

HELLRE RIK OCH FRISK
OM FAMILJEBAKGRUND OCH BARNNS HÄLSA

Hellre rik och frisk

OM FAMILJEBAKGRUND OCH BARNNS HÄLSA

EVA MÖRK

ANNA SJÖGREN

HELENA SVALERYD

SNS Förlag

SNS Förlag
Box 5629
114 86 Stockholm
Telefon: 08-507 025 00
Fax: 08-507 025 45
info@sns.se
www.sns.se

SNS är en politiskt oberoende ideell förening som genom forskning, möten och bokutgivning bidrar till att beslutsfattare i politik, offentlig förvaltning och näringsliv kan fatta välgrundade beslut baserade på vetenskap och saklig analys.

Hellre rik och frisk – om familjebakgrund och barns hälsa
Eva Mörk, Anna Sjögren och Helena Svaleryd
Första upplagan
Första tryckningen

© 2014 Författarna och SNS Förlag
Grafisk form: Michelsen text och form
Tryck: E-print AB, Stockholm 2014
ISBN 978-91-86949-61-7

INNEHÅLL

Förord 7

Sammanfattning 9

1 Barns uppväxtförhållanden och hälsa i Sverige 19

2 Familjebakgrund och barns hälsa 45

3 Barn i ekonomiskt utsatta familjer 81

4 Hur går det för barn med dålig hälsa? 111

5 Slutsatser och rekommendationer 133

Referenser 145

Bilagor 151

Förord

INVESTERINGAR I LIKVÄRDIGA livschanser är ett treårigt forskningsprogram på SNS vars övergripande syfte är att bidra med forskningsbaserade underlag om hur investeringar i tidiga insatser för barn och unga kan bidra till bättre hälsa och möjligheter på arbetsmarknaden längre fram i livet. Denna rapport är den första från forskningsprogrammet och handlar om barns ohälsa – nivåer, trender och skillnader mellan barn med olika socioekonomisk bakgrund. Rapporten analyserar även vilka konsekvenser ohälsa i unga år får längre fram i livet. Författare är Eva Mörk, professor i nationalekonomi, Uppsala universitet, Anna Sjögren, docent i nationalekonomi, IFAU, och Helena Svaleryd, docent i nationalekonomi, Uppsala universitet.

Rapporten har kunnat skrivas tack vare bidrag från den referensgrupp som följer forskningsprogrammet. I denna grupp ingår Ale kommun, Ersta Sköndals högskola, Famna, Folksam, Försäkringskassan, Magelungen Utveckling AB, Norrköpings kommun, Ny-näshamns kommun, Rädda Barnen, Skandia, Socialdepartementet, Stadsmissionens skolstiftelse, Stockholms läns landsting, Sveriges Kommuner och Landsting, Tomelilla kommun, UNICEF Sverige och Örebro kommun. Ordförande i referensgruppen är Per Nilsson, rektor för Ersta Sköndal högskola.

SNS tackar för det engagemang som referensgruppens ledamöter visat under arbetets gång och för de synpunkter som de lämnat.

SNS vill även tacka Peter Fredriksson, professor i nationalekonomi, Stockholms universitet, som granskat rapporten och framfört sina synpunkter på en tidigare version på ett akademiskt seminarium på SNS, samt Michael Tåhlin, professor i sociologi, SOFI, Stockholms universitet, som representerat SNS Vetenskapliga råd i referensgruppen och lämnat synpunkter på ett tidigare manusutkast.

För analys, slutsatser och rekommendationer svarar helt och hållet rapportens författare. SNS som organisation tar inte ställning till dessa. Inte heller referensgruppen, granskaren eller övriga personer som lämnat synpunkter ansvarar för innehållet i rapporten. SNS uppdrag är att initiera och presentera forskningsbaserade och policyrelevanta analyser av viktiga samhällsfrågor. Det är SNS förhoppning att rapporten ska bidra till en fördjupad diskussion om ohälsa hos barn och vad den betyder för möjligheten att ge barn likvärdiga livschanser.

Stockholm i oktober 2014

Mia Horn af Rantzien

vd SNS

Sammanfattning

Syftet med rapporten

Hur barnen mår säger mycket om ett lands välbefinnande. Hälsa påverkar människors välbefinnande, 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 välbefinnande och hälsa. Dessa indikatorer omfattar materiellt välbefinnande, 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.

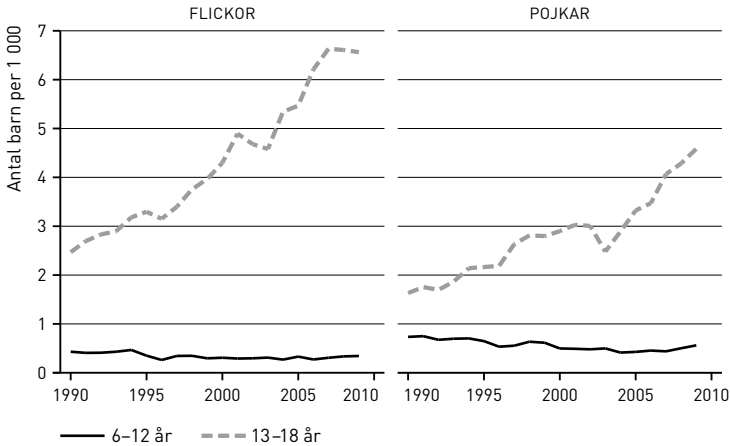
Huvudsyftet med denna rapport är att undersöka i vilken utsträckning barns hälsa skiljer sig åt beroende på familjens ekonomiska och sociala status. Vi beskriver hur sambandet mellan familjebakgrund och hälsa ser ut och har sett ut i Sverige sedan början av 1990-talet. För att mäta hälsa använder vi 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 allvarigare 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
Inskriven 0–15	-4,9				
Inskriven 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 åstadkomma 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 social 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).

KAPITEL 1

Barns uppväxtförhållanden och hälsa i Sverige*

ATT DET FINNS ett samband mellan uppväxtvillkor och barns hälsa har varit känt länge. Hälsofrämjande åtgärder har därför ofta varit nära knutna till fattigdomsbekämpning och främjande av goda levnadsvillkor. Ett talande exempel på detta är de råd och anvisningar som Sundhetskollegiet gav ut i samband med inrättandet av kommunala hälso-nämnder 1874. I dessa redogjordes för »de viktigaste omständigheter, som menligt inverka på det allmänna helsotillståndet«:

1. Brist på frisk eller tillräckligt ren luft i bonings- och andra rum, där människor vistas, samt i deras omgivning.
2. Bristande eller knapp tillgång på gott vatten till dryck och matlagning samt till tjänligt vatten för andra hushållsbehov och renhållning.
3. Otillräcklig eller otjänlig föda.
4. Försummad renlighet eller snygghet.
5. Kalla, dragiga bostäder; otillräcklig beklädnad.

* Vi är tacksamma för synpunkter och kommentarer från Peter Fredriksson, Camilo von Greiff, Michael Tåhlin samt övriga deltagare i referensgruppen. Vi vill dessutom rikta ett särskilt tack till Dagmar Müller för utmärkt assistans med delar av analysen.

6. Missbruk av starka drycker. Osedlighet.
7. Obenägenhet eller uraktlåtenhet att vid sjukdom anlita läkare och att iakttaga givna föreskrifter mot smittsamma sjukdomars spridande.¹

Mycket har tack och lov hänt i Sverige sedan slutet av 1800-talet. Det ekonomiska välståndet har radikalt förändrat och förbättrat villkoren för barnen. Idag har alla barn, i alla fall formellt, samma rätt och tillgång till kostnadsfri, eller så gott som kostnadsfri hälso- och sjukvård. I internationella jämförelser framkommer också att barn i Sverige över lag har det bra. När OECD undersöker ett flertal indikatorer kopplade till barns välmående och hälsa så rankar de Sverige bland de 10 bästa länderna att växa upp i.² OECD har här tittat på sådana saker som materiellt välstånd, boendestandard, utbildning, hälsa och säkerhet, riskbeteende samt situationen i skolan. Särskilt bra ligger Sverige till i jämförelserna av hälsa och säkerhet (trea efter Slovakien och Island), boendestandard och miljö (trea efter Norge och Australien) och riskbeteenden (etta). Dock finns även i dagens Sverige barn som lever under mindre gynnsamma förhållanden. Enligt siffror från EU-SILC saknade 2009 mellan en halv och en och en halv procent barn 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.³ Även Rädda Barnens årsrapport *Barnfattigdom i Sverige* pekar på en omfattande barnfattigdom; enligt deras siffror levde cirka 232 000 barn i ekonomisk utsatthet 2011.⁴ Trots den väl utbyggda välfärdsstaten finns det således fortfarande skillnader i barns uppväxtsituation.

Huvudsyftet med denna rapport är att undersöka i vilken utsträck-

1. Sundin med flera (2005). Denna lista är påfallande lik de förhållanden som lyfts upp av Malmökommissionen, se Malmö stad (2013).

2. OECD (2009).

3. Socialstyrelsen (2013b), Figur 5:2.

4. 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 belopp som behövs för att täcka »nödvändiga utgifter«. Se Rädda Barnen (2013) för exakta belopp.

ning barns hälsa skiljer sig åt beroende på familjens ekonomiska och sociala status. Att familjens socioekonomiska ställning kan vara viktig framgår redan av Sundhetskollegiets uppräknings av omständigheter som försämrar barns hälsa. Även om svält och brist på rent vatten knappast längre är skäl till ohälsa eller skillnader i hälsa mellan barn från olika uppväxtmiljöer finns fortfarande skillnader i bostadsstandard, matkvalitet, luftkvalitet, tillgång till hälsofrämjande aktiviteter och goda vårdkontakter liksom i kvaliteten på den omsorg barnen får.

Det finns en omfattande såväl internationell som svensk forskning som på olika sätt försöker mäta och förstå sambandet mellan barns hälsa och deras familjers ekonomiska och sociala status.⁵ Dessa studier finner generellt att barn i familjer med lägre social status mår sämre. Det är inte uppenbart vad dessa skillnader beror på. Det kan vara själva bristen på finansiella resurser, eller att dessa barn har sämre hälsa redan från födseln. Men det kan också vara andra skillnader i uppväxtmiljön eller i den omvårdnad som föräldrarna ger som förklarar sambandet. En viktig faktor kan vara föräldrarnas egen hälsa, som förutom att påverka barnens hälsa också kan vara av betydelse för familjens ekonomi. Dessutom kan orsakssambandet faktiskt vara omvänt, det vill säga att det är barnens dåliga hälsa som leder till familjens sämre situation.

Vår tolkning av litteraturen är att familjens socioekonomiska status faktiskt påverkar barns hälsa. Utmaningen är att försöka förstå vad detta beror på. Är det bristen på ekonomiska resurser i sig, eller är det utbildning och andra aspekter av socioekonomisk status som yrke och social klass som är avgörande för hälsan? Denna fråga har varit föremål för mycket diskussion.

David Cutler och hans medförfattare lyfter fram fyra dimensioner av socioekonomisk status och varför dessa kan vara av betydelse för barnens hälsa:

- * Brist på ekonomiska resurser begränsar föräldrarnas möjligheter att erbjuda sina barn goda uppväxtförhållanden, såväl materiellt som socialt.

5. Se till exempel Bremberg (2002), Cutler med flera (2011) samt Fletcher och Wolfe, (2014) för översikter.

- * Låg utbildning hos föräldrarna påverkar deras förmåga att ta till sig kunskap om hur barns hälsa kan främjas. Även föräldrarnas egna hälsa, inställning till risktagande, inställning till framtiden och deras förmåga att se konsekvenser av sina handlingar kan vara relaterade till deras utbildningsnivå och även påverka barnens hälsa direkt.
- * Låg rang i den sociala strukturen orsakar stress.
- * Kulturella faktorer och normer innebär att efterfrågan och tillgången till vård ser olika ut i olika grupper, exempelvis beroende på familjens härkomst och tid i landet.⁶

Att förebygga ohälsa hos barn är ett potentiellt viktigt led när det gäller att utjämna barns livschanser och främja social rörlighet, eftersom ohälsa i barndomen inte bara hänger samman med ohälsa längre fram i livet utan också med hur det går i skolan och på arbetsmarknaden.⁷ Men för att veta hur man bäst gör detta måste man också veta vilka av de ovanstående faktorerna som är avgörande.

Om ekonomiska resurser är betydelsefulla, kan ekonomiskt stöd till utsatta familjer vara effektivt. Men ekonomiskt stöd till familjer är sannolikt mindre effektivt om skillnader i barns hälsa framför allt beror på djupare sociala skillnader. Om det i stället är skillnader i föräldrars kunskaper och beteendemönster som bidrar till hälsoskillnader mellan barn från olika social miljö så behöver resurser och stöd sättas in för att påverka dessa faktorer.

1.1 Denna rapport

I denna rapport beskriver vi hur sambandet mellan familjebakgrund och hälsa ser ut och har sett ut i Sverige sedan början av 1990-talet.⁸

6. I den amerikanska kontexten tänker man här ofta i termer av ras och etnicitet. Se Cutler med flera (2011) för en utförlig diskussion.

7. Se exempelvis Almond och Currie (2011) och Black med flera (2007).

8. Vi kommer i denna rapport genomgående att definiera ett barns familj som barnets bägge biologiska föräldrar och deras respektive hushåll. Bor föräldrarna tillsammans, vilket cirka två tredjedelar av alla föräldrar gör, finns det endast ett hushåll att ta hänsyn till. Om de inte bor tillsammans kommer barnets familje-

För att mäta hälsa använder vi oss av registerdata över dödsfall, sjukhusinskrivningar och läkemedelsförbrukning.⁹ Vi studerar även inskrivningar på grund av de vanligaste förekommande diagnoserna (sjukdomar i andningsorganen, skada/förgiftning och psykisk ohälsa) samt förskrivningar av adhd-medicin och antidepressiv medicin. Dessutom undersöker vi hur det går senare i livet för de som varit inskrivna på sjukhus under barndomen.

I kapitel två börjar vi med att beskriva hälsoskillnader mellan barn från olika uppväxtmiljöer med hjälp av så kallade sociala gradienter, där vi undersöker hur barns hälsa samvarierar med familjens inkomst. Till skillnad från en stor del av den tidigare forskningen kan vi med vår rika tillgång till data undersöka hur sambandet ser ut längs *hela* inkomstfördelningen, för olika åldrar, diagnoser och över tid. På detta sätt kan vi dels undersöka om det finns en fattigdomsgräns under vilken barnens hälsa försämras betydligt, dels om det finns en övre gräns på inkomstnivån efter vilken barns hälsa inte förbättras ytterligare av ökade inkomster. Vi undersöker också hur den sociala gradienten ser ut om vi i stället mäter social status med föräldrarnas utbildning. En sådan analys kan hjälpa oss att förstå i vilken utsträckning familjens ekonomi respektive föräldrarnas utbildning har betydelse för barns hälsa. Slutligen undersöker vi om den sociala gradienten ser likadan ut för olika typer av hälsoproblem och om den har förändrats över tid.

förhållanden att definieras som genomsnittet av föräldrarnas familjeförhållanden. Har barnet endast en förälder i livet kommer vi att använda endast uppgifter om den levande förälderns hushåll. Vi mäter familjeförhållanden med uppgifter om föräldrarnas utbildning, inkomster från arbete, näringsverksamhet och transfereringar samt med uppgifter om föräldrarnas ålder, födelseland och invandringsår. Uppgifterna hämtas från SCB:s register och gäller hela befolkningen.

9. Vi har valt att mäta läkemedelsförbrukning med hjälp av data över uthämtade läkemedel. Dessa skiljer sig något från data över förskrivna läkemedel. Det är inte uppenbart vilket av dessa mått som är att föredra. Å ena sidan kan det vara så att om man hämtar ut sin medicin eller inte beror på om man har råd, i vilket fall förskrivna läkemedel vore ett bättre mått på hälsa. Å andra sidan kan det vara så att en läkare skriver ut läkemedel för säkerhets skull och rekommenderar patienten att endast hämta ut dessa om symptom kvarstår, och i så fall är uthämtade läkemedel ett bättre mått på hälsa. Det kan också vara så att en läkare skriver ut flera uttag av samma medicin, i vilket fall vi får en mer korrekt datering av när medicinen faktiskt användes genom att använda uthämtningsdatum snarare än förskrivningsdatum. Notera att även Socialstyrelsen (2010) har valt att studera uthämtade läkemedel snarare än förskrivna.



METODRUTA 1. HUR MÄTER MAN BARNNS HÄLSA?

Hur kan man mäta barns hälsa? Ett sätt är att helt enkelt fråga barnen, eller deras föräldrar, hur barnen mår. Denna metod har under många år använts i de svenska Levnadsnivåundersökningarna (LNU) och i Undersökningar av levnadsförhållanden (ULF).^{*} En fördel med data som samlats in på detta sätt är att man får en uppfattning om hur den relativt friska delen av befolkningen mår. Dessutom utgår man från hur individen själv faktiskt upplever sin hälsa och inte utifrån någon annans bedömning. Studier visar också att det finns en tydlig samvariation mellan självrapporterad hälsa och objektiva mått, exempelvis mortalitet.^{**} En svaghet är dock att urvalen ofta är för små för att man ska kunna jämföra exempelvis olika åldersgrupper och socioekonomiska grupper. Detta blir särskilt problematiskt om man vill undersöka om en skillnad är statistiskt säkerställd. Dessutom finns alltid ett visst bortfall som inte nödvändigtvis är slumpmässigt. Ett annat potentiellt problem med självrapporterade hälsomått är att personer som objektivt sett har ett likartat hälsotillstånd kan uppleva sin hälsa olika. Om dessa olikheter i hur man besvarar enkätfrågor om hälsa dessutom på ett systematiskt sätt samvarierar med social bakgrund försvårar det hälsojämförelser mellan grupper.^{***}

Ett alternativt sätt att mäta hälsa är att använda registerdata över exempelvis sjukhusbesök, diagnoser, läkemedelsförskrivning och dödsfall. Om dessa register är heltäckande kan man mäta hälsa i hela befolkningen och studera mönster över tid. Dessutom finns ofta en mängd bakgrundsinformation som gör det möjligt att jämföra hälsan hos barn med olika familjebakgrund.

Ett mått vars objektivitet det är svårt att ifrågasätta är mortalitet (dödlighet). I genomsnitt löper personer med sämre hälsa större risk

^{*} Se <http://www.sofi.su.se/forskning/tre-forskningsavdelningar/lnu> för en beskrivning av LNU och <http://www.scb.se/ulf/> för en beskrivning av ULF.

^{**} Idler och Benyamini (1997).

^{***} Det är till exempel ett välkänt fenomen att individer med svag förankring på arbetsmarknaden eller med svårigheter på jobbet tenderar att uppges att de lider av dålig hälsa för att på så sätt ha en legitim och socialt accepterad förklaring till att de har problem (Baker med flera 2004). Motsvarande mekanism är naturligtvis möjlig även bland skolelever som kan vilja förklara dåliga skolresultat med att de inte mår bra. Sådana tendenser hos respondenter att överdriva sina hälsoproblem leder till att forskaren riskerar att överdriva betydelsen av hälsa för studieresultat och framgång på arbetsmarknaden.

att dö i förtid. Men det finns även här en viss slumpmässighet på grund av till exempel oförutsägbara olyckor, vilket innebär att mortalitet inte nödvändigtvis reflekterar en gruppns hälsa om gruppen är liten och mätperioden kort.

I registerdata över sjukhusinskrivningar eller läkemedelsförskrivningar har vi information om mer allvarliga tillstånd än de som fångas upp i enkätdata, samtidigt som vi fångar upp tillstånd som inte leder till döden. Det finns dock även problem med denna typ av data. För det första så kan olika grupper av individer vara olika benägna att söka vård och denna benägenhet kan samvariera med socioekonomisk status, vilket ställer till problem när vi vill undersöka sambandet mellan social status och hälsa. Det kan också vara så att familjer avstår från att hämta ut läkemedel eftersom de inte har råd. Dessutom är det alltid en läkare som avgör om ett barn ska skrivas in på sjukhus eller få medicin, och denna bedömning kan påverkas av andra faktorer än av hur allvarlig sjukdomen bedöms vara. Här skulle man kunna tänka sig att familjens socioekonomiska status har betydelse. Å ena sidan kan man tänka sig att en läkare bedömer att det är mer sannolikt att föräldrarna kan ge barnet bra vård hemma om de har det bättre ställt eller har högre utbildning. Å andra sidan kan man också tänka sig att välutbildade föräldrar är bättre på att tala för sig och kräva att barnet läggs in på sjukhus eller får en viss efterfrågad medicin utskriven.

I ULF har SCB vid olika tillfällen frågat vuxna om deras hälsa, i vilken utsträckning de konsulterat läkare samt om de avstått från att söka vård trots att de själva ansett sig behöva det. Det visar sig att vid samma rapporterade hälsotillstånd så tenderar högre tjänstemän i större utsträckning än arbetare att konsultera läkare, och personer med lägre inkomst i mindre utsträckning än personer med högre inkomst. Dess-

Men det är också möjligt att individer som varit mycket sjuka, eller som lever under svåra förhållanden, uppger att deras hälsa faktiskt är bättre än vad den objektivt är, då de anser att de under omständigheterna mår bra eller till och med bättre än vad man skulle kunna förvänta sig när man har en svår sjukdom. En svår sjukdom eller andra svåra omständigheter kan alltså tänkas påverka individens referensram och därmed de svar hen ger på enkätfrågor om hälsan. Sådana tendenser hos respondenter att underskatta sina hälsoproblem innebär att forskare riskerar att underskatta betydelsen av hälsa för studieresultat och framgång på arbetsmarknaden samt gör det svårt att jämföra hälsa mellan individer (och även för en individ över tid).

utom är det vanligare att arbetare, jämfört med tjänstemän, avstått från att söka vård trots att de ansett sig behöva sådan. Slutligen tycks arbetsslösa i större utsträckning än personer med arbete undvika att uppsöka läkare.* Det verkar alltså finnas en social gradient även i benägenheten att söka vård.** För oss innebär det att vi eventuellt kommer att underskatta den sociala gradienten i hälsa när vi använder oss av registerdata över sjukhusinläggningar och läkemedelsutskrivningar.

Studier som använder LNU-data finner att sannolikheten att vara inskriven på sjukhus är större för personer med högre inkomst även efter att man tagit hänsyn till (självrapporterad) hälsa men att personer med lägre inkomst har längre vistelsetid.*** Ett sätt att tolka skillnaderna är att personer med högre inkomst söker vård tidigare än vad personer med lägre inkomst gör. När de med lägre inkomst väl söker vård har de hunnit bli sjukare och vårdtiden blir därför längre. Det är dock oklart i vilken utsträckning dessa resultat beror på olika sannolikheter att söka vård eller på skillnader i läkarens bedömning.

Ett sätt att bedöma huruvida registerdata ger en liknande bild av befolkningens hälsa som befolkningen själv skulle uppge är att undersöka hur väl självskattad hälsa från enkäter stämmer överens med hälsomått mätta med hjälp av registerdata. I en studie på danska data kopplar Torben Heinen Nielsen ihop data över självskattad hälsa med registerdata över inskrivningar på sjukhus och mortalitet. Han finner att den självskattade hälsan är korrelerad med såväl tidigare, samtida som framtida sjukhusinskrivningar.**** Intressant nog är den självskattade hälsan bättre på att förutsäga dödlighet, men om man observerar sjukhusinläggningar över en längre tid verkar de olika måtten ge ungefär samma bild av personers hälsa. I en svensk studie finner Gunilla Ringbäck Weitoft och Måns Rosén att personer som i ULF har rapporterat dålig psykisk hälsa genom att uppge att de känner »ängslan, oro eller ångest« löper förhöjd risk att dö inom de närmaste fem till tio åren, bli inskrivna vid sjukhus, särskilt med diagnos för psykisk ohälsa. Sambandet är starkare för män än för kvinnor.*****

* Lundberg (2000), Burström (2002) samt Åhs och Westerlin (2006).

** Notera dock att samtliga dessa studier gäller vuxna. Det inte är säkert att mönstret ser likadant ut när det gäller att söka vård för sjuka barn.

*** Gerdtham (1997).

**** Nielsen (2013).

***** Ringbäck Weitoft och Rosén (2005).

Det senare är särskilt intressant med tanke på att inkomstskillnaderna i samhället har ökat. Möjligheten för dem med lägst utbildning att få jobb har också försämrats och det är fler som står utanför arbetskraften idag än före krisen i mitten av 1990-talet.

Den sociala gradienten ger en generell bild av hur hälsa och social bakgrund hänger ihop, men det är inte självklart att sambandet är lika om vi undersöker särskilt utsatta grupper av barn. I kapitel tre går vi därför vidare och studerar hälsan hos barn som lever under ekonomisk utsatthet, vilket vi mäter med att ha föräldrar som får ekonomiskt bistånd.¹⁰ Dessutom försöker vi förstå i vilken utsträckning sambandet mellan ekonomisk utsatthet och hälsa beror på den ekonomiska utsattheten i sig eller på andra bakomliggande faktorer som påverkar såväl risken att hamna i ekonomiska svårigheter som barnens hälsa.

Sociala skillnader i barns hälsa är särskilt allvarliga om dessa också har negativa konsekvenser längre fram i livet. I kapitel fyra undersöker vi hur det går för personer som under sin barndom är inskrivna vid sjukhus. Vi undersöker dels hur de presterar i sina studier, dels hur det går för dem som unga vuxna. Dessutom undersöker vi om konsekvenserna av att ha varit inskriven på sjukhus är värre för barn i ekonomiskt utsatta familjer. Sammantaget kan denna analys hjälpa oss att få ett grepp om ohälsans långsiktiga konsekvenser samt få en uppfattning om familjebakgrundens betydelse för barnens sociala rörlighet.

I det sista kapitlet sammanfattar vi rapportens resultat samt diskuterar möjliga vägar framåt för att förbättra situationen för barn i utsatta miljöer.

I rapporten utgår vi från svenska registerdata, i vilka vi har information om alla barn i åldrarna 0–18 i Sverige och deras föräldrar för perioden 1990–2009. I dessa data finns uppgifter om när och varför barnen har varit inskrivna på sjukhus, familjens ekonomiska situation, föräldrarnas ålder, utbildning och födelseland samt hur det går för barnen när de växer upp.¹¹ För en kortare period (2006–2009) har

10. Ekonomiskt bistånd kallas ofta för socialbidrag, vilket även var den rätta benämningen fram till 1989.

11. En begränsning i data är att populationen består av individer som lever i slutet av ett kalenderår. Detta innebär att barn som fötts och dött under samma år och individer som in- och utvandrat under ett och samma år inte är inkluderade i analysen. Detta begränsar vår möjlighet att på ett korrekt sätt mäta spädbarnsdödlighet

vi också tillgång till uppgifter om vilka läkemedel som skrivits ut och hämtats ut till barnen. Vi har även tillgång till uppgifter om dödsfall. För en beskrivning av alternativa sätt att mäta barns hälsa, se Metodruta 1.

1.2 Barns hälsa i Sverige

Hur mår barn i Sverige och hur har det förändrats över tiden? För att ge en bakgrund till resten av rapporten beskriver vi i detta avsnitt barns hälsa genom att studera dels svaren från intervjuer och/eller enkäter där man har frågor barn eller deras föräldrar hur barnen mår, dels uppgifter baserade på registerdata över sjukhusbesök, diagnoser, läkemedelsförskrivning och dödsfall.^{12 13}

1.2.1 MORTALITET

Ett vanligt sätt att mäta hälsan i befolkningen är att mäta dödligheten, det vill säga hur stor andel av barnen som dör i en viss ålder. Dödligheten bland barn är dock lyckligtvis så låg att det är svårt att endast fokusera på detta mått när man vill mäta hälsan hos barn, men det fungerar ändå som ett första grovt mått.

Sverige har i internationell jämförelse en mycket låg dödlighet bland barn. Dödligheten bland nyfödda, den så kallade spädbarnsdödligheten, var 2010 25 barn av 10 000. Figur 1.1 visar tydligt hur spädbarnsdödligheten har minskat under perioden 1985–2010. Minskningen under 1990-talet beror på färre dödsfall kopplade till graviditeten och förlossningen, färre medfödda missbildningar och en drastisk minskning av plötslig spädbarnsdöd. Minskningen av plötslig

och ohälsa hos mycket små barn. Ytterligare en svaghet är att vi inte har tillgång till öppenvårdsregistret. Vi vet att en majoritet av barn- och ungdomspsykiatriens patienter vårdas i öppenvården. Inte heller observerar vi födslovikt, vilken har visat sig samvariera med barns framtida utfall. För en mer detaljerad beskrivning av data-källor och variabler se Bilaga 1.

12. I Metodruta 1 diskuterar vi dessa två metoder samt deras för- och nackdelar närmare.

13. Socialstyrelsen publicerar regelbundet rapporter om barns och ungas hälsa där de utgår från olika register och enkätundersökningar. Vi rekommenderar dessa rapporter för en mer detaljerad beskrivning. Se till exempel Socialstyrelsen (2010) och (2013 b, c).



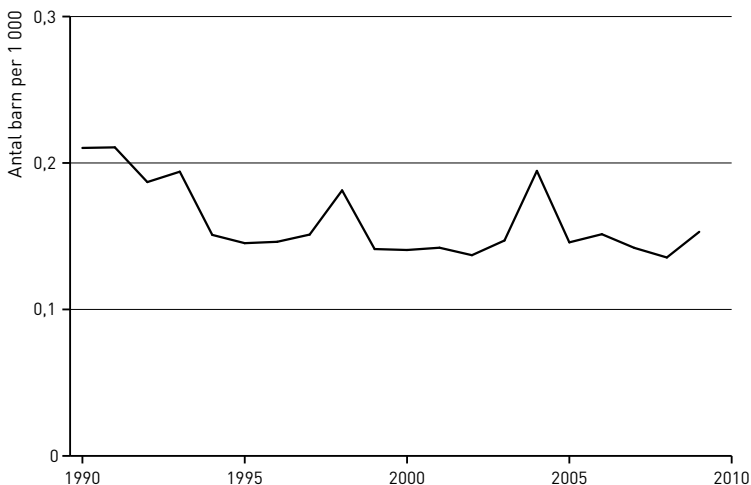
Figur 1.1 Spädbarnsdödlighet per 1 000 levande födda.

Källa: www.scb.se

spädbarnsdöd berodde i sin tur på att föräldrarna under 1990-talet successivt tog till sig nya rön om riskerna med att låta barnet sova på mage och faran med att röka under graviditeten.¹⁴

Om barnet överlever spädbarnstiden är risken att dö under barn- domen mycket liten; 2009 dog endast 15 av 10 000 barn i åldern 1–18. I figur 1.2, som visar hur dödligheten förändrats över tiden för barn i åldersspannet 1–18 år, ser vi att denna minskade något under 1990-talets första hälft för att sedan vara relativt konstant. I figuren syns två tydliga toppar, vilka representerar den stora diskoteksbranden i Göteborg 1998 och tsunamin i Thailand 2004 då många barn omkom. De vanligaste skälen att dö i 1 till 14 års ålder är yttre skador tillsammans med cancer. För äldre tonåringar är självmord också en vanlig orsak. Svenska barns dödlighet till följd av skador är dock mycket låg i ett internationellt perspektiv, speciellt gäller detta pojkar som oftare än flickor råkar ut för skador. Sammantaget tyder den redovisade statistiken över barnadödligheten på att hälsan hos de allra minsta barnen har förbättrats.

14. Socialstyrelsen (2012).



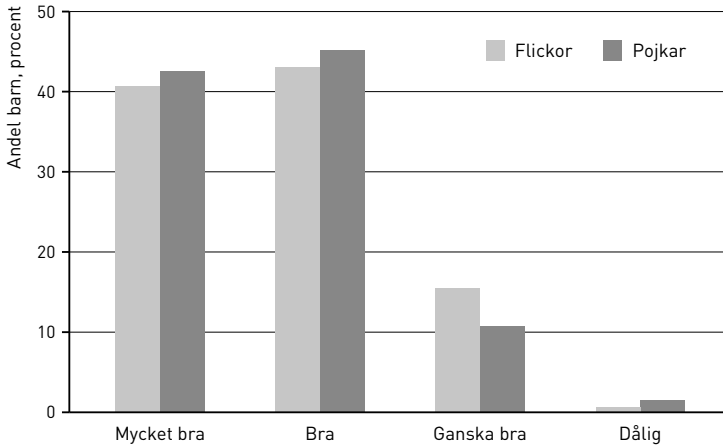
Figur 1.2 Dödlighet bland barn 1–18 år, per 1 000 barn.

Källa: egen bearbetning.

1.2.2 SJÄLVRAPPORTERAD HÄLSA

Enkätundersökningar där barn själva får svara på frågor om sin hälsa fångar upp även lindrigare hälsoproblem. De större enkätundersökningarna riktade till barn i Sverige visar att barnen i allmänhet mår ganska bra. I den senaste Levnadsnivåundersökningen (LNU) som utfördes 2010 får barn i åldern 10–18 år svara på frågan »På det hela taget, hur tycker du att din hälsa är?» Hur svaren fördelade sig på de olika svarsalternativen för pojkar respektive flickor visas i figur 1.3. Staplarna visar att drygt 40 procent av barnen uppger att deras hälsa är »mycket bra» och ungefär en lika stor andel svarade att den är »bra». 10 procent av pojkarna och 15 procent av flickorna svarade att den är »ganska bra» och endast 1 procent av barnen svarade att den är »dålig». Denna bild, att en stor majoritet av barnen svarar att de mår bra, visar också andra enkätundersökningar som Undersökningarna av barns levnadsförhållanden (Barn-ULF) och Skolbarnens hälsovanor.

Enkätstudien Skolbarns hälsovanor är en internationell undersökning där skolbarn i åldrarna 11, 13 och 15 får svara på frågor om hälsa, levnadsvanor, miljö i skolan och hemmet. Eftersom den utfördes för



Figur 1.3 Andelen barn som svarar på frågan: På det hela taget, hur tycker du att din hälsa är? uppdelat på flickor och pojkar.

Källa: LNU 2010.

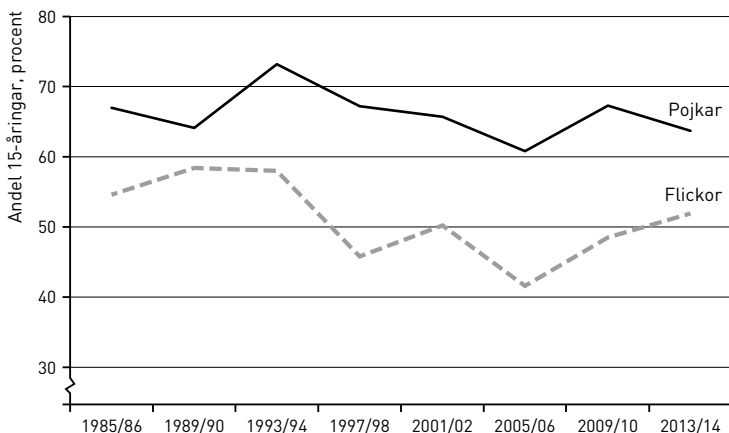
första gången redan 1985 och har upprepats med jämna mellanrum sedan dess kan vi med hjälp av den titta på hur den självskattade hälsan förändrats över tiden.¹⁵

Figur 1.4 illustrerar hur andelen pojkar och flickor som svarat att de tycker de är mycket friska förändrats mellan 1985 och 2010. I likhet med enkätundersökningarna Barn-ULF och LNU svarar en större andel av pojkarna än flickorna att de är friska. Om vi betraktar hur svaren förändrats över tiden framgår att pojkars hälsa är relativt konstant över tiden medan en viss nedgång kan skönjas i flickors hälsa från slutet av 1990-talet.

Det finns flera enkätundersökningar som är riktade till barn i 10–18 års ålder som innehåller frågor som fokuserar mer på barnens psykiska hälsa. Exempelvis i undersökningen Barn-ULF får barn svara på frågor om olika psykosomatiska besvär. Figur 1.5 redovisar andelen barn som svarat »ja« på frågan om de minst en gång i veckan har haft olika besvär som huvudvärk, ont i magen, svårt att somna, känt sig

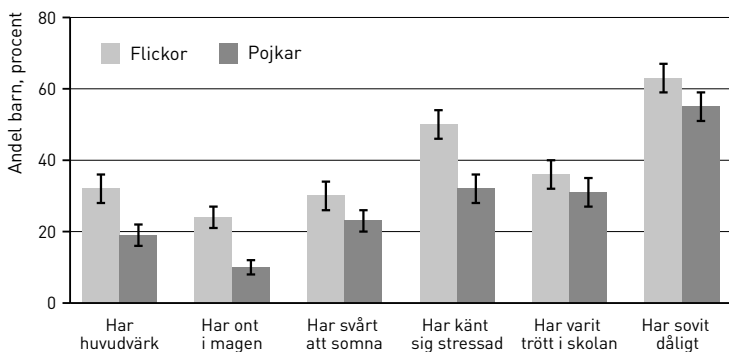
15. Folkhälsomyndigheten (2011).

