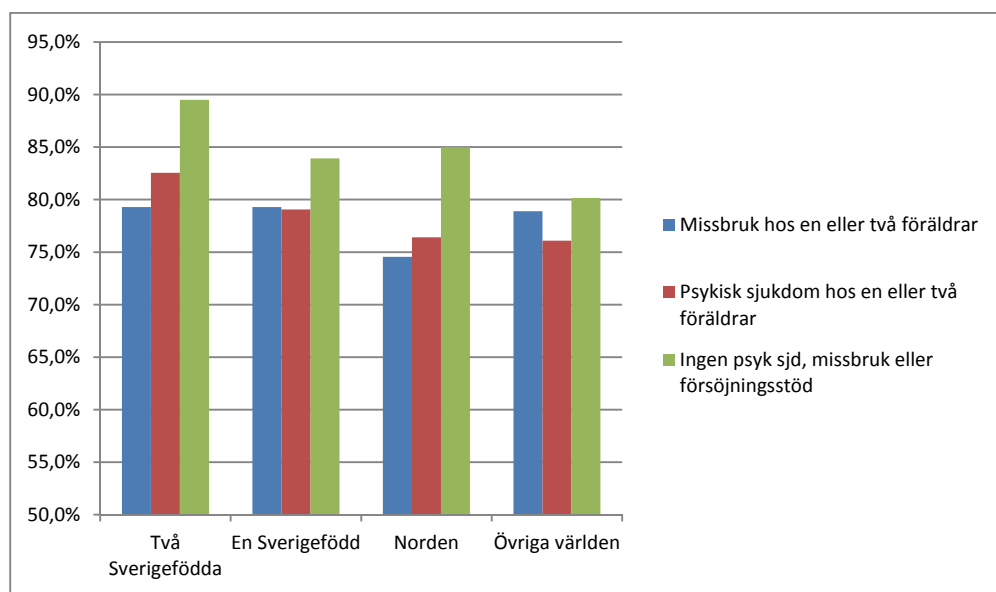
Utländskt ursprung

Barn till föräldrar med ursprung i övriga Norden hade i lägre utsträckning eftergymnasial utbildning och arbete om deras föräldrar hade ett missbruk eller en psykisk sjukdom. De hade också i högre utsträckning blivit lagförda för ett allvarligt brott, jämfört med barn till föräldrar med två svenskfödda föräldrar med dessa problem (Figur 32–34).

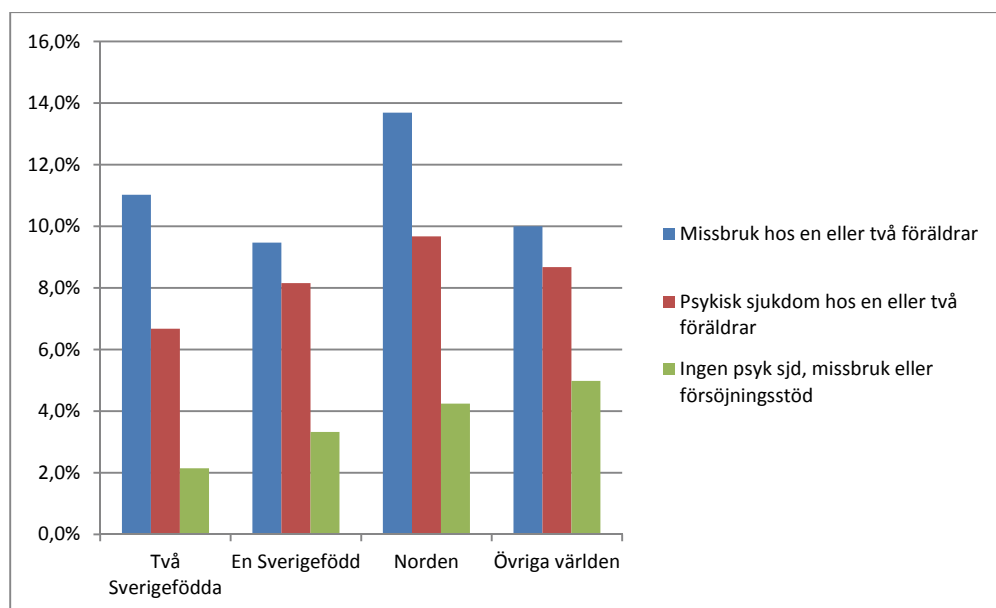
Figur 30. Procent med eftergymnasial utbildning efter föräldrars utbildning.



Figur 31. Procent som hade lön av anställning i november 2008 efter föräldrars födelse-land.



Figur 32. Procent som hade lagförts med fängelse eller skyddstillsyn som påföljd, efter föräldrars födelse-land.

