

Barn som anhöriga – vad kan de nationella registren lära oss om hälsa och sociala konsekvenser i ett livsloppsperspektiv?

Kapitel 8 i antologin Barn är anhöriga – vågar vi lyssna på dem?

Nka Barn som anhöriga 2025:2 - särtryck



© 2025 Anders Hjern och Nationellt kompetenscentrum anhöriga™

REDAKTÖRER Rosita Brolin, Ritva Gough, Lennart Magnusson,
Elizabeth Hanson

Ta del av hela antologin på www.anhoriga.se/publicerat/publikationer-barn-som-anhoriga/

Kapitel 8

Barn som anhöriga – vad kan de nationella registren lära oss om hälsa och sociala konsekvenser i ett livsloppsperspektiv?

Anders Hjern

Anders Hjern är barnläkare på Sachsska Barnsjukhuset och professor i social epidemiologi för barn och ungdomar vid Institutionen för medicin på Karolinska Institutet. Hjern har sedan mitten på 80-talet sysslat med forskning och utbildning kring migration och hälsa med fokus på barn och har bland annat publicerat tre läroböcker på detta tema. På senare år har han engagerat sig i forskning och utvecklingsarbete kring barn i samhällsvård och utlandsadoption, och i utvecklingsarbete kring barnavårdscentralernas arbete. Han har bland annat publicerat cirka 270 vetenskapliga artiklar i engelskspråkiga tidskrifter.

Sammanfattning

I en serie analyser har vår projektgrupp beskrivit hälsa och sociala livsvillkor under livsloppet för barn som anhöriga. Rapporterna baseras på anonymiserade analyser i de nationella registren som förs av Socialstyrelsen och Statistiska Centralbyrån och regionala register i Stockholm. I detta kapitel sammanfattas resultaten från projektgruppens arbete.

Under barndomen lever barn som är anhöriga oftare med en ensam förälder, lider oftare än andra av psykisk ohälsa, lämnar oftare grundskolan utan gymnasiebehörighet samt lever i familjer som genomsnittligt har betydligt lägre inkomster än genomsnittet. Som vuxen har man en påtagligt ökad risk att avlida i förtid, en hög nivå av psykiatrisk sjukdom och är oftare än andra beroende av stöd från samhället för sitt uppehälle.

Konsekvenserna för barnens uppväxtvillkor var direkt avhängiga av föräldrarnas hälsoproblems svårighetsgrad. Barn till föräldrar som vårdats på sjukhus på grund psykisk sjukdom och/eller missbruk stod ut som den grupp bland alla barn som är anhöriga som hade den högsta dödligheten, den högsta nivån av psykisk ohälsa och de minst gynnsamma sociala livsvillkoren såväl under barndomen som i livet som vuxna. Denna grupp överlappade i hög grad med barn till föräldrar som avlidit på

grund av självmord, våld och olyckor, en grupp som också hade särskilt ogynnsamma utfall.

Utfallen för barn med föräldrar som har fysiska sjukdomar varierade mycket beroende på sjukdomens svårighetsgrad. Insatser för dessa barn som anhöriga bör därför prioriteras till dem med långvarig sjukdom eller sjukdom som leder till att en förälder avlider.

Bland barn som anhöriga identifierades personer med erfarenhet av samhällsvård som en högriskgrupp med höga nivåer av dödlighet, psykisk ohälsa, eget missbruk, kriminalitet, försörjningsstöd och låg förvärvsaktivitet i vuxenlivet och särskilt utsatta livsvillkor under barndomen. Dessa barn hade redan under ungdomsåren en hög nivå av psykiatrisk sjuklighet och denna psykiska ohälsa manifesterade sig ännu tydligare i vuxenlivet. Resultaten pekar därför på att dessa barn bör ha hög tillgänglighet och prioritet till insatser från barn- och ungdomspsykiatri. Metoder för att effektivt identifiera och behandla psykisk ohälsa - i det speciella sammanhang som samhällsvården innebär - behöver utvecklas och spridas i Sveriges kommuner.

Barn som anhöriga är aktuella inom många olika verksamheter inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Socialtjänsten framstår som en särskilt viktig aktör som möter de mest utsatta barnen. Beroendevården och vuxenpsykiatri är andra viktiga plattformar för stödet till barn som är anhöriga. Primärvården, inklusive barnavårdscentralerna och skolhälsovården, samt barn- och ungdomspsykiatri kan också ha en viktig roll i stödet till barn som anhöriga. Allmänläkarens roll som familjeläkare gör dem till en naturlig del i sådana insatser, inte minst när det gäller att identifiera barn som anhöriga i behov av stöd från socialtjänsten eller barn- och ungdomspsykiatri. För att barn som är anhöriga ska få sina lagstadgade rättigheter tillgodosedda krävs därför breda utbildningsinsatser för många olika professioner och verksamheter.

Summary

Children as Next of Kin – What Can National Registers Teach Us About Health and Socioeconomic Consequences from a Life Course Perspective?

In a series of analyses, our project group has described the health and socioeconomic living conditions of children as next of kin across the life course. The reports are based on anonymised analyses in the national registers maintained by the National Board of Health and Welfare and Statistics Sweden and regional registers in Stockholm. This chapter summarises the key findings from this work.

During childhood, children as next of kin are more likely to live with a single parent, experience mental health problems, leave compulsory school without qualifications for upper secondary education, and grow up in families with significantly lower-

than-average income levels. As adults, they face increased risks of premature death, high rates of psychiatric disorders, and a greater reliance on welfare support.

Outcomes were strongly linked to the severity of the parent's health problems. Children of parents hospitalised for mental illness and/or substance use disorders emerged as the most vulnerable subgroup, with the highest mortality rates, the poorest mental health, and the most disadvantaged social conditions throughout life. This group overlapped substantially with children whose parents died by suicide, violence, or accidents - also marked by particularly poor outcomes.

For children whose parents had physical illnesses, the impact varied depending on the illness's severity. Support efforts for these children should be prioritised in cases of long-term or life-threatening illness.

Children with experience of out-of-home care were identified as an especially high-risk group, with elevated levels of mortality, psychiatric illness, substance abuse, criminality, economic hardship, and low employment rates in adulthood. These children already had a high level of psychiatric morbidity during their adolescence and this increased risk manifested itself even more clearly in adulthood. The results therefore indicate that these children should have high accessibility and priority to interventions from child and adolescent psychiatry. Methods for effectively identifying and treating mental health problems - in the special context that out-of-home care entails - need to be developed and disseminated in Sweden's municipalities.

Children as next of kin are encountered across many sectors of the healthcare and social service systems. Social services play a particularly crucial role in reaching the most vulnerable children. Psychiatry, including care for addicts, is another important platform for support for children as next of kin. Primary care, including child health care centres and school health care, and child and adolescent psychiatry can also have important roles in supporting children as next of kin. The role of general practitioners as family doctors makes them a natural part of such efforts, not least when it comes to identifying children as next of kin in need of support from social services or child and adolescent psychiatry. To fulfil these children's legal rights to care and protection, broad and coordinated training initiatives are needed across multiple professional fields and services.

Inledning

De nationella register som Sverige förfogar över utgör en guldgruva när det gäller kunskap om barn som anhöriga [1]. Det svenska personnumret gör det möjligt att länka ihop data från Socialstyrelsen och Statistiska Centralbyrån från graviditeten till graven, och här finns också länkar mellan föräldrar och barn. I den föregående antologin från Nationellt Kompetenscentrum Anhöriga (Nka) [2] användes register-data för att beskriva att 7,8 procent av svenska barn födda 1990–92 hade, innan de

fyllde 18 år, haft minst en förälder som vårdats inneliggande på sjukhus på grund av psykisk sjukdom och/eller missbruk. I en serie rapporter, på uppdrag av Socialstyrelsen och Nka, har en projektgrupp därefter beskrivit hälsa och sociala livsvillkor under livsloppet för dessa barn [3–9], som fortsättningsvis benämns *anhöriggruppen*, och även situationen för barn till föräldrar som avlider, samt barn vars föräldrar drabbats av allvarlig fysisk sjukdom. I detta kapitel sammanfattas de viktigaste resultaten från dessa rapporter.

Kapitlet baseras huvudsakligen på anonymiserade analyser av data från nationella register om specialistvård och dödsfall från Socialstyrelsen och sociala förhållanden från Statistiska Centralbyrån. I några analyser användes också data från primärvård och barn- och ungdomspsykiatri i Stockholmsregionen. För en detaljerad beskrivning av metoder och definitioner hänvisas till de enskilda rapporter och artiklar som refereras i texten.

Faktaruta

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.