HELLRE RIK OCH FRISK



Figur 1.4 Andelen 15-åringar som uppger att de tycker de är mycket friska, 1985–2014, uppdelat på flickor och pojkar.

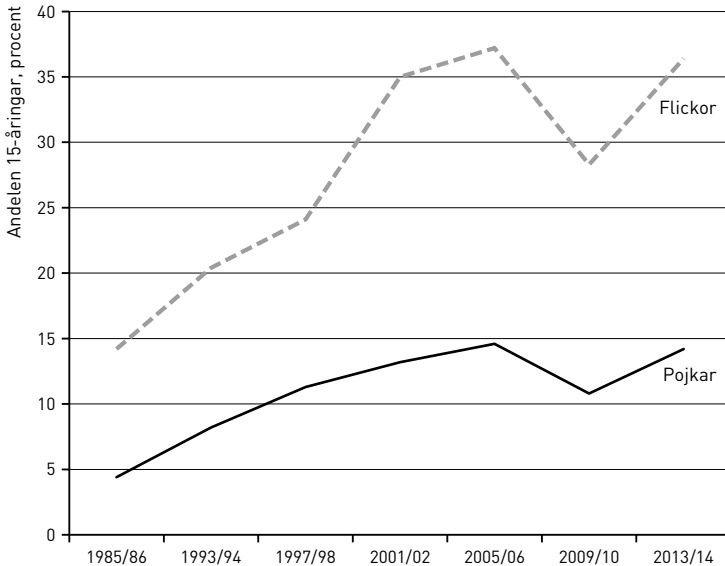
Källa: FHI (2011), samt uppgifter för 2013/14 vid e-postkontakt med FHI. Uppgifter saknas för 1989/90.



Figur 1.5 Andelen barn som svarat ja på frågor om psykosomatiska besvär, 2011–2012, uppdelat på flickor och pojkar.

Anmärkning: Staplarna visar hur stor andel av barnen som svarat ja på frågan om de haft följande besvär minst en gång i veckan. De svarta klamrarna visar ett 95-procentigt konfidensintervall.

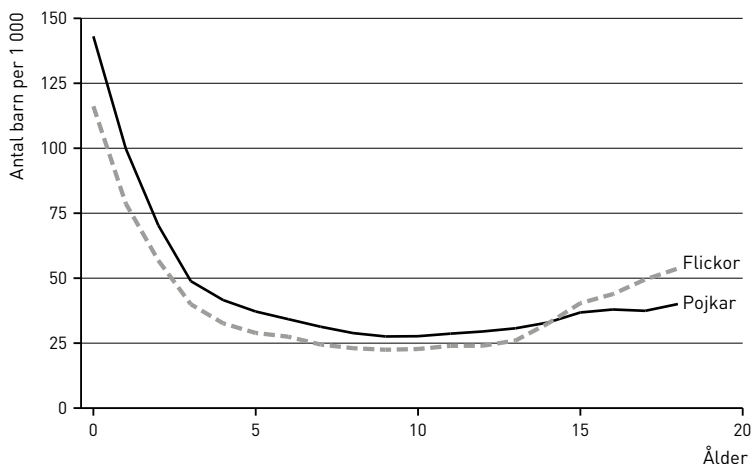
Källa: SCB, Barn-ULF.



Figur 1.6 Andelen 15-åringar som svarat att de känt sig nere mer än en gång i veckan, 1985–2014, uppdelat på flickor och pojkar. Källa: FHI (2011), samt uppgifter för 2013/14 via e-postkontakt med FHI. Uppgifter saknas för 1989/90.

stressade, trötta i skolan eller sovit dåligt. En majoritet av barnen anger att de sovit dåligt minst en gång i veckan. Många svarar också att de har haft huvudvärk, ont i magen och känt sig stressade. En av fyra flickor svarar att de har haft huvudvärk minst en gång i veckan och en av fyra pojkar har känt sig stressade. Figuren visar tydligt att flickor har mer psykosomatiska besvär än pojkar, särskilt gäller det stress, huvudvärk och ont i magen.

Många barn anger alltså att de lider av olika psykiska besvär. Enligt undersökningen Skolbarns hälsovanor har andelen barn som upplever att de har psykiska besvär ökat under 1980- och 1990-talen. Detta kan vi se i figur 1.6 som visar andelen som svarat att de »känt sig nere minst en gång i veckan«, uppdelat på flickor och pojkar. I likhet med andra enkätundersökningar framkommer att flickor mår sämre än pojkar. Kurvorna i figuren visar att ohälsan ökade mer bland flickor än pojkar



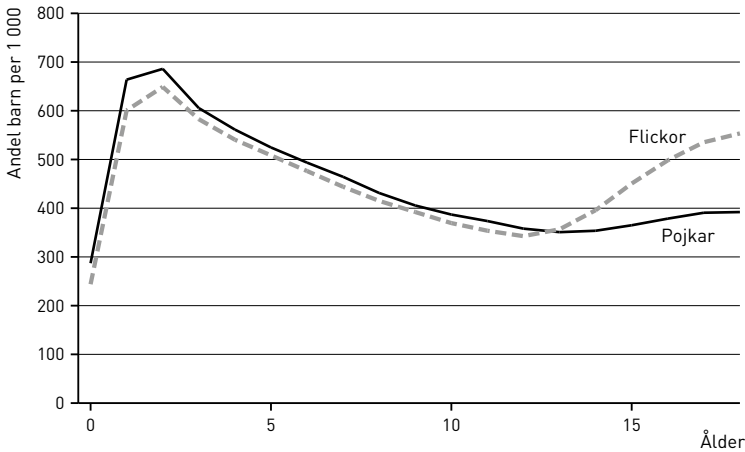
Figur 1.7 Inskrivningar 2006–2009 efter ålder, uppdelat på flickor och pojkar. Källa: egen bearbetning.

vid millennieskiftet, men att den negativa utvecklingen verkar ha avstannat. Värt att notera är dock att mer än dubbelt så stor andel svarar ja på frågan idag jämfört med när mätningarna började. Sammantaget tyder uppgifter från olika enkäter riktade till skolbarn på en ökning av psykosomatiska besvär och att denna typ av hälsoproblem är vanligare bland flickor än bland pojkar.

1.2.3 PATIENT- OCH LÄKEMEDELSREGISTER

Vilken bild får vi av barns hälsa och utvecklingen de senaste decennierna om vi i stället mäter hälsa via nationella register där måtten på hälsa – eller ohälsa – är resultatet av att barnen sökt vård och av läkares diagnoser och läkemedelsförskrivningar? Eftersom vi i denna studie har tillgång till slutenvårdsregistret och läkemedelsregistret kommer vi att fokusera på dessa. Tyvärr har vi inte tillgång till öppenvårdsregistret, vilket betyder att vi inte kan mäta mindre allvarliga hälsobesvär som endast kräver besök vid exempelvis vårdcentraler.

Slutenvårdsregistret är ett register över avslutade vårdtillfällen i slutenvård med information om bland annat diagnoskoder. Genom att undersöka vilka diagnoser som registreras på patienter när de skrivs



Figur 1.8 Läkemedelsförskrivning 2006–2009, efter ålder, uppdelat på flickor och pojkar.

Källa: egen bearbetning. Alla läkemedel förutom preventivmedel och vaccin.

in i slutenvården, samt hur dessa fördelar sig över ålder och kön, kan vi få en bild av barnens hälsa.¹⁶

Som framgår av figur 1.7 varierar inskrivningsfrekvensen mycket med barnens ålder. Risker att bli inskriven på sjukhus är vanligast bland spädbarn – mer än vart tionde spädbarn är någon gång inskrivet på sjukhus. Inskrivningsfrekvensen sjunker sedan när barnet blir äldre och är som lägst för barn i mellanstadieåldern. Därefter ökar risken att bli inskriven något, framför allt bland flickorna. Figuren visar också att det upp till 14 års ålder är vanligare att pojkar behöver sjukhusvård än att flickor behöver det, därefter ökar inskrivningsfrekvensen bland flickor markant och går om den för pojkar.

16. Vårt mått på inskrivning baseras på att ett barn någon gång under ett år varit inskrivet på sjukhus. Vi mäter läkemedelsförskrivning på motsvarande sätt. Inskrivning för en viss diagnoskategori baseras på att diagnosen finns som huvuddiagnos eller bland någon av de fyra första bidiagnoserna. En begränsning är som sagt att vi endast har information om relativt allvarliga hälsobesvär eftersom registret endast innehåller information om inskrivning på sjukhus. I läkemedelsregistret finns uppgifter om alla uthämtade recept, det vill säga alla läkemedel som hämtats ut vid apoteken mot recept. Ytterligare en begränsning i våra data är att den studerade populationen inte inkluderar spädbarn som dött inom sitt första kalenderår.

Figur 1.8 visar i stället antal barn per 1 000 som får något läkemedel förskrivet under ett år, återigen uppdelat på ålder och kön. Precis som att det är relativt vanligt att små barn skrivs in på sjukhus är det vanligt att de får någon medicin förskrivna. Sedan minskar antalet läkemedelsförskrivningar per 1 000 barn med barnens ålder tills barnen når tonåren, då kurvan vänder uppåt igen. I likhet med inskrivningar finns det skillnader mellan pojkar och flickor som varierar med ålder. Det är något mer vanligt att pojkar får medicin utskrivna i åldersspannet 0–12 år, även om skillnaden är liten, därefter är det en större andel flickor som får någon medicin.

Inskrivningsrisken varierar alltså med både ålder och kön. Tabell 1.1 redovisar vilka huvuddiagnoser som är vanligast i de olika åldrarna och siffran inom parantes anger antalet inskrivningar med de olika diagnoserna per 1 000 barn. För de yngsta barnen, i åldrarna 0 till 5 år, är sjukdomar i andningsorganen den vanligaste diagnosen (kolumn 1), följt av perinatale tillstånd¹⁷ och infektioner. För de båda äldre ålderskategorierna är skador och förgiftningar den vanligaste diagnoskategorin. I tonåren ökar antalet inskrivningar för psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar, som utgör den andra vanligaste diagnosen i ålderskategorin 13–18 år. Hälsoproblemen visar alltså ett starkt åldersmönster. Sjukdomar i andningsorganen är vanliga hos de yngre barnen men minskar i betydelse ju äldre barnen blir. Vi vet att en del av de vanligaste kroniska sjukdomarna debuterar under barndomsåren. Astma och eksem tillhör dessa och uppskattningsvis 5–10 procent av barnen i skolåldern har astma. Från och med skolåldern är skador och förgiftningar den vanligaste orsaken till inskrivning på sjukhus. Det finns även skillnader mellan flickor och pojkar. Pojkar löper i allmänhet större risk att bli inskrivna på sjukhus. Av de vanligare diagnoserna är psykiska problem den enda diagnos där antalet inskrivningar per 1 000 barn faktiskt är högre för flickor än för pojkar.

Har då inskrivningsfrekvensen förändrats de senaste 20 åren? Figur 1.9 visar antalet barn (0–18 år) per 1 000 barn som någon gång under året blivit inskrivna på sjukhus under perioden 1990–2009,

17. Perinatale tillstånd innebär tillstånd hos foster och nyfödd som påverkats av tillstånd hos modern eller av komplikationer vid graviditet, värkarbete och förlossning.

Tabell 1.1 Vanligaste diagnoserna, flickor och pojkar olika ålderskategorier 2006–2009. Inskrivningar per 1 000 barn 2006–2009 i parentes.

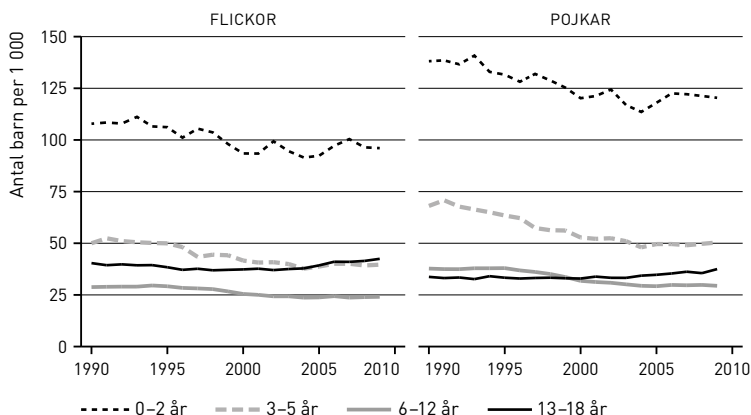
Flickor		
0–5 år	6–12 år	13–18 år
Andningsorganens sjukdomar (56,4)	Skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker (23,1)	Skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker (34,2)
Vissa perinatale tillstånd (38,6)	Andningsorganens sjukdomar (11,6)	Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar (30,0)*
Vissa infektionssjukdomar och parasitsjukdomar (35,0)	Tumörer (7,1)	Andningsorganens sjukdomar (15,8)
Pojkar		
0–5 år	6–12 år	13–18 år
Andningsorganens sjukdomar (82,9)	Skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker (32,4)	Skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker (47,1)
Vissa perinatale tillstånd (48,0)	Andningsorganens sjukdomar (13,0)	Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar (15,7)*
Vissa infektionssjukdomar och parasitsjukdomar (38,0)	Matsmältningsorganens sjukdomar (10,7)	Matsmältningsorganens sjukdomar (15,4)

Anmärkning: Se tabell 1 i Bilaga 1 för en mer utförlig lista och vilka ICD-koder som ingår i varje kategori.

* I denna kategori ingår också psykiska störningar orsakade av alkohol.

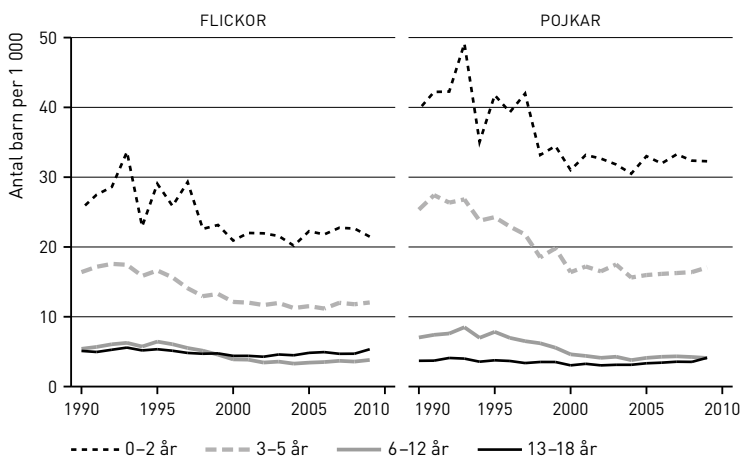
uppdelat på pojkar och flickor samt fyra olika åldersgrupper. Kurvorna i figuren visar att trenden i antalet barn som någon gång blev inskrivna på sjukhus ser något olika ut för de olika åldersgrupperna. Medan antalet inskrivna barn per 1 000 sjunkit för de tre yngsta åldersgrupperna (särskilt för den allra yngsta) har inskrivningarna i stället ökat för den äldsta gruppen. Pojkar är oftare inskrivna på sjukhus än flickor, men skillnaden mellan könen har minskat över tiden. Mönstren vi ser i fi-

HELLRE RIK OCH FRISK



Figur 1.9 Inskrivningar per 1 000 barn, efter ålder och kön, 1990–2009.

Källa: egen bearbetning.

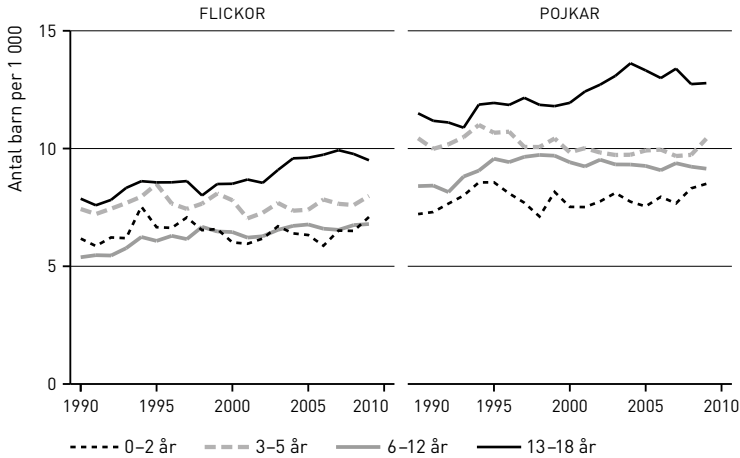


Figur 1.10 Inskrivningar efter ålder och kön – diagnos: sjukdom i andningsorganen, 1990–2009.

Källa: egen bearbetning.

guren kan bero på att hälsan har förändrats men också på förändringar i organisationen av sjukvården och förändrade behandlingsmetoder.

Av tabell 1.1 framgick att de vanligaste diagnoserna vid inskrivning

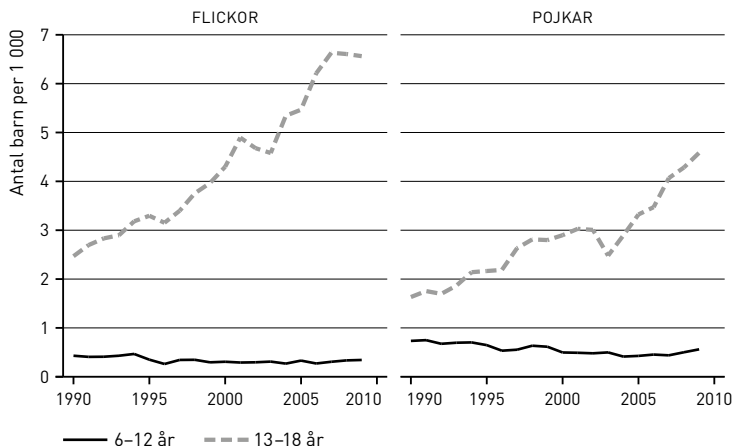


Figur 1.11 Inskrivningar efter ålder och kön – diagnos: skador och förgiftningar, 1990–2009.

Källa: egen bearbetning.

på sjukhus i småbarnsåren och i skolåldern är sjukdom i andningsorganen respektive skada och förgiftning. I figurerna 1.10 och 1.11 visas hur inskrivningarna med dessa diagnoser har utvecklats över tiden för olika ålderskategorier uppdelat på pojkar och flickor. Av figurerna framgår att inskrivningar för sjukdom i andningsorganen bland småbarn har minskat under perioden, främst under den första 10-årsperioden 1990–2000. Inskrivningarna för skador och förgiftningar har däremot ökat något bland tonåringar för både flickor och pojkar men varit relativt oförändrade i de yngre ålderskategorierna.

Som framgick ovan är ett återkommande mönster från olika enkätstudier att den psykiska ohälsan ökat bland tonåringar. I figur 1.12 undersöker vi detta närmare genom att se hur andelen barn som blir inskrivna med en diagnos relaterad till psykisk ohälsa förändrats över tiden för de två äldsta åldersgrupperna. Bland 6–12-åringar är denna andel relativt låg och dessutom oförändrad över perioden. Dessutom skiljer sig inskrivningsfrekvensen inte nämnvärt åt mellan pojkar och flickor. Bland tonåringar är bilden en annan: andelen som blir inskriven har flerdubblats under perioden och det är mycket mer sannolikt att flickor blir inskrivna för psykiska problem än att pojkar blir det.



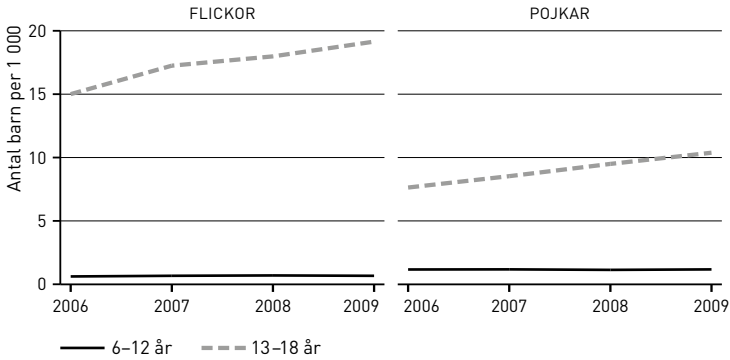
Figur 1.12 Inskrivningar efter ålder och kön – diagnos: psykisk ohälsa, 1990–2009.

Källa: egen bearbetning.

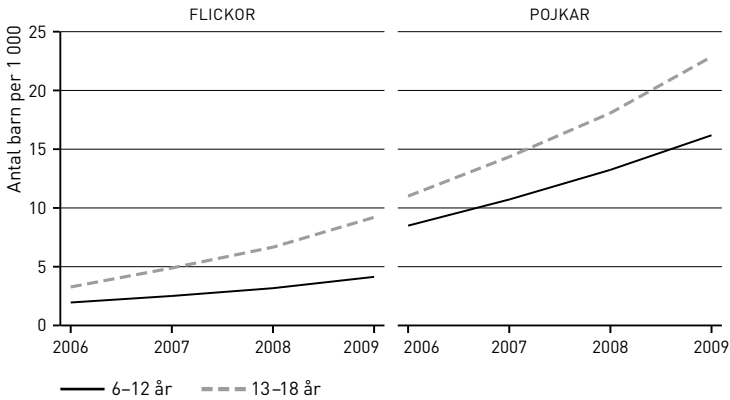
Dessa resultat är alltså helt i linje med resultaten från studier av självskattad hälsa: vi ser en dramatisk ökning i inskrivningsfrekvensen bland tonåringar 1990–2009. Enligt Socialstyrelsen är det också vanligare i yngre födelsekohorter att individer i åldern 16–24 får läggas in på sjukhus för självmordsförsök, missbruk och ångest/depression.¹⁸ Inskrivningar för missbruk är vanligare bland pojkar och unga män medan ångest/depression och självmordsförsök är vanligast bland flickor och unga kvinnor. Ett annat tecken på att den psykiska hälsan bland ungdomar försämrats är att självmordsförsöken ökat bland unga medan den legat konstant i alla andra åldersgrupper.

För att bli inskriven på sjukhus vid psykisk ohälsa krävs att barnet mår väldigt dåligt. För att även komma åt något mildare symptom på psykisk ohälsa använder vi läkemedelsregistret. Figur 1.13 visar antal barn per 1 000 som får antidepressiva mediciner utskrivna. Även här ser vi en ökning av den psykiska ohälsan i tonåren, vilken är störst för flickor. År 2009 fick nästan 2 500 18-åriga flickor någon antidepressiv medicin utskriven till sig, vilket motsvarar 37 av 1 000.

18. Socialstyrelsen (2013c).



Figur 1.13 Föreskrivningar av antidepressiv medicin efter ålder och kön.
Källa: egen bearbetning.



Figur 1.14 Föreskrivningar av adhd-medicin efter ålder och kön.
Källa: egen bearbetning.

Om flickor är överrepresenterade när det gäller konsumtion av antidepressiva mediciner så är pojkar överrepresenterade om vi i stället tittar på utskrivningar av adhd-medicin, vilka illustreras av figur 1.14. Även andelen barn som får adhd-medicin varierar med ålder och kön, med en tydlig ökning i föreskrivningarna för barn i de tidiga skolåren och i tonåren.

Sammantaget tyder data från slutenvårds- och läkemedelsregist-

ren på att medan hälsan förbättrats något för små barn (inskrivningsfrekvensen för sjukdomar i andningsorganen har minskat kraftigt) så har den försämrats för tonåringar (såväl förekomsten av skador som psykiska besvär har ökat). För barn i åldrarna 6–12 är mönstret mer tydligt. Visserligen ligger frekvensen av skador rätt konstant, medan förskrivningarna av adhd-medicin ökat. Det senare kan förvisso bero på ökad medvetenhet om adhd och ökad villighet att förskriva medicin.

1.3 Diskussion och slutsatser

I det här kapitlet har vi beskrivit hur barn mår idag och hur hälsan förändrats de senaste två decennierna genom att dels studera dödsorsaks-, patient- och läkemedelsregistren, dels studera uppgifter om självskattad hälsa från olika enkätstudier. Bilden som framträder när vi använder de olika måtten är mycket samstämmig.

För det första, på övergripande nivå tycks små barns hälsa ha förbättrats, medan samma tydliga förbättringar för övriga åldrar inte finns. Spädbarnsdödligheten sjönk under 1990-talet, mycket på grund av minskningen i plötslig spädbarnsdöd, och inskrivningar relaterade till andningsorganen, som främst förekommer bland små barn, har minskat över tiden. Dödligheten bland barn i åldern 1–18 år och inskrivningar på sjukhus har däremot inte förändrats nämnvärt under perioden. När vi jämför med mått på självupplevd hälsa som fångas upp i undersökningar av barns hälsovanor kan vi inte heller där se några större förändringar. Det verkar dock som om det finns vissa skillnader mellan pojkar och flickor. Pojkar löper större risk att bli inskrivna på sjukhus än flickor, men de uppges oftare i enkätundersökningar att de har bra hälsa. Det kan bero på att pojkar har större sannolikhet att komma till sjukhus på grund av skador och förgiftningar, vilket barnen kanske inte upplever som något problem när de ska svara på frågor om sin egen hälsa. När vi undersöker hur skillnaden i inskrivningsfrekvens och självskattad hälsa mellan pojkar och flickor har förändrats sedan tidigt 1990-tal är det möjligt att flickors hälsa har försämrats något i jämförelse med pojkars hälsa.

För det andra, psykiska besvär i tonåren är vanligare bland flickor än pojkar och andelen barn med psykiska besvär har ökat kraftigt under perioden både bland pojkar och bland flickor. Fler flickor sva-

rar i enkätstudier att de har olika psykosomatiska besvär som huvudvärk, känsla av stress och nedstämdhet. Av registerdata framgår att en större andel av tonårsflickorna får antidepressiva mediciner och fler är inskrivna vid sjukhus med en diagnos relaterad till psykisk ohälsa. Diagnoser rörande psykisk ohälsa är till och med den näst vanligaste diagnoskategorin bland tonårsflickor. Den försämrade psykiska hälsan märks även i undersökningen Skolbarnens hälsovanor. Även statistik från öppenvårdsregistret visar att depressioner och ångest har ökat 2006–2011 och att det är högre sannolikhet att flickor söker vård för psykiska problem än att pojkar gör det.¹⁹

Sammanfattningsvis verkar det alltså som att hälsan hos små barn har förbättrats. Däremot verkar hälsan hos tonåringar ha försämrats, vilket framför allt tycks bero på psykisk ohälsa. Detta mönster ser vi såväl i enkätdata som i patient- och läkemedelsregistren. Ett betryggande faktum för resten av analysen i denna rapport, som kommer att fokusera på registerdata, är att mönstren över tid och mellan pojkar och flickor ser mycket likartade ut oavsett hur vi mäter hälsa.

Försämringen av den psykiska ohälsan bland ungdomar har uppmärksamats bland forskare, läkare, myndigheter och politiker. De senaste 10 åren har det kommit flera utredningar och rapporter som försöker kartlägga hur den psykiska hälsan bland barn och ungdomar förändrats över tiden. Regeringen tillsatte 2005 en utredning vars resultat presenterades i betänkandet »Ungdomar, stress och psykisk ohälsa«.²⁰ Precis som i det här kapitlet användes enkätdata från Barn-ULF och Skolbarns hälsovanor, samt patientregistret för att se hur hälsan utvecklas över tiden. Utredningen kom fram till att psykiska problem blivit avsevärt vanligare bland ungdomar sedan mitten av 1980-talet. Delvis som en respons på betänkandets massmediala genomslag initierade Kungliga Vetenskapsakademien en kartläggning av kunskapsläget om åtgärder som kan förebygga psykisk ohälsa. Denna kartläggning av evidensbaserade forskningsstudier drog slutsatsen att besvär som ångest och depression har ökat, framför allt hos äldre tonårsflickor.²¹ En annan slutsats var att det från befintliga studier inte går

19. Socialstyrelsen (2013b).

20. (SOU 2006).

21. Petersen med flera (2010).

att bedöma hur den psykiska hälsan utvecklats bland yngre barn 1–10 år. En relevant fråga i detta sammanhang är om den ökade psykiska ohälsan hos ungdomar verkligen reflekterar sämre faktiskt hälsa, eller om det helt enkelt är så att vi idag i större utsträckning talar om och behandlar denna typ av problem och att det är detta som avspeglas i data. Detta är något som vi i viss mån kommer att diskutera i kapitel fem. I nästa kapitel går vi dock vidare och fokuserar på olikheter i hälsa som är relaterade till familjens socioekonomiska status.

1.4 Sammanfattning

I det här kapitlet har vi undersökt hur barns hälsa ser ut idag och har utvecklas över tiden genom att titta på barnadödlighet, mått på självskattad hälsa från enkätstudier samt slutenvårds- och läkemedelsregistren.

- * Hälsan kan mätas dels genom enkätstudier av självskattad hälsa, dels genom register över sjukvård och läkemedelskonsumtion. Vi finner att de olika metoderna visar en samstämmig bild.
- * Inskrivningar 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 per 1 000 barn på grund av skador, förgiftningar och andra yttre orsaker har ökat de senaste 20 åren bland tonåringar medan antalet inskrivningar i yngre åldersgrupper är oförändrat.
- * Den psykiska hälsan bland tonåringar verkar ha försämrats de senaste 20 åren.
 - * En större andel av barn 10–18 år uppger i enkätundersökningar att de känner sig nedstämda.
 - * En större andel av tonåringarna blir inskrivna på sjukhus för depression/ångest eller missbruk.
 - * Förskrivning av psykofarmaka till ungdomar ökar.
- * Tonårsflickor har sämre psykisk hälsa än tonårspojkar. Den psykiska ohälsan har dock ökat både bland flickor och pojkar.

KAPITEL 2

Familjebakgrund och barns hälsa

SYFTET MED DETTA kapitel är att studera hur sambandet mellan familjebakgrund och barns hälsa ser ut idag och hur det har förändrats sedan 1990. Viktiga frågor är i vilken utsträckning generella hälsoförbättringar kommer alla barn till del, hur ökningen av den psykiska ohälsan bland unga drabbar barn beroende på familjebakgrund och om ökade inkomstskillnader i samhället också leder till ökade sociala skillnader i barns hälsa.

Vi studerar sambandet mellan familjebakgrund och hälsa genom att skatta så kallade sociala gradienter. En social gradient är ett mått som beskriver hur starkt sambandet mellan barns hälsa och familjens socioekonomiska status är. En stor negativ gradient betyder att de sociala skillnaderna i hälsa är stora. Den sociala gradienten säger dock inte så mycket om det är social status som i sig påverkar barnens hälsa eller om det finns andra faktorer som påverkar både det mått som används för att fånga familjens socioekonomiska status och barnens hälsa. Det kan dessutom vara så att det är barnets hälsa som påverkar familjens sociala status snarare än tvärtom. Det finns till exempel evidens för att barns sjukdom kan göra att föräldrar byter jobb, går ned i arbetstid eller slutar jobba, vilket i sin tur kan påverka familjens finansiella situation.¹ Det är dock inte så troligt att barnens hälsa påverkar

1. Se Currie (2009).

föräldrarnas utbildning såvida inte föräldrarna var mycket unga när barnet föddes.²

Att det finns en social gradient i hälsa är inget nytt och det finns både en stor internationell och en svensk litteratur som på olika sätt försöker mäta och förstå sambandet mellan barns hälsa och deras familjers ekonomiska och sociala status.³ En slutsats från denna litteratur är att sambandet mellan familjebakgrund och barns hälsa ser olika ut beroende både på vilken typ av hälsomått som studeras, hur gamla barnen är och hur man mäter social bakgrund.⁴

I detta kapitel studerar vi hur barnens hälsa skiljer sig åt beroende på familjens sociala status när vi mäter familjebakgrund dels med ett mått på familjens inkomst, dels med ett mått som fångar föräldrarnas utbildningsnivå. Vi sammanfattar styrkan i sambandet i en social gradient som anger hur mycket friskare, procentuellt sett, barn med högst social status är jämfört med barn med lägst social status och vi undersöker dessutom hur sambandet ser ut över hela inkomst- och utbildningsfördelningen.

Vi studerar den sociala gradienten i flera olika mått på hälsa. Som generella mått på hälsa använder vi inskrivning på sjukhus, mortalitet och läkemedelsförskrivning. Vi undersöker också de specifika diagnoser som vi i kapitel 1 såg är vanligast för små barn, yngre skolbarn och tonåringar, nämligen andningsbesvär, skador och förgiftningar och psykisk ohälsa samt läkemedelsförskrivning kopplad till psykisk ohälsa. Eftersom flera studier har visat att inkomstgradienten i hälsa blir starkare i tonåren⁵ och då det framgick av kapitel 1 att sjukdomsmönstret skiljer sig åt mellan flickor och pojkar undersöker vi om den sociala gradienten skiljer sig för barn i olika åldrar och för flickor och pojkar. Mot bakgrund av att inkomstskillnaderna i samhället har ökat

2. Se Case med flera (2002) och Cutler med flera (2011) för en diskussion. Att vuxnas inkomster, och i viss mån även utbildning och yrke, kan påverkas av den egna hälsan är mer uppenbart.

3. Se till exempel Bremberg (2002), Currie (2009), Cutler med flera (2011) samt Fletcher och Wolfe (2013) för översikter.

4. Berger, Paxon och Waldfogel (2009) samt McLeod och Shanahan (1993).

5. Se till exempel Case med flera (2002) samt Currie och Stabile (2007).

under de senaste decennierna undersöker vi också hur den sociala gradienten har utvecklats sedan början av 1990-talet.

2.1 Att mäta socioekonomisk status

För att mäta familjens sociala status utgår vi från två olika mått: ett som fångar familjens ekonomiska status och ett som är avsett att fånga familjens utbildningsstatus. För att mäta familjens ekonomiska status använder vi familjens disponibla inkomst under ett år, justerad för familjestorlek.⁶ En invändning mot detta mått är att inkomsten mätt under ett visst år kommer att fånga kortsiktiga fluktuationer eller rent av mätfel och därför inte nödvändigtvis ger en sann bild av familjens ekonomiska resurser. Detta kan göra att vi underskattar styrkan i sambandet med barns ohälsa. Vi har därför också använt ett långsiktigt inkomstmått avsett att fånga familjens permanenta inkomst som består av genomsnittet av de senaste fem årens disponibla inkomst. Eftersom detta mått ger i det närmaste identiskt mönster som måttet på disponibel inkomst, men inte går att följa under lika lång tid, har vi valt att endast redovisa resultaten för disponibel inkomst.⁷ Det andra måttet, ämnat att fånga familjens humankapital, är baserat på föräldrarnas utbildning med avseende på både utbildningens längd och inriktning.⁸

Det är inte givet att ett sätt att mäta familjens sociala status är bättre än ett annat. Det är snarare så att de olika måtten fångar upp olika aspekter av familjens sociala status. Att undersöka hur barns hälsa

6. Se även Metodruta 2. När vi skapar vårt mått på familjens inkomst utgår vi från barnets bägge biologiska föräldrar (eller bara den ena om inte bägge lever) och låter familjens disponibla inkomst utgöras av genomsnittet av föräldrarnas respektive hushålls disponibla inkomst. Det finns olika sätt att ta hänsyn till familjestorlek. Vi har valt att, liksom exempelvis Smeeding med flera [1993] justera hushållsinkomsterna med kvadratroten av hushållets (eller respektive förälders hushålls) antal medlemmar. Fletcher och Wolf [2014] undersöker hur mått på sociala gradienter påverkas av hur man justerar för familjestorlek och finner att det inte spelar så stor roll för resultaten.

7. Skälet till detta är sannolikt att vi gör vår analys på gruppnivå, vilket minimerar problemet med kortsiktiga fluktuationer eftersom dessa tar ut varandra inom gruppen.

8. »Humankapital« är ett samlingsbegrepp som beskriver människors utbildning, färdigheter, talanger samt övriga kompetenser inklusive hälsa.

varierar med dessa olika mått, liksom hur hälsan ser ut över hela fördelningen, kan möjligen också ge en fingervisning om vad som ligger bakom en eventuell social gradient.