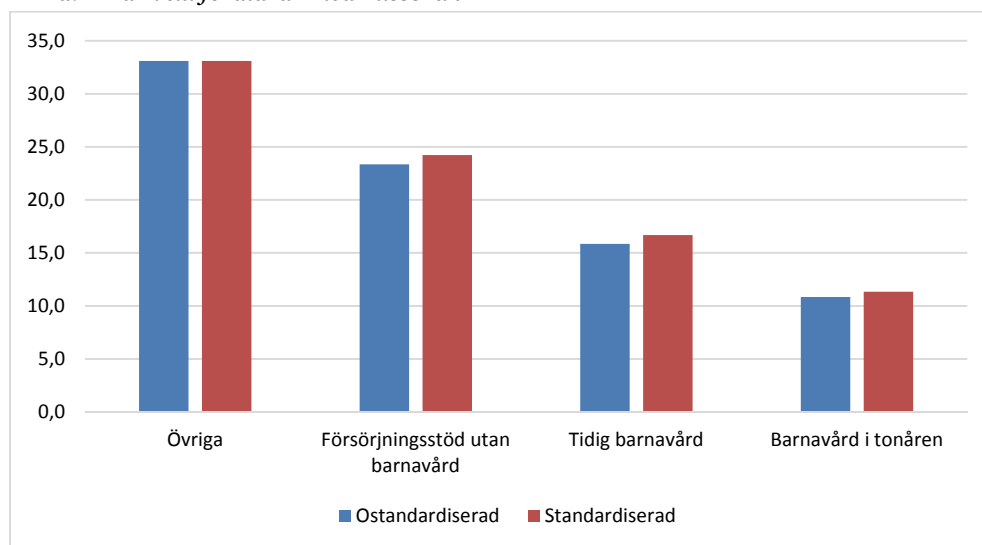


Socialtjänstens barn

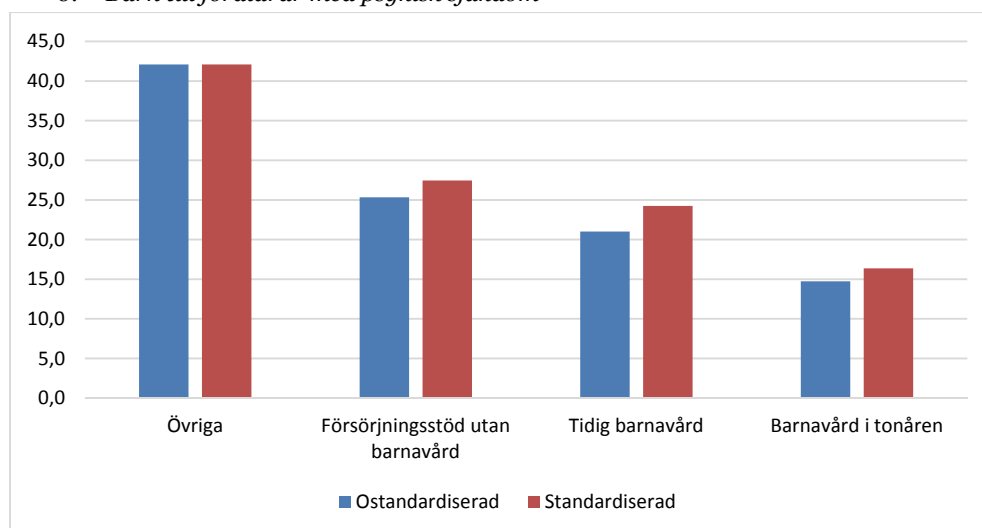
Inom anhörigruppen var den sociala situationen påtagligt sämre hos dem som varit i samhällsvård, men också i viss mån för dem vars föräldrar haft kontakt med socialtjänsten för försörjningsstöd. Postgymnasial utbildning var dubbelt så vanligt bland de barn i familjer med missbruk respektive psykisk sjukdom som inte haft kontakt med socialtjänsten, jämfört med jämnåriga som vårdats i samhällsvård före tonåren, och tre gånger så vanligt jämfört med dem i anhörigruppen som vårdats med debut under tonåren (Figur 33).

Figur 33. Procent som hade slutfört eftergymnasial utbildning efter erfarenhet av samhällsvård.

a. Barn till föräldrar med missbruk



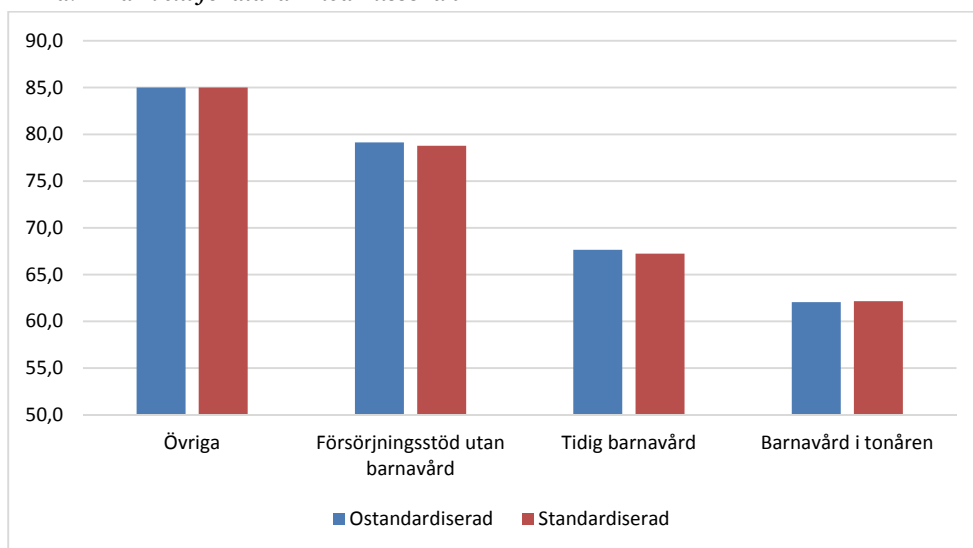
b. Barn till föräldrar med psykisk sjukdom



