

Sammanfattning

Syftet med rapporten

Hur barnen mår säger mycket om ett lands välstånd. Hälsa påverkar människors välmående, vilket innebär att det är ett mål i sig att alla barn ska må så bra som möjligt. Men god hälsa i barndomen är också en betydelsefull förutsättning för ett produktivt och rikt arbetsliv och socialt liv som vuxen. Om barns hälsa till stor del avgörs av uppväxtvillkor och familjebakgrund innebär det att dessa faktorer får större inflytande över barnets framtida livsvillkor. Att förebygga ohälsa hos barn är därför mycket viktigt när det gäller att utjämna barns livschanser och främja social rörlighet.

Sverige har höga ambitioner på området med starka institutioner, i form av en väl utbyggd mödra- och skolhälsovård, så gott som avgiftsfri sjukvård och subventionerade läkemedel. Dessa bidrar sannolikt till att Sverige hamnar högt upp i internationella jämförelser av barns hälsa. OECD rankar Sverige bland de tio bästa länderna att växa upp i sett till en rad indikatorer som är kopplade till barns välmående och hälsa. Dessa indikatorer omfattar materiellt välstånd, boendestandard, utbildning, hälsa och säkerhet, riskbeteende och skolsituation. Särskilt bra till ligger Sverige i jämförelserna av hälsa och säkerhet (trea efter Slovakien och Island), boendestandard och miljö (trea efter Norge och Australien) samt riskbeteenden (etta). Trots detta finns det

barn i Sverige som lever under mindre gynnsamma förhållanden. Enligt siffror från EU-SILC saknade 2009 mellan en halv och en och en halv procent av barnen i Sverige olika nödvändigheter, som till exempel böcker lämpliga för åldern, möjlighet att delta i skolutflykter, utrustning för utomhusaktivitet, 2 par skor i rätt storlek eller regelbunden organiserad fritidsaktivitet.¹ Vidare drar Rädda Barnens årsrapport slutsatsen att cirka 232 000 barn levde i ekonomisk utsatthet 2011.² Trots att Sverige är en väl utbyggd välfärdsstat finns det alltså fortfarande betydande skillnader i barns uppväxtmiljö.

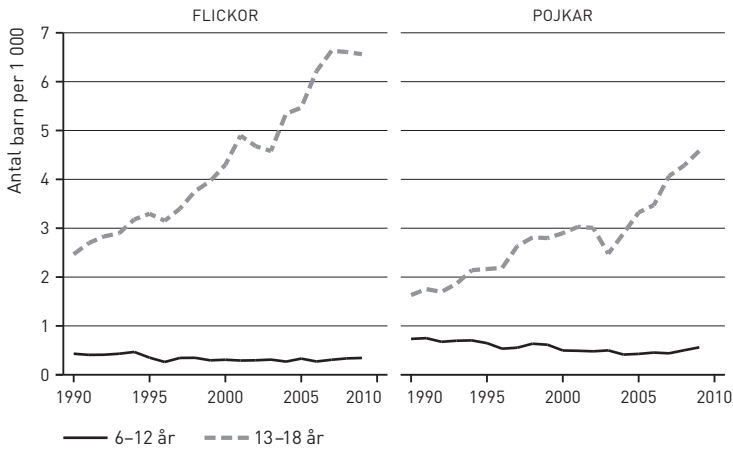
Huvudsyftet med denna rapport är att undersöka i vilken utsträckning barns hälsa skiljer sig åt beroende på familjens ekonomiska och sociala status. Vi beskriver hur sambandet mellan familjebakgrund och hälsa ser ut och har sett ut i Sverige sedan början av 1990-talet. För att mäta hälsa använder vi oss av registerdata över dödsfall, sjukhusinskrivningar och läkemedelsförskrivningar. Vi studerar även inskrivningar på grund av de vanligaste förekommande diagnoserna (sjukdomar i andningsorganen, skada och förgiftning samt psykisk ohälsa) såväl som förskrivningar av adhd-medicin och antidepressiv medicin. Dessutom undersöker vi hur det går senare i livet för de barn som är inskrivna på sjukhus under barndomen. Som en bakgrund till analysen använder vi oss även av intervju- och enkätdata där man frågat barn eller deras föräldrar om hur barnen mår.

Rapportens resultat

Förekomsten och utvecklingen av olika sjukdomar och skador under perioden skiljer sig mellan olika åldersgrupper, kön och typ av sjukdom/skada. Vi finner att små barn i lägre utsträckning än tidigare blir inskrivna på sjukhus. Däremot verkar hälsan hos tonåringar ha försämrats, vilket framför allt tycks bero på ökad psykisk ohälsa.