I existerande forskningslitteratur är det vanligt att mäta familjebakgrund utifrån föräldrarnas inkomster, utbildning eller yrke, eller någon form av index som kombinerar dessa.⁹ Ibland jämförs hälsoutfall genom att man undersöker hälsan hos barn till den ena gruppen i relation till den andra, till exempel kvoten mellan låg- och högutbildade, eller låg- och höginkomsttagare, eller arbetare och tjänstemän. Ibland, när tillgången till data är rikare, skattas en gradient, det vill säga lutningen på sambandet mellan ett mer kontinuerligt mått på socioekonomisk status och barnens hälsa. Det är det vi huvudsakligen kommer att göra i detta kapitel. När man jämför utvecklingen över tid, vilket vi avser att göra i detta avsnitt, är det också viktigt att innebörden av de mått på familjebakgrund som används inte ändras. Detta är långt ifrån självklart. Det är idag mycket mindre vanligt att ett barns föräldrar saknar gymnasieutbildning än det var för några decennier sedan. Detta innebär att gruppen med lågutbildade föräldrar sannolikt är mer socialt utsatt än förr. Ökade skillnader i hälsa mellan barn till hög- och lågutbildade föräldrar ska därmed inte självklart tolkas som att de sociala skillnaderna i hälsa har blivit större, eftersom jämförelsen sker mellan grupper vars relativa storlek har förändrats. När vi mäter förändringar över tid är det därför viktigt att vi har ett mått på familjebakgrund som gör att vi kan jämföra familjer ur motsvarande delar av fördelningen av familjer nu som då.

I denna rapport mäter vi därför socioekonomisk status med *var* i inkomst- och utbildningsfördelningen familjen befinner sig. När det gäller disponibel inkomst är detta enkelt eftersom det går att jämföra hälsan hos barn i familjer ur olika inkomstgrupper, till exempel den fattigaste femtedelen med den rikaste. Man kan också mäta hur hälsan förändras gradvis med familjens position i inkomstfördelningen. När det gäller föräldrarnas humankapital är det svårare. Ofta används mått på föräldrarnas utbildningslängd, men detta kan som sagt vara

9. Se till exempel Bremberg [2002], Cutler med flera [2011] och Fletcher och Wolfe [2014].



METODRUTA 2. HUR MÄTER VI SOCIOEKONOMISK STATUS?

Disponibel inkomst

Familjens disponibla inkomst utgörs av genomsnittet av de biologiska föräldrarnas respektive hushålls disponibla inkomst som först justerats för respektive hushålls storlek genom att dividera inkomsten med kvadratroten av hushållsstorleken. Om endast en förälder är i livet eller har positiv inkomst används den förälderns justerade disponibla inkomst. Familjerna rangordnas sedan efter denna disponibla inkomst.

Föräldrars utbildning, inkomstgraderad

Vi inkomstgraderar föräldrarnas utbildning genom att för varje år skatta en ekvation som anger relationen mellan olika typer av utbildningskategorier, cirka 170 kategorier baserade på utbildningsregistret (utbildningsnivå och inriktning) och årsinkomst där vi även kontrollerar för föräldrarnas ålder, kön, invandringsstatus och tid i landet. Vi kontrollerar för invandringsstatus eftersom sambandet mellan utbildning och inkomst skiljer sig mycket mellan inrikes och utrikes födda. På basis av denna ekvation predicerar vi därefter inkomster för alla föräldrar. När vi gör det låter vi dock inte föräldrarnas ålder påverka prediktionen. Vi lägger sedan samman föräldrarnas predicerade inkomster. Detta mått utgör föräldrarnas samlade, inkomstgraderade, utbildningsnivå. Vi rangordnar därefter alla familjer efter detta mått på familjens humankapital.

Om vi jämför de två måtten på social status med varandra är det första ett mått på faktisk disponibel inkomst medan det andra, utbildningsmåttet, snarare kommer att fånga familjens inkomstpotalential, det vill säga den inkomst föräldrarnas utbildningsnivå normalt skulle inbringa, snarare än den tillfälliga faktiska inkomsten. Därmed minskas å ena sidan betydelsen av mätfel och kortsiktiga inkomstfluktuationer, men å andra sidan missar detta mått att vissa föräldrar har goda inkomster och hög ekonomisk status på grund av hög produktivitet eller förmåga som inte motsvaras av deras formella utbildning. Familjer där bägge föräldrarna är välutbildade, men där den ena eller bägge föräldrarna har låga inkomster på grund av exempelvis föräldraledighet, deltidsarbete eller att de är unga, får en högre position i utbildningsfördelningen än i fördelningen baserad på disponibel inkomst. När vi rangordnar efter inkomstgraderad utbildning så kommer också en lång utbildning som ger låg förväntad inkomst att få lägre rang än en kortare utbildning som typiskt sett innebär hög inkomst. Korrelationen mellan de två måtten är 0,55.

svårt eftersom detta ger grova kategorier och eftersom utbildningsfördelningen dessutom förändrats mycket sedan 1990-talets början. Vi har valt att lösa detta genom att med hjälp av detaljerade utbildningskategorier, med avseende på både utbildningens längd och inriktning, skapa ett mått på föräldrarnas utbildning som inkomstgraderar dessa utbildningskategorier. På så sätt kan man undersöka den sociala gradienten över hela utbildningsfördelningen. Se Metodruta 2 för en närmare beskrivning av hur vi skapar detta utbildningsmått.

2.2 Hälsa och familjebakgrund

Hur skiljer sig då barns hälsa beroende på familjens socioekonomiska status? Tabell 2.1 redovisar mortalitet och sjukhusinskrivningar för barn från olika typer av familjer samt hur dessa mått ser ut i början och slutet av perioden som studeras i denna rapport: 1990–1992 och 2006–2009. Tabellen visar också hur inkomster och sammansättningen av familjer har förändrats.

Av kolumn 1 framgår hur sammansättningen av barnfamiljer ser ut i början och slutet av vår studieperiod samt hur stora familjernas disponibla inkomster är i olika delar av inkomstfördelningen. Under 1990-talets första år utgjorde andelen barn, vars bägge föräldrar var födda i ett annat land än Sverige, knappt 8 procent. Denna andel har därefter nästan fördubblas och är i slutet av vår studieperiod cirka 15 procent. Även föräldrarnas utbildningsnivå har förändrats mycket under den period vid studerar. I början av 1990-talet hade vart tionde barn föräldrar med högst nioårig grundskola och vart femte barn hade minst en högskoleutbildad förälder. I slutet av perioden har knappt 4 procent av barnen föräldrar med högst grundskola och mer än en tredjedel har minst en förälder som har högre utbildning.

I tabellen rapporterar vi också familjernas disponibla inkomster (i 2010 års priser). Det är väl känt att inkomstspridningen i Sverige har ökat, vilket även framgår av våra data. För de 20 procent fattigaste barnen har inkomsterna ökat med 11 procent från cirka 107 000 kronor om året till 119 000 kronor. För de rikaste 20 procenten av barnen är förändringen nästan sex gånger så stor: 62 procent, från 263 000 till 427 000 kronor.

Av tabell 2.1 framgår också tydliga socioekonomiska skillnader i

Tabell 2.1 Beskrivande statistik för perioderna 1990–1992 och 2006–2009.

		Mortalitet per 1000 barn	Inskriv- ningar per 1000 barn	Diagnos: andnings- organen per 1000 barn	Diagnos: skada per 1000 barn	Diagnos: psykisk ohälsa per 1000 barn
1990–1992						
Alla		0,233	61,10	15,17	9,83	1,23
<i>Föräldrars födelseland</i>	Procent					
Sverige	92,18	0,234	61,38	15,28	9,89	1,21
Utländsk bakgrund	7,82	0,228	57,86	13,82	9,27	1,42
<i>Föräldrars utbildning</i>	Procent					
Låg utbildning	10,86	0,278	61,01	14,25	10,88	1,74
Medium utbildning	68,44	0,233	64,09	16,41	10,05	1,21
Hög utbildning	20,70	0,209	51,26	11,55	8,64	1,00
<i>Familjens disponibla inkomst</i>	SEK					
0–20 percentil	106 991	0,184	66,16	17,39	10,01	1,45
21–79 percentil	166 411	0,191	63,30	16,16	9,92	1,18
80+ percentil	262 838	0,401	50,15	10,28	9,48	1,18
2006–2009						
Alla		0,146	45,20	9,00	9,73	2,08
<i>Föräldrars födelseland</i>	Procent					
Sverige	85,19	0,140	45,64	8,97	9,99	2,17
Utländsk bakgrund	14,81	0,175	42,70	9,19	8,23	1,58
<i>Föräldrars utbildning</i>	Procent					
Låg utbildning	3,80	0,241	53,25	11,51	11,17	2,94
Medium utbildning	62,10	0,156	45,73	8,93	10,25	2,31
Hög utbildning	34,11	0,117	43,34	8,85	8,62	1,56
<i>Familjens disponibla inkomst</i>	SEK					
0–20 percentil	118 767	0,150	51,57	11,00	10,33	2,57
21–79 percentil	217 934	0,132	45,91	9,25	9,75	2,00
80+ percentil	426 612	0,184	37,80	6,60	9,19	1,90

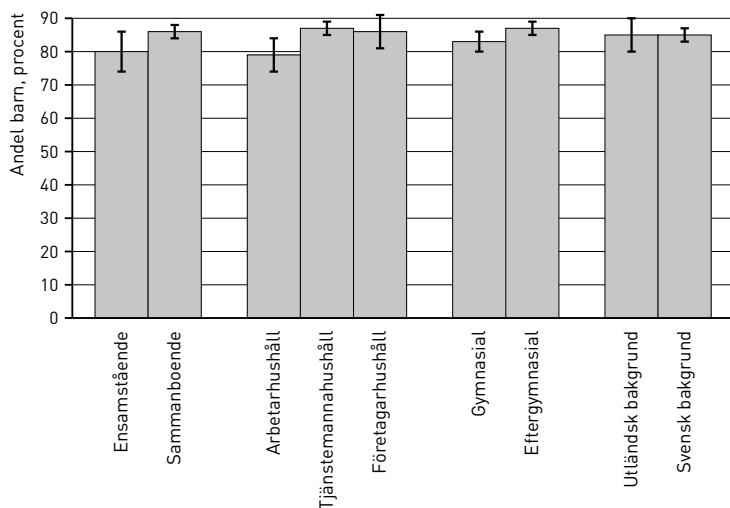
Anmärkning: Utländsk bakgrund: bägge föräldrarna är födda utanför Sverige. Låg utbildning: bägge föräldrarna har högst 9-årig grundskola; hög utbildning: en av föräldrarna har högre utbildning. Disponibel inkomst anges i 2010 års priser.

hälsa. Över lag går mönstren igen för den tidiga och sena perioden, men det finns också några skillnader värda att notera. Både i den tidiga och sena perioden finns det ett tydligt mönster där barn med lågutbildade föräldrar och sämre inkomster har skrivits in på sjukhus oftare. I början av 1990-talet skrevs cirka 60 barn av 1 000 till lågutbildade föräldrar in på sjukhus. Siffran för barn till högutbildade var cirka 50 av 1 000. I den senare perioden är – i familjer där åtminstone en av föräldrarna har högre utbildning – drygt 40 barn av 1 000 inskrivna på sjukhus under året. Motsvarande siffra är drygt 50 barn per 1 000 i familjer där båda föräldrarna har högst nioårig grundskola. Det betyder att risken att bli inskriven var 19 procent högre för barn till lågutbildade jämfört med barn till högutbildade i början av 1990-talet, medan den var 23 procent högre den senare perioden. Detta tyder på en ökad social skillnad, men här måste vi ha i åtanke att det idag är färre barn som har lågutbildade föräldrar.

Även dödligheten är större bland barn till lågutbildade. I familjer med låg utbildning var mortaliteten 0,28 per 1 000 barn, medan den var 0,21 i familjer med högskoleutbildning i början av 1990-talet. I slutet av perioden är motsvarande siffror 0,24 och 0,12, vilket tyder på att den relativa skillnaden mellan grupperna har ökat även när det gäller dödlighet.

Innan vi närmare går in på analysen av registerdata undersöker vi hur sambandet mellan familjebakgrund och barns hälsa ser ut i enkätdata. Vi utnyttjar att det i SCB:s enkätundersökning riktad till barn, Undersökningen av barns levnadsförhållanden (Barn-ULF), även finns viss information om föräldrar och familjeförhållanden.¹⁰ I figur 2.1 visar staplarna andelen barn med olika familjebakgrund som tycker att hälsan är bra eller mycket bra. De svarta klammrarna visar felmarginalen i undersökningen. Som vi ser i de två första staplarna i figuren svarar en större andel av barnen med sammanboende föräldrar än barn med ensamstående förälder att de tycker hälsan är bra eller mycket bra. Men även om medelvärdena skiljer sig åt är felmarginalerna så stora att det inte går att säga att grupperna skiljer sig åt. Ett viktigt skäl till att felmarginalerna är så stora, särskilt för barn som

10. Se scb.se för mer information om de olika gruppindelningarna i Undersökningarna av barns levnadsförhållanden.



Figur 2.1 Andelen barn som svarat att det tycker hälsan är bra eller mycket bra 2010/2011.

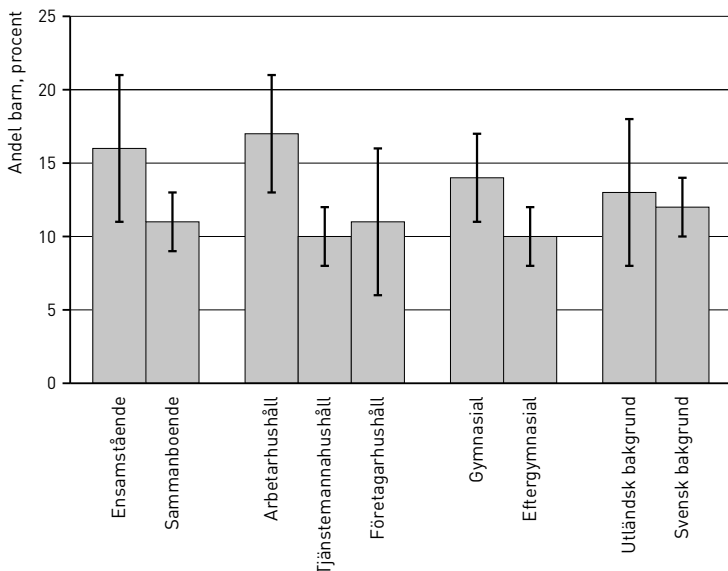
Källa: SCB, Barn-ULF. Staplarna visar hur stor andel av barnen som svarat bra eller mycket bra på frågan om de har bra hälsa. De svarta klamrarna visar felmarginal i genomsnittet.

bor i hushåll med ensamstående föräldrar, är att det är få barn i denna kategori. Den enda skillnaden som är säkerställd i undersökningen är skillnaden i självupplevd hälsa mellan barn i tjänstemannahushåll och arbetarhushåll.

Figur 2.2 visar hur stor andel av barnen som svarat »ja« på frågan om de känt sig nedstämda den senaste veckan. Även här ser vi att en större andel av barnen i hushåll med ensamstående föräldrar, arbetarhushåll och med föräldrar som inte har mer än gymnasial utbildning svarar att de känt sig nedstämda än andra grupper. Återigen är felmarginalerna stora och inga skillnader är statistiskt säkerställda.

En jämförelse av inskrivningsfrekvensen för olika grupper presenterade i tabell 2.1 och enkätdata presenterade i figurerna visar trots allt på samma mönster: barn i familjer med lägre socioekonomisk status har sämre hälsa.

Även om vi i såväl tabell 2.1 som i figur 2.1 och 2.2 observerar skillnader mellan olika socioekonomiska grupper är det inte självklart var i



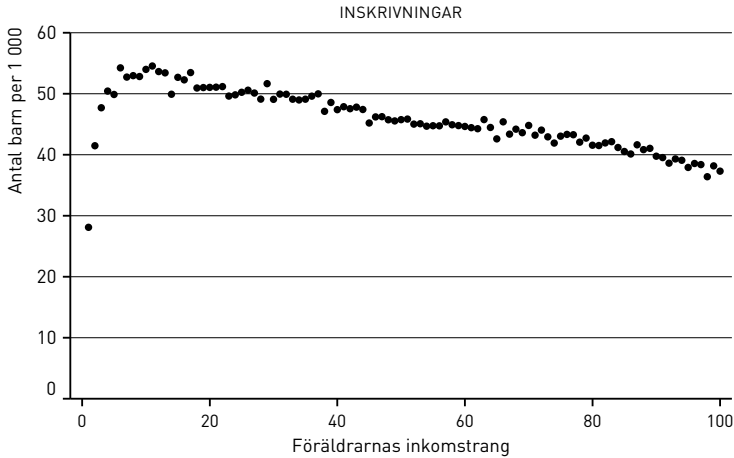
Figur 2.2 Andelen barn som svarat ja på frågan om de känt sig nedstämda den senaste veckan 2010/2011.

Källa: SCB, Barn-ULF. Staplarna visar hur stor andel av barnen som svarat ja på frågan om de känt sig nedstämda den senaste veckan. De svarta klamrarna visar ett 95-procentigt konfidensintervall.

fördelningen dessa skillnader uppstår. Figur 2.3 visar hur barns hälsa, mätt som antalet barn per 1 000 barn i åldrarna 0–18 år som skrivs in på sjukhus under ett år, ser ut över hela inkomstfördelningen under perioden 2006–2009. Varje punkt i figuren representerar 1 procent av barnen där barnens familjer har rangordnats efter familjens disponibla inkomst (visas på den horisontella axeln). Eftersom vi i kapitel 1 såg att inskrivningar samvarierar starkt med ålder och delvis med kön har måttet på hälsa justerats för de skillnader i hälsa som beror på barnens ålder och kön. Dessutom justerar vi andelen med utrikes födda föräldrar eftersom andelen utrikes födda har förändrats under perioden som studeras.¹¹

Sambandet mellan inskrivningar vid sjukhus och familjens in-

11. Se Metodruta 2.



Figur 2.3 Inskrivningar vid sjukhus och familjens rang i fördelningen av disponibel inkomst.

Källa: egna beräkningar.

komstrang uppvisar ett påtagligt linjärt mönster över hela inkomstfördelningen, undantaget den absoluta botten av fördelningen. Barn från familjer med en högre position i inkomstfördelningen har en lägre sannolikhet att skrivas in på sjukhus. Skillnaden mellan barn från familjer i den lägsta kvintilen (femtedelen av fördelningen) och barn från familjer i nästa kvintil är ungefär lika stor som skillnaden mellan barn i näst högsta och högsta kvintilen. Undantaget från detta linjära samband är barn i familjer med de lägsta rapporterade disponibla inkomsterna. Dessa barn är betydligt friskare än vad som skulle förväntas, sett till familjeinkomsten. Det finns flera möjliga förklaringar. Kanske är de faktiskt friskare, eller också söker de inte sjukhusvård i samma utsträckning som andra vid ett visst hälsotillstånd, vilket diskuterades i Metodruta 1 i kapitel 1. Men det är också möjligt att vi har problem med att på ett korrekt sätt mäta inkomster för de familjer som har de lägsta inkomsterna. De inkomstuppgifter vi använder baserar sig på taxeringsregister. Det är väl känt att det finns familjer som rapporterar



METODRUTA 3. HUR ÄR FIGURERNA I KAPITEL 2 FRAMTAGNA?

I figurerna 2.3–2.11 visas hälsa för barn vars familj rangordnats efter sin position i inkomst- och utbildningsfördelningen (se Metodruta 2). Barnen har delats in i 100 lika stora grupper, det vill säga percentiler. Hälsomåttet är genomsnittet (för barn i respektive percentil) av residualen från en linjär sannolikhetsmodell där hälsa mätt med inskrivningar för olika diagnoser förklaras av en uppsättning dummyvariabler som fångar grupper som är homogena med avseende på kön, ålder, föräldrarnas invandringsstatus och årtal då hälsan är mätt.

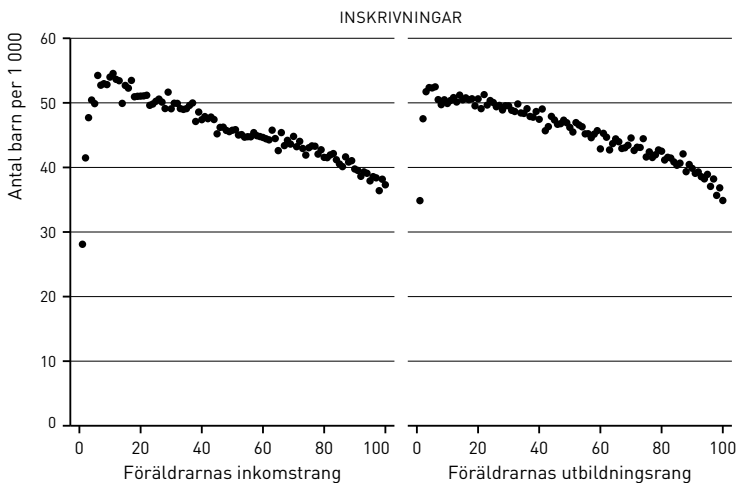
mycket låga inkomster trots att de har en högre levnadsstandard.¹² En annan möjlighet är att familjer med mycket låga rapporterade inkomster inte vistats i Sverige hela året och att vi därmed underskattar såväl inkomst som sjukhusinskrivningar. Det är också möjligt att familjen faktiskt har låga inkomster, men att dessa inkomster ändå inte speglar familjens levnadsstandard, till exempel om föräldrarna studerar och delvis lever på lån.

Att vi finner ett linjärt samband mellan inskrivningar på sjukhus och familjens *position* i inkomstfördelningen innebär dock inte att sambandet mellan den absoluta inkomstnivån och inskrivningar är linjärt, eftersom en förflyttning med en rang i inkomstfördelningen inte innebär en lika stor förändring av inkomsten för låga och höga inkomstnivåer, vare sig i absoluta termer eller procentuellt. I Bilaga 2 undersöker vi detta närmare och finner att inskrivningar är betydligt känsligare för inkomsten vid genomsnittliga och låga inkomstnivåer. I toppen och i den absoluta botten av fördelningen däremot, det vill säga för riktigt höga respektive riktigt låga inkomster, är inskrivningar däremot inte i särskilt känsliga. Vi ser alltså tecken på en slags mättnad i hälsoförbättringar vid högre inkomster. Detta kan möjligen bero

12. Brewer med flera [2013] finner att engelska familjer med låg rapporterad inkomst ofta har en högre levnadsstandard än vad inkomsten indikerar och konstaterar att detta till stor del beror på underrapportering av inkomster. Holmlund och Engström (2009) finner också att svenska egenföretagare har en betydligt högre konsumtionsnivå än personer med motsvarande (deklarerade) löneinkomst.

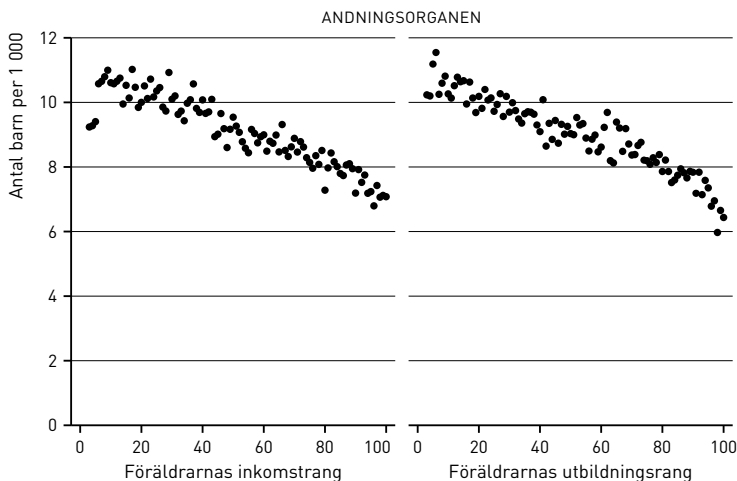
på att inskrivningar för dessa grupper är så sällsynta att de har nått en nedre gräns där de är svåra att påverka med ekonomiska resurser. Vi ser inte heller några tecken på att det skulle finnas fattigdomsfällor eller inkomstnivåer under vilka hälsan hos barn försämras drastiskt. I stället finns det också för riktigt låga inkomster tecken på lägre känslighet för en given absolut eller procentuell förändring av inkomsten. En möjlig förklaring är, som nämnts, svårigheter med att korrekt mäta inkomster i dessa familjer och att det inom dessa grupper finns stora skillnader i barns livsvillkor som inte fångas av familjens disponibla inkomst så som vi mäter den här, kanske beroende på hur mycket föräldrarna har valt att arbeta. I nästa kapitel undersöker vi därför särskilt betydelsen för barns hälsa av att familjen är ekonomiskt utsatt i den bemärkelsen att den får ekonomiskt bistånd.

I inledningen diskuterade vi två olika sätt att mäta familjens sociala position: disponibel inkomst eller med ett mått som inkomstgraderat föräldrarnas utbildning. Vi kan i figur 2.4 konstatera att hälsomönstret när vi mäter hälsa med sjukhusinskrivningar ser nästan identiskt ut oberoende av hur vi mäter social position, trots att föräldrarnas ut-



Figur 2.4 Inskrivningar vid sjukhus och familjens inkomst- (vänster) och utbildningsrang (höger).

Källa: egna beräkningar.



Figur 2.5 Sambandet mellan inskrivningar för sjukdom i andningsorganen och familjens sociala position.

Källa: egna beräkningar.

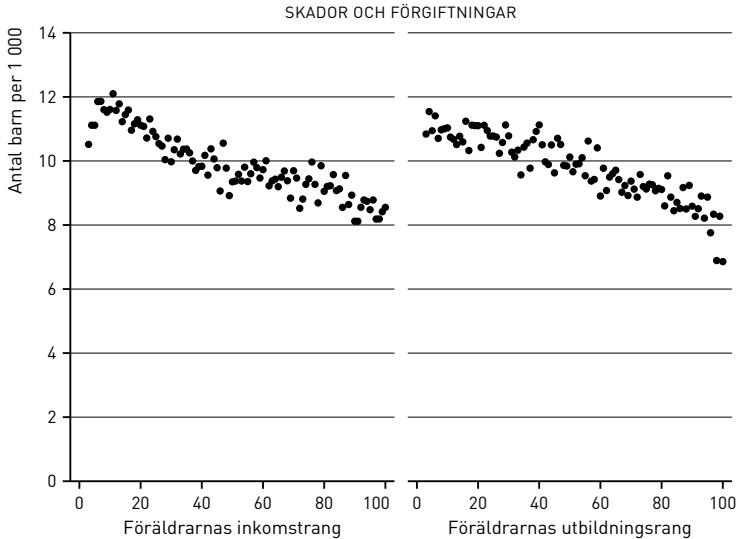
bildningsrang (som använts i figuren till höger) i viss mån har andra egenskaper än föräldrarnas inkomstrang (figuren till vänster).¹³

Innan vi går vidare till att skatta styrkan i sambandet mellan social status och hälsa, undersöker vi härnäst om detta linjära samband även gäller för specifika diagnoser och för andra mått på hälsa. I figurerna 2.5–2.7 visar vi sambandet mellan familjens sociala position och inskrivning vid sjukhus för olika diagnoser när vi, liksom i figur 2.4 har rensat hälsomåtten för skillnader i barnets ålder, kön och utländsk bakgrund. Figurerna visar sambandet mellan social position och vanliga diagnosgrupperna för småbarn (sjukdomar i andningsorganen), yngre skolbarn (skador och förgiftningar) och tonåringar (psykisk ohälsa) samt för dödsfall och läkemedelsförskrivning generellt men också antidepressiva läkemedel och adhd-medicin.¹⁴

Figur 2.5 illustrerar hur antal barn inskrivna på grund av sjukdom

13. Se Metodruta 1 för diskussion om vad de olika måtten fångar.

14. Måtten på inskrivningar med en viss diagnos är baserade på slutenvårdsregistrets uppgift om huvuddiagnos samt de första fyra bidiagnoserna.



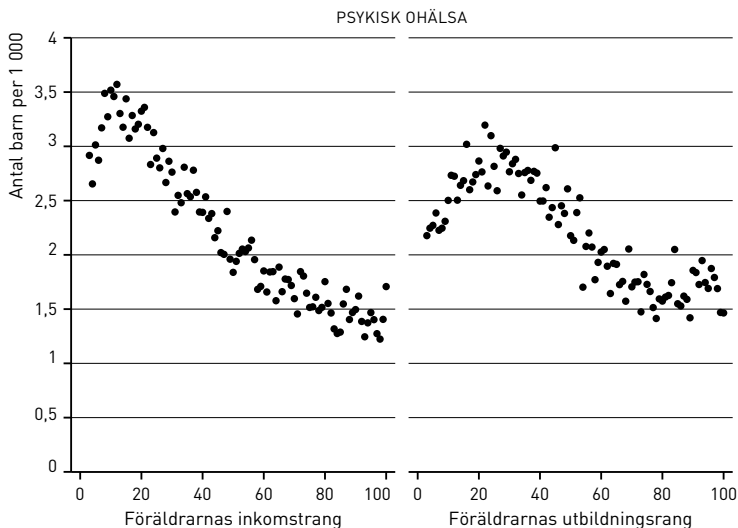
Figur 2.6 Sambandet mellan inskrivningar för skada och familjens sociala position.

Källa: egna beräkningar.

i andningsorganen varierar med familjens sociala position. Oavsett hur vi mäter familjens sociala position framträder ett tydligt negativt linjärt samband. Figur 2.6 visar i stället sambandet för diagnosen skador och förgiftningar. Även här är sambandet tydligt negativt och linjärt även om det är något brantare i botten av fördelningen. Ju brantare lutning på sambandet, desto känsligare är måttet på hälsa för familjens sociala position.

När vi i stället i figur 2.7 studerar psykisk ohälsa är det uppenbart att sambandet är mer känsligt för hur vi mäter familjens sociala position. Inskrivningar på grund av psykisk ohälsa har ett mer tydligt linjärt samband med familjens disponibla inkomst än med familjens utbildningsrang. Det framkommer också att barn i familjer med mycket låga inkomster eller med lågt utbildade föräldrar har lägre sannolikhet att vara inskrivna för psykisk ohälsa än barn i familjer med något högre socioekonomisk status.¹⁵ Detta icke-linjära mönster är tydligare i förhållande till familjens

15. Psykisk ohälsa är mycket ovanligt bland små barn. Figuren ser dock snarlik ut om vi endast visar mönster för barn i åldrarna 13–18, men nivån är då betydligt högre.



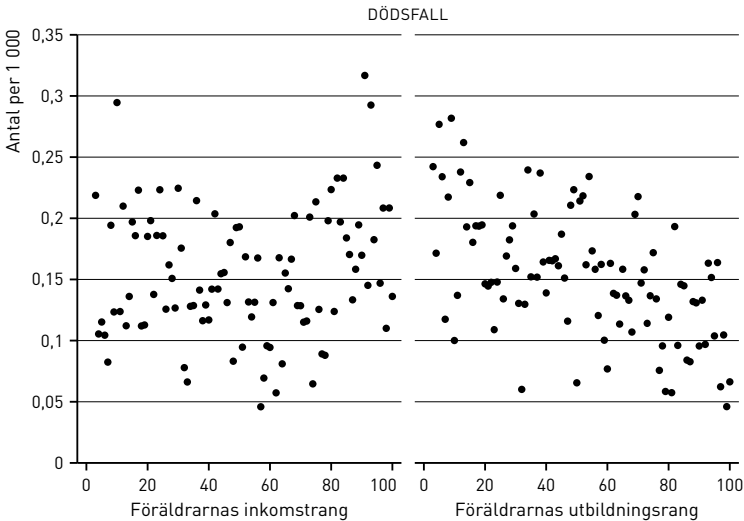
Figur 2.7 Sambandet mellan inskrivningar för psykisk ohälsa och familjens sociala position 0–18 år, 2006–2009.

Källa: egna beräkningar.

position i utbildningsfördelningen. En möjlig förklaring är att dessa familjer har egenskaper som skyddar barnen från psykisk ohälsa, en annan är att familjer med mycket låga inkomster och mycket låg utbildning inte söker vård i samma utsträckning för sina barn som andra trots att barnen är lika sjuka. Det kan bero på att psykisk ohälsa är förknippat med socialt stigma, för att familjerna saknar kunskap om att denna typ av ohälsa kan behandlas eller för att de har en annan uppfattning om vilka symptom som är att betrakta som tecken på psykisk ohälsa.

Härnäst undersöker vi fyra andra mått på barns hälsa: dödsfall och läkemedelsförskrivning, dels generellt, dels läkemedel mot adhd och depression. Dödsfall är ett mycket extremt utfall och lyckligtvis sällsynt.¹⁶ Att få ett receptbelagt läkemedel är dock mycket mer vanligt (cirka 450 av 1 000 barn får varje år ett läkemedel förskrivet) och

16. Som nämndes i inledningen har vi inte uppgifter om spädbarn som dött före årsskiftet under sitt första levnadsår.



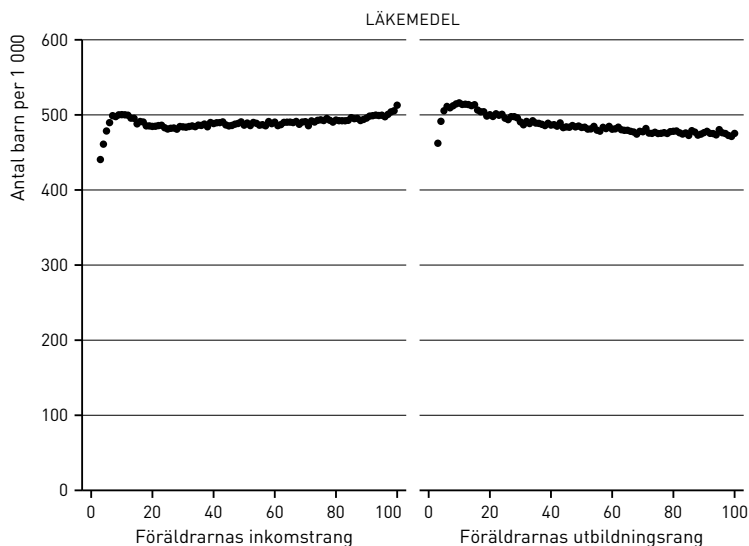
Figur 2.8 Sambandet mellan dödsfall och familjens sociala position.
Källa: egna beräkningar.

förhoppningen är att läkemedelsförskrivning kan spegla ohälsa även i grupper som inte är så sjuka att de skrivs in på sjukhus.

I figur 2.8 visas sambandet mellan barns dödsfall och familjens sociala position. Det finns inte något tydligt mönster gentemot disponibel inkomstrang. Däremot är sambandet mellan socioekonomisk status och mortalitet tydligt negativt, om än brusigt, när vi mäter familjens sociala position med föräldrarnas utbildning.

Även läkemedelsförskrivning (se figur 2.9) uppvisar skilda mönster beroende på hur vi mäter social position. Läkemedelsförskrivningen är högre till barn i familjer med högre socioekonomisk status, vilket gör att man kan misstänka att läkemedelsförskrivning kan ha en konsumtionskomponent snarare än att vara ett bra mått på barns ohälsa.¹⁷

17. Weitoft med flera [2008b] finner i en studie av expedierade receptbelagda läkemedel till svenska vuxna att läkemedelsanvändning generellt sett har en social gradient när man jämför hög- och lågutbildade, men att högutbildade i större utsträckning än lågutbildade tar vissa typer av läkemedel. För vissa läkemedel är det tvärtom (till exempel bredspektrumantibiotika och vissa nyare och dyrare behandlingar mot



Figur 2.9 Sambandet mellan läkemedelsförskrivning och familjens sociala position.

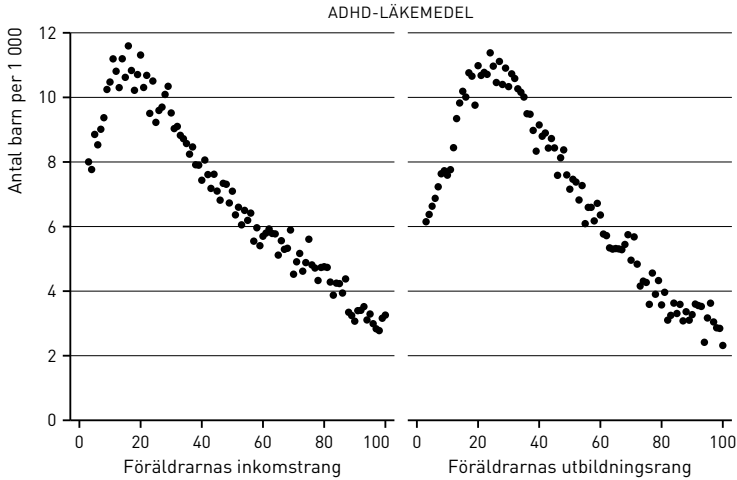
Källa: egna beräkningar.