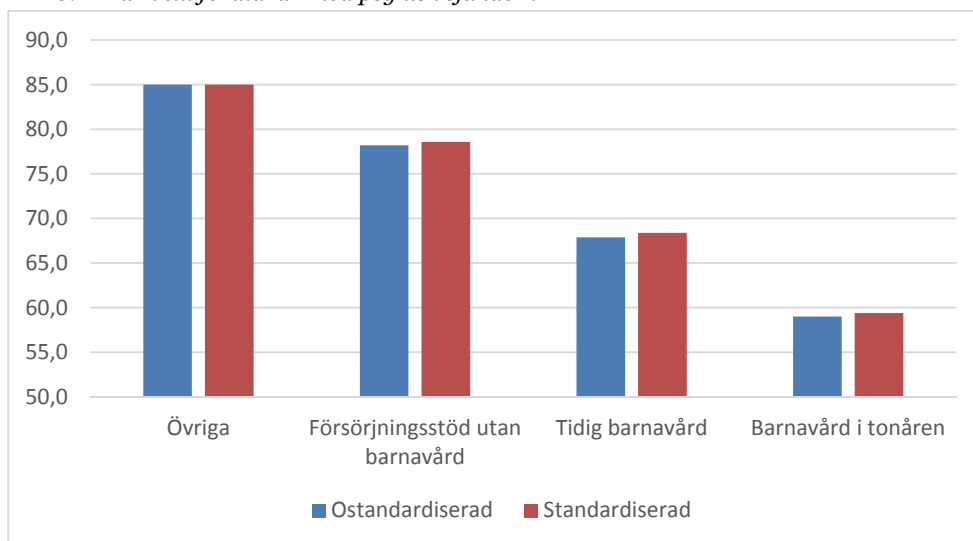
Färre personer med erfarenhet av samhällsvård var i arbete 2008, jämfört med andra i anhörigruppen. Endast 60–70 procent hade lön av anställning jämfört med 85–86 procent hos dem utan kontakt med socialtjänsten under uppväxten.

Figur 34. Procent som hade lön av anställning i november 2008 efter erfarenhet av samhällsvård.

a. Barn till föräldrar med missbruk



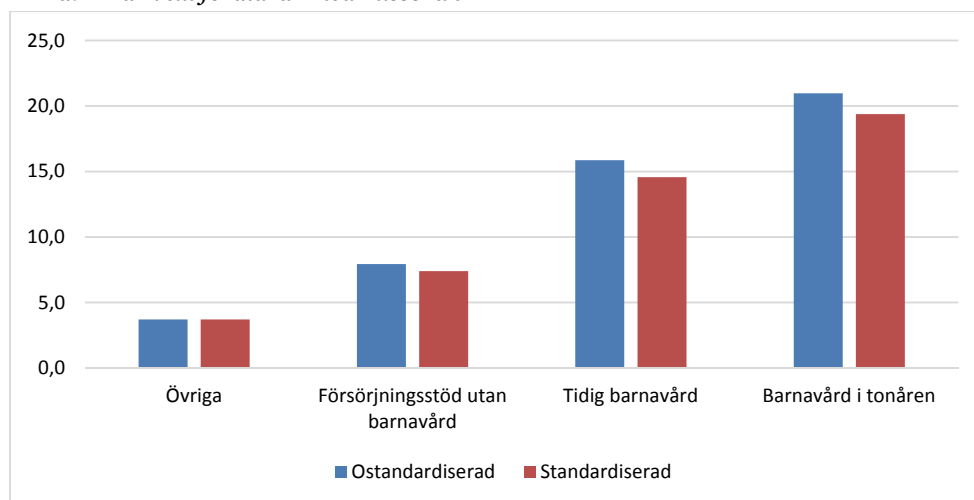
b. Barn till föräldrar med psykisk sjukdom