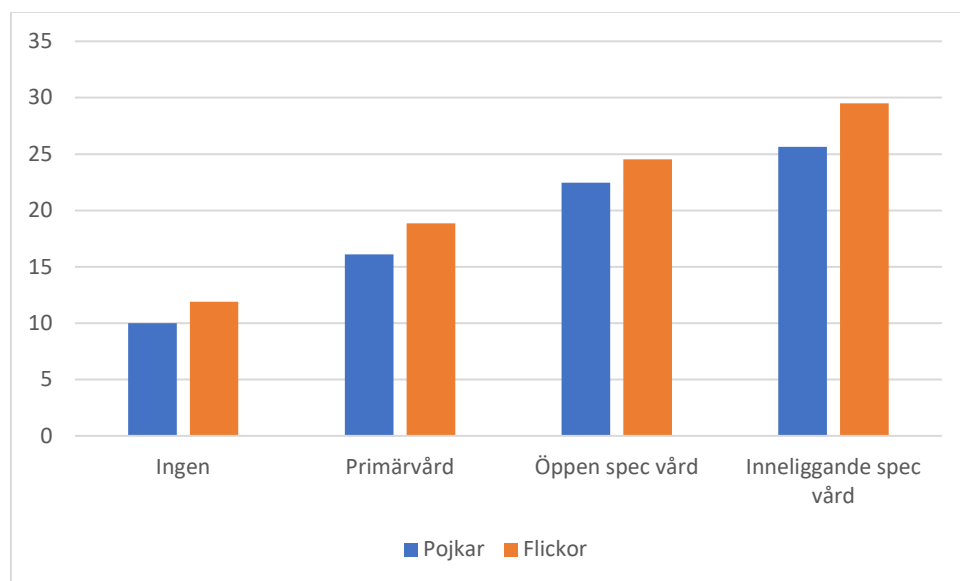
Om man för in faktorer stegvis i regressionsanalysen i på varandra följande ”modeller” kan man också genom att analysera hur risken förändras få en uppfattning av hur stor betydelse dessa faktorer har för uppkomsten av det utfall man studerar. I våra analyser har vi genomgående uttryckt detta i procent. 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 anhöriggruppen jämfört med övriga, när man justerar analysen för betyg i årskurs 9, så betyder det att 50 procent färre skulle ha fått försörjningsstöd i anhöriggruppen om deras betyg i årskurs 9 hade varit på samma nivå som för resten av befolkningen.

Under barndomen

Psykisk hälsa

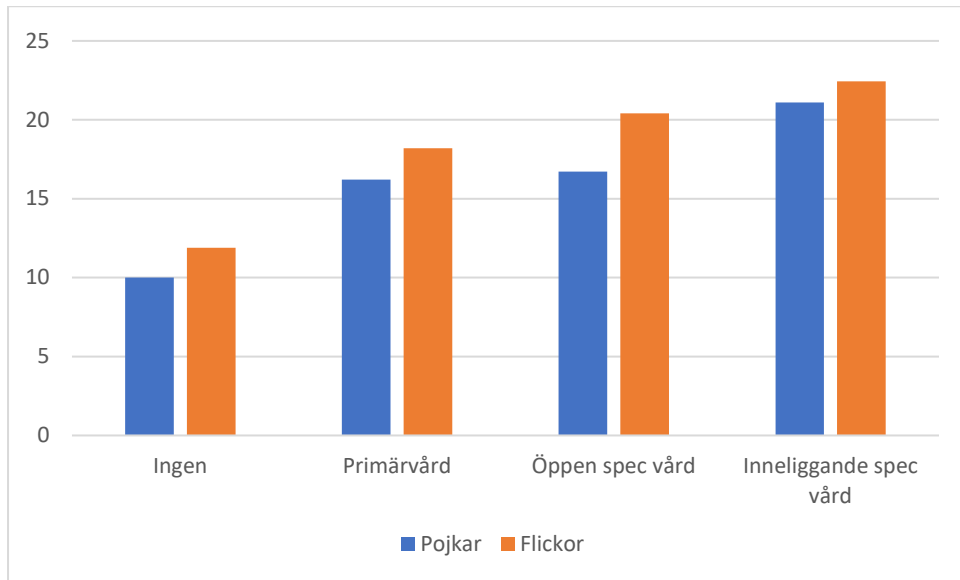
I en analys av den psykiska ohälsan hos barn i *anhöriggruppen* fokuserade vi på de äldre barnen, 12–18 år, eftersom de yngre barnen mer sällan behandlas i psykiatrisk vård när de lider av psykisk ohälsa. Rapporten baseras på analyser av data från nationella och regionala register i Stockholm under 2012–2017 [7]. En tredjedel av ungdomarna hade minst en förälder som behandlats för psykisk sjukdom eller missbruk under 2008–2012 om vi räknade in primärvården, och för 8 procent handlade det om bägge föräldrarna. Om vi enbart räknade in specialistvård inom psykiatri och beroendevård rörde det sig om 16,5 procent av ungdomarna.

Ungdomar i *anhöriggruppen* hade ungefär dubbelt så ofta haft kontakt med barn- och ungdomspsykiatrisk [BUP] vård som andra ungdomar och detta gällde i särskilt hög grad om föräldern behandlats inom specialistvården. ADHD var en något vanligare diagnos hos ungdomar som var anhöriga, men annars skiljde sig inte sjukdomspanoramat från andra ungdomspatienter inom BUP. Av samtliga ungdomar som haft kontakt med BUP hade hälften en förälder som fått vård med en psykiatrisk diagnos och för en fjärdedel handlade det om specialistvård i psykiatri eller beroendesjukdomar.



Figur 1. Procent av ungdomar i åldern 12–18 år som haft kontakt med BUP i Stockholms-regionen under 2012–2017 efter föräldrars vårdform på grund av missbruk under 2008–2012. Analysen är justerad för födelseår och föräldrars utbildning.

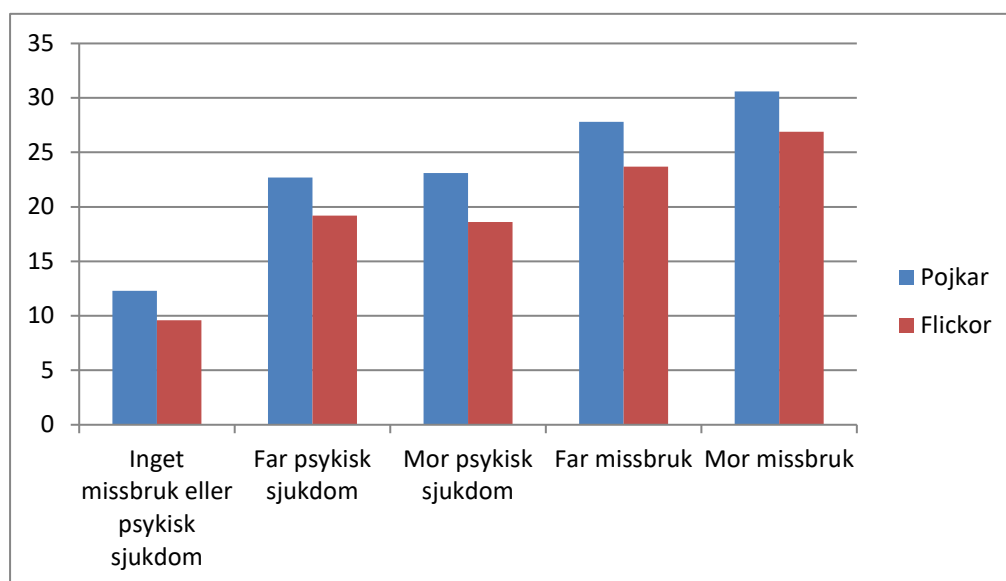
Särtryck ur antologin Barn är anhöriga – vågar vi lyssna på dem?
Nka Barn som anhöriga 2025:2



Figur 2. Procent av ungdomar i åldern 12–18 år som haft kontakt med BUP i Stockholmsregionen under 2012–2017 efter föräldrars vårdform på grund av psykisk sjukdom under 2008–2012. Analysen är justerad för födelseår och föräldrars utbildning.

Utbildning

Av barnen i *anhöriggruppen* var det en hög andel som inte uppnådde gymnasiebehörighet i årskurs 9 (se Figur 3). Något fler flickor än pojkar uppnådde gymnasiebehörighet i dessa familjer, men mönstret i förhållande till föräldrars missbruk och psykiska sjukdom var detsamma som för pojkar [10].



Figur 3. Procent utan gymnasiebehörighet från årskurs 9 i relation till föräldrars missbruk eller psykiska sjukdom.

Även barn vars förälder avlidit lämnade ungefär dubbelt så ofta årskurs 9 utan gymnasiebehörighet jämfört med barn som bodde med bägge sina föräldrar. Skillnaderna mellan barn till separerade föräldrar och barn i familjer där någon förälder avlidit var små. Det fanns en viss skillnad mellan könen när det gällde konsekvenserna för studieprestationerna av att ha förlorat sin mor i dödsfall, där konsekvenserna var större för flickor än för pojkar. För bägge könen var dock konsekvenserna större av att ha förlorat en far än en mor [8].

Fysisk sjukdom hos föräldrar representerades i denna studie av inflammatorisk tarmsjukdom, multipel skleros och leukemi. Barn vars mödrar hade inflammatorisk tarmsjukdom eller multipel skleros hade något lägre meritvärde än genomsnittet, efter att analysen har justerats för den friska förälderns skolbakgrund, medan någon negativ effekt av faders sjukdom på barnens skolprestationer inte noterades. Leukemi fick exemplifiera cancersjukdom hos föräldrar i undersökningen. Barn till föräldrar med leukemi med dödlig utgång hade klart sämre skolprestationer än andra barn i undersökningen, medan några skillnader från genomsnittet överhuvudtaget inte kunde identifieras hos barn till föräldrar som överlevde sin leukemisjukdom [10].