Endast för relativt låga inkomster är sambandet negativt mot inkomst. Barns läkemedelskonsumtion har däremot över lag ett negativt samband med föräldrarnas utbildningsrang.

När vi undersöker sambandet mellan familjens socioekonomiska status och förskrivningen av adhd-medicin till barn i figur 2.10 framgår ett tydligt negativt samband mellan social position och läkemedelsförskrivning, med undantag från botten av fördelningen. Där är möjligt att läkemedelskonsumtion begränsas av ekonomiska möjligheter, men också av familjens kapacitet att efterfråga diagnostisering och mediciner.

Slutligen undersöker vi förskrivningen av antidepressiva läkemedel till barn. I figur 2.11 framkommer ett mönster som påminner om

högt blodtryck som ARB]. Dessutom finns tecken på att läkemedelsanvändningen i många fall, till exempel när det gäller antidepressiva mediciner, har en lägre social gradient i förhållande till förväntat behov baserat på sjukdomsincidens, vilket skulle kunna tyda på en underanvändning bland lågutbildade.

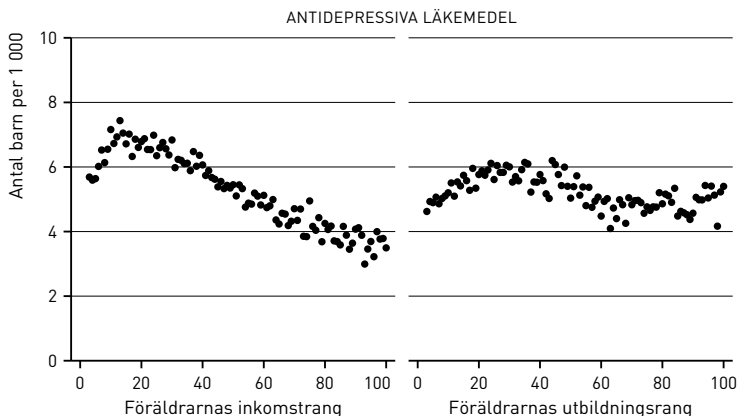


Figur 2.10 Sambandet mellan förskrivning av läkemedel mot adhd och familjens sociala position.

Källa: egna beräkningar.

det icke-linjära samband som vi fann för inskrivningar i slutenvård med diagnos för psykisk ohälsa. Barn i familjer med låg socioekonomisk status medicinerar mindre ofta än barn från mer välbeställda familjer, men sedan minskar förskrivningen tydligt ju rikare familjen är. Mönstret är inte lika för familjer med hög utbildningsrang. För dessa familjer vänder i stället sambandet igen och förskrivningen ser ut att öka med högre utbildning, även om sambandet är brusigt. Det är möjligt att denna ökning hänger ihop med större psykisk ohälsa, men det kan också handla om att dessa familjer efterfrågar medicinering på ett annat sätt än andra familjer när barnen mår dåligt.

Sammanfattningsvis visar figurerna att sambandet mellan inskrivningar på sjukhus (samtliga diagnoser liksom för diagnoserna andning och skada), och familjens sociala position är relativt okänslig för hur vi mäter familjens sociala position. Det finns ett påtagligt negativt samband som dessutom ser likartat ut över hela fördelningen. Det linjära mönstret i förhållande till familjens position i fördelningen gör att det är möjligt att sammanfatta sambandets styrka genom att mäta lutningen i figuren med hjälp av en linjär regressionsmodell.



Figur 2.11 Sambandet mellan förskrivning av antidepressiva läkemedel och familjens sociala position.

Källa: egna beräkningar.

Att förhållandet är linjärt i familjens position i inkomst- eller utbildningsfördelningen, snarare än i inkomst- eller utbildningsnivå ska dock inte nödvändigtvis tolkas som att det är en familjs rang snarare än inkomstnivå som påverkar hälsan. Detta kan i stället vara en följd av att sambandet mellan barns hälsa och familjens inkomst eller utbildning är icke-linjärt. Av figur 2.4 framgår också att sambandet mellan en nivå eller procentuell förändring av inkomsten är förknippad med mindre hälsoskillnader i botten och toppen av inkomstfördelningen. En möjlig förklaring är att det finns sociala skyddsnät som fungerar för de allra fattigaste även om vi för låga inkomster sannolikt också har en hel del mätfel i våra inkomst- och möjligen även hälsomått. I toppen av fördelningen är det möjligt att hälsan är så pass god att ytterligare ekonomiskt välstånd har svårt att ytterligare förbättra hälsan.

När vi studerar psykisk ohälsa, dödsfall och läkemedelsförskrivning låter sig sambandet mellan hälsa och social position inte lika enkelt sammanfattas på detta sätt, eftersom det inte är linjärt. Skattar vi ett linjärt samband kommer vi att fånga ett genomsnitt som inte reflekterar hur sambandet egentligen ser ut för någon specifik grupp. I nästa avsnitt har vi valt att ändå göra på detta sätt, men när vi tolkar dessa resultat måste vi ha i åtanke att ett tydligt, om än icke-linjärt,

samband mellan social position och förskrivning av till exempel antidepressiva läkemedel som det som visas i figur 2.11 riskerar att sammanfattas som att inget, eller endast ett svagt negativt samband finns.

2.3 Hur starkt är sambandet mellan barns hälsa och familjens inkomst och utbildningsstatus?

Av föregående avsnitt framgick att barns hälsa, mätt som inskrivningar på sjukhus, skiljer sig åt mellan barn i familjer med olika inkomst- eller utbildningsrang. Figurerna visar över lag på ett negativt och påfallande linjärt samband mellan ohälsa och de olika måtten för familjens sociala position. Härnäst undersöker vi styrkan i dessa samband genom att sammanfatta dem i en procentsats som anger hur mycket bättre hälsa, eller mindre ohälsa, ett barn i toppen av fördelningen har jämfört med ett barn i botten av fördelningen. När vi tolkar dessa procentsatser bör vi dock ha i åtanke att vissa samband verkar vara icke-linjära (till exempel mortalitet och psykisk ohälsa) och att detta sammanfattande mått fungerar sämre för dessa utfall. I Metodruta 4 beskriver vi närmare hur vi mäter den sociala gradienten.

Tabell 2.2 visar sambandet mellan inskrivningar vid sjukhus och familjens inkomst- och utbildningsrang för alla barn och för flickor

Tabell 2.2 Den sociala gradienten i sjukhusinskrivningar för barn 0–18 år, 2006–2009.

Procentuell skillnad mellan barn i familjer med högst och lägst social status.	(1) Alla	(2) Flickor	(3) Pojkar
Inkomstrang	-39,9	-44,4	-34,9
Utbildningsrang	-45,2	-50,3	-39,9
Genomsnittlig frekvens per 1 000 barn	42,3	39,9	44,7

Anmärkning: Varje cell innehåller resultatet från en separat skattning av den sociala gradienten, med kontroller för år, ålder, kön och utländsk bakgrund.

METODRUTA 4. HUR MÄTER VI DEN SOCIALA GRADIENTEN?

Vi mäter den sociala gradienten genom att undersöka hur barns hälsa samvarierar med föräldrars inkomst och utbildningsstatus när vi samtidigt tar hänsyn till barns ålder och kön, utländsk bakgrund och kalenderår. Vi skattar följande enkla linjära regressionsmodell på gruppnivå.

$$Y_i = \beta F_i + X_i + \varepsilon_i,$$

där Y är ett mått på genomsnittlig hälsa i grupp i , F är ett mått på inkomst- eller utbildningsrang i gruppen, X är en uppsättning kontrollvariabler som årtal samt ålder, kön och invandringsstatus för barn i gruppen. Vi har skapat grupper genom att för varje år dela in barnens familjer i 20 inkomstgrupper baserade på familjens rang i 1) fördelningen av disponibel inkomst, 2) fördelningen av inkomstgraderad utbildning.

Inom varje inkomst/utbildningsgrupp skapar vi därefter homogena grupper efter barnens ålder och kön och inom dessa undergrupper beräknas genomsnittet av disponibel inkomst samt andelen barn med utrikes bakgrund (båda föräldrar födda utanför Sverige). För undergrupperna beräknas också antalet barn per 1 000 som blir inskrivna på sjukhus, inskrivna för andningsbesvär, psykisk ohälsa, och skada samt andelen som får läkemedel förskrivna och andelen som dör. För att kunna tolka resultaten i termer av procentuella förändringar använder vi oss i de statistiska beräkningarna logaritmen av genomsnittandelarna.

och pojkar var för sig. Siffrorna ska tolkas som den procentuella skillnaden i hälsa mellan ett barn vars familj befinner sig i toppen av fördelningen och ett barn vars familj befinner sig längst ned i fördelningen och motsvarar hur brant lutningen är i det samband som illustrerades i figur 2.3. Resultaten visar att barn i familjerna med högst socioekonomisk status skrivs in på sjukhus ungefär 40–45 procent mer sällan än barn i familjerna med lägst socioekonomisk status.¹⁸ Detta gäller både

18. Vi har även provat att utesluta den lägsta inkomstgruppen (de 5 procent barn som lever i hushåll med de lägsta inkomsterna eller utbildningen) eftersom det framgår i figuren i avsnitt 2.2 att vi med stor sannolikhet har stora mätfel i inkomst och/eller hälsa för denna grupp. Detta förändrar dock inte nämnvärt det skattade sambandet.

Det är inte uppenbart vilka variabler som vi vill kontrollera för, eller hur vi ska definiera grupper, när vi skattar sambandet, vilket bland annat diskuteras av Sven Bremberg.* Det vi vill kontrollera för är sådant som om vi inte tar hänsyn till det kan göra skattningen missvisande. Ett exempel är det faktum att små barn oftare skrivs in på sjukhus samt att föräldrar till små barn ofta är yngre och därför har lägre inkomster. Om vi inte tar hänsyn till skillnader i barnets ålder kommer detta att göra att vi riskerar att fånga upp ett samband mellan inkomster och hälsa som egentligen bara beror på skillnader i inskrivningsmönster mellan barn i olika åldrar. Likaså kan skattningen av sambandet mellan inskrivningar för psykisk ohälsa och inkomster störas av att det nästan uteslutande är tonåringar som skrivs in och att dessa har föräldrar med högre inkomster just för att de är äldre. Detta innebär dock inte att vi självklart också bör ta hänsyn till föräldrarnas ålder eftersom valet att skaffa barn när man är ung eller när man är lite äldre och har en stabil ekonomi är sådant som påverkar sambandet mellan hälsa och familjens sociala status. Om vi, som vi gör i avsnitt 2.5, dessutom vill undersöka förändringar över tid, är det särskilt viktigt att ta hänsyn till eventuella förändringar i befolkningssammansättningen i olika åldersgrupper, som att storleken på en födelsekohort varierar liksom andelen med utrikes bakgrund.

* Bremberg [2002].

när vi mäter socioekonomisk bakgrund med disponibel inkomstrang och utbildningsrang.

Den sociala gradienten är något starkare för flickor än för pojkar. För flickor mäter vi sociala gradienter om 45–50 procent, medan det är 35–40 procent mindre vanligt att pojkar skrivs in på sjukhus om familjen har högst jämfört med lägst social status.

Tabell 2.3 redovisar motsvarande sociala gradient för inskrivningar med olika diagnoser, läkemedelsförskrivning och dödsfall med socioekonomisk status. Vi mäter gradienten för samtliga barn samt för pojkar och flickor separat. Tabellen visar att den sociala gradienten är starkare för sjukdomar i andningsorganen och psykisk ohälsa än den är för skador eller läkemedelsförskrivning. Vi noterade att den sociala

Tabell 2.3 Den sociala gradienten för olika diagnoser, läkemedelsförskrivning och mortalitet, 2006–2009.

	(1) Andning	(2) Skada och förgift- ningar	(3) Psykisk ohälsa 13–18	(4) Morta- litet	(5) Läke- medel
Alla					
Inkomstrang	-61,6	-32,7	-68,5	–	3,6
Utbildningsrang	-71,1	-42,0	-85,0	-67,0	-7,5
Genomsnittlig frekvens per 1 000 barn	8,4	9,1	5,4	0,14	459
Flickor					
Inkomstrang	-70,7	-34	-68,8	–	4,6
Utbildningsrang	-85,5	-42,4	-80,9	-55,0	-6,7
Genomsnittlig frekvens per 1 000 flickor	7,5	7,8	6,6	0,12	470
Pojkar					
Inkomstrang	-52,0	-31,3	-68,5	52,0	3,1
Utbildningsrang	-56,8	-41,7	-89,6	-78,0	-8,0
Genomsnittlig frekvens per 1 000 pojkar	9,3	10,3	4,1	0,16	448

Anmärkning: Varje cell innehåller resultatet från en separat skattning av den sociala gradienten med kontroller för kön, ålder, utländsk bakgrund och årtal. Värdena för mortalitet har skattats i nivåer och sedan har motsvarande förändring i procent beräknats. »–« betyder att sambandet inte är signifikant skilt från noll.

gradienten är något starkare för flickor. Detta beror sannolikt på att det är fler flickor än pojkar som drabbas av psykisk ohälsa i tonåren och att den sociala gradienten är stark för psykisk ohälsa. Trots detta skiljer sig inte den sociala gradienten i psykisk ohälsa nämnvärt för pojkar och flickor. En skillnad mellan pojkar och flickor finns däremot när

det gäller sjukdomar i andningsorganen. Den sociala gradienten är här starkare för flickor.

Medan de olika måtten på socioekonomisk status ger relativt liknande uppskattningar av den sociala gradienten i sannolikheten att skrivas in på sjukhus för olika diagnoser, är bilden inte samstämmig när vi i kolumn 4 och 5 i stället studerar mortalitet och läkemedelsförskrivning. Den sociala gradienten tycks vara positiv eller obefintlig när vi mäter socioekonomisk status med disponibel inkomst men negativ när vi mäter med familjens utbildningsrang, vilket vi även såg tecken på i figur 2.8 och 2.9. Hur ska vi förstå detta? En möjlighet är att läkemedelsförskrivningar snarare än skillnader i ohälsa fångar upp det faktum att mer välbeställda familjer har råd att efterfråga och köpa mer läkemedel. För dödsfall finns ett positivt, visserligen bara marginellt signifikant, samband mellan pojkars mortalitet och familjens inkomst. Här måste vi påminna oss om att dödsfall är mycket ovanliga, men att det är möjligt att vissa typer av riskbeteenden kräver en hög disponibel inkomst (att äga snabba motorfordon eller åka på skidsemestrar). För att få klarhet i dessa samband skulle vi behöva göra en detaljerad analys av dödsorsaker. Vi lämnar dock detta till framtida forskning. När det gäller familjens utbildningsrang finns det däremot en negativ social gradient både för dödsfall och för läkemedelsförskrivning.¹⁹

2.4 Den sociala gradienten för olika åldrar och för pojkar och flickor

Ett väl känt mönster i den internationella forskningen om sociala gradienter är att gradienten tenderar att bli starkare över livscykeln. Anne Case och hennes medförfattare visar att detta mönster även gäller under barndomen.²⁰ En möjlig förklaring skulle kunna vara att ohälsa är en kumulativ process och att små skillnader i ohälsa tidigt i livet därför blir mer betydande genom livet. Samtidigt är det väl känt att

19. Eftersom vi inte observerar barn som dör samma kalenderår som de föds så fångar vårt mått inte upp den sociala gradienten i spädbarnsdödlighet.

20. Case med flera (2002).

Tabell 2.4 Den sociala gradienten i sjukhusinskrivningar för olika åldrar, 2006–2009.

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	Flickor			Pojkar		
	0–5 år	6–12 år	13–18 år	0–5 år	6–12 år	13–18 år
Inkomstrang	-53,3	-44,6	-59,0	-43,1	-44,7	-34,9
Utbildningsrang	-44,0	-43,5	-77,2	-37,5	-40,7	-52,6

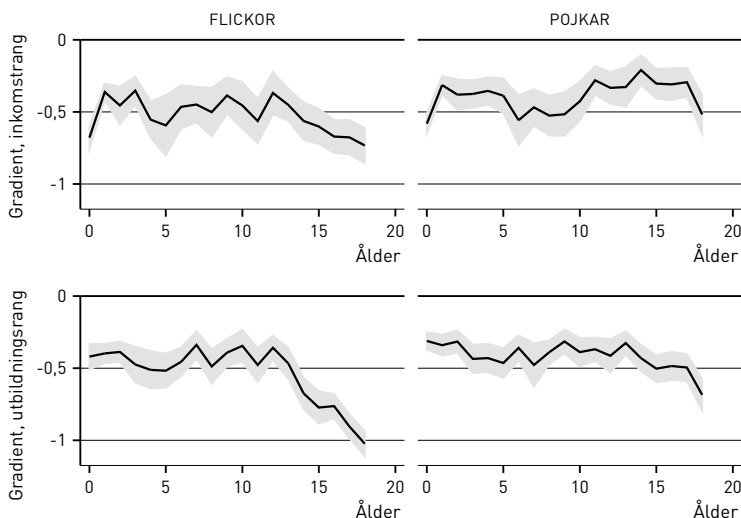
Anmärkning: Varje cell innehåller resultatet från en separat skattning av den sociala gradienten med kontroller för kön, ålder, utländsk bakgrund och årtal.

det finns en social gradient redan i spädbarnsdödlighet, liksom i födelsevikt.²¹ I detta avsnitt ska vi närmare studera åldersmönstret i den sociala gradienten. Eftersom pojkars och flickors sjukdomsdiagnoser skiljer sig åt och de sociala mönstren skiljer sig något åt mellan olika typer av diagnoser undersöker vi också om den sociala gradienten skiljer sig åt mellan pojkar och flickor och över olika ålderesintervall.

I tabell 2.4 presenterar vi beräkningar av den sociala gradienten i sjukhusinskrivningar för tre åldersgrupper spädbarn (0–5 år), yngre skolbarn (6–12 år) och tonåringar (13–18 år) samt för pojkar och flickor separat. Som framgår av tabellen finns det för flickor ett tydligt mönster som tyder på att den sociala gradienten är starkare (mer negativ) i tonåren. Då är den också starkare än pojkarnas sociala gradient. Möjligen har flickorna dessutom en starkare gradient än pojkar när de är små, men i övrigt är skillnaderna mellan pojkar och flickor inte särskilt stora. Vi kan notera att gradienten i inkomstrang för pojkar däremot är särskilt svag i tonåren.

För att undersöka åldersmönstret närmare har vi skattat den sociala gradienten i inskrivningar vid sjukhus för varje ålder under barndomen. Resultatet redovisas i figur 2.12. De övre figurerna visar mönstret för disponibel inkomstrang och de nedre visar mönstret för utbildningsrang. Bilden som framträder är att den sociala gradienten

21. Bremberg [2002] samt Almond och Currie [2011].



Figur 2.12 Åldersmönstret i den sociala gradienten för inskrivningar vid sjukhus mot inkomst- (överst) och utbildningsrang (nederst).

Källa: egna beräkningar. Det grå fältet representerar ett 95-procentigt konfidenstervall.

blir starkare i tonåren, det vill säga mer negativ, och att det för inkomst-rang också finns en starkare social gradient för de allra yngsta och möjligen också i 5–6-årsåldern, främst för pojkar. Detta kan möjligen förklaras av att fler pojkar än flickor behöver vård för exempelvis sjukdomar i andningsorganen och att det där finns en stark social gradient. På den nedre delen, som visar mönstret för utbildningsrang, stärks gradienten först i tonåren och mest för flickor.

Vi har också genomfört denna analys för inskrivningar med diagnoserna sjukdomar i andningsorganen, skador och förgiftningar och psykisk ohälsa samt för läkemedelsförskrivning. Av utrymmesskäl visas dessa figurer inte här. Med undantag från läkemedelsförskrivning återfinns samma generella åldersmönster: den sociala gradienten blir starkare i tonåren. Detta mönster är tydligare när socioekonomisk status mäts med familjens utbildningsrang än för inkomst-rang. En slutsats vi kan dra från denna analys är att den sociala gradienten blir starkare med barns ålder, dels för att den sociala gradienten blir

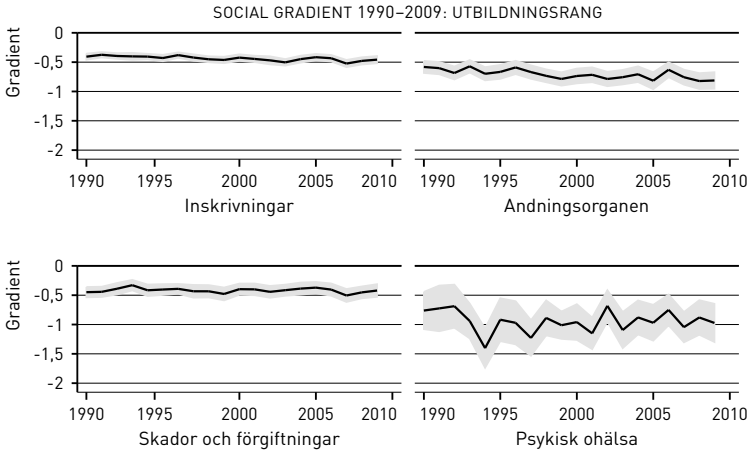
starkare i tonåren för flera av de vanligaste diagnoserna, dels för att sjukdomstillstånd som är särskilt vanliga i tonåren över lag har en stark social gradient.

När vi undersöker den sociala gradienten i läkemedelsförskrivning för olika åldrar kan vi konstatera att mönstret är omvänt jämfört med inskrivningar och de studerade diagnoserna. För tonåringar och små barn finns knappt någon social gradient, medan det finns en tydlig social gradient i förskrivningar till yngre skolbarn. Tittar vi däremot närmare på förskrivning av adhd-medicin finns en tydlig gradient just i 10-årsåldern som sedan försvagas i tonåren. Även förskrivningen av antidepressiv medicin till barn har en stark social gradient, men främst i tonåren. Det är dock inga stora skillnader i den sociala gradienten mellan flickor och pojkar när de gäller denna typ av läkemedel, eller för läkemedel över huvud taget.

2.5 Den sociala gradientens utveckling sedan 1990

I detta avsnitt undersöker vi hur den sociala gradienten har utvecklats sedan 1990. Detta är särskilt intressant mot bakgrund av att inkomstskillnaderna i samhället har ökat, vilket framgick av tabell 2.1. Vi undersöker inskrivningar på sjukhus samt inskrivningar för sjukdomar i andningsorganen, skador och psykisk ohälsa. För psykisk ohälsa studerar vi endast tonåringar eftersom det är så pass ovanligt med psykisk ohälsa för yngre barn. Eftersom vår analys visar att utvecklingen av de sociala gradienterna är densamma, oavsett mått på social status, presenterar vi endast resultaten när social position bestäms av föräldrarnas utbildningsrang, se figur 2.13.

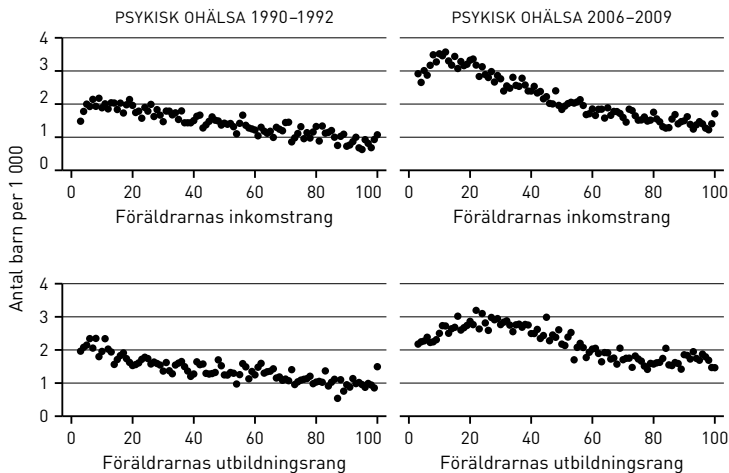
Figuren överst till vänster visar utvecklingen av den sociala gradienten i sjukhusinskrivningar. Möjligen finns en liten ökning av den sociala gradienten, det vill säga att den blir mer negativ, men mönstret är inte starkt nog för att dra någon långtgående slutsats eftersom de 95-procentiga konfidensintervallen i början och i slutet av perioden är överlappande. Detta resultat kontrasterar mot de ökade hälsoskillnaderna mellan barn till hög- och lågutbildade föräldrar som framgick av tabell 2.1. I jämförelsen i tabell 2.1 tog vi inte hänsyn till att barnens ålder kan skilja sig mellan hög- och lågutbildade och att lågutbildade idag är en mindre och mer selekterad grupp än lågutbildade i början



Figur 2.13 Utvecklingen av den sociala gradienten mellan 1990 och 2009, social status mätt med utbildningsrang.
Källa: egna beräkningar. Det grå fältet representerar ett 95-procentigt konfidenstervall.

av 1990-talet. Detta illustrerar hur svårt det är att dra slutsatser om utvecklingen av gradienten över tiden när man inte tar hänsyn till att gruppernas egenskaper i andra dimensioner än den som studeras kan ha ändrats.

När vi undersöker den sociala gradienten i inskrivningar för sjukdomar i andningsorganen (överst till höger) är dock trenden något tydligare. Det ser ut som att den sociala gradienten blivit aningen starkare, det vill säga mer negativ, i takt med att det har blivit allt ovanligare att barn vårdas på sjukhus för sjukdom i andningsorganen. Inte heller för andning är dock trenden särskilt stark. För både skada (nederst till vänster) och psykisk ohälsa (nederst till höger) har den sociala gradienten däremot varit stabil. Under denna tidsperiod har antalet barn per 1 000 som skrivits in på sjukhus med diagnosen skada också legat stabilt på strax under 10. Inskrivningar på grund av psykisk ohälsa har däremot ökat dramatiskt från 1,2 till 2,1 (0-18 år). Trots denna ökning har den sociala gradienten varit stabil. Det innebär att ökningen av den psykiska ohälsan skett proportionerligt i olika sociala miljöer.



Figur 2.14 Psykisk ohälsa och familjens disponibla inkomst och utbildningsstatus 1990–1992 och 2006–2009.

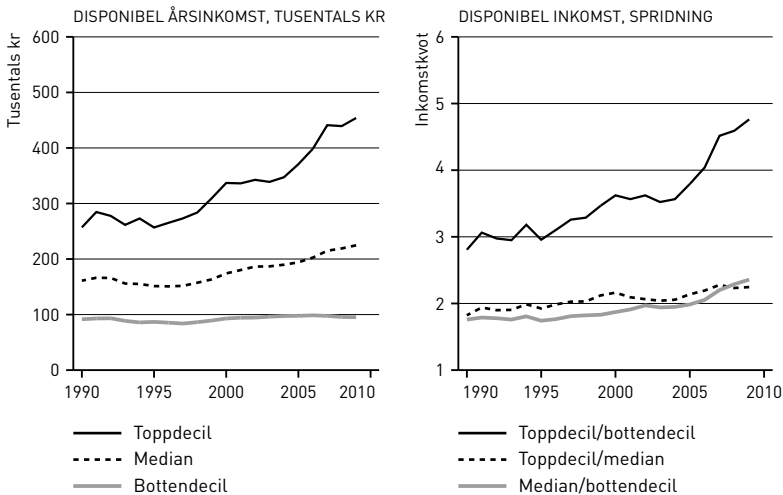
2.5.1 ATT TOLKA DEN SOCIALA GRADIENTEN I PSYKISK OHÄLSA

När vi tolkar utvecklingen av den sociala gradienten i barns psykiska hälsa måste vi samtidigt komma ihåg att figur 2.7 visade att sambandet mellan barns psykiska ohälsa inte var linjärt över hela fördelningen under åren 2006–2009 och att det därmed är möjligt att vi underskattar den sociala gradienten. För att få en ökad förståelse av detta mönster undersöker vi därför i figur 2.14 hur sambandet mellan barns psykiska ohälsa och familjens sociala position – mätt dels med familjens position i inkomstfördelningen (överst i figuren), dels med familjens position i utbildningsfördelningen (nederst i figuren) – ser ut i början och slutet av den period vi studerar. Av figuren framgår att den psykiska ohälsan har ökat över hela fördelningen och kanske särskilt för barn i familjer någonstans mellan den tionde och femtionde percentilen (medianen) i fördelningen. I den tidiga perioden, 1990–1992, finns dock inte något tydligt positivt samband mellan socioekonomisk position och sannolikheten för att skrivas in på sjukhus med diagnosen psykisk ohälsa i botten av fördelningen vilket det gör i perioden 2006–2009. Därför ser ökningen i psykisk ohälsa ut att ha varit något mindre i denna grupp.

Vi kan bara spekulera i huruvida detta rör sig om underdiagnostisering i botten av fördelningen, där tillgängligheten till vård eller andra faktorer skulle kunna medföra att barn i dessa familjer inte söker eller får den vård de kanske skulle behöva. I så fall har sannolikt den verkliga sociala gradienten i psykisk ohälsa i själva verket ökat, även om den sociala gradienten i sjukhusinskrivningar för denna diagnos inte har gjort det. Utan mer ingående studier av dessa gruppers psykiska ohälsa kan vi dock inte dra några säkra slutsatser. Det förefaller dock osannolikt att barn i nedre delen av utbildningsfördelningen skulle ha blivit relativt friskare just när det gäller psykiska diagnoser.

2.5.2 STABIL GRADIENT TROTS ÖKADE INKOMSTSKILLNADER

I avsnitt 2.5 kunde vi dra slutsatsen att den sociala gradienten i barns hälsa varit relativt stabil under de senaste två decennierna. Detta tycks vara fallet trots att det i tabell 2.1 framkom att den disponibla inkomsten för de 20 procent rikaste familjerna har ökat nästan 6 gånger snabbare än inkomsterna i de 20 procent fattigaste familjerna. Men denna inkomstjämförelse drivs mycket av hur det ser ut i den absoluta toppen och botten. I figur 2.15 visar vi därför inkomstutvecklingen



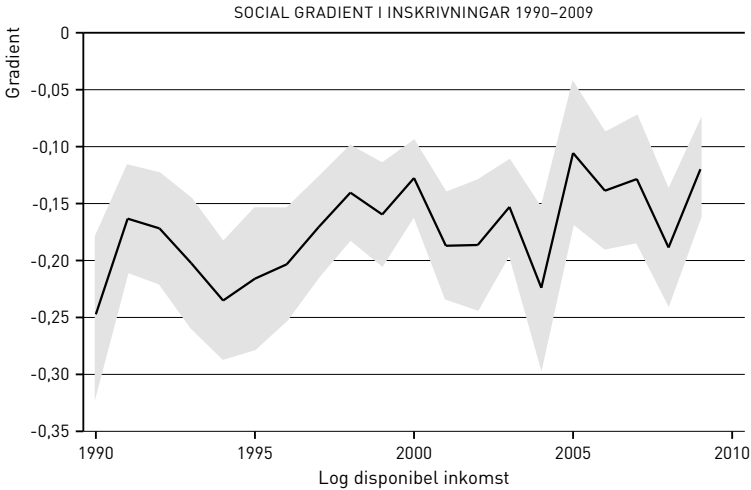
Figur 2.15 Utvecklingen av spridningen i familjers disponibla inkomster.

(till vänster) och inkomstspridningen (till höger) över hela perioden för barnfamiljer. Vi visar inkomsterna i toppen och botten av fördelningen liksom medianen samt tre vanliga mått på inkomstjämlighet: 1) förhållandet mellan inkomsten bland de 10 procent rikaste, toppdecilen, och 10 procent fattigaste, bottendecilen, 2) toppdecilen jämfört med medianinkomsten och 3) medianinkomsten jämfört med inkomsten i bottendecilen.

Som framgår av den vänstra grafen har inkomsterna i reala termer ökat mest i toppen av inkomstfördelningen medan de legat stilla i botten av inkomstfördelningen. Vi ser också att ökningen i reala inkomster tog fart först efter 1990-talskrisen, under vilken de var konstanta och till och med minskade något. Trots att inkomstökningarna varit mindre i botten av inkomstfördelningen, sjönk antalet familjer med ekonomiskt bistånd rejält efter krisen, vilket vi kommer att titta närmare på i kapitel 3. Antalet barn i familjer som någon gång under ett år mottagit ekonomiskt bistånd låg som högst på över 200 000. Mellan 1997 och 2002 halverades antalet.

Den högra grafen i figur 2.15 visar på en ökad inkomstspridning. År 2009 var familjens disponibla inkomst i toppen av fördelningen 6 gånger så stor som den i botten av fördelningen, jämfört med 3 gånger så stor i början av 1990-talet. Den heldragna kurvan visar att inkomsterna i toppen av inkomstfördelningen har ökat mycket i jämförelse med inkomsterna i botten av fördelningen. Medianinkomsterna har också ökat i jämförelse med bottendecilen men inte lika mycket som toppinkomsterna vilket betyder även den streckade linjen har en positiv lutning.

En stabil social gradient i inkomstrang trots ökade inkomstskillnader borde innebära att relationen mellan nivån på familjens disponibla inkomst och barns hälsa har blivit svagare. Vi kan studera utvecklingen av detta samband direkt. I figur 2.16 presenteras utvecklingen av sambandet mellan familjens disponibla inkomst (logaritmerade värden) och barns hälsa. Av analysen framgår att hälsans inkomstgradient har minskat avsevärt sedan 1990. En förklaring är det mönster som redovisades i Bilaga 2, där det framgår att sambandet mellan disponibel inkomst och barns hälsa inte är linjärt utan att inkomstskillnader i toppen av inkomstfördelningen inte innebär lika stora skillnader i hälsa som skillnader längre ned i fördelningen. Sam-



Figur 2.16 Utveckling av inkomstgradienten i barns hälsa.

tidigt kan vi konstatera att ohälsa, mätt som sjukhusinskrivningar, har minskat i den nedre delen av inkomstfördelningen trots att dessa familjen inte har fått några reala inkomstökningar under de studerade två decennierna. Även om de sociala skillnaderna i hälsa är stora, ser det alltså ut som att generella hälsoförbättringar kommer alla barn till del, möjligen tack vare i det närmaste gratis och välutbyggd barnsjukvård och hälsoförebyggande arbete via exempelvis barnavårdscentraler och elevhälsan.

2.6 Diskussion

Utifrån analysen i detta kapitel kan vi konstatera att sambandet mellan familjens sociala status och barnens hälsa, mätt som inskrivningar vid sjukhus, har varit stabilt under de senaste 20 åren, trots relativt stora förändringar i inkomst- och utbildningsfördelningen. Detta gäller oavsett om vi mäter social status med familjens disponibla inkomst eller föräldrarnas utbildning.

Jämfört med barn i de fattigaste, eller lägst utbildade, familjerna löper barn i familjer med högst social status 40–45 procents lägre risk

att skrivas in på sjukhus under ett år. Den sociala gradienten är starkare när det gäller vissa typer av ohälsa, som besvär med andningsorganen eller psykisk ohälsa. Vi finner där att risken att skrivas in är 60–70 procent respektive 70–85 procent lägre för barn i toppen jämfört med barn i botten av fördelningen. Över lag finner vi att dessa gradienter är något starkare för flickor än för pojkar, men att åldersmönster i de sociala gradienterna är likartade för bägge könen. En slutsats är att gradienten blir starkare i tonåren. Våra beräknade värden ligger i linje med dem som presenteras av Bremberg,²² i den mån det går att jämföra populationer, åldrar och diagnoser.

Det generella sambandet mellan hälsa och social status ser ut att vara ganska linjärt i familjens sociala position. Det finns alltså ett likartat samband mellan hälsa och social status över hela fördelningen. Detta linjära samband i familjens socioekonomiska rang innebär att de stora inkomstskillnader som finns i toppen av inkomstfördelningen inte motsvaras av lika stora hälsoförbättringar. En möjlig tolkning är att det finns en lägsta inskrivningsnivå som ges av det medicinska kunskapsläget och vårdteknologin som barn från de mest gynnade miljöerna har nått. I andra änden av fördelningen har vi sannolikt vissa svårigheter att på ett bra sätt mäta inkomster, humankapital och hälsa. Men även med detta i åtanke är sambandet mellan hälsa och social status svagare för de familjer som har de lägsta rapporterade inkomsterna, vilket skulle kunna vara att tecken på att det finns ett socialt skyddsnät och att tillgänglighet till vård är lika god för familjer i botten av fördelningen.