1. Figur 5:2 i Socialstyrelsen (2013b).

2. Rädda Barnen definierar ett barn som ekonomiskt utsatt om hushållet barnet lever i tar emot ekonomiskt bistånd och/eller har en disponibel inkomst som understiger det som krävs för att täcka »nödvändiga utgifter«. Se Rädda Barnen (2013) för exakta belopp.



Inskrivningar efter ålder och kön – diagnos: psykisk ohälsa, 1990–2009.
Källa: egen bearbetning.

- * Inskrivningar på sjukhus på grund av sjukdomar i andningsorganen är den vanligaste diagnosen för små barn, 0–6 år, men andelen inskrivna sjönk kraftigt under 1990-talet.
- * Inskrivningar på sjukhus på grund av skador, förgiftningar och andra yttre orsaker har ökat de senaste 20 åren bland tonåringar medan inskrivningar i yngre åldersgrupper är oförändrade.
- * Den psykiska hälsan bland tonåringar verkar ha försämrats de senaste 20 åren. Exempelvis har antalet inskrivna barn per 1 000 barn i åldern 13–18 år med psykisk diagnos ökat från färre än 2 barn till cirka 4,5 barn för pojkar och från cirka 2,5 till cirka 6,5 barn för flickor, se figuren ovan. Vidare ökar förskrivning av psykofarmaka till ungdomar.

Hälsan skiljer sig också åt mellan barn med olika socioekonomisk status, mätt dels med ett mått som fångar familjens ekonomiska status, dels ett som är avsett att fånga familjens utbildningsstatus. Vi mäter denna skillnad med en så kallad social gradient, som beskriver hur mycket mindre vanlig (i procent) en sjukdom/skada är för barn med hög socioekonomisk status jämfört med barn med låg sådan status. Då framkommer bland annat att den sociala gradienten:

- * för inskrivning på sjukhus generellt är 40–45 procent, det vill säga att barn med högst socioekonomisk status har 40–45 procent lägre sannolikhet att bli inskrivna på sjukhus jämfört med barn med lägst socioekonomisk status
- * för psykisk ohälsa och sjukdomar i andningsorganen ligger mellan 60 och 85 procent och för skador och förgiftningar mellan 30 och 40 procent
- * är något starkare för flickor än för pojkar
- * blir starkare i tonåren, vilket särskilt gäller psykisk ohälsa
- * över lag är stabil över den 20-årsperiod vi studerar, trots ökade inkomstskillnader.

Vi studerar även specifikt gruppen barn som lever i ekonomisk utsatthet i så måtto att deras familjer tar emot ekonomiskt bistånd. Vi finner bland annat att:

- * Barn som lever under ekonomisk utsatthet löper 131 procent högre risk att dö under barndomen, vilket motsvarar knappt 24 barn fler per 100 000 barn. Den förhöjda risken att bli inskriven på sjukhus är cirka 40 procent. Detta motsvarar 20 fler barn per 1 000. Skillnaden mellan barn i och utanför ekonomisk utsatthet är störst när det gäller risken att bli inskriven med en diagnos relaterad till psykisk ohälsa, hela 186 procent. Även sannolikheten att använda antidepressiv medicin är förhöjd för denna grupp (med drygt 90 procent). Se tabellen på nästa sida för en sammanställning av de förhöjda riskerna för olika typer av ohälsa.
- * Det finns inga tydliga skillnader mellan pojkar och flickor. Även om risken för att bli inskriven på grund av psykisk ohälsa och att äta antidepressiv medicin är mindre för pojkar så är den förhöjda risken för ekonomiskt utsatta pojkar ungefär lika stor som den för ekonomiskt utsatta flickor.
- * Sambandet mellan ekonomisk utsatthet och barns ohälsa är svagare för barn vars föräldrar är födda utanför Sverige. Sambandet är också något svagare under år då fler hushåll tar emot ekonomiskt bistånd.

Sambandet mellan ohälsa och ekonomiskt bistånd.

	Ytterligare fall per 1 000 barn för barn i familjer med eko- nomiskt bistånd	Antal fall per 1 000 barn. Medelvärde för alla barn	Förhöjd risk för barn i familjer med ekono- miskt bistånd. Procentuell förändring
Mortalitet	0,239	0,182	131 %
Inskrivna vid sjukhus	19,1	50,16	39,5 %
Andningsorganen	4,49	11,03	40,7 %
Skador och förgiftningar	4,14	10,00	41,4 %
Psykisk ohälsa	2,99	1,61	186 %
Läkemedelsförskrivning	18,88	47,8	3,95 %
Adhd-medicin	11,56	6,98	166 %
Antidepressiv medicin	4,99	5,39	92,6 %

Anmärkning: Resultat från en linjär sannolikhetsmodell. Kontroller för barnets ålder, kön samt års-fixa effekter.