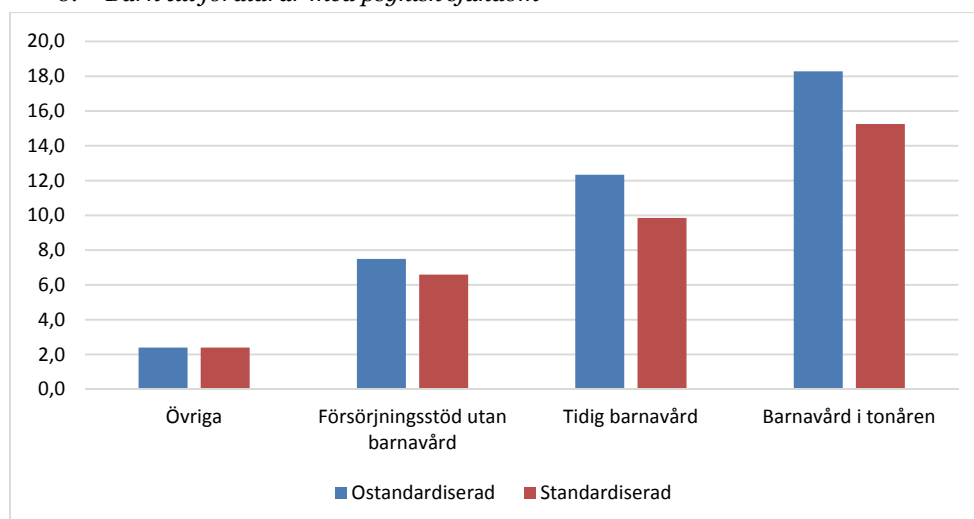
För försörjningsstöd och lagföring på grund av ett allvarligt brott var skillnaden för barn till föräldrar med psykisk sjukdom tiofaldig mellan personer som vårdats i samhällsvård och dem i anhöriggruppen som inte haft kontakt med socialtjänsten. Även för barn till föräldrar med missbruk var skillnaderna stora, men här hade även de som vare sig samhällsvårdats eller haft försörjningsstöd påtagligt högre nivåer än resten av befolkningen, vilket inte var fallet för barn till psykisk sjuka.

Figur 35. Procent som uppbar försörjningsstöd 2008 efter erfarenhet av samhällsvård.

a. Barn till föräldrar med missbruk

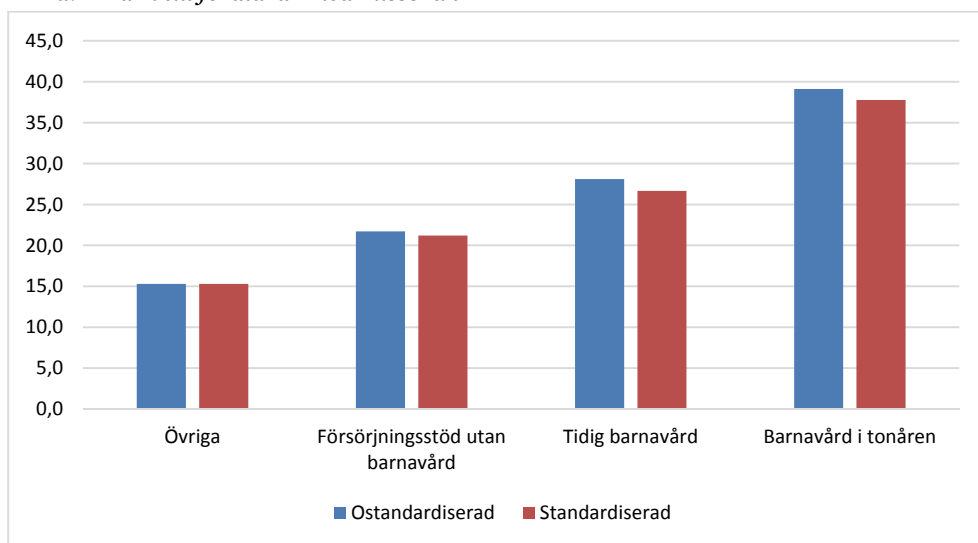


b. Barn till föräldrar med psykisk sjukdom

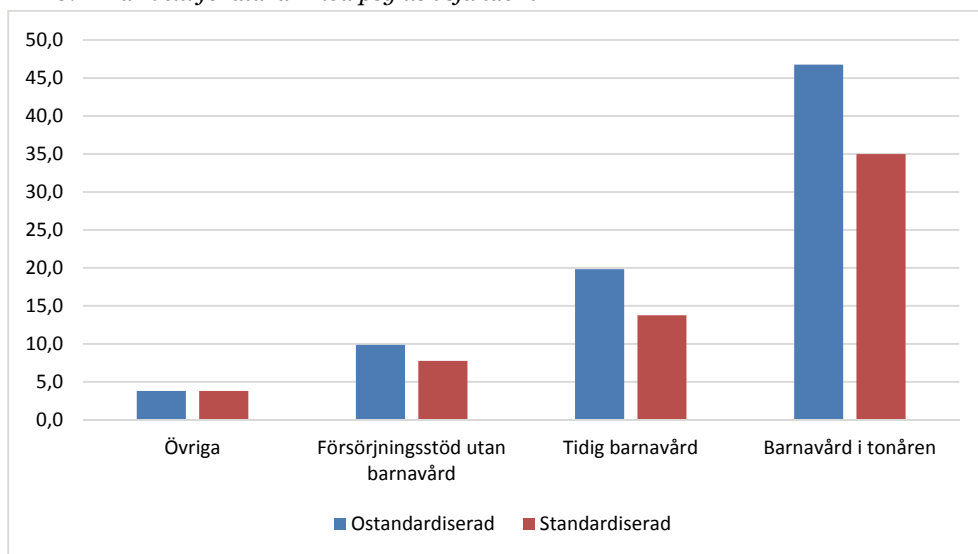


Figur 36. Procent som hade lagförts med påföljd av fängelse eller skyddstillsyn efter 18 års ålder efter erfarenhet av samhällsvård.