För diagnoser relaterade till psykisk ohälsa samt för utskrivning av adhd-medicin och antidepressiv medicin finner vi däremot att gradienten ändrar tecken i botten av fördelningen och att detta är ett mönster som blivit starkare under senare år. Detta mönster kan knappast enbart förklaras av mätfel. Det är inte heller troligt att det sociala skyddsnätet skulle vara extra gott för dessa barn. En möjlig tolkning av det positiva sambandet i botten av fördelningen är i stället att resurs-svaga familjer inte söker vård i den utsträckning barnen skulle behöva och att detta är särskilt gäller psykisk ohälsa. Enkät svar i ULF visar att

22. Bremberg [2002].

det är så för vuxna, och det skulle alltså kunna vara så även för barn.²³ Vi finner att barn i välutbildade familjer också i större utsträckning får antidepressiv medicin utskrivna. Det är till och med så att den sociala gradienten i läkemedelsförskrivning är positiv i tonåren. Detta skulle kunna vara ett tecken på att dessa ungdomar eller familjer har större kapacitet att efterfråga denna typ av medicinering. Intressant nog gäller detta inte barn i toppen av *inkomstfördelningen*. Vi kan endast spekulera i om det finns ett samband mellan denna skillnad i medicinförskrivning och det faktum att mortaliteten bland barn är relativt hög i toppen av *inkomstfördelningen*, men låg i toppen av *utbildningsfördelningen*. Det är möjligt att tillgänglighet till mediciner – eller kunskap om att de går att få – utgör en skyddsfaktor mot självmord. Christine Lu och hennes medförfattare visar till exempel att självmordsförsök bland unga ökade när förskrivningen av antidepressiva mediciner till unga vuxna minskade som en följd av att FDA (Food and Drug Administration – USA:s ungefärliga motsvarighet till Läkemedelsverket) varnade för riskerna med medicinerna och föreskrev att medicinförpackningarna skulle förses med varningar om att medicinerna kan öka risken för självmord.²⁴

2.7 Sammanfattning

I detta kapitel har vi studerat hur hälsa skiljer sig åt beroende på familjens sociala status. Denna har vi mätt med mått på familjens ekonomiska status och utbildningsstatus. Våra huvudsakliga slutsatser är:

- * Jämfört med barn i familjer med lägst socioekonomisk status har barn med högst social status 40–45 procents lägre risk att skrivas in på sjukhus.
- * Den sociala gradienten i psykisk ohälsa och sjukdomar i andningsorganen ligger mellan 60 och 85 procent och för skador mellan 30 och 40 procent.

23. Lundberg (2000).

24. Lu med flera (2014).

- * De sociala skillnaderna är något starkare för flickor än för pojkar.
- * Den sociala gradienten blir starkare i tonåren. Detta gäller olika typer av ohälsa.
- * Den sociala gradienten är stabil över den tjugoårsperiod vi studerar. När det gäller sjukdomar i andningsorganen, som är den vanligaste diagnosen för små barn, finns tecken på att den sociala gradienten har ökat, det vill säga blivit mer negativ.
- * Det finns tecken på att barn i familjer med låg socioekonomisk status inte söker vård eller förskrivs medicin för psykisk ohälsa. Mortalitets- och skademönstret tyder dock inte på att dessa barn är friskare än andra. Denna företeelse fanns inte i samma utsträckning i början av 1990-talet.

KAPITEL 3

Barn i ekonomiskt utsatta familjer

AV FÖRRA KAPITLET framgick att det finns en social gradient i barns hälsa, när vi mäter denna med sannolikheten att vara inskriven på sjukhus och att hämta ut vissa läkemedel. Vidare såg vi att det generella sambandet var linjärt i familjens inkomst- eller utbildningsrang och att barns hälsa gradvis förbättras när familjens disponibla inkomst ökar. I den absoluta toppen av inkomstfördelningen såg vi tecken på en slags »mättnad« i hälsan, men i botten av fördelningen fanns inte några tecken på inkomstnivåer under vilka situationen är extra allvarlig. Snarare såg vi tecken på motsatsen: att hälsan är mindre känslig för social status i botten av fördelningen.

Det finns dock flera anledningar till att det inkomstmått vi använder inte nödvändigtvis mäter vilka resurser som faktiskt kommer barnet till godo. Föräldrarna kanske inte bor tillsammans och bidrar inte på samma sätt till försörjningen av sitt gemensamma barn. I så fall är det möjligt att det hushåll där barnet bor kan vara ekonomiskt utsatt även om den frånvarande biologiska föräldern har en hög inkomst.¹

1. En fjärdedel av barnen i Sverige har separerade föräldrar. Av dessa bor 30 procent växelvis hos sina föräldrar, 60 procent bor hos sin biologiska mamma och 10 procent hos sin biologiska pappa. I de fall barnet i huvudsak bor hos den ene föräldern ska den andre betala underhållsbidrag, vilket beräknas efter barnets behov och föräldrarnas ekonomiska förmåga. Om underhållsbidrag inte lämnas ska barnet få

Det kan också vara så att någon av föräldrarna bor tillsammans med en vuxen som inte är barnets biologiska förälder och att familjen därför har mer pengar än vad vi mäter med vårt mått.² Slutligen kan föräldrarna ha en ekonomisk buffert i form av andra tillgångar som de kan realisera som inte fångas upp i den disponibla inkomsten.

I detta kapitel fokuserar vi på barn i familjer som verkligen lever i ekonomisk utsatthet. För att fånga upp dessa barn har vi valt att studera hälsan hos barn vars föräldrar (eller i alla fall den ena av föräldrarna) bor i ett hushåll som tar emot ekonomiskt bistånd (det som ibland kallas för socialbidrag). Det finns flera anledningar till att vi tror att vi på detta sätt fångar upp familjer som lever i svår ekonomisk utsatthet. För det första är det ekonomiska biståndet behovsprövat på hushållsnivå, vilket innebär att hushållet bara beviljas bidrag om alla andra möjligheter till försörjning är uttömda. Hushållet får inte ha pengar på banken eller andra tillgångar som går att realisera. Att prövningen sker på hushållsnivå medför också att det inte räcker om en har låg inkomst om hushållet består av två vuxna.

Behovsprövningen innebär således att personer i hushåll som beviljas ekonomiskt bistånd verkligen är ekonomiskt utsatta, eftersom de saknar finansiella reserver och annan möjlighet till försörjning. För det andra är det inte troligt att familjer söker hjälp i onödan eftersom det finns ett negativt stigma associerat med att söka hjälp hos socialtjänsten.³ Dessutom tvingas man redovisa sin ekonomiska situation i detalj för socialsekreteraren, vilket kan vara både besvärligt och emotionellt jobbigt. Den skam som kan vara förknippad med att söka hjälp från socialen kan naturligtvis även hindra vissa fattiga familjer att över huvud taget söka hjälp. Dessa familjer missar vi tyvärr när vi gör på detta sätt.

Att disponibel inkomst inte nödvändigtvis är ett perfekt mått på familjens finansiella situation framgår också tabell 3.1 där vi delar upp barnen i tio lika stora grupper (så kallade *inkomstdeciler*) utifrån famil-

underhållsstöd. Storleken på underhållsstödet har kommit att bli normerande även för underhållsbidraget (SOU 2011:51).

2. En fjärdedel av särlevnadshushållen består av ombildade familjer (SOU 2011:51).

3. Detta diskuteras av exempelvis Starrin (2008).

jens disponibla inkomst. Uppdelningen är gjord så att barnen i familjer med de 10 procent lägsta inkomsterna utgör den första inkomstdecilen, de med de 11–20 procent lägsta inkomsterna den andra och så vidare. Vi undersöker sedan hur många av barnen i varje grupp som har föräldrar med ekonomiskt bistånd. Som förväntat finns en stark korrelation mellan familjens placering i inkomstfördelningen och andelen hushåll med ekonomiskt bistånd. I den lägsta decilen är det nästan en tredjedel av barnen som har åtminstone en förälder som bor i ett hushåll som tar emot ekonomiskt bistånd, medan andelen har sjunkit till en fjärdedel i den näst lägsta decilen. Men siffrorna i tabellen indikerar också att majoriteten av barnen i den lägsta inkomstdecilen inte nödvändigtvis kan betecknas som ekonomiskt utsatta, i bemärkelsen att de får ekonomiskt bistånd. Detta kan bero på att någon av föräldrarna lever tillsammans med en person som har högre inkomst, eller att familjen har andra resurser än den disponibla inkomsten att leva på. Men det kan naturligtvis även vara så att familjen är ekonomiskt utsatt men på grund av det sociala stigmat eller något annat skäl valt att ändå inte ansöka om ekonomiskt bistånd.

Av tabellen framgår också att det även bland familjerna i de övre inkomstdecilerna faktiskt finns barn där åtminstone den ena föräldern tar emot ekonomiskt bistånd: bland tiondelen barn med de högsta disponibla familjeinkomsterna gäller detta knappt en procent av barnen. Detta har två tänkbara förklaringar. För det första sker behovsprövningen på månadsbasis, vilket innebär att ett hushåll kan ha väldigt låg inkomst i början av året och därför vara berättigat till ekonomiskt bistånd under dessa månader, men sen få en rejäl ökning i den disponibla inkomsten. Den andra, och kanske mer troliga förklaringen är, att vi när vi beräknat familjens disponibla inkomst helt enkelt summerat inkomsten i de biologiska föräldrarnas familjer. I realiteten är det dock inte säkert att bägge föräldrarna faktiskt bidrar (i alla fall i någon större utsträckning) till barnets försörjning. En ensamstående förälder kan alltså behöva ekonomiskt bistånd även om barnets andra biologiska förälder är välbeställd.

Den sista kolumnen i tabell 3.1 visar motsvarande andelar när barnen är rangordnade efter föräldrarnas utbildning (inkomstgradierad). Dessa andelar är mycket lika motsvarande andelar i kolumn 2. Dock är det några fler barn även i de högsta decilgrupperna som tar emot

Tabell 3.1 Andel med ekonomiskt bistånd i respektive inkomstdecil.

Decil	Inkomstrang	Utbildningsrang
1	32,1	33,0
2	24,5	18,1
3	14,8	11,8
4	9,1	9,0
5	6,1	7,6
6	4,3	6,3
7	3,3	5,1
8	2,5	3,8
9	1,8	2,5
10	0,9	1,1

Källa: egen bearbetning.

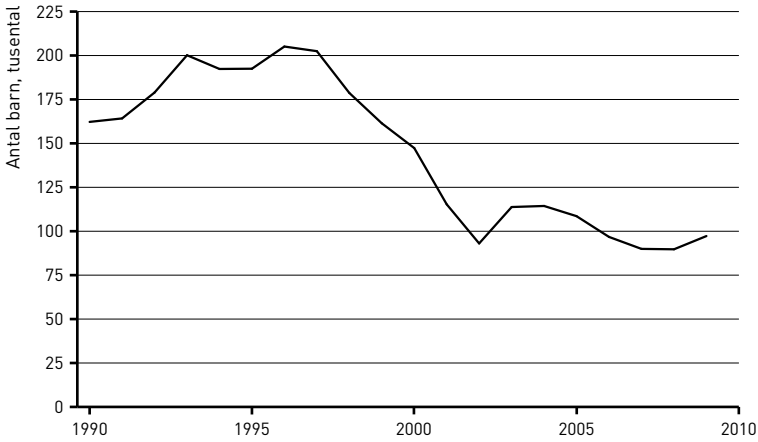
ekonomiskt bistånd när vi rangordnar barnen efter föräldrarnas utbildning än efter familjens disponibla inkomst.

Den slutsats vi drar av siffrorna i tabell 3.1 är att vi sannolikt bättre fångar upp barn som lever under mycket knappa ekonomiska förhållanden genom att fokusera på barn i hushåll som tar emot ekonomiskt bistånd snarare än att fokusera på barn i familjer med de lägsta disponibla inkomsterna. Figur 3.1 visar hur många barn detta rör sig om och hur antalet har varierat över tiden. Vi ser från figuren att det under 1990-tals-krisen rörde sig om mer än 200 000 barn. Antalet har därefter halverats till cirka 100 000 barn i samband med att den svenska ekonomin återhämtat sig.

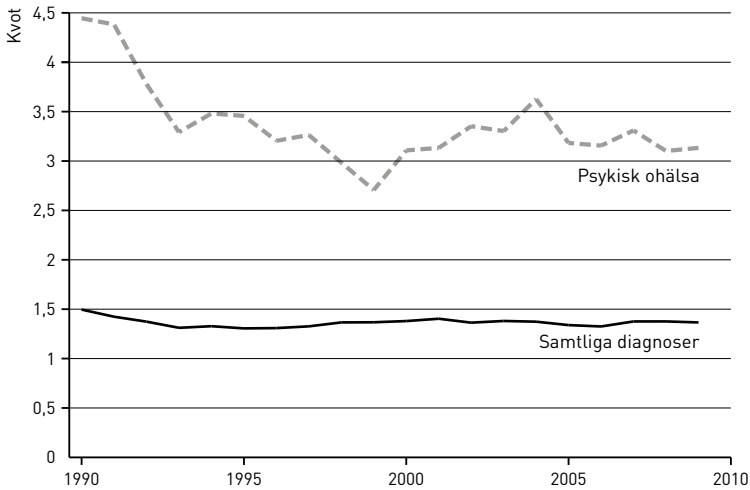
3.1 Sämre hälsa hos ekonomiskt utsatta barn

Hur skiljer sig då hälsan, mätt med mortalitet, sjukhusinskrivningar och läkemedelsförskrivningar, bland barn i familjer med och utan ekonomiskt bistånd och har denna skillnad förändrats i samband med att antalet barn i familjer med ekonomiskt bistånd varierat över tiden?

Figur 3.2 jämför hur stor andel av barnen i familjer med ekonomiskt bistånd som var inskrivna på sjukhus jämfört med barn i familjer utan



Figur 3.1 Antal barn i hushåll som tar emot ekonomiskt bistånd.
Källa: egen bearbetning.



Figur 3.2 Kvoten mellan sjukhusinskrivningar (samtlige diagnoser och psykisk ohälsa) för barn i familjer med och utan ekonomiskt bistånd, 1990–2009.



DATARUTA: BESKRIVNING AV DATA SOM ANVÄNDS I KAPITEL 3

Analysen i detta kapitel bygger på data över barn i åldern 0–18 år under perioden 1990–2009. För att inte riskera att få med barn som faktiskt inte vistas i Sverige plockar vi bort barn där de biologiska föräldrarnas disponibla inkomst är noll eller tillhör de två lägsta percentilerna under något år under perioden.* Vi har dessutom tagit bort nyanlända invandrare (barn vars föräldrar vistas i Sverige mindre än sex år). Anledningen till detta är att personer den första tiden i Sverige deltar i diverse introduktionsprogram som vanligtvis finansieras via ekonomiskt bistånd. På grund av databegränsningar tar vi inte heller med barn som avlidit samma kalenderår som de fötts.

Detta ger oss ett urval av i genomsnitt 1,75 miljoner barn per år. Vi har information om mortalitet, sjukhusinskrivningar, diagnoser, läkemedelsförskrivningar (2006–2009), föräldrarnas ålder, utbildning, tid sedan invandring (om föräldern är utrikes född), om föräldrarna bor tillsammans, har varit inskrivna på sjukhus samt uppgifter om föräldrarnas disponibla inkomster och om de har tagit emot ekonomiskt bistånd.

Tabell 3.2 visar beskrivande statistik för dessa barn. Vårt urval består av ungefär lika många pojkar som flickor och barnen är i genomsnitt drygt nio år. Varje år dör i genomsnitt 0,18 barn per 1 000, drygt 50 barn per 1 000 är inskrivna på sjukhus någon gång under året och knappt 50 procent av barnen får något läkemedel utskrivet under året. Den genomsnittliga disponibla familjeinkomsten är knappt 400 000 kronor men den varierar mycket mellan familjerna. Drygt 8 procent av barnen har antingen en mamma eller pappa som under året någon gång tagit emot ekonomiskt bistånd. Av tabellen framgår också att ungefär tre fjärdedelar av barnen har biologiska föräldrar som bor tillsammans och 8 procent har föräldrar som båda är födda utanför Sverige.

* Familjens disponibla inkomst är beräknad på samma sätt som i det föregående kapitlet, det vill säga genom att summera hälften av mammans disponibla inkomst med hälften av pappans disponibla inkomst. I de fall bara den ena biologiska föräldern är vid liv, beräknas i stället familjens disponibla inkomst som totalen av den levande föräldrarnas disponibla inkomst.

ekonomiskt bistånd. Ett värde större än 1 innebär att inskrivningar är vanligare i den förra gruppen. Vi visar detta både för inskrivningar med samtliga diagnoser (heldragen linje) och för diagnoser relaterade till psykisk ohälsa (streckad linje). Under hela den tidsperiod som vi

Tabell 3.2 Beskrivande statistik för de barn vi studerar.

	Samtliga barn	Barn i hushåll med ekonomiskt bistånd	Barn i hushåll utan ekonomiskt bistånd
Andel flickor	48,6 %	48,4 %	48,7 %
Ålder	9,18	9,34	9,17
Mortalitet	0,182	0,405	0,162
Inskrivning på sjukhus	50,16	68,15	48,55
Psykisk ohälsa	1,61	4,32	1,37
Andningsorganen	11,03	15,30	10,65
Skador och förgiftningar	10,00	13,90	9,66
Läkemedelsförskrivning	478	493	477
Adhd-medicin	6,98	18,27	6,34
Antidepressiv medicin	5,39	10,73	5,08
Andel med ekonomiskt bistånd	8,2 %	100 %	0 %
Moders ålder	38,1	36,4	38,3
Faders ålder	40,9	40,0	40,9
Moders utbildning (år)	12,0	10,5	12,1
Faders utbildning (år)	11,8	10,6	11,9
Disponibel inkomst	392 244	249 500	405 001
Sammanboende föräldrar	75,6 %	31,9 %	79,5 %
Bägge föräldrarna födda utanför Sverige	8,1 %	22,2 %	6,8 %
Antal barn*tid	35 403 333	2 904 454	32 498 879

Anmärkning: Mortalitet, inskrivningar, diagnoser och läkemedelsförskrivningar anges för antal barn per 1 000 barn.

Källa: egen bearbetning.

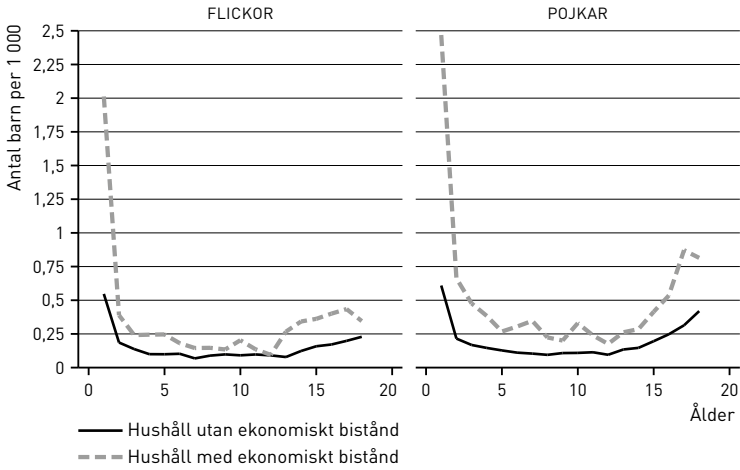
studerar är ekonomiskt utsatta barn i större utsträckning inskrivna på sjukhus än andra. Skillnaden var som störst i början av 1990-talet och särskilt stor vad gäller psykisk ohälsa, men minskar sedan något i samband med den ekonomiska krisen, då antalet biståndshushåll steg

avsevärt. För inskrivningar relaterade till psykisk ohälsa ökar kvoten åter i samband med att den svenska ekonomin återhämtar sig i början av 2000-talet.

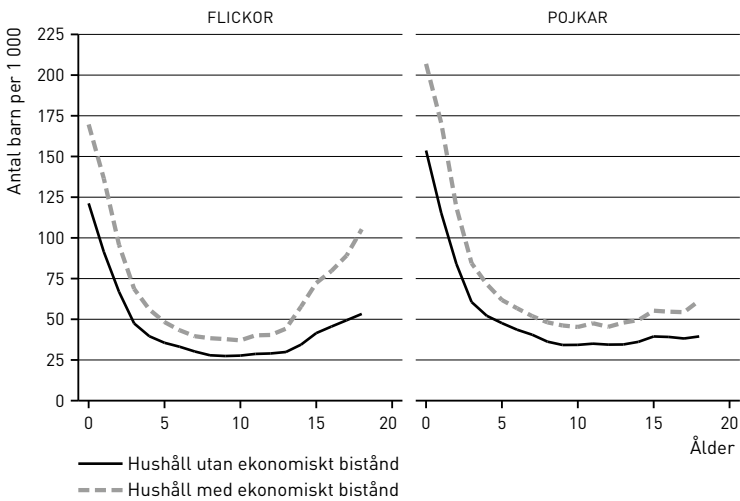
Figurerna 3.3 a–g visar hur de olika hälsomåttén skiljer sig åt mellan grupperna uppdelat på pojkar och flickor och efter olika åldrar. Av figurerna framgår att det finns skillnader i hälsoutfall mellan barn med och utan ekonomiskt bistånd både för pojkar och flickor och för alla åldrar. För mortalitet (figur 3.3a) är skillnaderna störst när barnen är riktigt små och när de blir tonåringar, och skillnaden är störst för pojkar. För inskrivningar vid sjukhus (figur 3.3b) är skillnaderna störst för tonårfflickor. Studerar vi de tre diagnoser som är vanligt förekommande i olika åldrar (andningsorganens sjukdomar, skador och psykiska sjukdomar) närmare finner vi liknande mönster (se figurerna 3.3c–e).

När det gäller läkemedelsförskrivningar generellt (figur 3.3f) verkar det inte finnas några tydliga skillnader mellan barn i familjer med och utan ekonomiskt bistånd. Vi fann ju också i kapitel 2 att den sociala gradienten när det gällde läkemedel var positiv när socioekonomisk status mättes med familjens disponibla inkomst. Men om vi i stället studerar förskrivningar av antidepressiv medicin eller medicin för adhd är skillnaderna betydande. För antidepressiv medicin uppstår skillnaden först i tonåren, vilket delvis beror på att det är väldigt ovanligt att yngre barn förskrivs sådan medicin. När det gäller medicin för adhd uppstår skillnaderna när barnen fyller fem och skillnaden är dessutom betydligt större för pojkar än för flickor. Även detta hänger förmodligen samman med att det främst är pojkar som medicineras för adhd.

Sammanfattningsvis tyder denna första grafiska analys på att barn i ekonomiskt utsatta familjer har sämre hälsa än andra barn, men att skillnaderna varierar något med barnens ålder och kön beroende på vilket hälsomått vi använder. Vi vill också poängtera att även om figurerna visar på skillnader i sjukhusinskrivningar och mortalitet mellan barn i ekonomiskt utsatta familjer och andra familjer så säger dessa skillnader inget om huruvida det är den ekonomiska utsattheten i sig som orsakar den sämre hälsan. Det kan mycket väl finnas bakomliggande faktorer som påverkar såväl sannolikheten för att hamna i ekonomisk utsatthet som barnens hälsa. I vissa fall kan också barnets

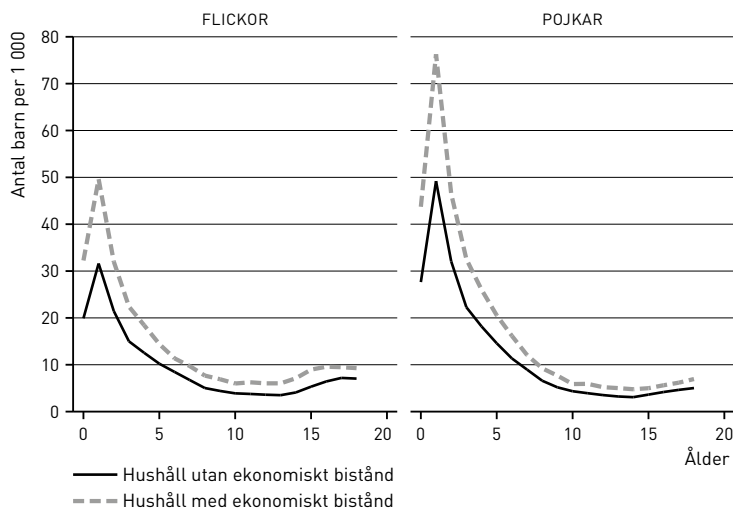


Figur 3.3a Mortalitet per 1 000 barn, uppdelat på kön och ålder.

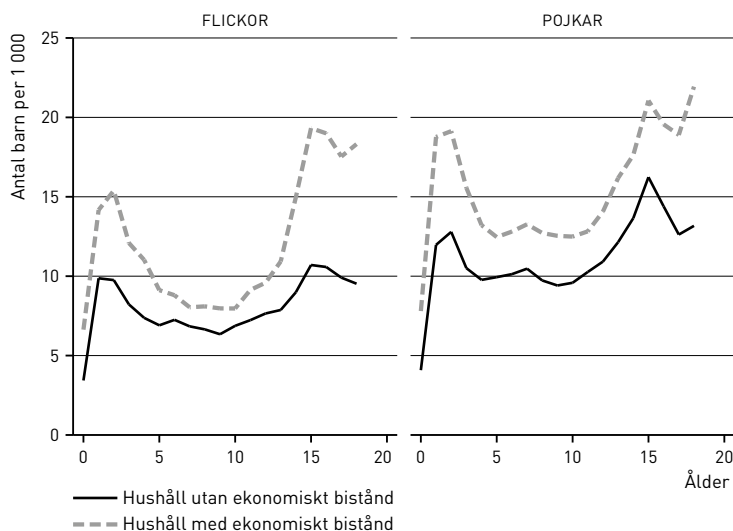


Figur 3.3b Sjukhusinskrivningar per 1 000 barn, uppdelat på kön och ålder.

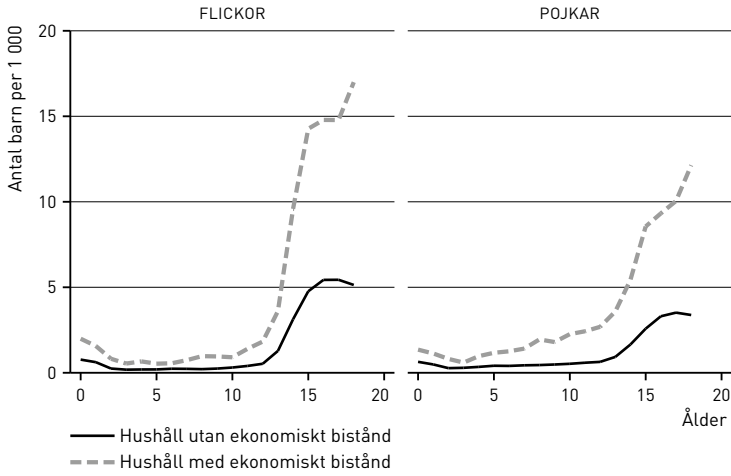
HELLRE RIK OCH FRISK



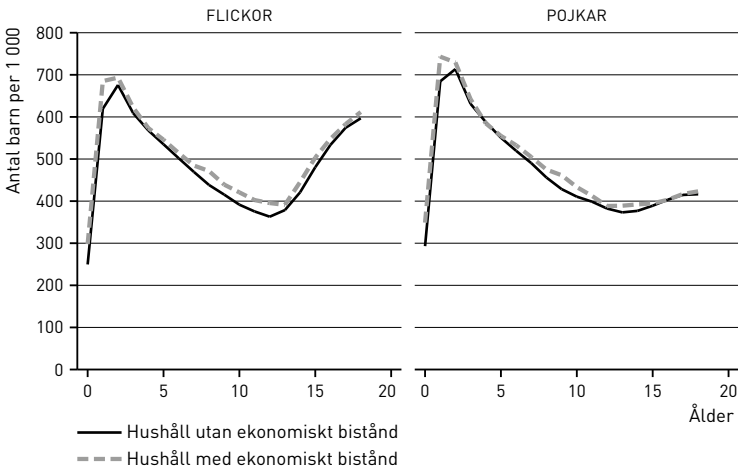
Figur 3.3c Sjukhusinskrivningar, diagnos: andningsorganen, per 1 000 barn, uppdelat på kön och ålder.



Figur 3.3d Sjukhusinskrivningar, diagnos: skador och förgiftningar, per 1 000 barn, uppdelat på kön och ålder

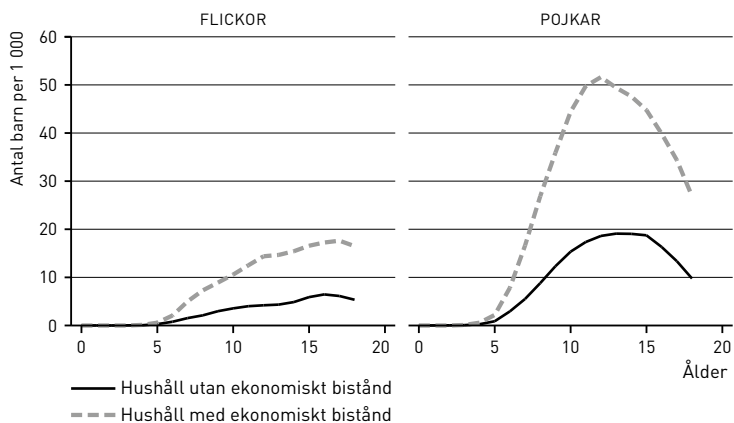


Figur 3.3e Inskrivna, diagnos: psykisk ohälsa, per 1 000 barn, uppdelat på kön och ålder.

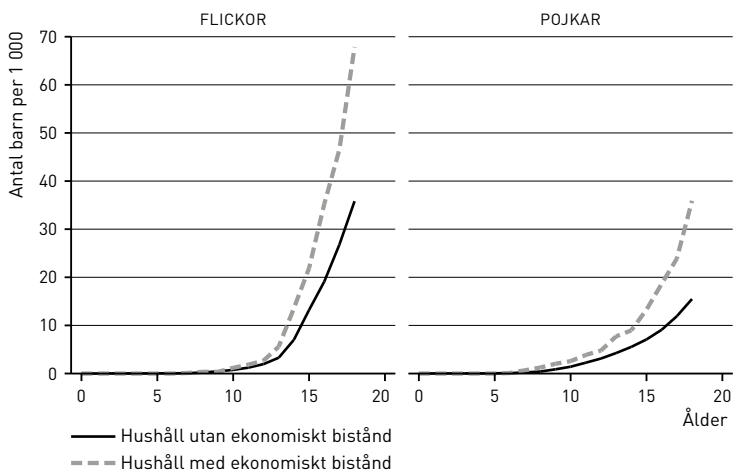


Figur 3.3f Barn med läkemedelsförskrivning, per 1 000 barn.

HELLRE RIK OCH FRISK



Figur 3.3g Barn med adhd-medicin, per 1 000 barn.



Figur 3.3h Barn med antidepressiv medicin, per 1 000 barn.

sjukdom göra det svårt för föräldrarna att arbeta och därmed leda till ekonomisk utsatthet snarare än tvärtom. I avsnitt 3.3 utreder vi dessa faktorer närmare.

3.2 Hur stora är hälsoskillnaderna?

Med hjälp av regressionsanalys ska vi nu försöka få en uppfattning om hur stora dessa skillnader är i genomsnitt.⁴ Vi tar här hänsyn till att inskrivningsfrekvensen och mortaliteten varierar med barnens ålder och kön. Vi tillåter också att den genomsnittliga nivån på respektive hälsomått kan ha förändrats mellan åren, eftersom det kan finnas förändringar i exempelvis vilka diagnoser som kräver inskrivning vid sjukhus samt vilka läkemedel som skrivs ut. Resultaten redovisas i tabell 3.3. Siffran i den första kolumnen redovisar den absoluta skillnaden i de olika hälsomåtten mellan barn i familjer med och utan ekonomiskt bistånd (efter att vi tagit hänsyn till barnens ålder och kön). För att få en uppfattning om hur stor denna skillnad är jämför vi, i kolumn 3, den beräknade uppskattningen med hälsomåttets medelvärde (kolumn 2). På så sätt får vi en uppfattning om hur stor skillnaden är, relativt sett.

Från tabellens första rad framgår att barn i familjer med ekonomiskt bistånd löper betydligt större risk att dö än barn i familjer utan ekonomiskt bistånd – 0,24 fler barn per 1 000 dör i denna grupp, vilket motsvarar en förhöjd risk med 131 procent (0,239/0,182). Det är också 40 procent vanligare att barn i ekonomiskt utsatta familjer blir inskrivna på sjukhus. Hälsoskillnaden mellan barn i ekonomiskt utsatta hushåll och andra barn är alltså i samma storleksordning som skillnaden i hälsa mellan barn i de fattigaste och rikaste hushållen. Samma siffra gäller även att bli inskriven med diagnos relaterad till skador och förgiftningar eller sjukdom i andningsorganen, medan risken är hela 186 procent högre att bli inskriven med diagnos relaterad till psykisk ohälsa för barn med föräldrar som tar emot ekonomiskt bistånd. Det finns även en rejält förhöjd risk att bli medicinerad mot

4. Se Metodruta 5 för en närmare beskrivning av de regressionsmodeller som skattas i detta kapitel.

Tabell 3.3 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 %
Inskrivnen 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.

depression eller adhd, medan skillnaden i läkemedelsförskrivning i allmänhet är mycket små mellan grupperna.

Det är inte uppenbart om det är det absoluta eller det relativa måttet man ska titta på när man vill bedöma om en skillnad är stor eller liten, eftersom en stor absolut skillnad inte alltid är detsamma som en stor relativ skillnad. Jämför till exempel de beräknade uppskattningarna för de två diagnoserna sjukdom i andningsorganen och psykisk ohälsa, där det förra är större än det andra (4,14 jämfört med 2,99). Å andra sidan är det också vanligare med inskrivningar för sjukdomar i andningsorganen (11 barn per 1 000 jämfört med dryg 1,6 per 1 000 för psykisk ohälsa). Detta innebär att den relativa skillnaden är betydligt större för psykisk ohälsa (186 procent jämfört med 40 procent).

Det verkar alltså som att den psykiska hälsan är särskilt dålig för barn som lever under ekonomisk utsatthet – risken att bli inskriven med diagnos för psykisk ohälsa är förhöjd med 186 procent och sannolikheten att använda antidepressiv medicin är drygt 70 procent högre för barn i ekonomiskt utsatta familjer. Skillnaderna mellan barn med och utan ekonomiskt bistånd är alltså betydligt större än de skillnader mellan barn som vi redovisade i kapitel 2. En förklaring till att

skillnaderna är stora i just psykisk ohälsa kan vara att familjer med ekonomiskt bistånd upplever stark stress, vilket i sin tur påverkar föräldrarnas beteende och därmed barnens situation. Denna förklaring är relaterad till den tredje dimensionen som lyfts fram av Cutler och hans medförfattare och som vi diskuterade i kapitel 1, nämligen familjens rang i den sociala strukturen.⁵

I den svenska kontexten, där ekonomiskt bistånd utgör det yttersta skyddsnätet och är behovsprövat, är det rimligt att utgå från att personer som tar emot hjälp från socialtjänsten också upplever att de står lågt i rang i samhället. Dessutom kan ju den ekonomiska utsattheten vara en följd av föräldrarnas dåliga psykiska eller fysiska hälsa, vilken i sin tur kan samvariera med barnens psykiska och fysiska hälsa.⁶

I kapitel 2 fanns också resultat som tydde på att barn i familjer med de lägsta disponibla inkomsterna faktiskt hade bättre psykisk hälsa (figur 2.14) än barn i familjer med något högre inkomster. Detta mönster var så starkt att vi misstänkte att det inte enbart kunde bero på mätfel i disponibel inkomst, utan snarare var tecken på underkonsumtion av vård bland dessa hushåll. Samtidigt finner vi rejält sämre psykisk hälsa hos barn i familjer med ekonomiskt bistånd. Hur ska man förstå dessa två delvis motstridiga resultat? Det finns två möjliga tolkningar. Den ena är att vi även i detta kapitel underskattar den faktiska psykiska ohälsan bland dessa barn och att skillnaderna är ännu större. Den andra är att de hushåll som i större utsträckning söker ekonomisk hjälp när de hamnar i ekonomiska problem också är de som i större utsträckning söker vård när barnen mår dåligt. I så fall innebär det att det bland familjer med låg disponibel inkomst finns föräldrar som inte söker vård när deras barn mår dåligt och inte heller vänder sig till socialtjänsten för att få ekonomisk hjälp.