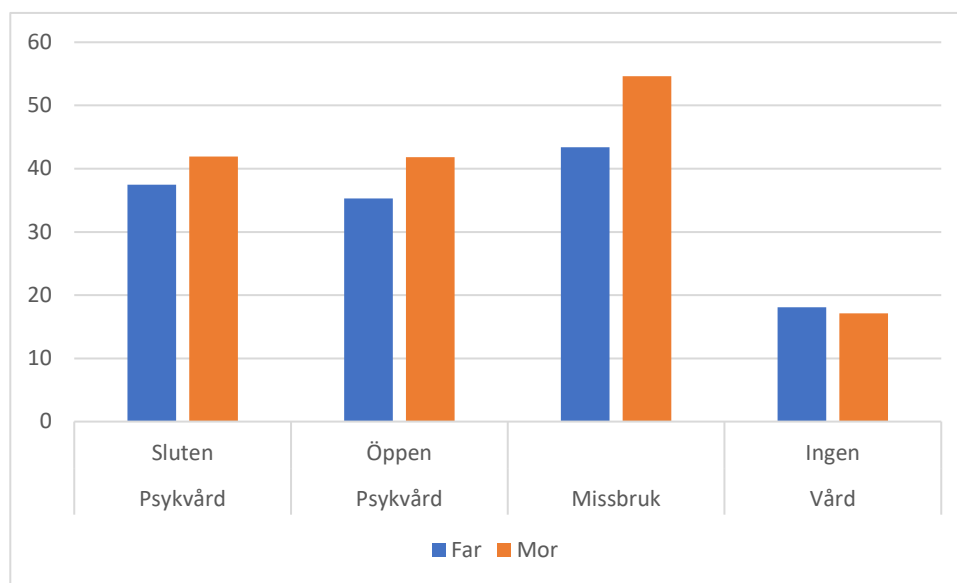
Sociala livsvillkor under barndomen

Missbruk och psykisk sjukdom är inte sällan en bidragande orsak till separation mellan föräldrar. En konsekvens av detta är att många föräldrar som vårdas på sjukhus på grund av dessa problem inte bor tillsammans med sina barn och att den

förälder som bor tillsammans med barnet ofta är ensamstående. Endast ungefär en tredjedel av fäder som vårdas på sjukhus på grund av missbruk bor tillsammans med sina barn, mot ungefär dubbelt så många mödrar [9].

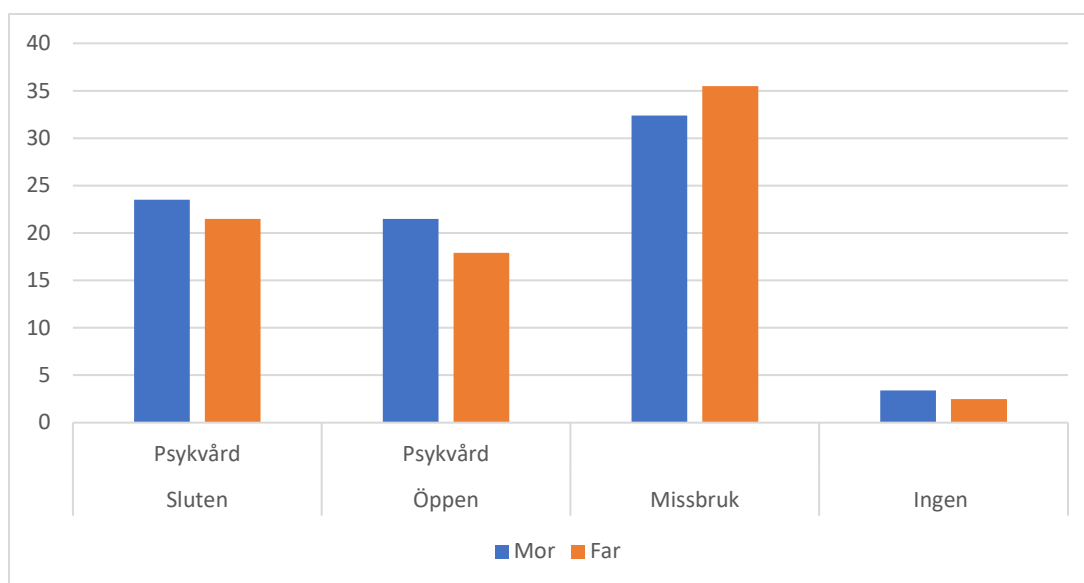
Familjer där en förälder vårdats för psykisk sjukdom eller missbruk hade genomsnittligt betydligt lägre disponibel inkomst än andra barnfamiljer. Mellan en tredjedel och hälften av dessa barn levde i familjer som hade en inkomst i den lägsta femtedelen, med allra lägst disponibel inkomst för familjer där mödrar hade missbruksproblem [3]. Familjens disponibla inkomster påverkades negativt även av en förälders cancersjukdom, och mest om det var en far som insjuknade. Tappet i inkomst var särskilt stor om föräldern avled i sin cancersjukdom, men också en lång vårdtid medförde betydligt lägre inkomster [6].

För *anhöriggruppen* var den ekonomiska utsattheten stor, 33–52 procent, jämfört med 19 procent i resten av befolkningen. Att växa upp i en familj med låg social position (här uttryckt som mödrar med högst gymnasieutbildning), ökade risken påtagligt att tillhöra *anhöriggruppen* jämfört med familjer med hög social position (här uttryckt som mödrar med postgymnasial utbildning). Förekomsten av ekonomisk utsatthet i *anhöriggruppen* var dock anmärkningsvärt likartad oavsett social position (mätt med föräldrars utbildning), med en förekomst mellan 35–50 procent. Barn i *anhöriggruppen* med låg social position levde dock oftare med en ensamstående förälder än barn i *anhöriggruppen* med hög social position [6].



Figur 4. Procent med ekonomisk utsatthet hos barn i åldern 2–18 år i Sverige år 2012 vars far eller mor vårdats med diagnos som indikerar psykisk sjukdom eller missbruk under 2008–2012. Åldersstandardiserade tal (dvs tal som är oberoende av medelåldern i de olika grupperna).

Mellan 18 och 35 procent av barnen i *anhöriggruppen* levde 2012 i en familj som uppbar försörjningsstöd, jämfört med 2–3 procent av övriga barn. Särskilt hög var andelen i familjer där en förälder hade missbruksproblem, 32–35 procent (Figur 5). Av de barn som levde i familjer som uppbar försörjningsstöd 2012 hade 30 procent minst en förälder som hade vårdats i specialistvård under 2008–2012 på grund psykisk sjukdom eller missbruk [6].



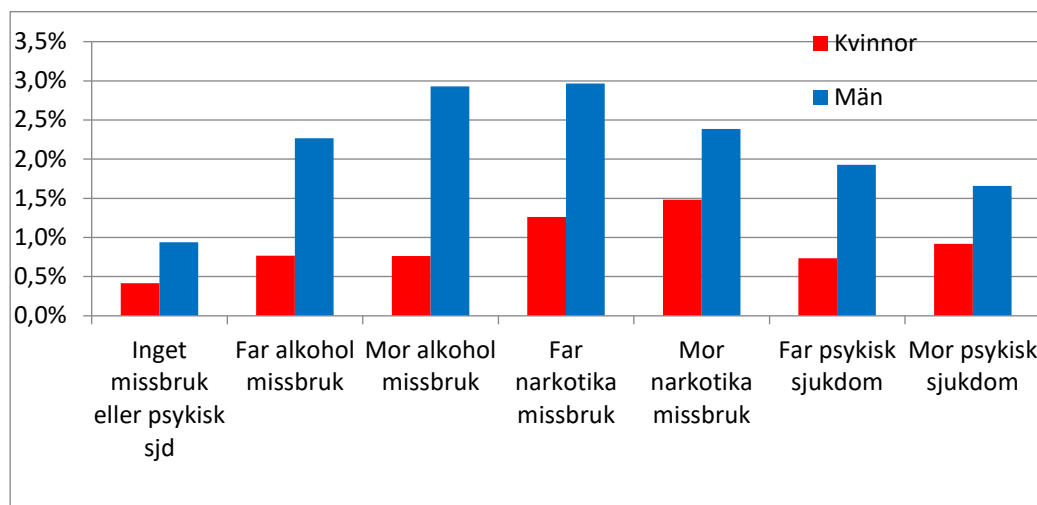
Figur 5. Procent med försörjningsstöd i familjen för barn i åldern 2–18 år i Sverige år 2012 vars far eller mor vårdats med diagnos som indikerar psykisk sjukdom eller missbruk under 2008–2012. Ålderstandardiserade tal.

Missbruk hos föräldrar, men också i viss mån psykisk sjukdom, var vanligare i familjer som fått försörjningsstöd det år barnet avslutade årskurs 9, där föräldrarna hade kort skolgång bakom sig och familjer där föräldrarna hade separerat. För att undersöka betydelsen av detta för barnens skolresultat gjorde vi en analys där vi på matematisk väg vägde in dessa faktorer tillsammans med föräldrarnas missbruk och psykiska sjukdom. Det visade sig att så mycket som 85 procent av den ökade risken för att inte uppnå gymnasiebehörighet för barn till föräldrar med missbruk och 75 procent av den ökade risken för barn till föräldrar med psykisk sjukdom var förknippad med dessa tre sociala faktorer. Vår analys pekar på att det både handlar om sociala faktorer som kan ha bidragit till uppkomsten av missbruket respektive den psykiska sjukdomen (utbildningsbakgrund) och faktorer som troligen oftare är en konsekvens (försörjningsstöd respektive föräldraseparation) av dessa föräldrafaktorer [11].