a. Barn till föräldrar med missbruk



b. Barn till föräldrar med psykisk sjukdom



Diskussion

I denna studie har vi beskrivit olika aspekter av hälsa, utbildning och sociala levnadsvillkor i ung vuxen ålder hos sex årskohorter av personer med erfarenhet under uppväxten av att deras föräldrar vårdats på sjukhus på grund av missbruk och/eller psykisk sjukdom. Våra resultat visar en fördubblad dödlighet och förekomst av kronisk sjukdom och/eller funktionshinder i denna anhöriggrupp jämfört med övrig befolkning, liksom en två- till trefaldigt ökad förekomst av psykisk ohälsa och kriminalitet och en fyr- till sjufaldigt ökad förekomst av missbruk och kriminalitet. Den ökade sjukligheten påverkar också de sociala levnadsförhållandena så att andelen i arbete är påtagligt lägre i anhöriggruppen, liksom beroendet av försörjningsstöd. 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 anhöriggruppen. Personer med erfarenhet av samhällsvård skiljer ut sig med mycket höga nivåer av dödlighet, psykisk ohälsa, eget missbruk och kriminalitet. De utgör runt 18 procent av hela anhöriggruppen.

Psykisk ohälsa och missbruk

Det är troligt att de höga nivåerna av psykisk ohälsa och missbruk i anhöriggruppen ligger bakom den höga dödligheten, med tanke på att en så stor andel av dessa dödsfall orsakades av självmord eller var direkt relaterade till missbruk. Då psykisk ohälsa är den vanligaste orsaken till långvarig sjukskrivning och aktivitetsersättning i 30-årsåldern är den höga nivån av psykisk ohälsa troligen en viktig förklaringsfaktor också för detta utfall (Hjern & Vinnerljung, kommande).

Analysen av psykofarmakakonsumtion visade en särskilt hög risk för konsumtion av neuroleptika, med en mer måttligt ökad risk för konsumtion av antidepressiva och ångestdämpande mediciner. Neuroleptika används i första hand för behandling av psykosjukdom, varför det är troligt att en hög nivå av dessa allvariga psykiska sjukdomar är en bidragande orsak till den höga nivån av funktionshinder och vård med psykiatrisk diagnos. Bland annat svenska studier har tidigare visat att barn till föräldrar med psykosjukdom har en sexfaldigt ökad risk att insjukna i psykosjukdom, och tvillingstudier talar för att genetiska faktorer är viktiga (Shih et al, 2004). Samma genetiska faktorer som ökar risken för schizofreni ökar också risken för att drabbas av bipolär sjukdom, som är en annan allvarig psykisk sjukdom (International Schizophrenia Consortium, 2009). Men det är troligen inte enbart genetiska faktorer som ligger bakom den ökade psykiska sjukligheten hos barn till psykisk sjuka och föräldrar med missbruk. Miljöfaktorer spelar också en viktig roll för uppkomsten av psykiska sjukdomar hos personer med medfödd sårbarhet. Studier har bland annat pekat på att den avsaknad av struktur och förutsägbarhet i familjens rutiner och höga stressnivå som är vanligare i familjer där föräldrar har missbruksproblem och/eller psykisk ohälsa kan öka risken för psykisk sjukdom. En annan vanlig riskfaktor i familjer där det finns missbruk och psykisk sjukdom är våld (Boles & Miotto, 2003; Norström & Pape, 2010; Askeland et al, 2012).

Moderns alkoholmissbruk hade större konsekvenser för deras barn än faders alkoholmissbruk när det gäller t ex psykisk ohälsa och utbildning, vilket hypotetiskt

skulle kunna orsaks av alkoholskador redan under fosterlivet (Ragnar et al, under tryckning). En annan möjlighet är att det är fler mödrar än fäder med missbruk som har bott ensamma med sina barn under barnens uppväxt. Resultaten kan i det perspektivet antas spegla miljöeffekter. Det är dock troligt att även selektionsfaktorer spelar in här då alkoholmissbruk var betydligt mer ovanligt hos mödrar än hos fäder.

Betydelsen av egen utbildning

I en tidigare rapport har vi beskrivit att fler barn till psykisk sjuka och föräldrar med missbruk har låga betyg i årskurs 9, jämfört med andra jämnåriga (Hjern et al, 2013). Resultatet av denna studie talar för att dessa låga betyg är början på en utbildningskarriär som fortsätter att påverkas negativt av föräldrarnas problem för barn till föräldrar med missbruk, då dessa i lägre utsträckning än andra med jämförbara betyg fullföljer en eftergymnasial utbildning (jfr Social Rapport, 2010). För barn till psykiskt sjuka är dock den fortsatta utbildningskarriären mer parallell till andra med samma betygsnivå från årskurs 9. De låga betygen från årskurs 9 är en också viktig förklaringsfaktor till den lägre lönenivån hos arbetande i anhöriggruppen.