- * Skillnader i familjebakgrund förklarar endast en liten del av de uppmätta skillnaderna mellan barn i ekonomiskt utsatta familjer och andra barn; den förhöjda risken att bli inskriven på sjukhus sjunker från 40 till 30 procent när vi kontrollerar för föräldrars ålder, utbildning, tid i Sverige och hälsa.
- * Risken att bli inskriven på sjukhus är nästan 7 procent högre för samma barn under år då familjen tar emot ekonomiskt bistånd jämfört med år då familjen inte gör det. För en diagnos relaterad till psykisk ohälsa är den motsvarande förhöjda risken hela 37,5 procent.

En viktig fråga är förstås vilka konsekvenser ohälsa i barn- och ungdomsåren får längre fram i livet. Vår analys ger oss följande resultat:

- * Barn som blir inskrivna på sjukhus någon gång under barn- och ungdomsåren har sämre meritvärde, lägre sannolikhet att gå ut gymnasiet, högre sannolikhet att få ekonomiskt bistånd och att sakna inkomst från arbete eller studier samt har sämre hälsa som unga vuxna.

- * Det finns ett starkt samband mellan psykisk ohälsa å ena sidan och skolprestationer och välfärd som ung vuxen å andra sidan. Bara 60 procent av barn med psykisk ohälsa uppnår gymnasiekompetens, jämfört med 87 procent bland barn som aldrig varit inskrivna på sjukhus. 17 procent av de som varit inskrivna på sjukhus på grund av psykisk ohälsa har ekonomiskt bistånd vid 23 års ålder medan andelen är 4,7 procent bland barn som inte varit inskrivna. Utifrån vår analys drar vi slutsatsen att dessa samband åtminstone delvis avspeglar faktiska orsakssamband.
- * Det finns ett samband mellan dålig hälsa i barndomen och dålig hälsa som ung vuxen. Tabellen på nästa sida visar sambandet mellan sjukhusinskrivningar i barndomen och framtida utfall efter att hänsyn tagits till observerbara faktorer såsom familjens inkomst och föräldrarnas utbildningsnivå. För kolumnen »Meritvärde« ska tabellen läsas som hur många meritpoäng som skiljer barn som haft respektive typ av ohälsa i vänsterspalten och de som inte haft det. Exempelvis har barn som varit inskrivna på sjukhus någon gång upp till 15 års ålder i genomsnitt 4,9 lägre meritpoäng än de som inte varit det. Övriga kolumner i tabellen visar hur mycket högre/lägre sannolikhet, mätt i procent, som ohälsotypen i vänsterspalten i genomsnitt har för att en individ ska ha slutfört gymnasium vid 23 års ålder, erhålla ekonomiskt bistånd som vuxen, inte ha någon inkomst som vuxen respektive bli inskriven på sjukhus i åldern 20–23 år. Det är således exempelvis 18,1 procent högre sannolikhet att en individ som varit inskriven på sjukhus på grund av psykisk ohälsa någon gång i åldern 0–18 år blir inskriven på sjukhus i åldern 20–23 år jämfört med personer som inte blivit inskrivna för psykisk ohälsa i åldern 0–18 år.
- * Hälsoproblem i barndomen har allvarligare konsekvenser för barn som växer upp i familjer som är ekonomiskt utsatta. Det gäller särskilt psykiska problem.
- * Konsekvenserna av dålig hälsa i barndomen är desamma för flickor och pojkar.

Sambandet mellan sjukhusinskrivningar i barndomen och framtida utfall efter att hänsyn är tagen till familjekaraktäristika.

Diagnos och ålder	Meritvärde (poäng)	Gymnasium vid 23 (procentenheter)	Ekonomiskt bistånd	Ingen inkomst	Inskrivning 20–23 år
Inskrivnen 0–15	-4,9				
Inskrivnen 0–18		-3,4	1,6	1,1	5,2
Andningsorganen 0–15	-4,0				
Andningsorganen 0–18		-1,5	1,1	0,5	2,9
Skador och förgiftningar 0–15	-6,9				
Skador och förgiftningar 0–18		-4,5	1,4	1,2	5,5
Psykisk ohälsa 0–15	-32,3				
Psykisk ohälsa 0–18		-20,1	8,5	8,7	18,1
Medelvärde	207,7	84,3	6,1	7,6	17,8

Anmärkning: Resultat från en linjär sannolikhetsmodell.

Rapportens slutsatser

Att förebygga ohälsa, och kanske framför allt psykisk ohälsa, i barndomen och under tonåren, betyder mycket för hälsa och framgång senare i livet. Det är därför av största vikt att utsatta barns hälsa förbättras. Den centrala frågan är naturligtvis hur man kan åstadkommer detta. I rapporten pekar vi ut fem områden som förtjänar ytterligare analys.

1.