5. Cutler med flera (2011).

6. Enligt Socialstyrelsen var »Arbetshinder: sociala skäl«, det huvudsakliga försörjningshindret för drygt 10 procent av mottagarna av ekonomiskt bistånd. I drygt 6 procent av familjerna med ekonomiskt bistånd hade åtminstone en av föräldrarna varit inskriven med en diagnos relaterad till psykisk ohälsa, vilket kan jämföras med drygt en halv procent i familjerna utan ekonomiskt bistånd. Av de barn som hade åtminstone en förälder med psykisk ohälsa (inskriven med diagnos relaterad till psykisk ohälsa) levde hela 44 procent i hushåll med ekonomiskt bistånd, medan motsvarande siffra för barn vars föräldrar inte varit inskrivna på grund av psykisk ohälsa var knappt 8 procent. Socialstyrelsen (2013a).

Tabell 3.4 Sambandet mellan ohälsa och ekonomiskt bistånd, uppdelat på flickor och pojkar.

	Flickor			Pojkar		
	Ytterligare fall per 1 000 barn för barn i familjer med ekonomiskt bistånd	Antal fall per 1 000 flickor. Medelvärde för alla flickor	Förhöjd risk för barn i familjer med ekonomiskt bistånd. Procentuell förändring	Ytterligare fall per 1 000 barn för barn i familjer med ekonomiskt bistånd	Antal fall per 1 000 pojkar. Medelvärde för alla pojkar	Förhöjd risk för barn i familjer med ekonomiskt bistånd. Procentuell förändring
Mortalitet	0,183	0,155	118 %	0,292	0,207	141 %
Inskrivnen vid sjukhus	21,90	46,74	46,9 %	17,82	53,39	33,4 %
Andningsorganen	4,22	9,69	43,6 %	4,75	12,31	38,5 %
Skador och förgiftningar	4,06	8,36	48,6 %	4,21	11,56	36,4 %
Psykisk ohälsa	3,33	1,87	178 %	2,66	1,37	194 %
Läkemedels-förskrivningar	22,46	488	4,6 %	15,46	468	3,3 %
Adhd-medicin	6,20	3,25	191 %	16,61	10,52	158 %
Antidepressiv medicin	5,96	6,99	85 %	4,06	3,87	105 %

Anmärkning: Resultat från en linjär sannolikhetsmodell. Kontroller för barnets ålder, kön samt årseffekter.

3.2.1 FLICKOR OCH POJKAR

I analysen ovan har vi redovisat genomsnittliga samband. Ser sambanden likadana ut för pojkar och flickor? Detta undersöks i tabell 3.4. Först och främst kan vi konstatera att det finns skillnader i de olika ohälsomåttens mellan pojkar och flickor, vilket även framgick av kapitel 1. Av medelvärdena som rapporteras i tabellen framgår till exempel att mortaliteten är högre hos pojkar än hos flickor och att pojkarna även i större utsträckning är inskrivna vid sjukhus. Ett undantag är inskrivning med psykisk diagnos som är vanligare för flickor. Flickor

får också i större utsträckning antidepressiva mediciner utskrivna, medan det för pojkar är vanligare med medicin mot adhd.

Om vi däremot undersöker hur de olika ohälsomåttens samvarierar med att barnens föräldrar tar emot ekonomiskt bistånd är skillnaden mellan könen mindre. Även om vissa av siffrorna som presenteras i kolumn 1 och 4 skiljer sig åt (se till exempel risken att dö som är något mer förhöjd för pojkar i familjer med ekonomiskt bistånd) så är den procentuella skillnaden (i kolumn 3 och 6) mellan pojkar och flickor inte särskilt stor. Sambandet mellan ekonomisk utsatthet och de olika hälsomåttens tycks alltså vara ungefär detsamma för pojkar och flickor.

3.2.2 FÖRÄLDRARNA FÖDDA I ELLER UTANFÖR SVERIGE

I tabell 3.5 undersöker vi i stället hur ekonomisk utsatthet samvarierar med barns hälsa beroende på föräldrarnas födelseland; vi skiljer på barn med bägge föräldrarna födda utanför Sverige och barn med åtminstone en förälder född i Sverige. Notera att dessa två grupper skiljer sig mycket när det gäller att ta emot ekonomiskt bistånd. Hela 22,5 procent av barnen med utländsk bakgrund har föräldrar som tar emot ekonomiskt bistånd, jämfört med cirka 8 procent för övriga.

Av tabellen framgår att medelvärdena till viss del skiljer sig åt mellan grupperna. Mortaliteten är högre för barn med utländsk bakgrund, medan barn med svensk bakgrund i större utsträckning är inskrivna vid sjukhus. Det är också mindre vanligt att barn med utländsk bakgrund medicinerar för depression eller adhd. Sambandet mellan ekonomisk utsatthet och ohälsa är betydligt starkare för barn med åtminstone en förälder född i Sverige. Medan risken i denna grupp att dö under ett visst år är 145 procent i familjer med ekonomiskt bistånd är motsvarande förhöjda risk endast 55 procent i gruppen med utrikes födda föräldrar. Även mätt i absoluta mått är risken att dö betydligt mer förhöjd bland ekonomiskt utsatta barn i den förra gruppen, 0,257 fler barn per 1 000 att jämföra med 0,129 barn per 1 000 bland barn med utrikes födda föräldrar. Liknande skillnader framkommer även i övriga hälsomått, med undantag för läkemedelsförskrivning. Här är dock skillnaden mellan barn i ekonomisk utsatthet och andra väldigt liten.

En förklaring till att sambandet mellan ekonomisk utsatthet och ohälsa är betydligt svagare bland barn med utrikes födda föräldrar kan vara att orsaken till att man behöver ekonomiskt bistånd skiljer sig åt

Tabell 3.5 Sambandet mellan ohälsa och ekonomiskt bistånd, uppdelat på om bägge föräldrarna är utrikes födda eller inte.

	Bägge föräldrar födda utanför Sverige			Åtminstone en förälder född i Sverige		
	Ytterligare fall per 1 000 barn för barn i familjer med ekonomiskt bistånd	Antal fall per 1 000 barn. Medelvärde för alla barn	Förhöjd risk för barn i familjer med ekonomiskt bistånd. Procentuell förändring	Ytterligare fall per 1 000 barn för barn i familjer med ekonomiskt bistånd	Antal fall per 1 000 barn. Medelvärde för alla barn	Förhöjd risk för barn i familjer med ekonomiskt bistånd. Procentuell förändring
Mortalitet	0,129	0,235	54,9 %	0,257	0,177	145 %
Inskrivnen vid sjukhus	13,09	45,39	28,8 %	22,25	50,58	44,0 %
Andningsorganen	2,82	9,62	29,3 %	5,02	11,16	45,0 %
Skador och förgiftningar	2,78	9,07	30,7 %	4,82	10,09	47,8 %
Psykisk ohälsa	1,53	1,96	78,1 %	3,40	1,58	215 %
Läkemedels-föreskrivningar	23,58	493,6	4,8 %	10,01	476,0	2,1 %
Adhd-medicin	1,62	3,85	42,1 %	16,80	7,33	229 %
Antidepressiv medicin	0,69	3,08	22,4 %	7,37	5,64	131 %

Anmärkning: Resultat från en linjär sannolikhetsmodell. Kontroller för barnets ålder, kön samt årseffekter.

mellan grupperna. År 2012 uppgav till exempel 15 procent av inrikes födda biståndsmottagare att deras huvudsakliga försörjningshinder var »Arbetshinder: sociala skäl» medan motsvarande siffra för utrikes födda var 8 procent.⁷ Detta tyder på att de sociala problemen är större i ekonomiskt utsatta familjer med föräldrar födda i Sverige än i motsvarande familjer med utrikes födda föräldrar. Detta är sannolikt en viktig förklaring till att den förhöjda risken att drabbas av ohälsa om

7. Socialstyrelsen (2013a).

föräldrarna mottar ekonomiskt bistånd är betydligt mindre för barn med utländsk bakgrund.

3.2.3 EKONOMISK UTSATTHET I GODA OCH DÅLIGA TIDER

Skillnaden i hur mottagande av ekonomiskt bistånd och barnens hälsa samvarierar för barn med och utan utländsk bakgrund pekar på att orsaken till att man behöver ekonomiskt bistånd har betydelse för hur den ekonomiska utsattheten påverkar barnen. Vi visade i inledningen till detta avsnitt att andelen barn som lever i familjer som får ekonomiskt bistånd har minskat kraftigt sedan den ekonomiska krisen i början av 1990-talet. Det är möjligt att familjer som fick ekonomiskt bistånd då inte var ekonomiskt och socialt utsatta på samma sätt som familjer som mottar ekonomiskt bistånd under en högkonjunktur.

Tabell 3.6 Sambandet mellan ohälsa och ekonomiskt bistånd, uppdelat på goda eller dåliga tider.

	1996–1997 (över 200 000 barn i familjer med ekonomiskt bistånd)			2007–2008 (under 90 000 barn i familjer med ekonomiskt bistånd)		
	Ytterligare fall per 1 000 barn för barn i familjer med ekonomiskt bistånd	Antal fall per 1 000 barn. Medelvärde för alla barn	Förhöjd risk för barn i familjer med ekonomiskt bistånd. Procentuell förändring	Ytterligare fall per 1 000 barn för barn i familjer med ekonomiskt bistånd	Antal fall per 1 000 barn. Medelvärde för alla barn	Förhöjd risk för barn i familjer med ekonomiskt bistånd. Procentuell förändring
Mortalitet	0,167	0,171	97,7 %	0,136	0,141	96,5 %
Inskrivnen vid sjukhus	17,81	54,49	32,7 %	17,84	45,45	39,3 %
Andningsorganen	4,66	12,33	37,8 %	3,26	9,05	36,0 %
Skador och förgiftningar	3,45	10,24	33,7 %	4,44	9,80	45,3 %
Psykisk ohälsa	2,36	1,34	176 %	4,11	2,18	189 %

Anmärkning: Resultat från en linjär sannolikhetsmodell. Kontroller för barnets ålder, kön samt årseffekter.

Det är också så att familjer som mottar ekonomiskt bistånd idag ofta gör det under en längre period än under början av 1990-talet.⁸ I tabell 3.6 undersöker vi om denna förmodade skillnad påverkar sambandet mellan ekonomiskt bistånd och barns hälsa. Det framträder inga skillnader mellan perioderna 1996–1997 och 2007–2008 när det gäller mortalitet eller inskrivningar med diagnoser kopplade till andningsorganen. Sambandet mellan inskrivningar på sjukhus och inskrivningar med diagnoser relaterade till skador och förgiftningar ser däremot ut att vara starkare under den senare perioden då andelen barn i familjer med ekonomiskt bistånd var mycket lägre.

8. Se till exempel figur 4.1 i Dahlberg med flera (2008).

METODRUTA 5. VILKEN ANALYS LIGGER BAKOM TABELLERNA I KAPITEL 3?

Resultaten i tabellerna 3.3–3.6 kommer från skattningar av en linjär sannolikhetsmodell av formen

$$Y_{it} = \alpha + \beta \text{ekonomisk utsatthet}_{it} + \partial X_{it} + \tau_t + \varepsilon_{it},$$

där Y är ett mått på barnets hälsa, *ekonomisk utsatthet* en indikatorvariabel för om åtminstone en av barnets biologiska föräldrar lever i ett hushåll som tar emot ekonomiskt bistånd, X är kontroller för barnets ålder och kön och τ är en årsfix effekt.

De estimat som redovisas i tabellerna är samtliga statistiskt signifikanta på 1-procentsnivå med robusta standardfel klustrade på mamman.

De koefficienter som redovisas i figur 3.11 och 3.12 är parameterestimaten från följande regression

$$Y_{it} = \alpha + \sum_{j=1-4}^{t+4} \beta_j \text{ekonomisk utsatthet}_{ij} + \partial X_{it} + \tau_t + f_i + \varepsilon_{it},$$

där X består av kontroller för barnets ålder och kön.

3.3 Beror skillnaderna på familjebakgrund?

Det tycks alltså vara så att barn i familjer som mottar ekonomiskt bistånd har en påtagligt förhöjd risk att skrivas in på sjukhus jämfört med andra barn, i synnerhet gäller detta vård till följd av psykisk ohälsa. Samtidigt är det viktigt att fråga sig i vilken utsträckning detta handlar om den ekonomiska utsattheten i sig och hur mycket av sambanden i tabell 3.3 som förklaras av andra egenskaper hos dessa familjer och barn som också kan tänkas samvariera med barnens hälsa. Detta är naturligtvis mycket svårt att svara på då vi som forskare inte kan observera alla dessa tänkbara familjeegenskaper. Vi kan dock komma en bit på väg genom att ta hänsyn till de familjefaktorer vi faktiskt kan observera. Som framgår av tabell 3.2 är föräldrarna generellt sett yngre, har lägre utbildning, bor i lägre utsträckning tillsammans och är i högre utsträckning födda utanför Sverige i de ekonomiskt utsatta hushållen.

När vi tar hänsyn till detta⁹ finner vi att hälsoskillnaderna mellan barn i familjer som får ekonomiskt bistånd och andra familjer minskar något, men att skillnaderna fortfarande är stora. Den förhöjda risken att dö minskar från 130 till 120 procent och den förhöjda risken att vara inskriven vid sjukhus minskar från knappa 40 procent till knappa 30 procent när vi tar hänsyn till familjekaraktäristika. Störst skillnad finner vi för sannolikheten att använda adhd-medicin, där den förhöjda risken som ekonomisk utsatthet innebär minskar från 215 procent till knappa 80.¹⁰

För de hushåll som under den tidsperiod vi kan följa tar emot ekonomiskt bistånd något av åren men inte alla kan vi komma ytterligare ett steg längre när det gäller att ta hänsyn till eventuell selektion. Vi kan nämligen jämföra risken att vara inskriven vid sjukhus under ett

9. I denna analys tar vi hänsyn till barnets ålder och kön, föräldrarnas ålder, föräldrarnas utbildning, föräldrarnas tid sedan invandring, antal barn i familjen, om de biologiska föräldrarna bor i samma hushåll samt föräldrars sjukhusinskrivningar i föregående period.

10. Notera dock att även om vi på detta sätt tar hänsyn till viss selektion kan det fortfarande andra faktorer som vi inte observerar som påverkar både ohälsan och risken för ekonomisk utsatthet. Det kan till exempel handla om sociala problem relaterade till missbruk, våld och föräldrars egen psykiska ohälsa.

år då familjen tog emot ekonomiskt bistånd med motsvarande risk för *samma* barn ett år då familjen inte tog emot ekonomiskt bistånd. På så sätt kan vi ta hänsyn till *alla* familje- och barnegenskaper som inte förändras från år till år. En svaghet med denna analys är att vi med denna metod inte kan studera hur barn i familjer som alltid tar emot ekonomiskt bistånd påverkas av ekonomisk utsatthet. Det är förmodligen just dessa barn som är allra mest utsatta, eftersom de lever under ekonomisk utsatthet under hela sin uppväxt. Dessutom kan vi inte uttala oss om hur barn i familjer som inte tar emot ekonomiskt bistånd skulle ha påverkats om hushållet hamnade i ekonomisk utsatthet. Av samtliga barn i vårt urval är det 76 procent som har föräldrar som inte tar emot ekonomiskt bistånd någon gång under vår urvalsperiod, drygt 1 procent som tar emot ekonomiskt bistånd under hela perioden samt 23 procent som tar emot ekonomiskt bistånd någon gång men inte under hela perioden.

När vi analyserar dessa 23 procent närmare finner vi att samvariationen mellan ekonomisk utsatthet och sjukhusinskrivningar är betydligt svagare inom denna grupp av barn jämfört med alla barn; den förhöjda risken av att vara ekonomisk utsatt för att bli inskriven på sjukhus är endast 14 procent, jämfört med de 40 procent som gällde för alla barn. Sambandet minskar något (till 7,2) när vi även tar hänsyn till de familjeegenskaper som vi kan observera i våra data. När vi slutligen även tar hänsyn till allt som är speciellt för familjen men som är konstant över tiden genom att jämföra barnet med sig självt halveras sambandet, vilket kan tolkas som att drygt hälften av den samvariationen beror på selektion in i ekonomisk utsatthet, det vill säga att familjer som någon gång hamnar i ekonomisk utsatthet har andra egenskaper utöver de vi kan observera i data som gör att de skiljer sig åt från familjer som inte tar emot ekonomiskt bistånd och som dessutom påverkar barnens hälsa. Även efter att vi tagit hänsyn till familjekaraktäristika så kvarstår dock en skillnad på 7 procent i sannolikheten att vara inskriven på sjukhus. Det samband som förändras minst när vi tar hänsyn till familjefaktorer är det för att vara inskriven med en diagnos relaterad till psykisk ohälsa: även efter att vi tagit hänsyn till allt som är speciellt för familjen men som är konstant över tiden är risken att få denna diagnos nästan 40 procent högre de år familjen tar emot ekonomiskt bistånd. Det samband som är förändras

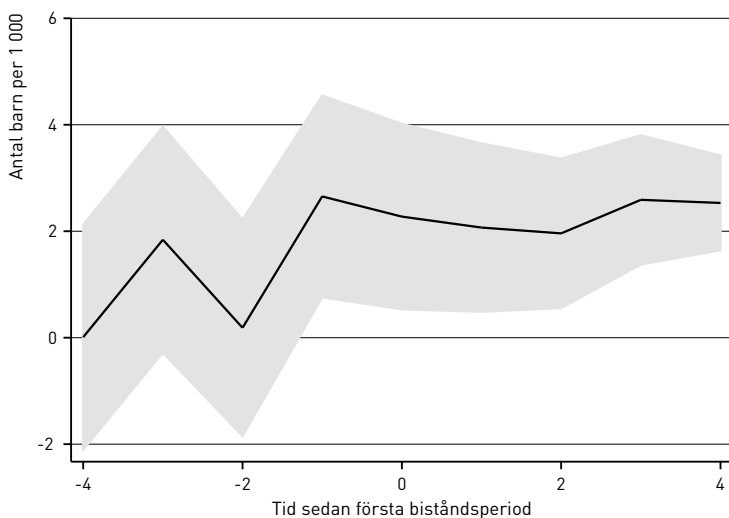
mest, mätt på samma sätt, är risken att vara medicinerad för adhd. Det var även för detta utfall som skillnaderna minskade mest när vi tog hänsyn till skillnader i familjebakgrund.¹¹

Även om vi i analysen ovan tar hänsyn till allt som skiljer olika barn åt (i alla fall det som är konstant över tiden) kan vi fortfarande inte vara säkra på åt vilket håll orsakssambandet går. Är det den ekonomiska utsattheten som leder till dålig hälsa eller är det barnets dåliga hälsa som orsakar familjens ekonomiska utsatthet? Ett första steg för att få en uppfattning om i vilken riktning orsakssambandet går är att undersöka sjukhusinskrivningar och familjens disponibla inkomst åren innan och efter familjen får ekonomiskt bistånd. Detta gör vi i figur 3.4 och 3.5.

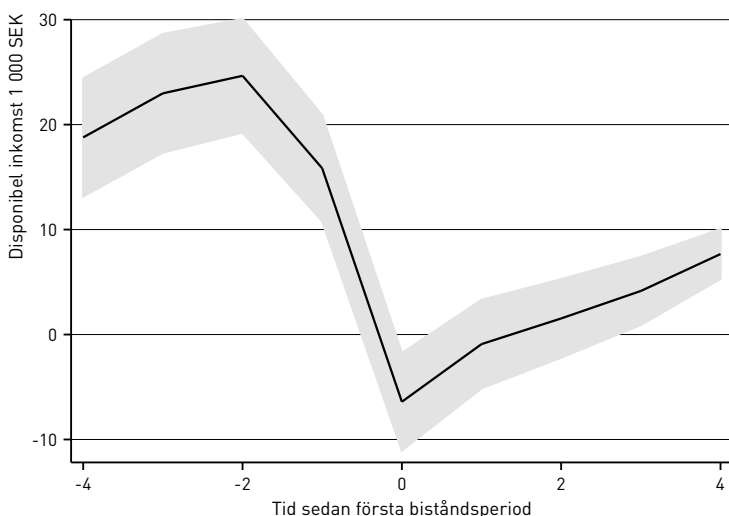
I figur 3.4 ser vi hur risken att bli inskriven på sjukhus förändras före och efter att familjen första gången tagit emot ekonomiskt bistånd.¹² Det är tydligt att denna risk stiger redan året innan familjen börjar ta emot ekonomiskt bistånd, vilket skulle kunna bero på att den ekonomiska utsattheten är hög redan då. Denna förklaring stärks av figur 3.5 som visar motsvarande mönster i familjens disponibla inkomst: det verkar som att inkomsten går ner redan året innan familjen tar emot ekonomiskt bistånd, men att den faller rejält första året med ekonomiskt bistånd. Värt att notera är också att den disponibla inkomsten är låg även de efterföljande åren. Men det kan återigen naturligtvis vara så att det är barnens sjukdomar som orsakar den ekonomiska utsattheten.

11. Det viktigt att komma ihåg att det vi studerar är hälsan hos ett givet barn de år familjen tar emot ekonomiskt bistånd jämfört med ett år då de inte tar emot ekonomiskt bistånd. Det är dock högst troligt att de finansiella resurserna varit begränsade även åren innan familjen fick ekonomiskt bistånd och att familjer som lämnar ekonomiskt bistånd också har rätt knappa resurser de följande åren. Persson (2011) visar till exempel att ungefär en fjärdedel av de hushåll som lämnar biståndstagan det fortsätter att vara fattiga (mätt som att ha en disponibel inkomst lägre än 60 procent av medianinkomsten). Det är därför troligt att det vi fångar upp när vi endast undersöker den omedelbara effekten på hälsan är underskattningar av den sanna effekten av att vara ekonomisk utsatt.

12. Linjen ska tolkas som hur mycket högre/lägre risken att bli inskriven på sjukhus är för ett barn i en viss familj under ett visst år jämfört med den genomsnittliga (predicerade) risken för ett barn i just denna familj. Se Metodruta 5 för en närmare beskrivning av hur vi har gått till väga för att ta fram figuren.



Figur 3.4 Sjukhusinskrivningar före och efter att ett hushåll tar emot ekonomiskt bistånd första gången.



Figur 3.5 Disponibel inkomst före och efter att ett hushåll tar emot ekonomiskt bistånd första gången

3.4 Diskussion och slutsatser

Analysen i detta kapitel tyder på att det finns en koppling mellan barns hälsa och ekonomisk utsatthet. Sannolikheten att vara inskriven på sjukhus är knappt 40 procent högre i hushåll med ekonomiskt bistånd. Detta motsvarar 20 fler barn per 1 000. Även risken att dö under ett visst år är betydligt högre, 130 procent. 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 70 procent). Vidare finner vi att skillnader i familjebakgrund endast förklarar en liten del av de uppmätta skillnaderna; 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.

Även Gunilla Weitoft och hennes medförfattare studerar sambandet mellan att leva i ett hushåll med socialbidrag och barnets hälsa, mätt som mortalitet eller sjukhusinskrivningar på grund av självmordsförsök eller drogmissbruk. Deras resultat pekar åt samma håll som våra. De finner att ju fler månader som barnets familj tar emot socialbidrag under perioden 1990–1992, desto större är risken att de dör under de kommande tio åren och desto större är även sannolikheten att de skrivs in på sjukhus på grund av självmordsförsök eller drogberoende. De finner även att samma mönster gäller för barn i familjer med låg disponibel inkomst, men att detta samband blir avsevärt svagare om man kontrollerar för om familjen har socialbidrag. Slutligen kontrollerar de även för bostadsort, födelseland, antal barn i familjen, föräldrarnas utbildning och sysselsättningsstatus samt om föräldrarna har en psykisk sjukdom eller alkohol- och drogproblem. När de gör detta försvinner sambandet mellan barns hälsa och familjens inkomst, medan det fortfarande finns ett statistiskt signifikant samband mellan barnets hälsa och antal månader med socialbidrag.¹³

13. Weitoft med flera (2008a). Till skillnad från oss så använder sig Weitoft med flera (2008a) av Folk- och bostadsräkningen (FoB), vilken genomfördes var femte år fram till och med 1990. FoB var en totalundersökning av samtliga invånare och bostäder i Sverige. Detta innebär att deras hushållsbegrepp förmodligen är mer korrekt än det vi använder. Däremot tar vi hänsyn till att bägge biologiska föräldrarna kan förväntas bidra till barnets försörjning även om barnet endast är skrivet hos den ene föräldern.

Det är troligt att barn som växer upp under ekonomisk utsatthet också lever under större social utsatthet än andra barn. Den ekonomiska utsattheten kan ju till exempel bero på föräldrars missbruk eller andra sociala problem som i sig också påverkar barnens hälsa. Emma Björkenstam och hennes medförfattare undersöker i vilken utsträckning olika typer av utsatthet under barndomen samverkar och påverkar den psykiska hälsan senare i livet. Deras studie bygger på drygt 360 000 barn födda i Sverige mellan 1985 och 1988 vars bägge föräldrar också var födda inom landet. För att beskriva dessa barns uppväxt använder de en mängd indikatorer för utsatthet i barndomen, exempelvis om föräldrarna varit kriminella, missbrukat alkohol eller droger, varit inskrivna vid sjukhus för psykisk ohälsa, separerat, om någon av föräldrarna fått mer än 50 procent av inkomsten från socialbidrag, om föräldrarna avlidit när barnet var litet, om socialtjänsten har gjort något ingripande samt hur många gånger familjen flyttat under barndomen. Det visar sig att barn med ett eller flera av dessa utsatthetsmått i större utsträckning åter psykofarmaka som unga vuxna (i åldern 18–25). Det är också så att ju fler av problemen ovan som fanns i barndomen, desto värre är det; problemen tenderar alltså att förstärka varandra. Sambanden mellan social utsatthet i barndomen och psykisk hälsa som ung vuxen är slutligen oberoende av föräldrarnas utbildning.¹⁴

Vi finner också att samvariationen mellan ekonomisk utsatthet och barns ohälsa är betydligt starkare för barn som har åtminstone en förälder född i Sverige än för barn med bägge föräldrarna utrikes födda. I den förra gruppen är det ungefär 8 procent av barnen vars föräldrar tar emot ekonomiskt bistånd medan det för gruppen med utländsk bakgrund är hela 22 procent. Vidare är sambandet mellan ekonomisk utsatthet och ohälsa starkare under år då färre får ekonomiskt bistånd än under till exempel 1990-talskrisen när nästan dubbelt så många barn levde i ekonomisk utsatthet. Detta skulle kunna bero på att selektionen in i ekonomisk utsatthet skiljer sig åt mellan utrikes och inrikes födda och i dåliga och goda tider.

Det verkar alltså finnas ett starkt samband mellan ekonomisk ut-

14. Björkenstam med flera (2013).

satthet och barns ohälsa. I vilken utsträckning beror detta samband på att ekonomisk utsatthet orsakar dålig hälsa och i vilken utsträckning beror det på selektion in i ekonomisk utsatthet, det vill säga att det är vissa familjer som har egenskaper som påverkar sannolikheten både att hamna i ekonomiska problem och att barnen blir sjuka? Ett sätt att försöka komma åt sådana underliggande egenskaper är att jämföra hälsan hos samma barn under ett år då familjen tar emot ekonomiskt bistånd med ett år då familjen inte gör det. Vid jämförelsen finner vi en förhöjd risk att vara inskriven på sjukhus på 7 procent under år då familjen tar emot ekonomiskt bistånd. Denna siffra kan jämföras med motsvarande siffra för barn som har åtminstone en arbetslös förälder som är 1 procent.¹⁵ De negativa effekterna av ekonomiskt bistånd verkar alltså vara betydligt större än motsvarande effekt av arbetslöshet. Även när vi jämför hälsan hos samma barn under ett år då familjen tar emot ekonomiskt bistånd med ett år då familjen inte gör det så utmärker sig psykisk ohälsa. Under de år familjen tar emot ekonomiskt bistånd är sannolikheten att vara inskriven på sjukhus med en diagnos relaterad till psykisk ohälsa nästan 38 procent högre och sannolikheten att äta antidepressiv medicin drygt 11 procent högre.

Även den danska forskaren Mogens Nygaard Christoffersen har undersökt sambandet mellan barns uppväxtvillkor och deras hälsa och framtida utfall. Han finner bland annat att det är 3 gånger vanligare att barn vars mamma har varit arbetslös i minst 21 veckor vårdas på sjukhus för misshandel och vanvård.¹⁶ I en annan studie intervjuar han ett antal personer i 25-årsåldern som har vuxit upp med långtidsarbetslösa föräldrar. Han jämför sedan dessa svar med ett slumpmässigt urval av personer i samma ålder. Det visar sig att de som växte upp med långtidsarbetslösa föräldrar i större utsträckning är arbetslösa och lider av olika psykiska problem än andra personer.¹⁷

För att försöka förstå om det är bristen på pengar som gör att barn till arbetslösa mår sämre frågade Reinhardt Pedersen och hans med-

15. Se Mörk med flera (2014). Denna studie bygger dock på ett delvis annat urval, bland annat så är de allra yngsta barnen (0–2 år) borttagna varför siffrorna inte är helt jämförbara.

16. Christoffersen (2000).

17. Christoffersen (1994).

författare föräldrar till 3 000 svenska och danska barn i åldern 2–17 år om deras arbetsmarknadssituation, ekonomiska situation samt barnens hälsa. Det visar sig att barn till föräldrar som saknat arbete i minst sex månader i större utsträckning än andra lider av psykosomatiska problem och kroniska sjukdomar samt medicinerar. Detta samband finns kvar även efter att de tar hänsyn till om familjen har ekonomiska problem eller inte.¹⁸ Däremot skiljer sig sambandet mellan arbetslöshet och barns hälsa åt beroende på om familjen har ekonomiska problem eller inte. I vilken riktning är dock lite oklart eftersom olika hälsomått ger olika resultat.

Både Sverige och Danmark har en väl utbyggd och så gott som kostnadsfri sjuk- och hälsovård. Janet Currie sammanfattar evidensen från Nordamerika och Storbritannien, där systemet ser delvis annorlunda ut. Det framkommer av hennes genomgång att barn vars föräldrar har låg inkomst generellt väger mindre vid födseln.¹⁹ Vikten vid födseln har visat sig spela roll för hur det går för barnen i livet, varför detta tyder på en social gradient i hälsa. En negativ korrelation mellan barns hälsa och familjens inkomst visar sig även i studier som bygger på mödrars uppfattning om barns hälsa. Exempelvis är det mer troligt att barn i fattiga familjer diagnostiseras med kroniska sjukdomar och att de är mer begränsade av dessa kroniska sjukdomar. Psykiska problem är också vanligare hos barn i hushåll med låga inkomster. Skillnaderna i (av modern upplevd) hälsa mellan fattiga och rika växer dessutom när barnen blir äldre.²⁰

Även om det alltså finns flera studier som funnit ett samband mellan föräldrars inkomst och barns hälsa har det visat sig vara svårt att påvisa orsakssamband eftersom det finns många andra faktorer som kan påverka barns hälsa och samvariera med föräldrars ekonomiska

18. Pedersen med flera (2005). För att bedöma om familjen har ekonomiska problem så undersöker de om i) familjens disponibla inkomst är i den lägsta kvartilen samt frågar om familjen ii) skulle kunna få fram 14 000 kr inom en vecka, och/eller iii) under det senaste året haft problem med att ha råd med mat, hyra etc.

19. Currie (2009).

20. Om det dessutom skulle vara så att sannolikheten att mamman rapporterar hälsoproblem hos sina barn är mindre bland mödrar med låg inkomst skulle sambandet vara ännu starkare än vad som mätts av dessa studier.

situation.²¹ Ett sätt att försöka komma åt detta är att jämföra syskon, som ju har samma föräldrar, men där den ekonomiska situationen förändras över tiden. Dessa studier finner att när man gör denna jämförelse mellan syskon verkar familjens inkomst under graviditeten inte ha någon betydelse för barnets födelsevikt (detsamma gäller om man i stället tar hänsyn till mammans egen vikt vid födseln). Dock finner de att ökad inkomst under graviditeten leder till högre födelsevikt för barn vars mamma själv vägde lite vid födseln. Ett problem med dessa studier är att de endast har data för ett mycket begränsat urval individer och att det därför är svårt att generalisera resultaten.²²

3.5 Sammanfattning

I det här kapitlet har vi undersökt hur mortalitet, sjukhusinskrivningar och läkemedelsförbrukning ser ut för barn i ekonomiskt utsatta familjer jämfört med andra familjer. För att mäta ekonomisk utsatthet har vi fokuserat på barn vars föräldrar tar emot ekonomiskt bistånd.

- * Barn som lever under ekonomisk utsatthet löper 130 procent högre risk att dö. Den förhöjda risken att bli inskriven på sjukhus är 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 70 procent).
- * Det finns inga tydliga skillnader mellan pojkar och flickor. Även om risken att bli inskriven med psykisk diagnos och äta antidepressiv medicin är mindre för pojkar är den förhöjda risken för ekonomiskt utsatta pojkar lika stor som för flickor.

21. I ett flertal studier, se till exempel Berger med flera (2009) och Tracy med flera (2008), kan en stor del av sambandet mellan familjens inkomst och barnens, särskilt beteende och mental hälsa, förklaras av förhållanden i hemmet och föräldrarnas beteende.

22. Se Currie (2009) för en sammanfattning av dessa studier.

- * Sambandet mellan ekonomisk utsatthet och barns ohälsa är starkare för barn där minst en förälder är född i Sverige. Sambandet är också något starkare under år då färre hushåll tar emot ekonomiskt bistånd.
- * Skillnader i familjebakgrund förklarar endast en liten del av de uppmätta skillnaderna. 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 7 procent högre för samma barn under år då familjen tar emot ekonomiskt bistånd jämfört med år då den inte gör det. Motsvarande förhöjda risk att bli inskriven för en psykisk diagnos är 38 procent.

KAPITEL 4

Hur går det för barn med dålig hälsa?

AV DE TVÅ föregående kapitlen framgår att det finns en social gradient i barns hälsa, både vad gäller mortalitet, sjukhusinskrivningar generellt, för de vanligaste diagnoserna samt för vissa läkemedel. Dessutom är gradienten särskilt stark när det gäller inskrivningar på sjukhus med en diagnos relaterad till psykisk ohälsa. Vi visar också att barn i ekonomiskt utsatta familjer löper högre risk att dö i förtid eller bli inskrivna på sjukhus än andra barn. Det verkar som om såväl finansiella resurser som föräldrarnas utbildning samvarierar med barns hälsa. Om barns hälsa och välmående påverkas av familjens sociala status är det naturligtvis ett samhällsproblem i sig. Men problemet är ännu allvarligare om den sämre hälsan i barndomen också får långsiktiga negativa konsekvenser och på så sätt återskapar ojämlikheten även i nästa generation. I det här kapitlet studerar vi hur det går för barn med dålig hälsa genom att undersöka sambandet mellan inskrivningar på sjukhus i barndomen och prestationer i skolan samt hälsa och framgång på arbetsmarknaden som ung vuxen.

Det är på många sätt självklart att hälsoproblem under barndomen kan påverka både hur det går i skolan och senare i arbetslivet. För det första kan hälsoproblem vara kroniska och därmed påverka arbetsförmågan i vuxen ålder. Vi vet att personer med nedsatt arbetsförmåga har svårare att komma in på arbetsmarknaden. För det andra kan dålig hälsa i barndomen gå ut över barnets skolgång, vilket i sin tur gör att

barnet lär sig mindre. Som Flavio Cunha och James Heckman argumenterar: god hälsa kan förstärka den kognitiva utvecklingen.¹ Bättre skolresultat och fler välutvecklade förmågor och färdigheter gör det också lättare att lyckas på arbetsmarknaden.

För att studera sambandet mellan inskrivning på sjukhus och framgång i skolan och på arbetsmarknaden har vi valt att följa hälsostatus för alla barn födda ett visst år och undersöka hur det går för dem i skolan och som unga vuxna. Tidigare studier har visat att födelsevikt är ett bra mått på hälsa vid födseln och att den dessutom påverkar hur det går senare i livet.² Eftersom vi inte har tillgång till uppgifter om barnens födelsevikt och är intresserade av hälsan som barn använder vi oss i stället av information om sjukhusinskrivningar under barndomen. För att mäta studieprestationer tittar vi på meritvärdet i årskurs 9 och på om individen har uppnått gymnasiekompetens vid 23 års ålder. För att studera hur det går som ung vuxen har vi som mått på hälsa valt att mäta om individen blivit inskriven på sjukhus i åldern 20–23 år, och som mått på hur det går socialt om individen vid 23 års ålder får ekonomiskt bistånd och om personen varken arbetar eller studerar, det vill säga saknar inkomst i form av studiemedel, lön eller värnpliktsersättning. Anledningen till att vi valt att studera utfall vid 23 års ålder är att unga människor vid det laget kan förväntas stå på egna ben antingen genom att de studerar, arbetar eller på annat sätt försörjer sig.