Föräldraskap och familjesituation

Biologiskt föräldraskap var något vanligare hos barn till föräldrar med missbruk än i resten av befolkningen inkluderande barn till föräldrar med psykisk sjukdom. Våra resultat ger också indikationer på att uppväxtfamiljens mönster med många separationer i viss mån upprepade sig hos anhöriggruppen i vuxen ålder 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 den höga psykiatriska sjukligheten är en del av förklaringen till detta (Ringbäck-Weitoft et al, 2003).

Sociala skillnader

Psykisk sjukdom och missbruk är faktorer som i sig ofta leder till en nedåtgående social karriär när det gäller exempelvis arbete och ekonomiska resurser. Därför har analysen av sociala skillnader i denna rapport utgått från föräldrars utbildning, som i mindre grad än andra sociala indikatorer påverkas av denna sociala karriär. Föräldrars utbildningsnivå var den viktigaste förklaringsfaktorn för utbildningskarriär och inkomst, även om missbruk och psykisk sjukdom också hade en påtaglig påverkan här. För övriga sociala och hälsoutfall var dock betydelsen av föräldrars missbruk och psykiska sjukdom 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. När det gäller risken att utveckla eget missbruk för barn till föräldrar med missbruk sågs också en skyddande effekt av att ha föräldrar med eftergymnasial utbildning som gick utöver denna effekten av utbildning i sig.

Personer med ursprung i övriga nordiska länder hade en särskilt hög risk för psykisk ohälsa och missbruk om de tillhörde anhöriggruppen. Detta stämmer väl överens med de höga nivåer av psykisk sjukdom och missbruk som tidigare beskri-

vits hos svenskfödda barn till föräldrar som invandrat från Finland (Hjern 2004; Hjern & Allebeck, 2004; Hjern et al, 2004). Övriga barn med utländskt ursprung hade något lägre nivåer av psykisk ohälsa och missbruk om de tillhörde anhöriggruppen. Detta kan vara en konsekvens av lägre nivå av sårbarhet, i enlighet med den s k ”healthy migrant”-hypotesen för arbetskraftsinvandrare, men kan också förklaras av en lägre benägenhet att söka och få psykiatrisk vård.

Socialtjänstens barn

Våra resultat visade genomgående att personer med erfarenhet av samhällsvård hade rejält sämre hälsa och social situation än andra i anhöriggruppen. Detta gällde i särskilt hög grad barn till föräldrar med psykisk sjukdom, där personer i anhöriggruppen från familjer som inte har haft kontakt med socialtjänsten generellt hade en nivå av psykisk ohälsa/missbruk och en social situation som mer påminde om den övriga befolkningen utanför anhöriggruppen. Detta kan tolkas på tre delvis motsatta sätt. Å ena sidan talar det för att just de barn till föräldrar med psykisk sjukdom och missbruk med sämst prognos i vuxenlivet också var de som placerades i samhällsvård. Resultaten blir ’bevis’ för att det var rätt barn som hamnade 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 (s k nolleffekter). Denna hypotes har stöd i en lång rad studier med olika metodologi från flera länder, även när jämförelsegruppen utgjorts av hemmaboende syskon till placerade barn (Vinnerljung, 1996; Doyle, 2007; Berzin, 2008; Berger et al, 2009; Olsen et al, 2011 m fl). En tredje hypotetiskt möjlig tolkning är att samhällsvården signifikant har förvärrat deras livschanser, det vill säga att den har haft negativa effekter på lång sikt (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 otillräckliga för att skapa tillnärmelsevis likartade förutsättningar för dessa barns vuxenliv, jämfört med andra jämnåriga.

Studiens begränsningar

Denna studie baseras på en uppföljning i ung vuxen ålder av personer födda på 1970-talet, där 7,8 procent under barndomen hade åtminstone en förälder som vårdats på sjukhus på grund av missbruk och/eller psykisk sjukdom. Intressant är att en analys av missbruk och psykisk sjukdom hos barn födda 1987–89 visade en exakt lika stor andel barn med denna erfarenhet (Hjern et al, 2013). Detta talar för en viss allmängiltighet över tid av resultaten i denna studie, men det går trots detta inte att komma ifrån att en inbyggd svaghet i alla uppföljningsstudier av detta slag är att det är konsekvenser av det förflutna som undersöks. Detta 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 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 (Social Rapport, 2010). En rimlig hypotes är att detta har samband med de ökade utbildningskraven på arbetsmarknaden (Frönäs & Strömme, 2013).