I vuxenlivet

Dödlighet

I en analys av dödsfall från 18–35 års ålder visade det sig att risken att avlida var dubbelt så hög i *anhöriggruppen* som i resten av befolkningen i samma ålder. Som Figur 6 visar så var risken särskilt hög för barn till föräldrar med narkotikamissbruk. En analys av den underliggande orsaken till dödsfallen visar att överrisken i *anhöriggruppen* framför allt var förknippad med våldsam död (självmod, olyckor och våld) och alkohol och/eller narkotikamissbruk [3].

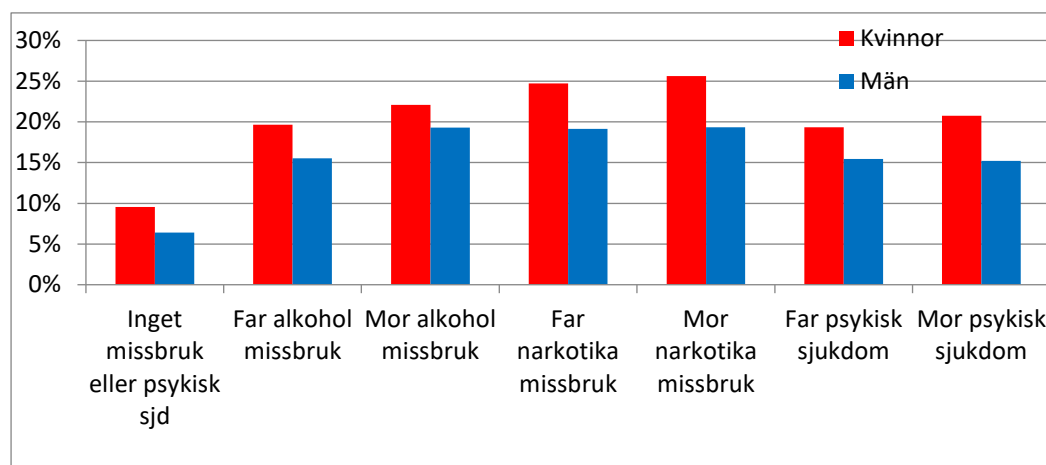


Figur 6. Procent som avlidit från 18 till 35 års ålder.

Psykisk hälsa och missbruk

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 inlagda eller i öppen vård (se Figur 7). Detta är två till tre gånger fler än i övrig befolkning efter att analysen justerats för ålder och föräldrars utbildningsbakgrund. Även risken för sjukhusvårdade självmordsförsök var trefaldigt ökad i *anhöriggruppen*. Förekomsten av eget missbruk var fyrtill sjufaldigt förhöjd hos barn till missbrukande föräldrar, vilket innebär ca 10–12 procent hos män och 6–7 procent hos kvinnor, och fördubblad hos barn till föräldrar med psykisk sjukdom [3].

Särtryck ur antologin Barn är anhöriga – vågar vi lyssna på dem?
Nka Barn som anhöriga 2025:2



Figur 7. Procent som haft vårdkontakt i psykiatrisk specialistvård från 18 till 35 års ålder efter föräldrars psykiska sjukdom och/eller missbruk.

Föräldrars död i olycka, självmord eller våld var förknippad med en femfaldigt ökad risk för vård på grund av alkohol- och/eller narkotikamissbruk jämfört med personer som vuxit upp med två föräldrar, vilket innebär 6–7 procent av männen och 4–5 procent av kvinnorna i denna anhöriggrupp. Risken var särskilt stor om den avlidne föräldern hade samma kön som barnet. Barn till föräldrar som avlidit av annan orsak hade också en klart förhöjd risk att ha vårdats för missbruk i unga vuxna år [8].

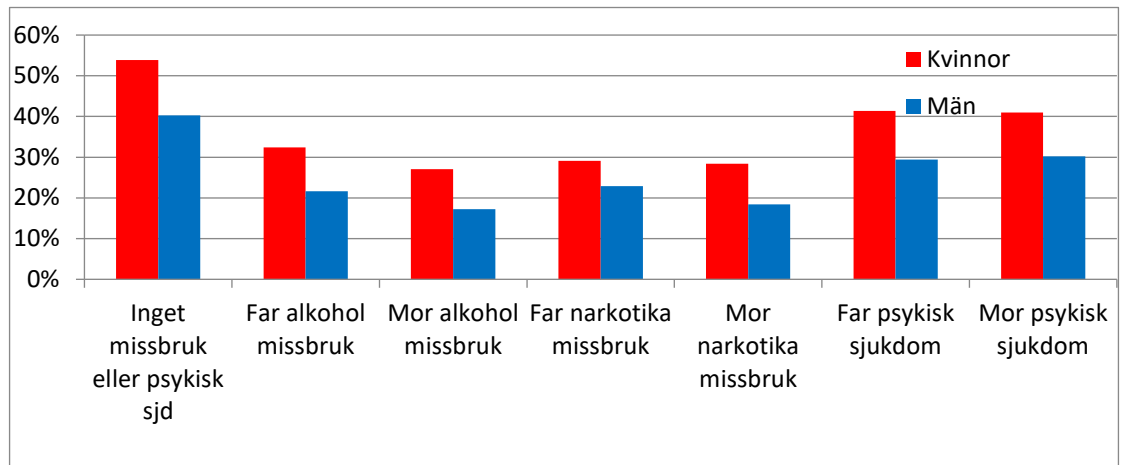
Hos barn vars föräldrar avlidit i cancer noterades en riskökning med 10–27 procent för psykiatrisk vård. Några ökade risker för psykiatrisk vårdutfall kunde däremot inte identifieras hos personer vars föräldrar diagnosticerats med cancer, men som inte avlidit eller vårdats under någon längre tid på sjukhus [6].

Sociala livsvillkor i ung medelålder [30–40 år]

Utbildning

Ovan har vi beskrivit att *anhöriggruppen* oftare har låga betyg i årskurs 9 än andra barn. Resultat av utbildning senare i livet talar för att dessa låga betyg är början på en utbildningskarriär som fortsätter att påverkas negativt av föräldrarnas missbruk och psykiska sjukdom [6]. Detta är särskilt uttalat för barn till föräldrar med missbruk (Figur 8).

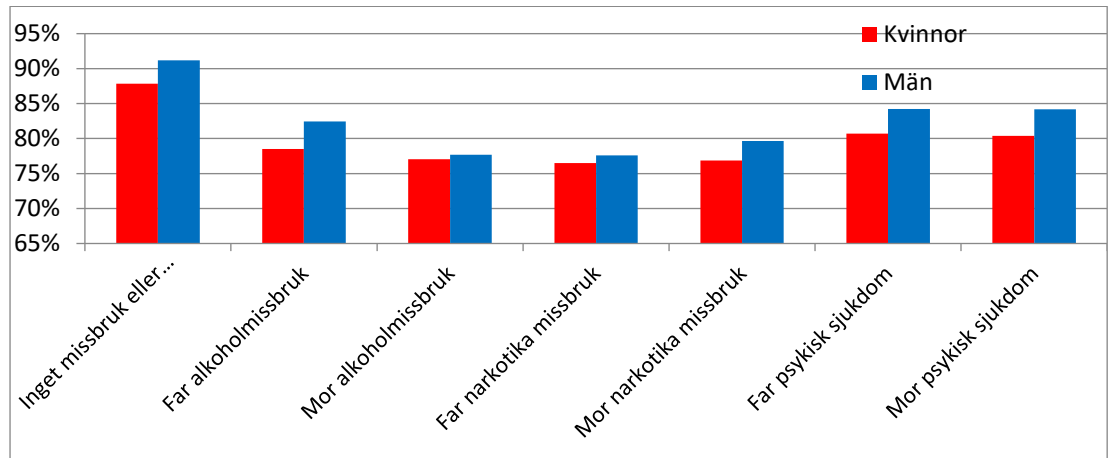
Särtryck ur antologin Barn är anhöriga – vågar vi lyssna på dem?
Nka Barn som anhöriga 2025:2



Figur 8. Procent som fullföljt eftergymnasial utbildning i anhöriggruppen vid 30–35 års ålder.

Arbete och inkomster

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 [6].



Figur 9. Procent som hade inkomst av anställning i november 2008 vid 30–35 års ålder.

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 genomsnittlig disponibel inkomst var skillnaderna dock små i jämförelse med resten av befolkningen i samma ålder.

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 funktionsnedsättning vid 30–35 års ålder. Detta var två till tre gånger fler än i övrig befolkning [6].

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

Barn till föräldrar som diagnosticerats med cancersjukdom 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 i samma nivå som dem. Svårighetsgraden av föräldrarnas sjukdom påverkade inte dessa utfall [6].