4.1 Samband mellan sjukhusinskrivning i barndomen, skolprestationer och situation som ung vuxen

Hur ser då sambandet ut mellan sjukhusinskrivning i barndomen och prestationer i skolan och välfärd som ung vuxen? Svaret på den frågan framgår av figurerna 4.1–4.4. I figur 4.1 visar staplarna det genomsnittliga meritvärdet för ungdomar som (i ordning) i) inte varit inskrivna mellan 0 och 15 års ålder, ii) någon gång varit inskrivna, iii) någon gång varit inskrivna med diagnosen sjukdom i andningsorganen,

1. Cunha och Heckman (2007).

2. Currie (2009).

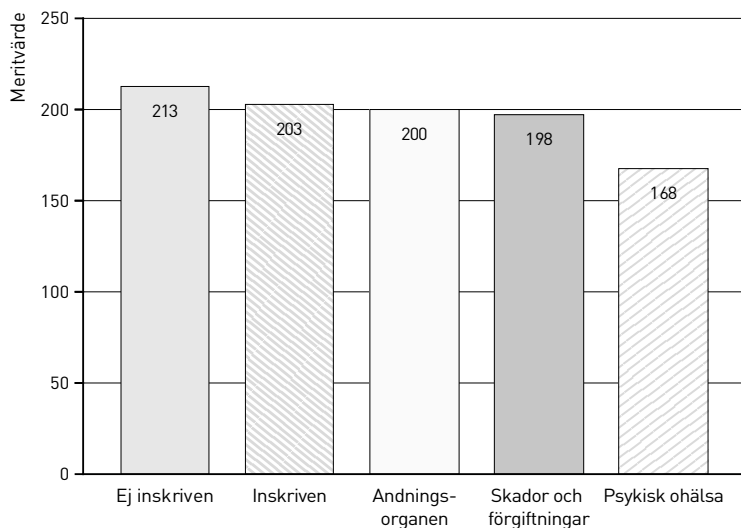
iv) någon gång varit inskrivna med diagnosen skada eller förgiftning och v) någon gång varit inskrivna och fått en diagnos relaterad till psykisk ohälsa. Figuren visar tydligt att ungdomar som varit inskrivna på sjukhus i genomsnitt har lägre meritvärde och särskilt mycket sämre går det för ungdomar som varit inskrivna på grund av psykisk ohälsa. Det genomsnittliga meritvärdet för de som aldrig varit inskrivna är 213 poäng, för ungdomar som varit inskrivna på sjukhus 203 poäng och för ungdomar som varit inskrivna för psykisk ohälsa endast 168 poäng.

Figur 4.2 visar andelen som uppnått gymnasiekompetens vid 23 års ålder. Som staplarna visar är mönstret detsamma: bland ungdomar som inte varit inskrivna på sjukhus mellan 0 och 18 års ålder har 87 procent gått ut gymnasiet medan andelen är 82 procent för de som varit inskrivna på sjukhus. Barn som blir inskrivna med diagnosen skador eller förgiftningar eller sjukdom i andningsorganen har något lägre sannolikhet att gå ut gymnasiet, 79 respektive 82 procent avslutar gymnasiet före 23 års ålder. För barn inskrivna med diagnosen psykisk ohälsa är sannolikheten att gå ut gymnasiet före 23 års ålder däremot betydligt lägre: 60 procent.

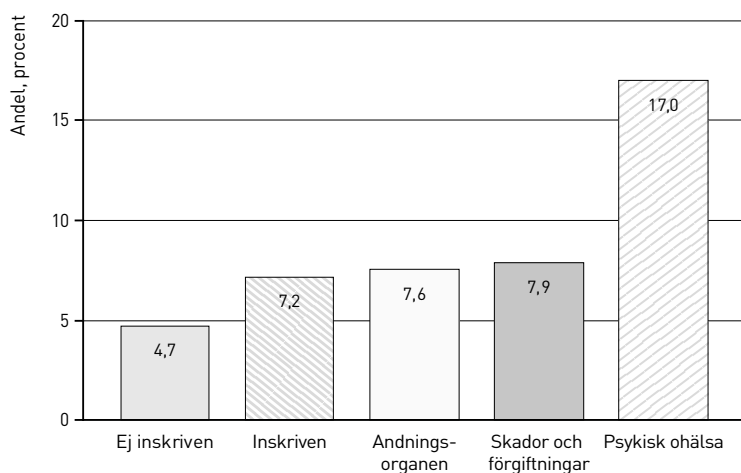
Figur 4.2 och figur 4.3 visar andelen som får ekonomiskt bistånd och andelen som saknar inkomster från studier eller arbete. Även när det gäller situationen som ung vuxen finns ett tydligt samband med hälsa. I gruppen som aldrig blir inskriven på sjukhus får 4,7 procent ekonomiskt bistånd medan andelen är nästan dubbelt så hög, 7,2 procent, bland de som någon gång varit inskrivna på sjukhus.

Det är en liten andel som får diagnoser som visar på problem med exempelvis ångest och depression, men för denna grupp finns ett starkt negativt samband med både skolprestationer och välfärd som ung vuxen. Genomsnittlig meritpoäng för den här gruppen är bara 168 poäng, endast 60 procent avslutar gymnasiet och cirka 17 procent har ekonomiskt bistånd eller ingen inkomst från arbete eller studier vid 23 års ålder, vilket är avsevärt sämre än genomsnittet.

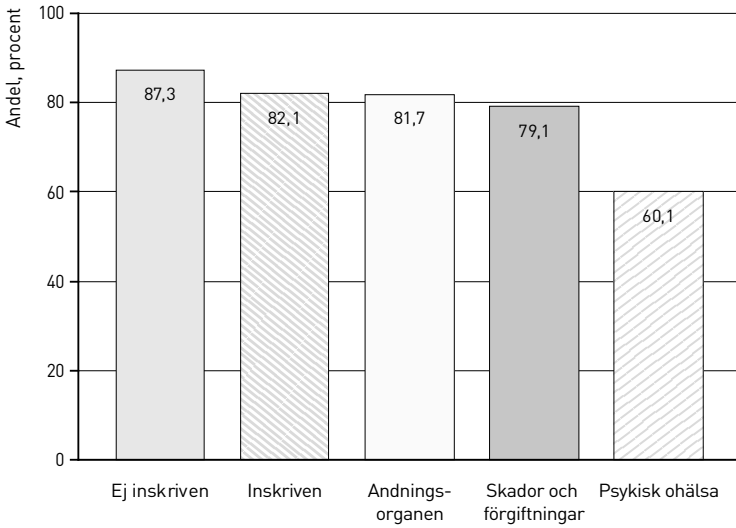
Som diskuterats i tidigare kapitel är det svårt att veta vad denna typ av samband beror på. Det kan bero på att dålig hälsa orsakar sämre skolprestationer och lägre välfärd som ung vuxen, men det kan också vara något annat som påverkar både hälsa, skolprestationer och framgång på arbetsmarknaden. För att se om sambandet mellan hälsa och våra olika utfall kan förklaras av bakomliggande faktorer, exempelvis



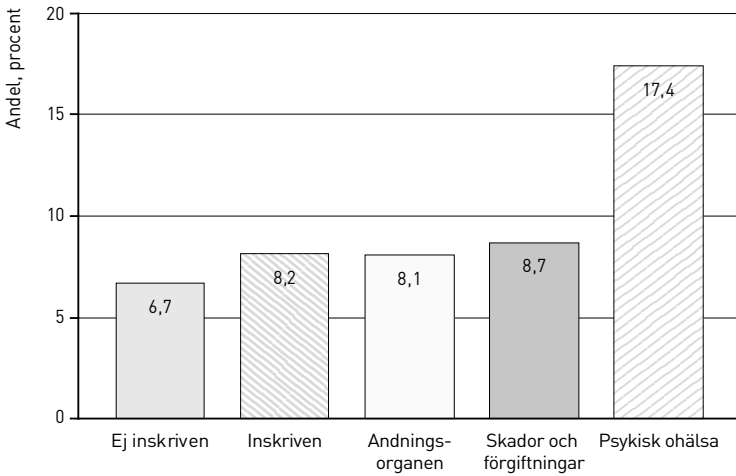
Figur 4.1 Genomsnittligt meritvärde bland barn som varit inskrivna på sjukhus med olika diagnoser.



Figur 4.3 Andel som får ekonomiskt bistånd vid 23-års ålder bland personer som varit inskrivna på sjukhus under barndomen med olika diagnoser.



Figur 4.2 Andel som avslutat gymnasiet bland barn som varit inskrivna på sjukhus med olika diagnoser.



Figur 4.4 Andel som saknar inkomst från arbete, studier eller värnplikt vid 23-års ålder bland personer som varit inskrivna på sjukhus under barndomen med olika diagnoser.



DATARUTA. BESKRIVNING AV DATA SOM ANVÄNDS I KAPITEL 4

Analysen i detta kapitel bygger på data över barn födda 1987. För dessa barn observerar vi sjukhusinskrivningar under barndomen, huruvida familjen tog emot ekonomiskt bistånd under barnens uppväxt, framtida skolutfall samt inkomster från arbete eller studier när barnen är 23 år. Födelsekohorten 1987 är också den äldsta kohort som vi kan följa från födsel till 23 års ålder i våra registerdata. Vi plockar bort barn som gått i särskola eftersom de saknar betyg från årskurs 9. Vi-dare exkluderas barn som inte varit folkbokförda i Sverige under hela sin uppväxt, det vill säga individer som invandrat som barn, eftersom vi för dessa barn saknar uppgifter om sjukhusinskrivningar. Detta ger oss sammanlagt 94 090 barn.

Första kolumnen i tabell 4.1 visar beskrivande statistik över den studerade populationen. Det genomsnittliga meritvärdet är 207,7, 84,3 procent av populationen avslutar gymnasiet, 6,1 procent får ekonomiskt bistånd vid 23 års ålder och 7,5 procent saknar inkomst från arbete eller studier. Vad gäller inskrivningar på sjukhus så har hela 58 procent av personerna någon gång varit inskrivna på sjukhus under barndomen. Som redovisats i kapitel 1 är sjukdom i andningsorganen den vanligaste diagnosen i unga år, medan skada och förgiftning är den vanligaste diagnosen bland skolbarn. I årskullen som föddes 1987 har 19 procent av barnen någon gång skrivits in för sjukdom i andningsorganen och 16 procent av barnen för diagnosen skada, medan en mindre andel, 2,7 procent, blivit inskrivna på sjukhus med en psykisk diagnos som ångest, depression med mera. Längre ned i tabellen finns information om familjebakgrund. Vi kan se att drygt 80 procent av barnen bor med båda sina biologiska föräldrar vid 6 års ålder och nästan 30 procent av barnen har någon förälder som fått ekonomiskt bistånd under barnens uppväxt.

familjens ekonomiska utsatthet, har vi genomfört en regressionsanalys där vi har möjlighet att ta hänsyn till faktorer som vi kan observera, exempelvis föräldrars inkomst eller utbildning.

Tabell 4.2 visar hur stor del av sambandet mellan sjukhusinskrivningar och framtida utfall som finns kvar när vi har tagit hänsyn till de skillnader i hälsa som beror av barnets kön, familjens disponibla inkomst, föräldrarnas utbildningsnivå, om mamma eller pappa under

Tabell 4.1 Beskrivande statistik.

Födelsekohort 1987	
Meritvärde	207,7
Gymnasium vid 23 år	84,2 %
Ekonomiskt bistånd vid 23 år	6,1 %
Ingen inkomst från arbete eller studier vid 23 år	7,5 %
Inskriven på sjukhus 20–23 år	17,8 %
Inskriven på sjukhus 0–15 år	54,0 %
Inskriven på sjukhus 0–18 år	58,0 %
Andning 0–15 år	18,3 %
Andning 0–18 år	19,5 %
Skador och förgiftningar 0–15 år	13,4 %
Skador och förgiftningar 0–18 år	16,0 %
Psykisk ohälsa 0–15 år	1,4 %
Psykisk ohälsa 0–18 år	2,7 %
Missbildning 0–15 år	3,6 %
Missbildning 0–18 år	3,7 %
Antal vård dagar	4,6
Andel pojkar	49 %
Antal barn i familjen	2,1
Biologiska föräldrarna bor ihop när barnet är 6 år	80,7 %
Moder utbildning	12,0
Fader utbildning	11,8
Moder ålder	28,5
Fader ålder	31,5
Någon förälder ekonomiskt bistånd vid åldern 0–18 år	29,6 %
Föräldrarnas disponibla inkomst vid åldern 10–15 år	389 794
Bägge föräldrarna födda utanför Sverige	4,6 %
Antal barn	94 090

barnets uppväxt får ekonomiskt bistånd, om de biologiska föräldrarna bor i samma hushåll, familjestorlek samt om båda föräldrarna är födda i ett annat land.³ Översta panelen i tabell 4.2 visar sambandet mellan

3. Dessutom kontrollerar vi för om personen blivit inskriven på sjukhus med diagnosen missbildning för att vi inte ska plocka upp effekten av medfödda hälsoproblem. Se Metodruta 6 för ytterligare information.

Tabell 4.2 Sambandet mellan sjukhusinskrivningar i barndomen och framtida utfall efter att hänsyn är tagen till familjekaraktäristika.

Diagnos och ålder	Meritvärde	Gymnasium vid 23	Ekonomiskt bistånd	Ingen inkomst	Inskrivning 20–23 år
	(poäng)	(procentenheter)			
Inskrivn 0–15	-4,9				
Inskrivn 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.

att ha varit inskriven på sjukhus någon gång under de 15 (eller 18) första levnadsåren och framtida utfall. Resultatet i första kolumnen visar att barn som varit inskrivna minst en gång i genomsnitt har 5 poäng lägre meritvärde. Detta kan vi jämföra med skillnaderna mellan grupperna redovisade i figur 4.1, där det framgår att personer som aldrig varit inskrivna vid sjukhus under sin barndom i genomsnitt har 10 poäng högre meritvärde än de som varit inskrivna. Det innebär att hälften av det uppmätta sambandet mellan hälsa och meritvärde i årskurs 9 har att göra med att ohälsa också samvarierar med observerbara familjefaktorer som bland annat föräldrarnas inkomst och utbildningsnivå som också påverkar de framtida utfallen. Som vi såg i förra kapitlet löper barn i familjer med ekonomiskt bistånd större risk att bli inskrivna på sjukhus. Dessa barn har också lägre meritvärde i genomsnitt, vilket betyder att sambandet mellan inskrivningar och skolprestationer blir svagare när vi kontrollerar för om familjen har fått ekonomiskt bistånd.

De följande kolumnerna visar att sannolikheten att gå ut gymnasiet minskar med 3,4 procentenheter, sannolikheten att få ekonomiskt bistånd ökar med 1,6 procentenheter och att sannolikheten att inte ha någon inkomst från arbete eller studier ökar med 1,1 procentenheter

om personen varit inskriven på sjukhus under barndomen. Risken att bli inskriven på sjukhus i 20–23 års ålder ökar i sin tur med 5,2 procentenheter, vilket motsvarar 52 ytterligare personer per 1 000 personer. Observerbara bakgrundsfaktorer förklarar alltså ungefär hälften av skillnaden i meritvärde mellan de som någon gång varit inskrivna på sjukhus och de som inte varit inskrivna under barndomen. För psykisk ohälsa kan emellertid endast en mindre del av sambandet mellan ohälsa och skolprestationer och välfärd som ung vuxen förklaras av bakomliggande faktorer.

För att få ett begrepp om storleken på de betingade korrelationerna i tabell 4.2 kan siffrorna sättas i relation till medelvärdet, det vill säga hur vanligt förekommande utfallet är i populationen som helhet. Om vi exempelvis tittar på sannolikheten att gå ut gymnasiet och relaterar siffran 3,4 till medelvärdet 84,3 (längst ner i tabellen) finner vi att hälsoproblem som leder till inskrivning på sjukhus minskar sannolikheten att gå ut gymnasiet med 4 procent ($3,4/84,3$), vilket måste betraktas som en relativt liten skillnad. Motsvarande skillnader på utfallen som ung vuxen är däremot större: risken att få ekonomiskt bistånd ökar med 26 procent om man varit inskriven på sjukhus under barndomen, sannolikheten att varken ha inkomst från studier eller arbete ökar med 14 procent och risken att bli inskriven på sjukhus ökar med 29 procent. Precis som i figurerna ser vi att psykisk ohälsa i barndomen är förenat med avsevärt mycket sämre skolprestationer och utfall som ung vuxen. Meritvärdet sjunker med 16 procent, sannolikheten att gå ut gymnasiet minskar med 20 procentenheter, vilket motsvarar 24 procent, och sannolikheten att få ekonomiskt bistånd eller att helt sakna inkomst som 23-åring ökar med 139 respektive 115 procent och är alltså mer än dubbelt så hög för ungdomar som drabbats av psykisk ohälsa jämfört med genomsnittet, även efter att vi har tagit hänsyn till en mängd bakgrundsfaktorer.

Barn som blir inskrivna på sjukhus presterar alltså sämre i skolan och har en sämre situation som unga vuxna. En jämförelse av skillnaderna som framgår av figurerna 4.1–4.4 och resultaten från regressionsanalysen i tabell 4.2 visar att sambandet mellan hälsa i barndomen och skolprestationer och social situation som ung vuxen delvis förklaras av att barn med en mindre fördelaktig socioekonomisk bakgrund löper större risk att få hälsoproblem – som vi ju också visade

i kapitel 2 och 3 – och att dessa barn i genomsnitt presterar sämre i skolan och därför har en sämre situation som unga vuxna även oberoende av sin hälsosituation. I analysen har vi kontrollerat för en rad observerbara faktorer som familjens inkomst, om familjen får ekonomiskt bistånd, föräldrars utbildningsnivå med mera. En begränsning med analysen om vi vill veta hur betydelsefullt just hälsa i barndomen är för skolprestationer och utfall som ung vuxen är att den inte tar hänsyn till faktorer som vi inte kan observera, exempelvis föräldrarnas uppfostringsmetoder och riskbeteende, eller för den delen gener och andra ärftliga faktorer som sannolikt också samvarierar med både risken för ohälsa och andra utfall. Ett sätt att ta hänsyn till familjefaktorer som vi inte kan observera i data är att jämföra hur det går för två syskon där ett syskon blir inskrivet på sjukhus men inte det andra. En sådan analys visar att de variabler som vi i analysen ovan tar hänsyn till för att beskriva familjebakgrund plockar upp det mesta av familjeeffekten. Analysen finns presenterad i Bilaga 4.

4.2 Svårare hälsoproblem och ålder vid ohälsa

Hittills har vi mätt ohälsa som att personen någon gång under barndomen blir inskriven på sjukhus. En svaghet med detta mått är att det inte skiljer på allvarliga och lindriga hälsoproblem. Ett sätt att undersöka om de negativa konsekvenserna är större för allvarligare fall av ohälsa är att studera om sambanden skiljer sig åt beroende på hur många dagar barnet varit inskrivet på sjukhus. Tabell 4.3 visar framtida utfall för de som varit inskrivna på sjukhus 1 dag, 2–5 dagar, 6–10 dagar, 11–50 dagar eller längre än 50 dagar efter att hänsyn är tagen till (observerbara) familjefaktorer. En tydlig slutsats är att skolprestationer och välfärd som ung vuxen är sämre ju längre personen varit inskriven på sjukhus. Som visas i första kolumnen har personer som varit inskrivna 1 dag mellan 0–15 års ålder i genomsnitt 2,6 poäng lägre meritvärde än de som aldrig var inskrivna på sjukhus under barndomen, medan personer med mer än 50 dagars sjukhusvistelse har 18,1 poäng lägre meritvärde. I andra kolumnen visas sambandet mellan antal vårddagar på sjukhus och sannolikheten att gå ut gymnasiet. Bland personer som varit inskrivna på sjukhus 1 dag är det 14 färre personer av 1 000 som avslutat gymnasiet. Av dem som varit inskrivna

Tabell 4.3 Sambandet mellan sjukhusinskrivningar i barndomen och framtida utfall efter att hänsyn är tagen till familjekaraktäristika, beroende på antal inskrivningsdagar.

	Meritvärde	Gymnasium	Ekonomiskt	Ingen	Inskrivning
	(poäng)	vid 23	bistånd	inkomst	20–23 år
	(poäng)	(procentenheter)			
1 dag	-2,6	-1,4	0,7	–	2,8
2–5 dagar	-3,6	-2,4	1,2	0,6	3,6
6–10 dagar	-6,4	-3,9	2,7	1,0	7,7
11–50 dagar	-8,9	-6,1	2,6	2,4	10,1
Fler än 50 dagar	-18,1	-13,7	5,9	11,5	19,4
Medelvärde	207,7	84,3	6,1	7,6	17,8

Anmärkning: Resultat från en linjär sannolikhetsmodell. »–« indikerar icke-statistiskt signifikanta estimat.

11–50 dagar är det 61 färre personer av 1 000. Sannolikheten att få ekonomiskt bistånd är nästan dubbelt så hög bland personer som varit inskrivna på sjukhus mer än 50 dagar än bland dem som aldrig var inskrivna på sjukhus under barndomen.

Har det någon betydelse vid vilken ålder man drabbas av hälsoproblem? I tabell 4.4 undersöker vi om sambandet skiljer sig åt beroende på hur gammalt barnet var när hen blev inskrivet på sjukhus. Som framgick av kapitel 1 löper små barn störst risk att hamna på sjukhus. I den här populationen har 32,2 procent varit inskrivna någon gång i åldern 0–2 år, 18,1 procent i åldern 3–6 år. Skolbarn blir mer sällan inskrivna på sjukhus, 8,6 procent av dem i åldern 10–12 år, sedan ökar risken något i tonåren och ligger på 11,1 procent för 16–18-åringar.

Resultaten i tabell 4.4 visar tydligt att hälsoproblem längre upp i åldrarna har större konsekvenser för samtliga utfall som vi studerar. Siffrorna i första kolumnen visar att personer som var inskrivna vid 7–9 års ålder har 2,6 poäng lägre meritvärde och att personer som varit inskrivna vid 13–15 års ålder har 11,3 poäng lägre meritvärde än personer som inte varit inskrivna på sjukhus någon gång under barndomen. För att beräkna konsekvensen av att vara inskriven vid flera åldrar ska man lägga ihop de enskilda effekterna: om en person har vårdats på

Tabell 4.4 Sambandet mellan sjukhusinskrivningar i barndomen och framtida utfall efter att hänsyn är tagen till familjekaraktäristika, beroende på ålder vid inskrivningen.

	Meritvärde	Gymnasium	Ekonomiskt	Ingen	Inskrivning
	(poäng)	vid 23	bistånd	inkomst	20–23 år
	(poäng)	(procentenheter)			
Inskrivn 0–2	-1,6	-0,8	0,4	–	0,6
Inskrivn 3–6	-1,3	–	–	–	–
Inskrivn 7–9	-2,6	-1,1	–	–	2,1
Inskrivn 10–12	-4,5	-1,7	1,3	1,3	3,2
Inskrivn 13–15	-11,3	-5,0	1,0	1,5	6,2
Inskrivn 16–18		-8,6	3,1	2,0	13,1
Medelvärde	207,7	84,3	6,1	7,6	17,8

Anmärkning: Resultat från en linjär sannolikhetsmodell. »–« indikerar icke-statistiskt signifikanta estimat.

sjukhus både vid 7–9 års ålder och som ung tonåring (13–15 år) är effekten alltså 13,9 meritpoäng. Resultaten indikerar också att inskrivning i unga år inte bara påverkar hälsan genom att öka sannolikheten att blir inskriven senare utan att hälsoproblem de första levnadsåren påverkar skolresultat och hälsa senare i livet även sedan hänsyn tagits till hur barnets hälsa varit under resten av barndomen. För sannolikheten att ta emot ekonomiskt bistånd eller att inte ha inkomst från vare sig arbete eller studier vid 23 års ålder verkar dock inskrivningar före mellanstadieåldern inte spela någon roll.

En orsak till sambandet mellan hälsa i barndomen och utfallen som ung vuxen kan vara att det finns ett samband mellan hälsan som barn och ung vuxen, vilket även framgick av kolumn 5 i tabell 4.4. För att studera detta mer noggrant har vi även undersökt om sambandet mellan de sociala utfallen som ung vuxen och sjukhusinskrivningar i barndomen kvarstår när vi även tar hänsyn till om personen varit inskriven vid sjukhus i 20–23 års ålder. Om så är fallet är det ytterligare ett tecken på att sjukdom har långsiktiga konsekvenser genom minskade möjligheter att tillgodogöra sig den kunskap och de förmågor som friska barn gör i skolan och på fritiden. Av denna analys, som

redovisas i Bilaga 4, framgår för det första att hälsa som ung vuxen har ett starkt samband med sannolikheten att ha gått ut gymnasiet, om personen får ekonomiskt bistånd och om hen inte har inkomst från vare sig arbete eller studier. Personer som har varit inskrivna på sjukhus som unga vuxna har 6,3 procentenheter högre risk att ta emot ekonomiskt bistånd. Eftersom 6 personer av 100 får ekonomiskt bistånd är risken för personer som är sjuka i 20–23 års ålder alltså dubbelt så hög. För det andra kan vi konstatera att det finns ett samband mellan att vara inskriven under barndomen och framtida utfall, även när vi tar hänsyn till hälsan som ung vuxen, vilket tyder på att hälsan i barndomen kan ha direkta konsekvenser för situationen som ung vuxen.

4.3 Skillnader mellan flickor och pojkar?

Pojkar löper generellt större risk än flickor att bli inskrivna på sjukhus. Av de barn vi studerar i detta kapitel har 61 procent av pojkarna och 54 procent av flickorna någon gång varit inskrivna på sjukhus före 19 års ålder. I kapitel 2 såg vi också att den sociala gradienten möjligen var något starkare för flickor. Vi undersöker härnäst om ohälsans konsekvenser är desamma för flickor och pojkar. Tabell 4.5 visar sambandet mellan hälsoproblem för flickor (övre panelen) och pojkar (nedre panelen) och framtida utfall. Som framgår av tabellen finns inga väsentliga skillnader mellan pojkar och flickor. Flickor som blir inskrivna på sjukhus någon gång under barndomen har 5,9 poäng lägre meritvärde, 4,3 procentenheter lägre sannolikhet att gå ut gymnasiet och 1,9 procentenheter högre sannolikhet att få ekonomiskt bistånd. Motsvarande siffror för pojkar är 3,9 poäng, 2,4 respektive 1,3 procentenheter. Men eftersom flickor i genomsnitt har högre meritpoäng och fler går ut gymnasiet är skillnaden i procent något mindre. Mönstret ser likadant ut om vi tittar på inskrivningar med diagnoserna skador och förgiftningar eller psykisk ohälsa. Psykisk ohälsa är vanligare bland flickor, 32 av 1 000 flickor och 22 av 1 000 pojkar är någon gång inskrivna på sjukhus för psykisk ohälsa, men konsekvenserna för skolprestationer och sysselsättning vid 23 års ålder är ungefär desamma.⁴

4. Resultaten ändras inte om vi exkluderar graviditeter.

Tabell 4.5 Sambandet mellan sjukhusinskrivningar i barndomen och framtida utfall efter att hänsyn är tagen till familjekaraktäristika: flickor och pojkar.

Diagnos och ålder	Meritvärde	Gymnasium vid 23	Ekonomiskt bistånd	Ingen inkomst	Inskrivning 20–23 år
	(poäng)	(procentenheter)			
Flickor					
Inskriven 0–15	-5,9				
Inskriven 0–18		-4,3	1,9	1,2	7,2
Andningsorganen 0–15	-4,2				
Andningsorganen 0–18		-1,9	1,7	0,6	4,5
Skador och förgiftningar 0–15	-7,4				
Skador och förgiftningar 0–18		-5,1	1,2	1,9	7,8
Psykisk ohälsa 0–15	-35,2				
Psykisk ohälsa 0–18		-20,9	7,9	9,5	21,6
Medelvärde	218,3	86,7	6,1	7,7	22,9
Pojkar					
Inskriven 0–15	-3,9				
Inskriven 0–18		-2,4	1,3	1,0	3,2
Andningsorganen 0–15	-3,7				
Andningsorganen 0–18		1,2	0,7	–	1,5
Skador och förgiftningar 0–15	-6,5				
Skador och förgiftningar 0–18		-4,0	1,5	0,7	4,0
Psykisk ohälsa 0–15	-28,4				
Psykisk ohälsa 0–18		-21,0	9,3	7,7	12,9
Medelvärde	197,4	82,0	6,2	7,4	12,9

Anmärkning: Resultat från en linjär sannolikhetsmodell. Antal pojkar är 47 874 och antal flickor 46 216. »–« indikerar icke-statistiskt signifikanta estimat.

4.4 Har sjukdom värre konsekvenser för barn från utsatta miljöer?

Av kapitel 3 framgick att barn från ekonomiskt utsatta familjer löper större risk att dö i förtid och i högre utsträckning är inskrivna på sjukhus än andra barn. Analysen ovan visar att sjukhusinskrivningar i

Tabell 4.6 Sambandet mellan sjukhusinskrivningar i barndomen och framtida utfall efter att hänsyn är tagen till familjekaraktäristika: ekonomiskt utsatta familjer.

	Meritvärde (poäng)	Gymnasium vid 23 (procentenheter)	Ekonomiskt bistånd	Ingen inkomst	Inskrivning 20–23 år
Ekonomiskt bistånd	-23,1	-10,8	6,8	2,9	4,2
Inskrivning	-3,8	-2,1	0,7	0,7	4,6
Inskrivning × Ekonomiskt bistånd	-1,5	-3,1	2,4	1,0	4,2
Ekonomiskt bistånd	-23,9	-12,5	8,1	3,5	5,3
Andningsorganen	-3,0	-0,8	0,5	–	2,4
Andningsorganen × Ekonomiskt bistånd	–	–	1,1	–	–
Ekonomiskt bistånd	–	-12,0	8,0	3,5	5,1
Skador och förgiftningar	-5,9	-3,0	0,5	1,1	4,8
Skador och förgiftningar × Ekonomiskt bistånd	–	-3,7	2,1	–	1,8
Ekonomiskt bistånd	-23,8	-12,3	8,1	3,4	5,2
Psykisk ohälsa	-29,4	-17,8	4,8	7,6	15,9
Psykisk ohälsa × Ekonomiskt bistånd	–	-5,1	6,8	–	3,8
Medelvärde	207,7	84,3	6,1	7,6	17,8

Anmärkning: Resultat från en linjär sannolikhetsmodell. »–« indikerar icke-statistiskt signifikanta estimat.

barndomen har ett negativt samband med studieprestationer och välfärd som ung vuxen. I tabell 4.6 undersöker vi härnäst om sambanden mellan ohälsa i barndomen och utfallen som ung vuxen är starkare för barn från ekonomiskt utsatta miljöer än för andra barn. Att någon gång få ekonomiskt bistånd är relativt vanligt, knappt 30 procent av barnen har föräldrar som någon gång under barnets uppväxt fick ekonomiskt bistånd.

Siffran på första raden i tabellen visar hur mycket personer från



METODRUTA 6. VILKEN ANALYS LIGGER BAKOM TABELLERNA I KAPITEL 4?

Resultaten i tabellerna 4.2–4.6 kommer från skattningar av en linjär sannolikhetsmodell av formen

$$Y_i = \beta \text{ inskrivning}_i + X_i + \varepsilon_i$$

där Y är de variabler som mäter skolprestationer och välfärd som ung vuxen mätt med: meritvärde i årskurs 9, om personen avslutat gymnasiet, har socialbidrag vid 23 års ålder, varken inkomst från studier eller arbete vid 23 års ålder samt om personen varit inskriven på sjukhus i ålder 20–23 år. *Inskrivning* är inskrivning på sjukhus och för olika diagnoser. X är kontroller för kön, om personen varit inskriven på sjukhus för missbildning, antal barn i familjen, om de biologiska föräldrarna bor ihop när personen är 6 år gammal, om både mamma och pappa är födda i Sverige, mammas och pappas ålder och utbildningsnivå, samt om någon förälder får ekonomiskt bistånd under personens uppväxt. i är individer.

Alla resultat som presenteras är statistiskt signifikanta på minst 10-procentsnivå.

familjer som fått ekonomiskt bistånd skiljer sig från andra. Siffran på andra raden visar sambandet mellan att bli inskriven på sjukhus och våra olika utfall för barn från familjer som inte fått ekonomiskt bistånd. Siffran på tredje raden visar hur mycket starkare (eller svagare) sambandet är för personer från familjer som fått ekonomiskt bistånd.

Vi kan först konstatera att oavsett sjukhusinskrivningar under barndomen går det sämre för barn från hushåll med ekonomiskt bistånd, de har i genomsnitt 23 poäng lägre meritpoäng, 10–12 procentenheter lägre sannolikhet att avsluta gymnasiet och 7–8 procentenheter högre sannolikhet att få ekonomiskt bistånd vid 23 års ålder. Dessutom verkar sjukhusinskrivningar försämra situationen ytterligare samt ha ett starkare (negativt) samband med framgångar som ung vuxen än de har för barn i familjer utan ekonomiskt bistånd. Resultaten i andra kolumnen visar att för de barn som var inskrivna vid

sjukhus under barndomen hade 21 färre barn per 1 000 gymnasiekompetens vid 23 års ålder medan denna siffra för barn från familjer som får ekonomiskt bistånd är 52 (21+31).

Även sannolikheten att få ekonomiskt bistånd som ung vuxen ökar, såväl som risken att bli inskriven på sjukhus i åldern 20–23 år. Dålig hälsa i barndomen verkar alltså ha allvarligare konsekvenser för barn från ekonomiskt utsatta familjer.

I de följande panelerna redovisar vi sambandet med inskrivning med diagnoserna sjukdom i andningsorganen, skador och förgiftningar och psykisk ohälsa. Vi ser ett liknande samband mellan skador och förgiftningar samt psykisk ohälsa och sannolikheten att gå ut gymnasiet, medan sambandet med sjukdomar i andningsorganen är något svagare. Särskilt stora negativa konsekvenser har psykisk ohälsa för barn från utsatta familjer. I dessa familjer minskar sannolikheten att gå ut gymnasiet med ytterligare 5,1 procentenheter och sannolikheten att få ekonomiskt bistånd som ung vuxen är mer än dubbelt så hög.

4.5 Diskussion

Barn som blir inskrivna på sjukhus någon gång under barndomen har sämre meritvärde i årskurs 9 och det är mindre sannolikt att de går ut gymnasiet än barn som inte varit inskrivna på sjukhus. Det är också troligare att de kommer att ta emot ekonomiskt bistånd, sakna inkomst från arbete eller studier och ha sämre hälsa som unga vuxna.

För att få en uppfattning om hur starka sambanden är kan vi jämföra sambandet med hur andra faktorer samvarierar med skolprestationer och välfärd som ung vuxen. Det är till exempel allmänt känt att flickor klarar sig bättre i skolan än pojkar. Bland de barn vi studerar i detta kapitel har flickor i genomsnitt 21 poäng högre meritvärde från årskurs 9 än pojkar, och medan 87 av 100 flickor har gymnasiekompetens vid 23 års ålder är motsvarande andel för pojkar 82 av 100. Den skillnad vi finner i skolresultat mellan barn som har respektive inte varit inskrivna på sjukhus är hälften så stor som den mellan pojkar och flickor. Däremot är skillnaden mellan de barn som skrivs in på sjukhus med en psykisk diagnos och andra barn större än skillnaden mellan flickor och pojkar; barn som blir inskrivna på sjukhus med en psykisk diagnos har i genomsnitt 45 lägre meritpoäng.

En alternativ jämförelse är skillnaden mellan barn från familjer som fått ekonomiskt bistånd och andra. Bland unga från ekonomiskt utsatta familjer är det 10 färre av 100 som avslutar gymnasiet. De löper mer än dubbelt så hög risk som genomsnittet att få ekonomiskt bistånd eller att inte ha någon inkomst från vare sig arbete eller studier vid 23 års ålder. I jämförelse med dessa skillnader är sambandet med dessa utfall och att ha vårdats på sjukhus relativt svagt. Precis som vid jämförelsen mellan pojkar och flickor gäller det emellertid inte sambandet med att hamna på sjukhus med en psykisk diagnos som är förenad med ännu lägre sannolikhet att ha gymnasiekompetens vid 23 års ålder.