Denna studie baseras på barn till föräldrar som har haft så allvarliga problem med missbruk eller psykisk sjukdom att dessa föranlett inläggande vård på sjukhus. Även om det krävs svåra problem för att läggas in på sjukhus så finns det en stor variation när det gäller typ av problem och dessas varaktighet. Särskilt uppenbart är detta för den psykiska ohälsan, där undersökningsgruppen rymmer såväl föräldrar med kroniska psykosjukdomar som föräldrar som vårdats för ett enstaka, kortvarigt övergående sjukdomstillstånd. Betydligt fler föräldrar har mildare former av psykisk ohälsa och missbruksproblem som inte kräver inläggande vård på sjukhus. Det krävs studier baserade på andra typer av data, t ex intervjuer, för att bättre förstå hur föräldrars ohälsa påverkar deras barns situation som stöd i utvecklingen av effektiva stödinsatser till deras barn.

Implikationer

Resultaten visar att barn till föräldrar med missbruk och psykisk sjukdom är en högriskgrupp för att utveckla egen psykisk ohälsa, kriminalitet och bidragsberoende i ung vuxen ålder, och dessutom står för en oproportionellt hög andel av förebyggbara dödsfall. Vad kan då resultaten lära oss om hur detta kan förebyggas?

En viktig lärdom är att de personer som har den största risken för ohälsa och död i vuxen ålder i de aktuella anhöriggrupperna är de som har kontakt med socialtjänsten under barndomen, och 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. Resultaten från denna och förra rapporten pekar entydigt ut två angelägna områden.

Bristande skolprestationer i årskurs 9 var en viktig förklaringsfaktor för den lägre sysselsättningen och det ökade beroendet av försörjningsstöd i vuxen ålder i anhöriggruppen. Vår studie pekar därför på vikten och nyttan av att ett förstakt inlärningsstöd till barn som har svårt att få detta stöd i hemmet, där gruppen barn som anhöriga ingår som en viktig grupp. Sambandet mellan dåliga skolresultat och ogynnsam utveckling är generellt mycket starka för 'socialtjänstens barn' (Social Rapport, 2010; Berlin et al, 2011). De presterar sämre i skolan och får lägre utbildning än jämnåriga med samma kognitiva förutsättningar (Social Rapport, 2010). Skolprestationerna är så bristfälliga att riktade insatser är motiverade. Sådana insatser verkar ha goda möjligheter att producera positiva resultat om de sätts in före tonåren (t ex Forsman & Vinnerljung, 2011). Socialtjänsten kan här vara en naturlig plattform för interventioner med syfte att stödja barnens skolarbete och kognitiva utveckling (se t ex Tideman et al, 2011, Tordön et al, 2014; Vinnerljung et al, 2014).

För det andra är förekomsten av psykisk ohälsa i vuxen ålder mycket hög bland personer i anhöriggruppen som varit i samhällsvård under uppväxten, vilket har visats i en rad tidigare studier (t ex Vinnerljung et al, 2006; Vinnerljung & Hjern, 2014). 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 insatser från barn- och ungdomspsykiatri, samt på vikten av

ett nära samarbete mellan socialtjänst och psykiatri vid insatser till stöd/skydd för barn med missbrukande eller psykiskt sjuka föräldrar.

För de barn i anhöriggruppen som inte haft kontakt med socialtjänsten under barndomen finns både likheter och skillnader mellan barn till föräldrar med missbruk och barn till psykiskt sjuka. Både barn till psykiskt sjuka och barn till föräldrar med missbruk, utan kontakt med socialtjänsten, har indikationer på en ökad psykiatrisk sjuklighet i vuxen ålder. Barn till föräldrar med missbruk utan kontakt med socialtjänsten har dessutom en ökad risk för missbruk, kriminalitet och beroende av försörjningsstöd som inkomst som inte barn till psykiskt sjuka har. Därför ter sig förebyggande insatser med utgångspunkt från beroendevården särskilt viktiga för dessa barn. Försök med sådana insatser inom socialtjänsten, mellan enheter för missbruks- och beroendevård respektive för barn och familj samt inom hälso- och sjukvården i samarbete mellan beroendevården och barnhälsovården, pågår för närvarande på många håll i landet.

Sammanfattningsvis visar denna fjärde CHES rapport om "Barn som anhöriga" att barn till föräldrar med missbruk och psykisk sjukdom utgör en högriskriskgrupp för tidig död, psykisk ohälsa, missbruk och bidragsberoende i ung vuxen ålder. Riskökningen är särskilt stor för personer som haft kontakt med socialtjänsten, där de som har erfarenhet av samhällsvård utgör dem mest tydligt identifierbara riskgruppen. Därför är samhällets barnavård en viktig utgångspunkt för insatser för att förebygga ohälsa och sociala problem hos dessa 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

Askeland IR, Lömo B, Strandmoen J-F, Heir T & Tjersland OA (2012). Kjennetegn hos men som har oppsøkt Alternativ til Vold (ATV) for vold i naere relationer. Oslo: NKVTS.

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.

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.

Boles S & Miotto K (2003). Substance abuse and violence. A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, **8**, 155–174.

Doyle J (2007). Child protection and child outcomes: Measuring the effects of foster care. *The American Economic Review*, **97**, 1583–1610.

Dumaret A (1985) IQ, scholastic performance and behaviour in sibs raised in contrasting environments. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **26**, 553–580.

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.