Familj

Ungefär lika många i *anhöriggruppen* som i resten av befolkningen hade blivit föräldrar när familjesituationen undersöktes vid 30–35 års ålder. Två väsentliga skillnader noterades mellan *anhöriggruppen* och övriga i studiepopulationen; Männen i anhöriggruppen bodde i hög grad utan sina barn och kvinnorna i högre grad ensamma med sina barn [3].

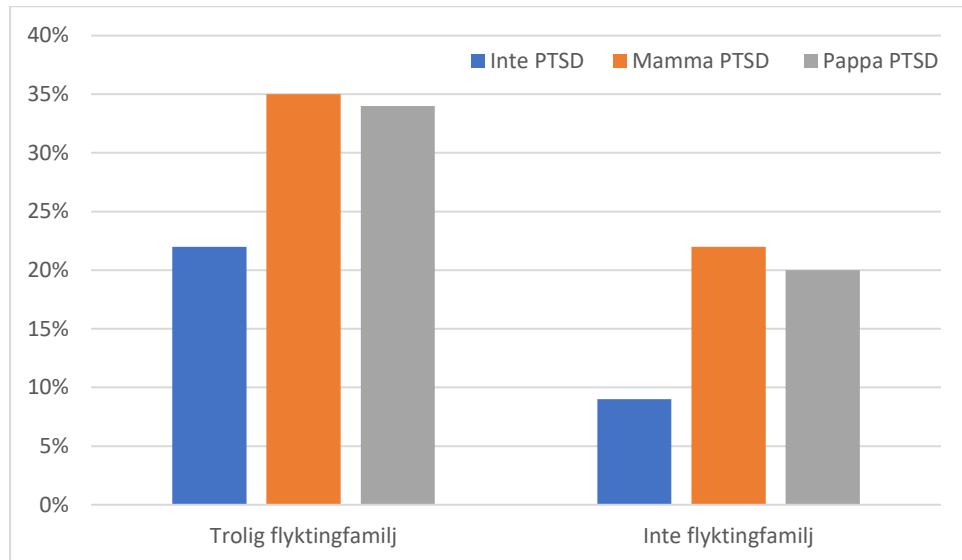
Barn med utländsk bakgrund

Föräldrar födda utanför Europa vårdades betydligt mer sällan på sjukhus på grund av såväl alkohol som narkotikamissbruk jämfört med föräldrar med svenskt ursprung, men något oftare än andra på grund av psykisk sjukdom. Föräldrar med annat nordiskt ursprung än svenskt vårdades oftare för såväl missbruk som psykisk sjukdom, och hade också en högre dödlighet än barn till föräldrar med svenskt eller annat utländskt ursprung än nordiskt [9].

Drygt 5 procent av fäder och 5 procent av mödrar i flyktingfamiljer i Stockholmsregionen med barn i åldern 11–18 år hade behandlats för posttraumatiskt stress syndrom (PTSD) inom primärvård, psykiatrisk specialistvård och/eller på Röda Korsets center för tortyr och krigsskadade mellan 2006–2016. Barn till flyktingföräldrar med PTSD presterade sämre i skolan med avseende på genomsnittlig meritpoäng och hade en betydligt högre risk än andra barn i flyktingfamiljer att

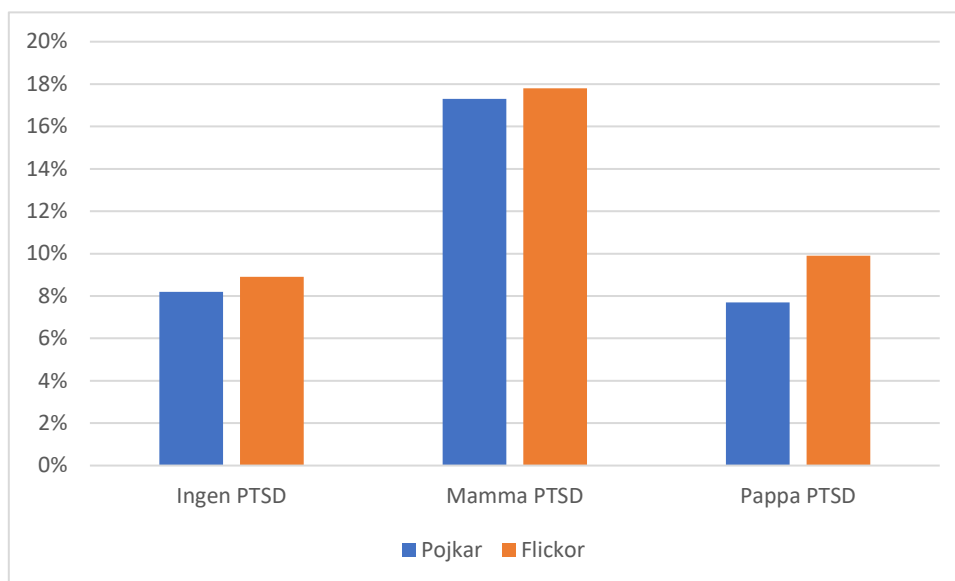
Särtryck ur antologin Barn är anhöriga – vågar vi lyssna på dem?
Nka Barn som anhöriga 2025:2

lämna årskurs 9 utan gymnasiebehörighet, efter att analysen justerats för andra viktiga förklaringsfaktorer som föräldrars utbildningsnivå och barnens ålder vid uppehållstillstånd i Sverige [12], se Figur 10.



Figur 10. Procent av skolbarn under 2005–2009 som lämnade årskurs 9 utan gymnasiebehörighet i relation till föräldrars diagnos av PTSD.

Barn i flyktingfamiljer som hade en mamma som vårdats för PTSD hade dubbelt så ofta haft kontakt med BUP som andra barn i flyktingfamiljer, medan en pappas PTSD inte medförde någon ökad konsumtion av BUP-vård [13], se Figur 11.



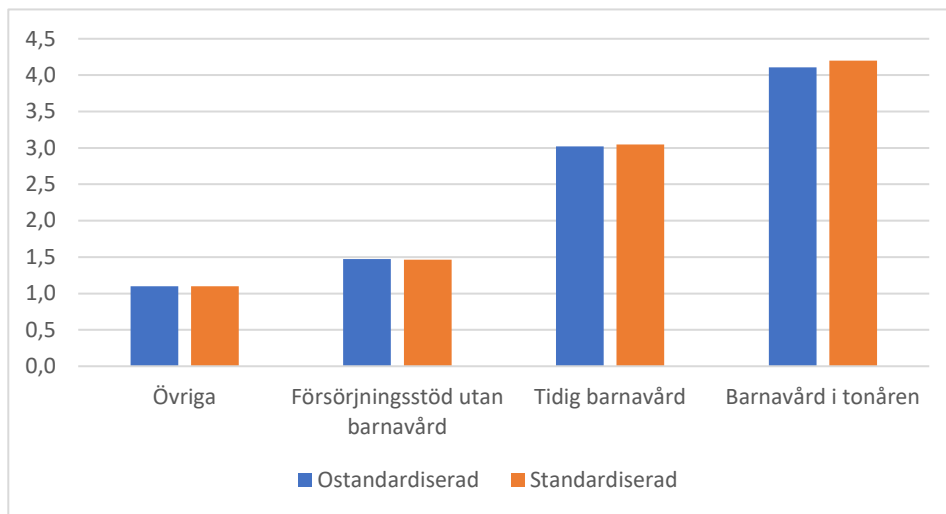
Figur 11. Procent med PTSD hos flyktingföräldrar och barnpsykiatrisk vårdkonsumtion hos deras barn i åldern 11–18 år.

Socialtjänstens barn

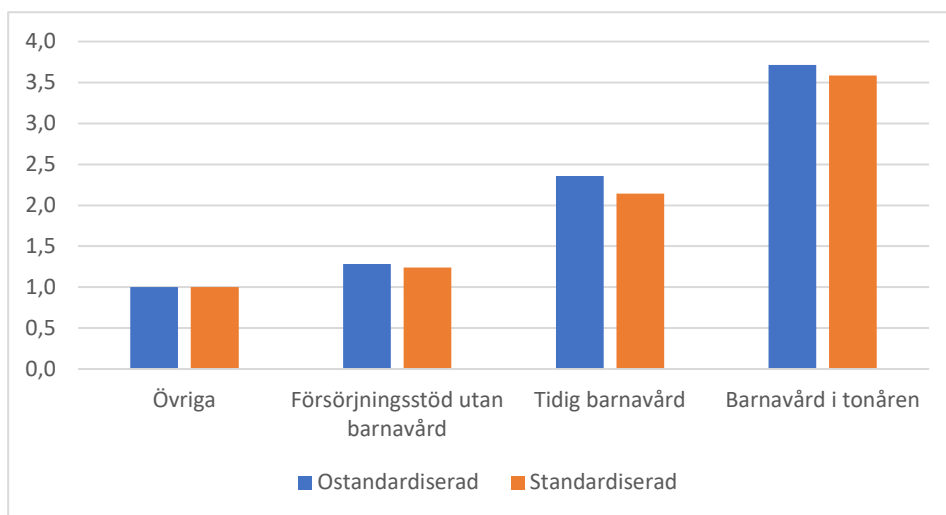
En betydande andel av *anhöriggruppen* hade varit i samhällsvård under barndomen, och ännu fler hade vuxit upp i familjer som haft kontakt med socialtjänsten för att få försörjningsstöd. För barn till missbrukare handlar det om 22,3 procent som hade varit i samhällsvård och ytterligare 30,1 procent där familjen fick försörjningsstöd under personens 17:e levnadsår. För barn till psykiskt sjuka var det 13,8 respektive 19,6 procent [9].