MINSKADE INKOMSTSKILLNADER LEDER INTE NÖDVÄNDIGTVIS TILL MINSKADE SKILLNADER I HÄLSA

Vi kan utifrån vår analys inte fastställa huruvida minskade inkomstskillnader skulle leda till mindre skillnader i hälsa. Men eftersom den sociala gradienten under den period vi studerat varit oförändrad, samtidigt som inkomstskillnaderna ökat, innebär detta att minskade inkomstskillnader knappast per automatik ger minskade skillnader i sjukhusinskrivningar mellan barn i familjer med låga respektive höga inkomster. Det går alltså inte att förlita sig på politik som syftar till

att utjämna inkomstskillnader för att minska hälsoskillnader mellan barn från olika sociala bakgrund.

2.

GENERELLA ÅTGÄRDER ANPASSADE TILL DEM MED STÖRST BEHOV

Skillnaderna i hälsa mellan barn i familjer med höga respektive låga inkomster är fortfarande anmärkningsvärt stora. Ytterligare insatser behövs för att minska dessa. Både Malmökommissionen och internationella inflytelserika rapporter om ojämlikhet i hälsa förordar en strategi som går under benämningen *proportionell universalism*.³ Det betyder att åtgärder ska vara generella men anpassas och ges i större doser till dem med störst behov. Vi förordar att Sverige via de universella program som riktas mot alla barn, det vill säga mödravården, barnhälsovården, förskolan, skolan och elevhälsan, blir ännu bättre på att tidigt fånga upp och rikta stöd mot barn som är ekonomiskt eller socialt utsatta, har dålig hälsa eller på annat sätt riskerar att få en sämre hälsoutveckling.

3.

STORA SAMHÄLLSEKONOMISKA VINSTER FÖRENADE MED SATSNINGAR PÅ ATT FÖREBYGGA OCH LINDRA KONSEKVENSERNA AV BARNS PSYKISKA OHÄLSA

Vår analys visar att psykisk ohälsa har särskilt stora negativa konsekvenser för skolresultat och framgång på arbetsmarknaden senare i livet. Därmed har inte bara enskilda individer utan även samhället mycket att vinna på att satsa på dels förebyggande åtgärder, dels vård och rehabilitering till barn som drabbas av psykisk ohälsa. Det finns särskild anledning att utforma samhällets insatser för barn som drabbas av psykisk ohälsa på ett sådant sätt att de får det stöd de behöver för att klara skolan på ett bra sätt. Under de senaste åren har en rad initiativ och satsningar för att utveckla och bygga upp »en första linje« för att möta barns och ungas behov av vård och stöd för psykisk ohälsa kommit till stånd i flera landsting i samarbete med SKL.⁴ Utvärderingar av dessa satsningar blir värdefull vägledning vid utformningen av framtida åtgärder.

3. Malmö stad (2013), WHO (2008) och Marmot (2010).

4. Se www.psynk.se

4. **UNDERSÖK OM DET FINNS ETT MÖRKERTAL I PSYKISK OHÄLSA I FAMILJER MED LÅG SOCIAL STATUS**

Samtidigt som vi finner att barn i ekonomiskt utsatta familjer har sämre psykisk ohälsa ser vi att inskrivningar på sjukhus och mediciner för psykisk ohälsa inte har ökat lika mycket för barn i familjer längst ner i inkomst- och utbildningsfördelningen som för andra grupper. Det skiljer sig från hur mönstret ser ut för sjukligheten i andra sjukdomar som har en påfallande linjär social gradient. Vår oro är att detta mönster – snarare än att spegla att dessa grupper blivit relativt friskare – tyder på att barn i familjer med låga inkomster och med föräldrar som har låg utbildning i ökad utsträckning inte söker eller får tillräcklig vård. Om så är fallet har den sociala gradienten i psykisk ohälsa ökat över tiden. Detta är en fråga som behöver analyseras vidare.

5. **BARNPERSPEKTIV PÅ EKONOMISKT BISTÅND**

Socialtjänstlagen är mycket tydlig med att barns situation ska uppmärksammas särskilt i alla utredningar där de på något sätt berörs. Våra resultat tyder emellertid på att barnperspektivet bör förstärkas ytterligare. Man bör överväga om det är möjligt att konstruera det ekonomiska biståndet för barnfamiljer så att det ger mer långsiktig trygghet på ett sätt som möjliggör och ger incitament till planering för och investeringar i barnen.

Sedan 1990-talskrisen har det ekonomiska biståndet till stor del kommit att utgöra en ersättning vid arbetslöshet för personer som saknar ersättning från arbetslöshetsersättningen. Ett villkor för att beviljas ekonomiskt bistånd är dock ofta att mottagaren deltar i olika typer av aktiveringsprogram med syfte att få jobb.⁵ Det är viktigt att säkerställa att detta fokus på aktivering inte konkurrerar ut barnperspektivet i kontakten mellan socialtjänsten och biståndstagarna och att se till att barnens situation och behov värnas.

5. Mörk (2011).