Frönes I & Strømme H (2013). Risiko och marginalisering. Norske barns levekår i kunskapsamfunnet. Oslo: Gyndendal.

Hjern A. (2009). Migration och Folkhälsa. Kapitel 9 i "Folkhälsorapport". Socialstyrelsen.

Hjern A, Allebeck, P (2004). Alcohol-related disorders in first and second generation immigrants in Sweden. *Addiction* 2004; **229**–36.

Hjern A (2004). Illicit drug abuse in second generation immigrants i Sweden – a national cohort study. *Scandinavian Journal of Public Health* **32**: 40–46.

Hjern A, Wicks, S, Dahlman, C (2004). Social adversity contributes to high morbidity in psychoses in immigrants – a national cohort study in two generations of Swedish residents. *Psychological Medicine* Aug;**34**(6):1025–33.

Hjern A, Berg L, Rostila M & Vinnerljung B (2013). Barn som anhöriga: hur går det i skolan? Stockholm: CHES & Nka.

Hjern A & Manhica H (2013). Barn som anhöriga – hur många är de? Stockholm: CHES & Nka.

- Hjern A & Vinnerljung B (kommande). Disability pension in young adulthood among former child welfare clients. A national cohort study.
- Hjern A, Vinnerljung B & Lindblad F (2004). Avoidable mortality among child welfare recipients and intercountry adoptees: a national cohort study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58, 412–417.
- International Schizophrenia Consortium, Purcell SM, Wray NR, Stone JL, Visscher PM, O'Donovan MC, Sullivan PF, Sklar P (2009). Common polygenic variation contributes to risk of schizophrenia and bipolar disorder. *Nature*. 460, 748–52.
- Murphy KR, Barkley RA, Bush T (2002). Young adults with attention deficit hyperactivity disorder: subtype differences in comorbidity, educational, and clinical history. *Journal of Nervous and Mental Diseases* 190, 147–57.
- Norström T & Pape H (2010). Alcohol, suppressed anger and violence. *Addiction*, 105, 1580–1586.
- Olsen RF, Egelund T & Lausten M (2011). Tidligere anbragte som unge voksne. Köpenhamn: SFI, rapport # 11:35.
- Rangmar J, Hjern A, Vinnerljung B, Strömmland K, Aronson M & Fahlke C (under tryckning). Psychosocial outcomes in adulthood of fetal alcohol syndrome. *Pediatrics*.
- Rostila M, & Saarela J (2011). Time does not heal all wounds. Mortality following the death of a parent, *Journal of Marriage and Family*, 73, 236–249.
- Shih RA, Belmonte PL, Zandi PP (2004). A review of the evidence from family, twin and adoption studies for a genetic contribution to adult psychiatric disorders. *Int Rev Psychiatry*. 16,260–83.
- Socialstyrelsen (2010). Social rapport 2010, kap 7. Stockholm: Socialstyrelsen.
- 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.
- 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*.

Ringbäck-Weitof, G. 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.

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

Publikationen är utgiven av:

Nationellt kompetenscentrum anhöriga
Box 762
391 27 Kalmar
Tfn: 0480-41 80 20
www.anhoriga.se

Att växa upp med föräldrar som har missbruksproblem eller psykisk sjukdom – hur ser livet ut i ung vuxen ålder?

Detta är den fjärde 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 hälsa och livsvillkor för unga vuxna i åldern 30–35 år i en anhöriggrupp som växt upp med föräldrar som vårdades på sjukhus på grund av missbruk och/eller psykisk sjukdom, och baseras i sin helhet på uppgifter från nationella register.

Anhöriggruppen hade en två till sjufaldigt ökad risk för egen död i unga år, psykiatrisk vård, missbruk och kriminalitet, jämfört med jämnåriga i befolkningen. Totalt 20–25 procent av kvinnorna och 15–20 procent av männen i anhöriggruppen hade varit aktuella som patienter inom psykiatrisk specialistvård.

Majoriteten i anhöriggruppen försörjde sig genom eget arbete vid 30–35 års ålder, men andelen utanför arbetskraften var 7–13 procent högre än i övrig befolkning. Detta förklarades till stor del av en ökad andel med aktivitetsersättning/förtidspension; 9–11 procent av kvinnorna och 6–8 procent av männen. Försörjningsstöd var dubbelt så vanligt hos barn till föräldrar med psykisk sjukdom och fyra gånger vanligare hos barn till föräldrar med missbruk.

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

Inom anhöriggruppen identifierades personer med erfarenhet av samhällsvård som en extrem hög-riskgrupp med höga nivåer av dödlighet, psykisk ohälsa, eget missbruk, kriminalitet, försörjningsstöd och låg förvärvsaktivitet. Därför är samhällets barnavård en särskilt viktig utgångspunkt för insatser för att förebygga ohälsa och sociala problem hos dessa i vuxenlivet, tillsammans med de vårdformer som möter föräldrar med psykiatrisk problematik och/eller missbruk.



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

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



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

Nka: Barn som anhöriga

2014:4

ISBN 978-91-87731-16-7

www.anhoriga.se