Av de personer som avled i åldern 18–35 år i *anhöriggruppen* hade 31 procent vårdats i samhällsvård, 19 procent med debut av vård innan tonåren och 12 procent enbart under tonåren. I ytterligare 22 procent av dödsfallen hade familjen haft kontakt med socialtjänsten för att få försörjningsstöd under barnets 17:e år, totalt 53 procent av dödsfallen hade således varit aktuella i socialtjänstens arbete under sin barndom [2]. Som framgår av figurerna 13a och 13b hade 2–4 gånger fler barn från *anhöriggruppen* med erfarenhet av samhällsvård avlidit, jämfört med jämnåriga från *anhöriggruppen* utan kontakt med socialtjänsten [3], se Figur 12. Talen i figurerna 12a och 12b 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.

Särtryck ur antologin Barn är anhöriga – vågar vi lyssna på dem?
Nka Barn som anhöriga 2025:2



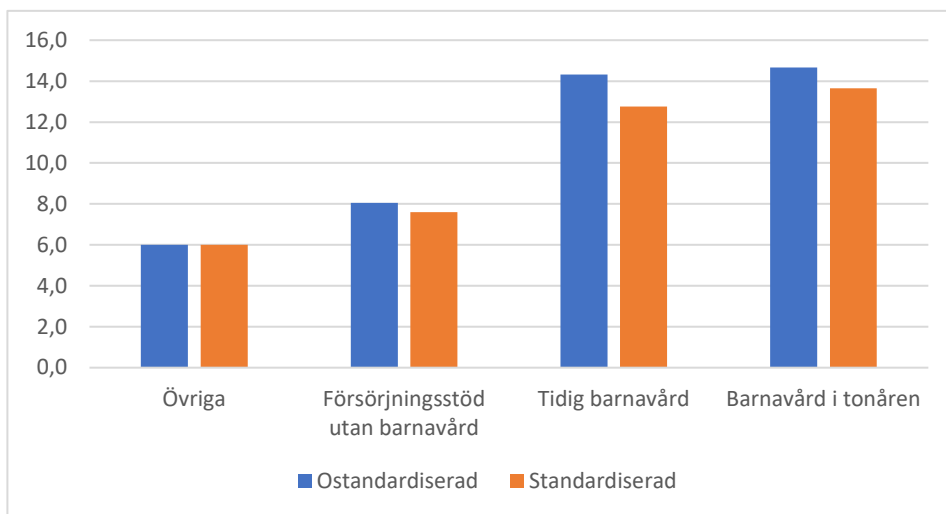
a. Barn till föräldrar med missbruk



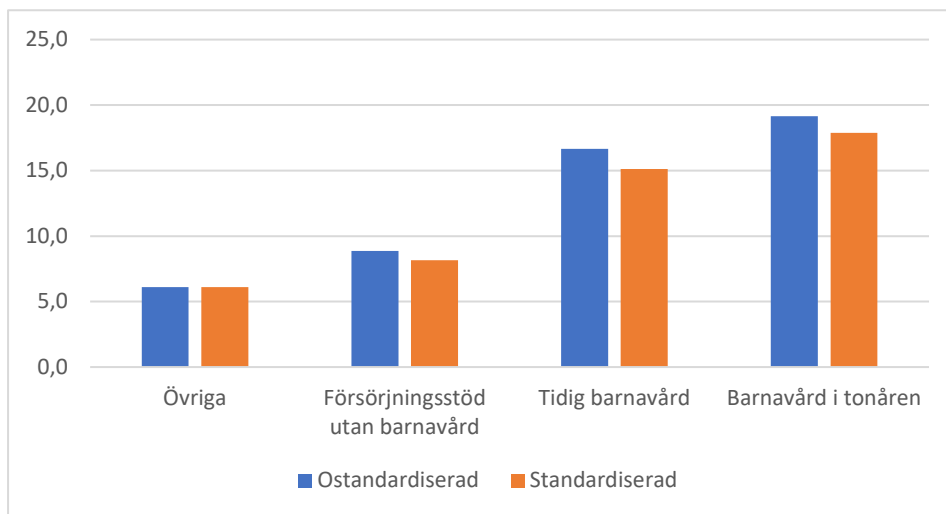
b. Barn till föräldrar med psykisk sjukdom.

Figur 12. Procent i anhöriggruppen som avlidit efter 18 års ålder i relation till erfarenhet av samhällsvård och försörjningsstöd i familjen vid 0–17 års ålder.

Figur 13a och 13b visar att personer i anhöriggruppen med erfarenhet av samhällsvård hade en hög förekomst av kronisk sjukdom/funktionsnedsättning. 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 [8].



a. Barn till föräldrar med missbruk

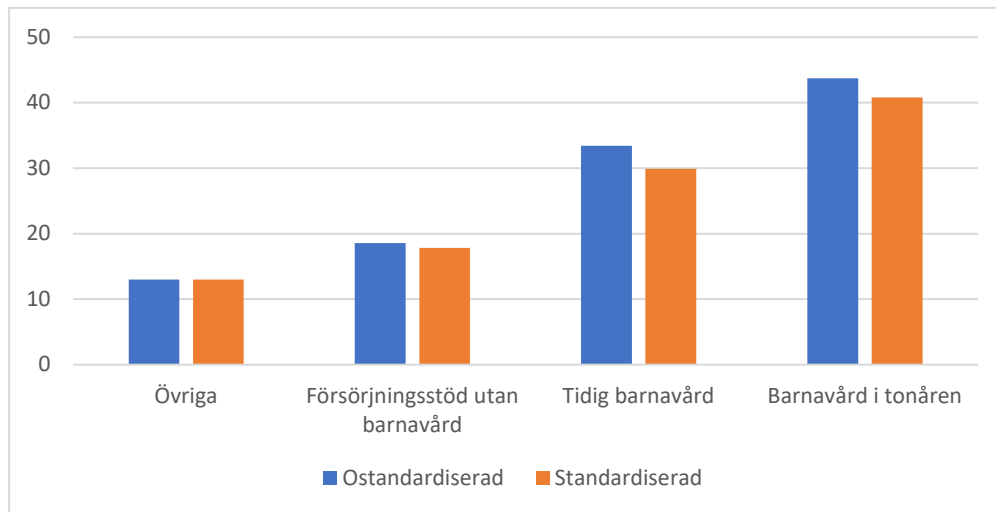


b. Barn till föräldrar med psykisk sjukdom

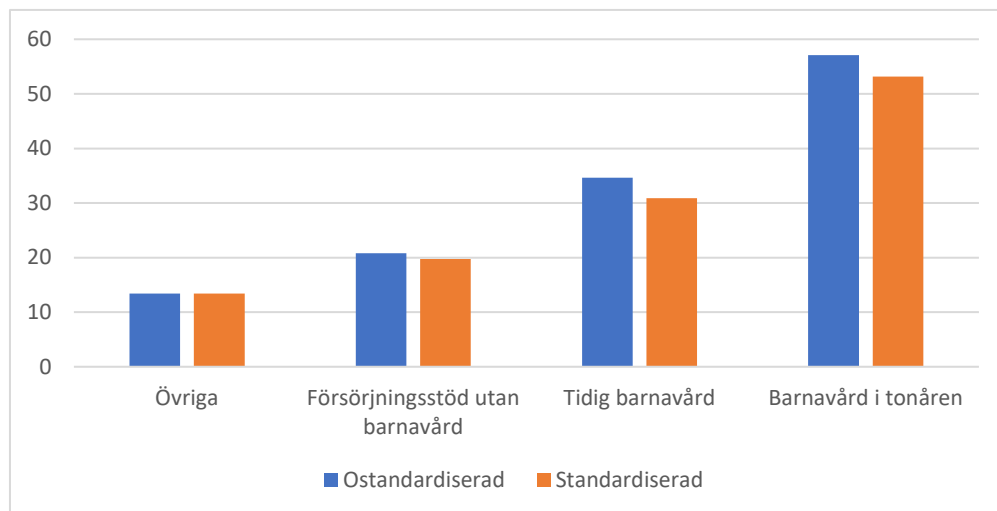
Figur 13. Procent med kronisk sjukdom/funktionsnedsättning och erfarenhet av samhällsvård och försörjningsstöd i familjen vid 17 års ålder.

Psykisk ohälsa

Förekomsten av psykisk ohälsa var mycket hög bland personer i anhöriggruppen som hade erfarenhet av samhällsvård. Figur 14 visar att ungefär hälften av de som kom in i samhällsvård under tonåren hade erfarenhet av psykiatrisk vård i vuxen ålder. Det samma gällde runt en tredjedel av de 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 14) [3].



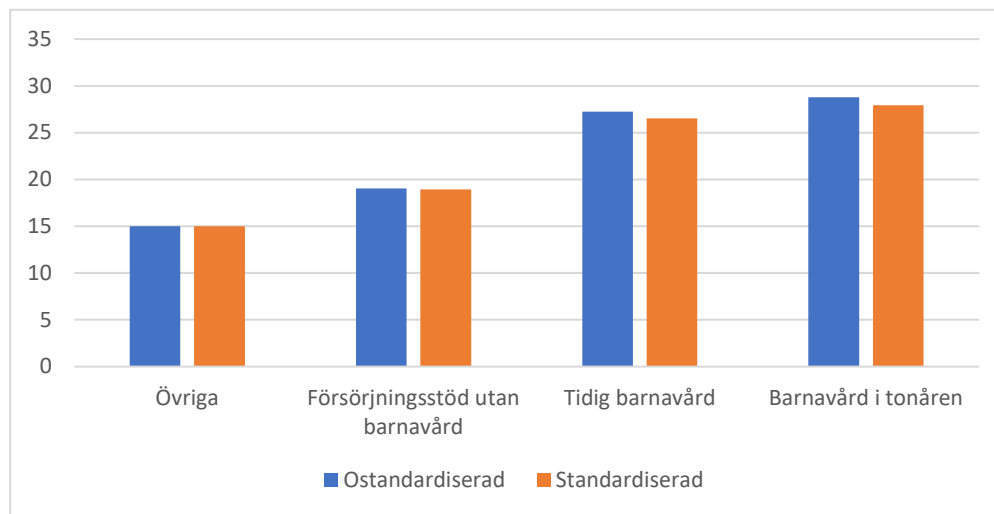
a. Barn till föräldrar med missbruk



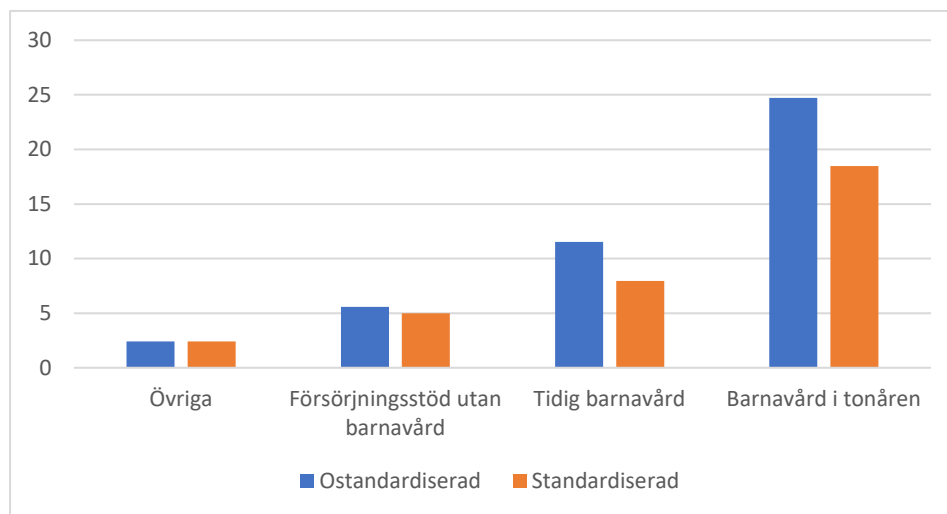
b. Barn till föräldrar med psykisk sjukdom

Figur 14. Psykiatrisk vård efter 18 års ålder i relation till samhällsvård och försörjningsstöd i familjen vid 0–17 års ålder.

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 missbrukare, se Figur 15.



a. Barn till föräldrar med missbruk



b. Barn till föräldrar med psykisk sjukdom

Figur 15. Procent av anhöriggruppen med erfarenhet av egen missbruksvård efter 18 års ålder efter erfarenhet av samhällsvård och försörjningsstöd i familjen vid 17 års ålder.

Diskussion

De analyser som presenterats ovan visar att en förälders allvarliga sjukdom eller död påverkar ett barns hälsa och sociala livsvillkor under hela livsloppet från barndomen till vuxenlivet. Under barndomen lever barn som är anhöriga oftare med en ensam förälder, lider oftare än andra av psykisk ohälsa, lämnar oftare grundskolan utan gymnasiebehörighet samt lever i familjer som genomsnittligt har betydligt lägre inkomster än genomsnittet. Som vuxen har man en påtagligt ökad risk att avlida i förtid, en ökad risk för psykiatrisk sjukdom och är oftare än andra beroende av ekonomiskt stöd från samhället för sitt uppehälle.

Inget av de hälsoproblem hos föräldrar som beskrivits i denna rapport är *en* sjukdom, utan det rör sig om många olika sjukdomar och beteendeproblem, med varierande orsak, svårighetsgrad och prognos. Våra resultat speglar detta på ett tydligt sätt. Konsekvenserna för barnens uppväxtvillkor var direkt avhängiga av föräldrarnas hälsoproblems svårighetsgrad. Barn i *anhöriggruppen*, dvs barn till föräldrar som vårdats på sjukhus på grund psykisk sjukdom och/eller missbruk, stod ut som den grupp bland alla barn som är anhöriga som hade den högsta dödligheten, den högsta nivån av psykisk ohälsa och de minst gynnsamma sociala livsvillkoren såväl under barndomen som i livet som vuxna. Denna grupp överlappade i hög grad med barn till föräldrar som avlidit på grund av självmord, våld och olyckor, en grupp som också hade särskilt ogynnsamma utfall.

Barn som växer upp med en förälder som har betydande psykiatrisk sjuklighet eller missbruksproblem har två till tre gånger högre risk för egen psykiatrisk sjuklighet i ung vuxen ålder, jämfört med andra unga vuxna och en påtaglig överrisk för psykiatrisk sjuklighet redan under de tidiga ungdomsåren. Till en del beror detta troligen på genetiska faktorer som överförs från föräldrar till barn. Sådana genetiska riskfaktorer är väl dokumenterade för ADHD [14], som var en särskilt vanlig diagnos hos ungdomarna i *anhöriggruppen* [7]. 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 [15, 16]. Studier har bland annat pekat på att den höga stressnivån som är vanligare i familjer där föräldrar har missbruksproblem och/eller psykisk ohälsa kan öka risken för psykisk sjukdom [17]. En annan riskfaktor som är vanligare i familjer där det finns missbruk och psykisk sjukdom är våld inom familjen, mellan makar och mot barnen [18].

Konsekvenserna för barn vars föräldrar drabbas av cancer varierar med cancer-sjukdomens svårighetsgrad. Den tredjedel av barnen vars förälder vårdats minst en månad på sjukhus eller avlidit, hade påtagliga negativa konsekvenser när det gäller såväl familjens inkomst under barndomen, skolprestationer i åk 9 och gymnasiet, som psykiatrisk vårdkonsumtion, missbruk och kriminalitet i vuxen ålder. Några påtagliga 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 klarar att ge ett tillräckligt stöd när föräldrar drabbas av mer tillfälliga sjukdomar, även om de är potentiellt livshotade.

Vår studie visar på en ökad risk för barn till föräldrar som drabbas av cancer att själva drabbas av cancer. Flertalet cancerformer är inte ärftliga, men fler och fler genetiska riskfaktorer för cancer har identifierats på senare år. Att identifiera individer som har en genetiskt ökad risk att drabbas av cancer, för att på så sätt kunna ge behandling i ett tidigt stadium eller erbjuda riktad screening, diskuteras idag i första hand för bröstcancer och vissa former av cancer i magtarmkanalen, men kan inom en nära framtid troligen bli aktuell för en rad cancerformer [19].

Resultaten som presenterats ovan visar att föräldrars missbruk, sjukdom och död inte sällan påverkar deras barns skolresultat på ett negativt sätt. Yrkesgrupper som möter dessa barn bör således tänka på att hjälp med skolarbete och läxläsning kan vara en viktig komponent i ett psykosocialt stöd. När det gäller förebyggande insatser i skolan pekar studien i första hand på behovet av generella insatser för barn som har svårt att få stöd i hemmet i skolarbetet, oavsett orsak. Där det kan handla om barn som är anhöriga, men likväl om barn med t ex separerade föräldrar eller föräldrar med kort egen utbildning.

Resultaten pekar också på särskilt bristfälliga skolresultat hos barn där föräldrars sjukdom och död drabbar familjer som har kontakt med socialtjänsten, antingen i form av försörjningsstöd eller genom att barnen placerats i samhällsvård. Annan forskning har visat att goda skolprestationer är av särskild vikt för dessa barns livsvillkor senare i livet [20]. Detta gör socialtjänsten till en naturlig plattform för interventioner i syfte att stödja skolarbetet hos barn i familjer med social sårbarhet, inklusive sjukdom och död hos förälder. Både svensk och internationell forskning pekar på att det är realistiskt att förvänta sig positiva resultat från denna typ av interventioner [21]. Det är därför angeläget att metoder för att stödja skolarbetet hos elever i socialt sårbara familjer får en större spridning bland Sveriges kommuner.

I *anhöriggruppen* och bland barn till avlidna föräldrar identifierades personer med erfarenhet av samhällsvård och barn i familjer med försörjningsstöd som en högriskgrupp med höga nivåer av dödlighet, psykisk ohälsa, eget missbruk, kriminalitet, försörjningsstöd och låg förvärvsaktivitet i vuxenlivet och särskilt utsatta livsvillkor under barndomen. Därför är socialtjänsten en viktig plattform för insatser för dessa barn. Dessa barn hade redan under ungdomsåren en hög nivå av psykiatrisk sjuklighet och denna psykiska ohälsa manifesterade sig ännu tydligare i vuxenlivet. Resultaten pekar därför på att dessa barn bör ha hög tillgänglighet och prioritet till insatser från barn- och ungdomspsykiatrin. Metoder för att effektivt

identifiera och behandla psykisk ohälsa – i det speciella sammanhang som samhällsvården innebär – behöver utvecklas och spridas i Sveriges kommuner [22].

Under barndomen lever barn som är anhöriga oftare med en ensam förälder. Att leva ensam med sin sjuka förälder innebär i praktiken ofta att fungera som ung omsorgsgivare till sin förälder. Nordenfors och medarbetare [23] genomförde 2014 en enkätundersökning till 2424 elever i årskurs 9 för att få en uppfattning om hur stor gruppen unga omsorgsgivare är bland ungdomar i denna ålder i Sverige. Sju procent av ungdomarna som svarade på enkäten ägnade sig åt ett omfattande omsorgsarbete, medan så många som 20 procent uppgav att de håller ett öga på sina föräldrar och 27 procent att de på olika sätt anstränger sig för att få sin förälder att må bättre psykiskt.

Den höga förekomsten av PTSD hos flyktingföräldrar och de allvarliga konsekvenser detta kan ha för den drabbade, för den drabbades barn samt för familjens etablering i samhället visar på vikten av att identifiera PTSD och andra former av post-traumatisk stress hos flyktingföräldrar och att erbjuda dem adekvat stöd och behandling. Detta bör också omfatta stöd, och vid behov behandling, till barnen i dessa familjer i enlighet med de rättigheter för ”barn som anhöriga” som definieras i Hälso- och sjukvårdslagen (2009:979, 2 g §) och Patientsäkerhetslagen (2010:659, 6 kap. 5 §).

Den höga andelen barn som anhöriga bland patienterna inom barn och ungdomspsykiatri pekar på vikten av ett familjeperspektiv i deras behandlingsstrategier. Samarbetsformer mellan barn- och ungdoms- och vuxenpsykiatri är en viktig del av detta, men det är också viktigt att uppmärksamma att det bland patienterna inom barn- och ungdomspsykiatri finns många som har ett stort ansvar som unga omsorgsgivare till sina föräldrar.

Barn som är anhöriga till sjuka föräldrar lever ofta i familjer med betydligt lägre ekonomiska resurser än genomsnittet. Ju svårare föräldrarnas hälsoproblem var ju lägre var familjens inkomster. Detta gällde såväl för cancer som psykisk sjukdom. Med andra ord, de barn som var anhöriga till föräldrar med de svåraste formerna av hälsoproblem hade också de sämsta ekonomiska uppväxtvillkoren. Med tanke på dessa familjers små ekonomiska resurser bör verksamheter för barn som är anhöriga vara kostnadsfria och ekonomiskt stöd, som till exempel kan underlätta för barnen att delta i fritidsaktiviteter, kan vara en viktig del av stödet.

Barn som anhöriga är aktuella inom många olika verksamheter inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Socialtjänsten framstår som en särskilt viktig aktör som möter de mest utsatta barnen i *anhöriggruppen*. Beroendevården och vuxenpsykiatri är andra viktiga plattformar för stödet till barn som är anhöriga. Primärvården, inklusive barnavårdscentralerna och skolhälsovården, samt barn- och ungdomspsykiatri kan också ha en viktig roll i stödet till barn som anhöriga. Allmänläkarens roll som familjeläkare gör dem till en naturlig del i sådana insatser, inte minst när det gäller att identifiera barn som anhöriga i behov av stöd från

Särtryck ur antologin Barn är anhöriga – vågar vi lyssna på dem?

Nka Barn som anhöriga 2025:2

socialtjänsten eller barn-och ungdomspsykiatri. För att barn som är anhöriga ska få sina lagstadgade rättigheter tillgodosedda krävs därför breda utbildningsinsatser för många olika professioner och verksamheter.

Referenser

1. Rosen M. National Health Data Registers: a Nordic heritage to public health. *Scand J Public Health* 2002; 30 2:81-5.
2. Hjern A, Manhica M. Barn som anhöriga i vården-hur många är de. I: Järkestig Berggren U, Magnusson L., Thuselius, H. red. *Att se barn som anhöriga*. Kalmar: Nationellt Kompetenscentrum Anhöriga, 2015.
3. Hjern A, Arat A, Vinnerljung B. Att växa upp med föräldrar som har missbruksproblem eller psykisk sjukdom– hur ser livet ut i ung vuxen ålder? Kalmar: Nationellt Kompetenscentrum Anhöriga, 2014.
4. Hjern A, Berg L. Post-traumatisk stress hos föräldrar-Hur påverkar det barnpsykiatrisk vårdkonsumtion och skolprestationer hos deras barn? Kalmar: Nationellt Kompetenscentrum Anhöriga, 2023.
5. Berg L, Hjern A. Barn till föräldrar med cancer – hur många berörs och vilka är konsekvenserna i ett livslöppsperspektiv? Kalmar: Nationellt Kompetenscentrum Anhöriga, 2016.
6. Hjern A. Sociala uppväxtvillkor för barn som är anhöriga till föräldrar med cancer eller psykisk sjukdom/missbruk. Kalmar: Nationellt Kompetenscentrum Anhöriga, 2023.
7. Hjern A. Barn och ungdomspsykiatrisk vård hos ungdomar i Stockholm som är anhöriga till föräldrar med psykisk sjukdom eller missbruk. Kalmar: Nationellt Kompetenscentrum Anhöriga, 2023.
8. Hjern A, Arat A, Rostilla M, Berg L, Vinnerljung B. Hälsa och sociala livsvillkor hos unga vuxna som förlorat en förälder i dödsfall under barndomen. Kalmar: Nationellt Kompetenscentrum Anhöriga, 2014.
9. Hjern A, Manhica M. Barn som anhöriga till patienter i vården - hur många är de? Kalmar: Nationellt Kompetenscentrum Anhöriga, 2013
10. Hjern A, Berg L, Rostila M, Vinnerljung B. Barn som anhöriga-hur går det i skolan . I: Järkestig Berggren U, Magnusson L., Thuselius, H. red. *Att se barn som anhöriga*. Kalmar: Nationellt Kompetenscentrum anhöriga, 2015.
11. Hjern A, Berg L, Rostilla M, Vinnerljung B. Barn som anhöriga:hur går det i skolan? Kalmar: Nationellt Kompetenscentrum anhöriga , 2013.
12. Berg L, Brendler-Lindquist M, de Montgomery E, Mittendorfer-Rutz E, Hjern A. Parental Posttraumatic Stress and School Performance in Refugee Children. *J Trauma Stress* 2022; 35 1:138-47.
13. Berg L, de Montgomery E, Brendler-Lindquist M, Mittendorfer-Rutz E, Hjern A. Parental post-traumatic stress and psychiatric care utilisation among refugee adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2021.
14. Chen C, Lu Y, Lundstrom S, Larsson H, Lichtenstein P, Pettersson E. Associations between psychiatric polygenic risk scores and general and specific psychopathology symptoms in childhood and adolescence between and within dizygotic twin pairs. *J Child Psychol Psychiatry* 2022; 63 12:1513-22.

15. Carlsson T, Rosenqvist M, Butwicka A, Larsson H, Lundstrom S, Pan PY, et al. Association of cumulative early medical factors with autism and autistic symptoms in a population-based twin sample. *Transl Psychiatry* 2022; 12 1:73.
16. Silberg J, Rutter M, Neale M, Eaves L. Genetic moderation of environmental risk for depression and anxiety in adolescent girls. *Br J Psychiatry* 2001; 179:116-21.
17. Tost H, Champagne FA, Meyer-Lindenberg A. Environmental influence in the brain, human welfare and mental health. *Nat Neurosci* 2015; 18 10:1421-31.
18. Boles S, Miotto K. Substance abuse and violence. A review of the literature. *Agression and Violent Behavior* 2003; 8 155-74.
19. Offit K, Tkachuk KA, Stadler ZK, Walsh MF, Diaz-Zabala H, Levin JD, et al. Cascading After Peridiagnostic Cancer Genetic Testing: An Alternative to Population-Based Screening. *J Clin Oncol* 2020; 38 13:1398-408.
20. Almquist YB, Jackisch J, Forsman H, Gauffin K, Vinnerljung B, Hjern A, et al. A decade lost: does educational success mitigate the increased risks of premature death among children with experience of out-of-home care? *J Epidemiol Community Health* 2018; 72 11:997-1002.
21. Forsman H, Vinnerljung B. Interventions aiming to improve school achievements of children in out-of-home care: A scoping review. *Children and Youth Services Review* 2012; 34 6:1084-91.
22. Vinnerljung B, Hjern A. Health and health care for children in out-of-home care. *International Journal of Social Welfare* 2018; 27 4:321-4.
23. Nordenfors M, Melander C, Daneback K. Unga omsorgsgivare i Sverige-. Kalmar: Nationellt kompetenscentrum för anhöriga [NKA]/Linneuniversitet; 2014