Vi har i det här kapitlet försökt dekomponera, det vill säga dela upp, sambandet för att se hur stor del av sambandet som kan förklaras med observerbara och icke-observerbara familjefaktorer. Av skillnaden i meritvärde på 10 poäng mellan de som någon gång blir inskrivna på sjukhus och de som inte blir inskrivna förklaras hälften av observerbara familjefaktorer så som föräldrarnas utbildningsnivå, inkomst och om familjen har ekonomiskt bistånd. Utöver detta förklaras en fjärdedel av familjefaktorer som vi forskare inte direkt kan observera. Alltså kvarstår en fjärdedel av skillnaden, det vill säga 2,5 meritpoäng, när vi tagit hänsyn till familjebakgrund. För den som varit inskriven för psykisk ohälsa kvarstår nästan hälften av den ursprungliga skillnaden i meritvärde mellan de som varit inskrivna och de som inte har varit det (45 meritpoäng) när vi tagit hänsyn till familjebakgrund. Våra resultat tyder alltså på att det finns en effekt av sjukdom i sig och att den är särskilt stark för psykisk ohälsa. Kort sagt, sjukdom i barndomen har negativa konsekvenser för skolprestationer och välfärd som ung vuxen.

Även studier från andra länder visar på samband mellan ohälsa i barndomen och skolprestationer och utbildning. Studier från Storbritannien och Kanada visar att kroniska åkommor under barndomen leder till sämre utfall i utbildning och på arbetsmarknaden).⁵ Janet Currie och hennes medförfattare studerar sambandet mellan ohälsa i barndomen och skolresultat och beroende av ekonomiskt bistånd som ung vuxen med hjälp av registerdata över läkarbesök i delstaten Mani-

5. Case med flera (2005) samt Contoyannis och Dooley (2010).

toba i Kanada.⁶ Eftersom studien bygger på liknande metoder som i detta kapitel är det intressant att jämföra deras resultat med våra. I likhet med våra resultat finner de att hälsan i barndomen har betydelse för hur det går som ung vuxen och att psykisk ohälsa har de största negativa konsekvenserna för skolprestationer och välfärd som ung vuxen. De undersöker särskilt konsekvenser av adhd- och beteendeproblem under barndomen och finner att dessa innebär lägre betyg i skolan, lägre sannolikhet att barnet ska fullfölja gymnasieskolan och ökad sannolikhet för att få ekonomiskt bistånd. De starka negativa konsekvenserna av psykisk ohälsa har också uppmärksamats i andra länder. Exempelvis undersöker Janet Currie och Mark Stabile sambandet mellan psykisk ohälsa hos barn och framtida skolresultat utifrån enkätdata från USA och Kanada där föräldrar har fått svara på frågor om sitt barns beteende. Resultaten visar att hyperaktiva barn möter ökad risk att gå om en årskurs samt att få sämre provresultat i skolan. Liknande samband gäller för barn med beteendestörningar som adhd, men dessa löper dessutom högre risk för att hamna i ungdomsbrottslighet. Även barn med depression eller ångest löper högre risk att behöva gå om en årskurs, men har inte sämre provresultat i matematik och läsförståelse än andra barn.⁷

Den kanadensiska studien av Currie och hennes medförfattare finner att fysiska problem i tidig barndom främst påverkar situationen som ung vuxen genom att sannolikheten att barnet får hälsoproblem i tonåren ökar.⁸ När det gäller psykisk ohälsa är besvär i barndomen förenade med sämre välfärd som vuxen. Resultaten presenterade i det här kapitlet skiljer sig något från detta, eftersom vi finner att även om hälsobesvär som barn påverkar hälsan som ung vuxen finns det en ytterligare direkt effekt av dålig hälsa i barndomen på välfärd som ung vuxen. I likhet med den kanadensiska studien är det just sambanden med psykisk ohälsa som är starkast.

Ett oroande resultat är att hälsoproblem i barndomen har allvarligare konsekvenser för välfärden som ung vuxen i familjer som är

6. Currie med flera (2010).

7. Currie och Stabile (2009).

8. Currie med flera (2010).

ekonomiskt utsatta. Det negativa sambandet mellan hälsoproblem i barndomen och sannolikheten att uppnå gymnasiekompetens är mer än dubbelt så starkt för unga vuxna som kommer från familjer som tagit emot ekonomiskt bistånd. För dessa är risken att själva behöva ekonomiskt bistånd 2,5 gånger större jämfört med andra grupper. Särskilt stora konsekvenser har psykisk ohälsa för barn från utsatta miljöer. En möjlig förklaring till att sjukdom har värre konsekvenser skulle kunna vara att det finns en större sjuklighet både bland barn och föräldrar i denna grupp, som i sin tur ligger till grund för behovet av ekonomiskt bistånd. En annan tänkbar förklaring är att föräldrarna inte förmår att ge dessa barn det stöd och den vård de skulle behöva för att återhämta sig och komma i kapp i skolan. Även Anne Case och hennes medförfattare finner när de studerar amerikanska data att barn från fattiga familjer drabbas värre av sjukdom. Barn från fattiga familjer löper både större risk att drabbas av kroniska sjukdomar och att drabbas värre av dessa sjukdomar än andra barn.⁹ Vi finner att barn i familjer med ekonomiskt bistånd löper större risk att drabbas av sjukdom – särskilt ökar risken för psykiska problem – och vi ser också att de negativa konsekvenserna för skolprestationer och välfärd som ung vuxen är betydligt större för dessa barn.

4.6 Sammanfattning

I det här kapitlet har vi studerat sambandet mellan hälsa i barndomen och prestationer i skolan samt välfärd som ung vuxen. Vi finner att:

- * Barn som blir inskrivna på sjukhus någon gång under barndomen har lägre meritvärde, lägre sannolikhet att gå ut gymnasiet, högre sannolikhet att få ekonomiskt bistånd och att sakna inkomst från arbete eller studier samt sämre hälsa som unga vuxna.
- * Det finns ett starkt samband mellan psykisk ohälsa och skolprestationer och välfärd som ung vuxen. Bara 60 procent av barn med psykisk ohälsa uppnår gymnasiekompetens, jämfört med 87 procent bland barn som aldrig varit inskrivna på sjukhus. 17 procent

9. Case med flera (2005).

av de som varit inskrivna på sjukhus för en psykisk diagnos har ekonomiskt bistånd vid 23 års ålder medan andelen är 4,7 procent bland barn som inte varit inskrivna.

- * Föräldrars utbildning, inkomst och familjeförhållanden samvarierar med barnens hälsa, deras skolprestationer och situation som unga vuxna. Hela sambandet beror dock inte på familjebakgrund utan det finns en effekt av sjukdom i sig. Särskilt stora negativa konsekvenser på skolprestationer och framgång på arbetsmarknaden som ung vuxen har det att bli inskriven på sjukhus på grund av psykisk ohälsa.
- * Det finns ett samband mellan dålig hälsa i barndomen och dålig hälsa som ung vuxen. Hälsan i barndomen påverkar emellertid utfallen som ung vuxen inte enbart genom effekten på hälsa som ung vuxen.
- * Hälsoproblem i barndomen har allvarigare konsekvenser för barn som växer upp i familjer som är ekonomiskt utsatta. Det gäller särskilt psykisk ohälsa.
- * Konsekvenserna av dålig hälsa i barndomen är liknande för flickor och pojkar.

KAPITEL 5

Slutsatser och rekommendationer

ATT FÖRBÄTTRA BARN hälsa och utjämna hälsoskillnader är en investering i barnens välbefinnande och deras framtid. Det är också ett viktigt led i att skapa ett samhälle där alla barn har samma möjligheter. Om barns hälsa till stor del bestäms av uppväxtvillkor och familjebakgrund försvåras social rörlighet och initiala orättvisor tenderar att bli bestående. Förutom den moraliska aspekten finns stora samhällsekonomiska vinster att göra om vi redan tidigt kan förebygga och bekämpa ohälsa hos barn och därmed minska behovet av insatser från samhället senare i livet.

I den här rapporten har vi undersökt den sociala gradienten i mortalitet, sjukhusinskrivningar och läkemedelsförskrivningar bland barn i Sverige under perioden 1990–2009. Det är en turbulent period med bland annat stigande arbetslöshet, ökad flyktinginvandring och växande inkomstskillnader. Tack vare detaljerade registerdata har vi kunnat skatta en social gradient längs hela inkomstfördelningen samt undersöka hur denna skiljer sig åt för olika diagnoser, mellan barn i olika åldrar, mellan flickor och pojkar samt hur den har förändrats över de två decennier vi studerar. Vi undersöker också hur barns hälsa påverkas av ekonomisk utsatthet och tecknar en bild av vilka konsekvenserna blir för dem som drabbas av ohälsa i barndomen.

Den centrala frågan är naturligtvis hur man ska komma till rätta med socioekonomiskt betingade skillnader i hälsa. Vi kommer dock

inte att kunna ge några definitiva svar och inte heller leverera några patentröslöslningar. Det vi kan göra är att, med utgångspunkt av analysen i den här rapporten, peka ut ett antal områden där det finns stora vinst- ter att göra och där vi tror förbättringar är möjliga. Låt oss därför börja med att redovisa och diskutera de huvudsakliga slutsatserna från vår empiriska analys.

5.1 De sociala skillnaderna i hälsa är stora och återfinns längs hela den socioekonomiska fördelningen ...

Först och främst kan vi konstatera att det finns ett starkt negativt sam- band mellan familjens socioekonomiska status och sannolikheten att ett barn skrivs in på sjukhus. Barn i familjer med högst socioekono- misk status har 40–45 procents lägre risk att skrivas in på sjukhus än barn i familjer med lägst socioekonomisk status. Den sociala gradi- enten för psykisk ohälsa är ännu starkare (mellan 60 och 85 procent) medan den för inskrivningar relaterade till skador och förgiftningar är något svagare (30–40 procent). Den tycks vara något starkare för flickor. Detta hänger till viss del samman med att diagnoser som har en stark social gradient, som psykisk ohälsa, är vanligare bland flickor.

I tonåren ökar både sannolikheten att skrivas in på sjukhus och den sociala gradienten. Delvis kan det förklaras av att psykisk ohälsa, som är vanligast i tonåren, har en stark social gradient. Men det är inte hela förklaringen eftersom motsvarande åldersmönster även återfinns i andra diagnoser. Att den sociala gradienten ökar när barnen blir äldre har framkommit även i USA, Kanada och Tyskland.¹⁰ En vanlig hypotes är att det beror på att ohälsa ackumuleras och att små initiala skillna- der i ohälsa därmed riskerar att växa och bli allt större med åldern.¹¹

Den sociala gradienten återfinns längs hela den socioekonomiska fördelningen, oavsett om vi mäter familjens socioekonomiska status utifrån deras disponibla inkomst eller inkomstgraderad utbildnings-

10. Se Case med flera [2002] för USA, Currie och Stabile [2009] för Kanada och Rein- hold och Jürges [2012] för Tyskland.

11. Se Cunha och Heckman [2007] för en motsvarande teori för humankapitalacku- mulationen och Almond och Currie [2011] för hälsa.

rang. Det är inte bara de fattigaste eller de med lägst utbildning som har sämre hälsa än andra, utan hälsan förbättras kontinuerligt ju högre upp i fördelningen man kommer. Detta mönster är inte unikt för Sverige, utan återfinns i både rika och fattiga länder.¹² Dessutom visar våra resultat att hälsan är mindre känslig för inkomstförändringar såväl i botten som i toppen av inkomstfördelningen. Detta tyder på att det finns en ekonomisk gräns över vilken sambandet mellan hälsa och ekonomiska resurser suddas ut som till viss del sannolikt bestäms av den medicinska teknologin och kunskapen. På samma sätt tycks det finnas en lägre gräns för ohälsa, vilket skulle kunna bero på att hälsoförbättringar i ett generellt välfärdssamhälle som Sverige med i det närmaste avgiftsfri sjukvård också kommer barn med låg social status till del.

Vår analys av barn i ekonomiskt utsatta familjer visar dock att den generella hälsovården och det förebyggande arbetet inte når fram till de mest utsatta barnen i önskvärd utsträckning. Dessa barn är hårt drabbade av ohälsa. Barn som lever i familjer som tar emot ekonomiskt bistånd, och därmed kan betraktas som ekonomiskt utsatta, löper 130 procent högre risk att dö under barndomen och deras förhöjda risk att bli inskrivna på sjukhus är 40 procent jämfört med andra barn. Detta motsvarar 20 fler barn per 1 000. Skillnaderna är ännu större när det gäller psykisk ohälsa. Den förhöjda risken att bli inskriven med en diagnos relaterad till psykisk ohälsa är hela 186 procent i hushåll med ekonomiskt bistånd.

För att kunna förbättra hälsan hos barn som lever i ekonomisk utsatthet behöver man veta vad dessa stora skillnader beror på. Vår analys visar att skillnaderna endast delvis kan förklaras av sådana faktorer som föräldrarnas utbildningsnivå och födelseland.

Risken för att ett och samma barn blir inskrivet på sjukhus ett år när familjen tar emot ekonomiskt bistånd är högre än under ett år när familjen inte får ekonomiskt bistånd. Detta gäller särskilt psykisk ohälsa där risken för att skrivas in på sjukhus ökar med 30–40 procent i samband med att familjen drabbas av så pass svåra ekonomiska förhållanden att de söker och beviljas ekonomiskt bistånd av socialtjänsten. Då ska vi komma ihåg att dessa barn redan har en avsevärt

12. Se till exempel WHO (2008).

förhöjd risk att skrivas in på sjukhus jämfört med barn i familjer som aldrig är i behov av ekonomiskt bistånd. Det finns alltså all anledning att hitta former för att stötta barnfamiljer i ekonomisk utsatthet och på så sätt värna dessa barns hälsa, dels i den akuta situationen, dels förebyggande.

5.2 ... och får konsekvenser senare i livet

Att förebygga ohälsa, och kanske framför allt psykisk ohälsa, i barndomen och under tonåren betyder mycket även för hälsa och framgång senare i livet. Ohälsa i barndomen, i synnerhet psykisk ohälsa, är förknippad med sämre skolresultat och sämre framtidsutsikter som ung vuxen samt med de unga vuxnas hälsa. Det gäller både för flickor och för pojkar. Dessutom är konsekvenserna allvarligare för barn från ekonomiskt utsatta familjer, vilket skulle kunna bero på att man i dessa familjer har det särskilt svårt att hantera barnens sjukdom.

Återigen är det naturligtvis svårt att veta om det är just barnens sjukdom eller om det är andra faktorer som leder till ohälsa i barndomen och till svaga utfall längre fram. Vi finner dock att endast hälften av skillnaderna mellan barn som varit sjuka under barndomen och de som inte varit det kan förklaras av observerbara familjeegenskaper, vilket får oss att dra slutsatsen att åtminstone en del av sambandet faktiskt handlar om ett orsakssamband som innebär att ohälsan i sig påverkar framtiden negativt.

5.3 Ökad ekonomisk ojämlikhet i barns uppväxtvillkor har inte slagit igenom i ökade skillnader i hälsa

Under de senaste åren har den ökade inkomstojämlikheten i Sverige uppmärksamats på flera håll. Den relativa fattigdomen har ökat, mätt både enligt EU:s och OECD:s definitioner.¹³ De ökade inkomstskillnaderna beror delvis på att inkomsterna har ökat betydligt snabbare i toppen än i botten av inkomstfördelningen, men även median-

13. Relativ fattigdom mäts som andel hushåll som har en disponibel inkomst under 60 respektive 50 procent av medianinkomsten.

inkomsten har dragit ifrån inkomsterna i den lägre delen av fördelningen.¹⁴ Detta gäller även barnfamiljernas disponibla inkomster som påverkas av såväl växande löneskillnader som skillnader i hur mycket föräldrar arbetar, betalar i skatt och erhåller i form av bidrag och transfereringar.¹⁵

Mot bakgrund av den ökade skillnaden i ekonomiska villkor för barn hade vi kanske kunnat förvänta oss att den sociala gradienten i barns hälsa skulle ha blivit starkare över tiden. Det har den inte. I stället visar analysen i kapitel 2 att den sociala gradienten varit stabil över den tjugooårsperiod vi studerar. När det gäller sjukdomar i andningsorganen, som är den vanligaste diagnosen för små barn, finns dock tecken på att den sociala gradienten har ökat. I slutet av perioden är det 80 procent lägre sannolikhet att barn med högst social status skrivs in på sjukhus för en sådan diagnos jämfört med barn med lägst social status, jämfört med 60 procent i början av perioden. Under dessa två decennier har sjukdomar i andningsorganen blivit mindre vanliga. Möjliga förklaringar till att den sociala gradienten i inskrivningar för sjukdomar i andningsorganen har ökat kan vara att den medicinska utvecklingen i högre grad har kommit de rikare familjerna till del, eller att sjukligheten bland barn högre upp i inkomstfördelningen är av en art som idag är enklare att behandla. För att förstå exakt vad som hänt krävs emellertid närmare studier av specifika diagnoser. För psykisk ohälsa har däremot den sociala gradienten varit oförändrad och fortsatt mycket hög, trots att det har blivit vanligare att tonåringar skrivs in på sjukhus med en diagnos relaterad till psykisk ohälsa under den studerade perioden. Den sociala gradienten i psykisk ohälsa innebär att barn i familjer med högst socioekonomisk status har 85 procents lägre risk att skrivas in på sjukhus med en diagnos relaterad till psykisk ohälsa jämfört med ungdomar i familjer med lägst social status.

Ett skäl till att den sociala gradienten verkar ha varit konstant trots ökad inkomstojämlikhet kan vara att inkomstökningar för familjer

14. För en beskrivning av inkomstfördelningen i Sverige och hur den utvecklats över tiden, se Björklund och Jäntti (2011).

15. Den beror också på vem som skaffar barn. Boschini med flera (2014) visar att det idag är personer med relativt höga inkomster som blir föräldrar. Detta gäller framför allt pappor.

som redan har det gott ställt inte får så stort genomslag i förbättrad hälsa för barnen. Som vi såg i kapitel 2 verkar det finnas en gräns för hur låga ohälsotalen kan bli. Detta motverkar att den sociala gradienten drar iväg med ökad inkomstspredning i toppen av inkomstfördelningen. Inkomstförbättringar har i stället större genomslag på hälsan längre ner i fördelningen. Att den sociala gradienten varit konstant är möjligen också ett tecken på att medicinska genombrott, förbättrat arbete med förebyggande hälsovård och brett barnsäkerhetstänkande i ett generellt välfärdssamhälle med väl utbyggd barn- och skolhälsovård och i det närmaste avgiftsfri akutvård som når alla barn och därmed leder till förbättrad hälsa för alla.

En försvårande faktor när vi ska tolka den sociala gradienten i psykisk ohälsa och hur denna utvecklats är att vi i kapitel 2 fann tecken på färre inskrivningar och lägre förbrukning av antidepressiv medicin i botten av inkomst- och, framför allt, utbildningsfördelningen för 2006–2009. Intressant nog fann vi inte samma starka mönster för perioden 1990–1992. Detta kan vara ett tecken på att vården inte når dessa barn och att vi därför, när vi studerar den psykiska ohälsan, underskattar ökningen av den faktiska sociala gradienten i ohälsa.¹⁶ I så fall är det möjligt att den sociala gradienten i barns psykiska ohälsa faktiskt har ökat.

5.4 Ökningen av den psykiska ohälsan är särskilt allvarlig

Den psykiska ohälsan har ökat under den studerade perioden. Samtidigt har den en stark social gradient som möjligen har ökat. Våra resultat visar också att särskilt psykisk ohälsa har allvarliga negativa konsekvenser för barns och ungdomars studieresultat och för unga vuxnas framtidsutsikter. Dessutom finner vi att psykisk ohälsa särskilt ofta och hårt drabbar barn som lever i ekonomiskt utsatta familjer. Vidare kvarstår starka samband mellan å ena sidan ekonomisk utsatthet och psykisk ohälsa och å andra sidan psykisk ohälsa och framtida utfall även när vi tar hänsyn till bakomliggande faktorer. Detta får oss

16. En annan förklaring kan vara att barn längst ned i inkomst- och utbildningsfördelningen fångas upp av öppenvården för vilken vi inte har data.

att tro att också dessa samband åtminstone delvis avspeglar faktiska orsakssamband.

Ökningen av den psykiska ohälsan har varit föremål för en rad utredningar.¹⁷ En viktig fråga är om den ökning som framkommer i såväl enkätundersökningarna Barn-ULF och Skolbarns hälsovanor (som vi diskuterade i inledningskapitlet) som i öppen- och slutenvårdsregistren, faktiskt representerar en objektiv försämring av unga människors psykiska hälsa och inte bara avspeglar en allmän trend i att man idag pratar mer om dessa typer av problem. För att besvara den frågan jämför Gunilla Ringbäck Weitoft och Måns Rosén sambandet mellan egenrapporterad psykisk ohälsa och inskrivningar på sjukhus och mortalitet i två olika ULF-undersökningar (1988–1989 och 1995–1999) mellan vilka den egenrapporterade psykiska hälsan försämrats. De finner inga skillnader i sambandet mellan perioderna och tolkar det som att den psykiska hälsan faktiskt har försämrats.¹⁸ Socialstyrelsen undersöker hur det går för personer som drabbas av psykisk ohälsa och finner i likhet med vår studie att psykiska problem har långvariga negativa konsekvenser. Rapporten finner att psykiska besvär ofta har ett långdraget sjukdomsförlopp och kan leda till självmordsförsök och fullbordade självmord. Utifrån denna analys drar Socialstyrelsen slutsatsen att ökningen av den psykiska ohälsan faktiskt reflekterar att unga mår sämre.¹⁹

5.5 Vägar framåt

1.

MINSKADE INKOMSTSKILLNADER LEDER INTE NÖDVÄNDIGTVIS TILL MINSKADE SKILLNADER I HÄLSA

Sedan mitten av 1990-talet har inkomstskillnaderna bland barnfamiljer blivit större. Medan de flesta barnfamiljer har sett sina inkomster öka har familjer längst ned i inkomstfördelningen inte fått högre disponibel inkomst. Trots denna utveckling har inte den sociala gradi-

17. Se till exempel SOU (2006) och Petersen med flera (2010).

18. Ringbäck Weitoft och Rosén (2005).

19. Socialstyrelsen (2013c).

enten i inskrivningar på sjukhus ökat under perioden. Innebär detta att den sociala gradienten i barns hälsa är oförändrad trots att spridningen i disponibel inkomst har blivit starkare sedan 1995? För det första bör vi komma ihåg att det mått vi använder för att fånga ohälsa, det vill säga sjukhusinskrivningar, endast fångar upp relativt allvarliga tillstånd som kräver sjukhusvård. Vi kan därför inte säga något om vad som hänt med den sociala gradienten i mindre allvarliga tillstånd. För det andra finns naturligtvis en risk att familjer med de lägsta inkomsterna har blivit mindre benägna att söka vård, möjligen av ekonomiska skäl, och att vi därför underskattar den sociala gradienten under den senare perioden. Det mönster vi finner för psykisk ohälsa tyder på att det kan vara så.

Även om vi med våra mått ser att ökade inkomstskillnader inte har ökat den sociala gradienten är det möjligt att detta beror på att andra samhällsförändringar verkat i motsatt riktning. Under de senaste 20 åren har det ekonomiska stödet till barnfamiljer förstärkts genom barnbidrag, maxtaxa i barnomsorgen och en alltmer generös föräldraförsäkring. Dessutom utvecklas i kommuner och landsting kontinuerligt vården och stödet till gravida, familjer och barn. Utan dessa förbättringar skulle hälsoskillnaderna eventuellt ha ökat. Vår slutsats utifrån denna studie är dock att resultaten tyder på att minskade inkomstskillnader inte per automatik leder till minskade skillnader i sjukhusinskrivningar mellan barn i familjer med låga inkomster och höga inkomster. Det går alltså inte att förlita sig på politik som syftar till att utjämna inkomstskillnader för att minska hälsoskillnaderna mellan barn från olika social bakgrund.

2.

GENERELLA ÅTGÄRDER ANPASSADE TILL DEM MED STÖRST BEHOV

Att skillnaderna i sjukhusinskrivningar inte ökat tyder på att hälsan förbättrats i samma takt i alla grupper. Samhällets insatser och den generella välfärden har sannolikt är viktig roll i detta. Men fortfarande är skillnaderna i hälsa mellan barn i familjer med höga och låga inkomster skrämmande stora. Ytterligare insatser behövs för att minska dessa. Vi har inom ramen för denna rapport inte analyserat effekterna av enskilda åtgärder eller gått igenom den stora forskningslitteratur som försöker utvärdera olika insatser och program. Vi kan därför inte

dra några starka slutsatser om vilka konkreta preventiva åtgärder som är mest effektiva eller vilken vård som behövs. Både Malmökommis- sionen och internationella inflytelserika rapporter om ojämlikhet i hälsa förordar en strategi som går under benämningen *proportionell universalism*.²⁰ Det betyder att åtgärder ska vara generella men anpas- sas och ges i större doser till dem med störst behov. Vi förordar att Sve- rige 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 eko- nomiskt 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 BARNES PSYKISKA OHÄLSA

Med tanke på att barns ohälsa påverkar hur det går för barnen fram- över är det angeläget att lägga fram förslag på hur utsatta barns hälsa kan förbättras. Vår analys visar att psykisk ohälsa har särskilt stora negativa konsekvenser för skolresultat och framgång på arbetsmark- naden 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 sin skolgång. Camilo von Greiff och medförfattare konstaterar i en genomgång av samhällets stöd riktat till barn att det finns brister i samordningen av insatser för att stötta de mest utsatta barnen.²¹ De efterlyser att socialtjänst, hälsovård och BUP får tydli- gare uppdrag att i sitt arbete också ha som mål att barnen ska klara skolan eftersom detta i flera rapporter lyfts fram som en viktig faktor för att bryta en ond cirkel av psykisk ohälsa och dåliga skolresultat.²²

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

21. Greiff, Sjögren och Wieselgren (2012).

22. Se Socialstyrelsen (2010).

Slutligen konstaterar de att barn som mår dåligt psykiskt, men inte tillräckligt dåligt för att få stöd hos BUP, ofta riskerar att bli utan adekvat stöd. Under de senaste åren har en rad initiativ och satsningar för att utveckla och bygga upp en första linje, det vill säga en icke-specialiserad stödfunktion för att möta barns och ungas behov av vård och stöd för psykisk ohälsa, kommit till stånd i flera landsting i samarbete med SKL.²³ Utvärderingar av dessa satsningar blir värdefull vägledning vid utformningen av framtidens åtgärder.

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 hälsa 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 kräver fortsatt analys.

5.

BARNPERSPEKTIV PÅ EKONOMISKT BISTÅND

I den här rapporten har vi bland annat särskilt studerat hälsan hos barn i familjer med ekonomiskt bistånd och funnit att dessa barn mår sämre än andra barn. Socialtjänstlagen är mycket tydlig med att barnens situation ska uppmärksammas särskilt i alla utredningar där de på något sätt berörs (det vill säga även när ärendet gäller vuxnas ansökan om ekonomiskt bistånd).²⁴ Ett exempel på detta är att familjer med ekonomiskt bistånd i flera kommuner kan få extra ersättning för att

23. Se www.skl.se/psynk

24. Se 1 Kap, 2 § socialtjänstlagen (2013).

barnen ska kunna fortsätta med fritidsaktiviteter. Våra resultat tyder emellertid på att barnperspektivet behöver förstärkas ytterligare. Man bör överväga om det är möjligt att för barnfamiljer konstruera det ekonomiska biståndet så att det ger mer långsiktig trygghet för familjen på ett sätt som möjliggör och ger incitament till planering 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 att få jobb.²⁵ Det är viktigt att säkerställa att detta fokus på aktivering inte konkurrerar ut barnperspektivet i kontakten mellan socialtjänsten och biståndstagarna och se till att barnens situation och behov värnas.

Det är också möjligt att ett högre ekonomisk bistånd skulle leda till bättre hälsa. Om så är fallet beror på i vilken utsträckning det är den ekonomiska utsattheten i sig som orsakar den dåliga hälsan eller om det är andra faktorer kopplade till hemmiljön och föräldrarnas beteende och hälsa, exempelvis missbruk och psykisk ohälsa, som leder till ekonomisk utsatthet och ohälsa hos barnen i familjen. Detta är i mångt och mycket fortfarande en tämligen outredd fråga, eftersom det är svårt att i forskningsstudier skilja dessa faktorer åt. Det finns dock ett fåtal studier på amerikanska och kanadensiska data som visar att ökade finansiella resurser faktiskt förbättrar familjers välmående och barns prestationer i skolan.²⁶

25. Mörk (2011).

26. Se till exempel Dahl och Lochner (2012), Milligan och Stabile (2011) samt Evans och Garthwaithe (2010).

Referenser

- Adler, N.E., T. Boyce, M.A. Chesney, S. Cohen, S. Folkman, R.L. Kahn och S.L. Syme (1994), »Socioeconomic Status and Health, the Challenge of the Gradient«, *American Psychologist*, 49(1), s. 15–24.
- Almond, D. och J. Currie (2011), »Human Capital Development Before Age Five«, i Ashenfelter, O. och D. Card (red.), *Handbook of Labor Economics*, Volume 4. Amsterdam: Elsevier/North Holland.
- Baker, M., M. Stabile och C. Deri (2004), »What Do Self-Reported, Objective, Measures of Health Measure?«, *The Journal of Human Resources*, 39(4), s. 1067–1093.
- Berger, L.M., C. Paxson och J. Waldfogel (2009), »Income and Child Development«, *Children and Youth Services Review*, 31(9), s. 978–989.
- Björkensten, E., A. Hjern, E. Mittendorfer-Rutz, B. Vinnerljung, J. Hallqvist och R. Ljung (2013), »Multi-Exposure and Clustering of Adverse Childhood Experiences, Socioeconomic Differences and Psychotropic Medication in Young Adults«, *PLoS ONE* 8(1): e53551.
- Björklund, A., och M. Jäntti (2011) *SNS Välfärdsrapport 2011. Inkomstfördelningen i Sverige*. Stockholm: SNS Förlag.
- Black, S.E, P. Devereux och K.G. Salvanes (2007), »From the Cradle to the Labor Market? The Effect of Birth Weight on Adult Outcomes«, *Quarterly Journal of Economics*, 122(1), s. 409–439.
- Boschini, A., C. Håkanson och A. Sjögren (2014), »Inkomster mitt i karriären«, i A. Kunze och K.S. Thorburn (red.), *Lön, ersättning och karriärvägar*. JA-delegationen. Under tryck.

- Bremberg, S. (2002), *Sociala skillnader i ohälsa bland barn och unga i Sverige*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Brewer, M., B. Etheridge och C. O'Dea (2013), »Why are households that report the lowest incomes so well off?« Conference Paper, Understanding Society Research Conference, 24–26 July 2013, University of Essex.
- Burström, B. (2002), »Increasing inequalities in health care utilisation across income groups in Sweden during the 1990s?«, *Health Policy*, 62(2), s. 117–129.
- Case, A., A. Fertig och C. Paxson (2005), »The Lasting Impact of Childhood Health and Circumstance«, *Journal of Health Economics*, 24(1), s. 365–389.
- Case, A., D. Lubotsky och C. Paxson (2002), »Economic status and health in childhood: the origins of the gradient«, *American Economic Review*, 92(5), s. 1308–1334.
- Christoffersen, M. (1994), »A Follow-up Study of Longterm effects of Unemployment on Children: Loss of Self-esteem and Self-destructive Behavior among Adolescents«, *Childhood*, 2(4), s. 212–220.
- Christoffersen, M. (2000), »Growing Up with Unemployment. A Study of Parental Unemployment and Children's Risk of Abuse and Neglect Based on National Longitudinal 1973 Birth Cohorts in Denmark«, *Childhood*, 7(4), s. 421–438.
- Conley, D. och N.G. Bennett (2000), »Is Biology Destiny? Birth Weight and Life Chances«, *American Sociological Review*, 65(3), s. 458–467.
- Contoyannis, P. och M. Dooley (2010), »The role of child health and economic status in educational, health, and labour market outcomes in young adulthood«, *Canadian Journal of Economics*, 43(1), s. 323–346.
- Cunha, F och J. Heckman (2007), »The Technology of Skill Formation«, *American Economic Review*, American Economic Association, 97(2), s. 31–47.
- Currie, J. (2009), »Healthy, Wealthy and Wise: Socioeconomic Status, Poor Health in Childhood and Human Capital Development«, *Journal of Economic Literature*, 47(1), s. 87–122.
- Currie, J., och M. Stabile (2009) »Mental Health in Childhood and Human Capital«, i J. Gruber (red.), *The Problems of Disadvantaged Youth: An Economic Perspective*. University of Chicago Press.
- Currie, J., M. Stabile, P. Manivong och L.L. Roos (2010), »Child Health and Young Adult Outcomes«, *Journal of Human Resources*, 45(3), s. 517–548.
- Cutler, D.M., A. Lleras-Muney och T. Vogl. (2011), »Socioeconomic Status and Health: Dimensions and Mechanisms«, i S. Glied och P.C. Smith, *The Oxford Handbook of Health Economics*. Oxford: Oxford University Press.

- Dahl, G. och L. Lochner (2012), »The Impact of Family Income on Child Achievement: Evidence from Changes in the Earned Income Tax Credit«, *American Economic Review*, 102(5), s. 1927–1956.
- Dahlberg, M., K. Edmark, J. Hansen och E. Mörk (2008), *Fattigdom i folkhemmet. Från socialbidrag till självförsörjning*. Stockholm: SNS Förlag.
- Evans, W. och C. Garthwaite (2010), »Giving Mom a Break: The Impact of Higher EITC«, NBER Working Paper No. 16296.
- Folkhälsomyndigheten (2014), Rapport 2011:27, Svenska skolbarns hälsovanor 2009/10. Grundrapport.
- Fletcher, J. och B. Wolfe (2014), »Increasing our Understanding of the Health-Income Gradient in Children«, *Health Economics*, 23(4), s. 473–486.
- Gerdtham, U.-G. (1997), »Equity in Health Care Utilization: Further Tests Based on Hurdle Models and Swedish Micro Data«, *Health Economics*, 6(3), s. 303–319.
- Greiff, C. v., A. Sjögren och I.-M. Wieselgren (2012), *En god start: en ESO-rapport om tidigt stöd i skolan*. Stockholm: Finansdepartementet, Regeringskansliet.
- Holmlund, B. och P. Engström (2009), »Tax Evasion and Self-Employment in a High-Tax Country: Evidence from Sweden«, *Applied Economics*, 41(19), s. 2419–2430.
- Idler, E.L. och Y. Benyamini (1997), »Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies«, *Journal of Health and Social Behavior*, 39(1), s. 21–37.
- Lu, Christine m.fl. (2014) »Changes in antidepressant use by young people and suicidal behavior after FDA warnings and media coverage: quasi-experimental study«, *British Medical Journal, BMJ* 2014;348:g3596.
- Lundberg, O. (2000), »Sjukvård och vårdutnyttjande«, i Szebehely, M. och K. Barron (red.), *Välfärd, vård och omsorg: antologi från Kommittén Välfärdsbokslut*. SOU 2000:38. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.
- Malmö stad (2013) *Malmöns väg mot en hållbar framtid. Hälsa, välfärd och rättvisa*. Kommission för ett socialt hållbart Malmö.
- Marmot, M. (2010), *Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review*. Strategic Review of Health Inequalities in England Post-2010.
- McLeod, J.D. och M.J. Shanahan (1993), »Poverty, Parenting, and Children's Mental Health«, *American Sociological Review*, 58(3), s. 351–366.
- Milligan, K. och M. Stabile (2011), »Do Child Tax Benefits Affect the Well-Being of Children? Evidence from Canadian Child Benefit Expansions«, *American Economic Journal: Economic Policy*, 3(3), s. 175–205.

- Mörk, E. (2011), »Från försörjningsstöd till arbete – Hur kan vägen underlättas?«, i *Välfärdsstaten i arbete – Inkomstrygghet och omfördelning med incitament till arbete*. SOU 2011:2. Stockholm: Fritzes.
- Mörk, E., H. Svaleryd och A. Sjögren (2014), »Blir barn sjuka när föräldrarna blir arbetslösa?«, Rapport 2014:6. Uppsala: IFAU.
- Nielsen, T.H. (2013), »The Relationship between Self-rated Health and Hospital Records«, Working Paper No. 201-03. Köpenhamn: CAM.
- OECD (2009), *Doing Better for Children*. Paris.
- Pedersen, C.R., M. Madsen och L. Köhler (2005), »Does Financial Strain Explain the Association between Children's Morbidity and Parental Non-Employment?«, *Journal of Epidemiol Community Health*, 59(4), s. 316–321.
- Persson, A. (2011), »Inkomster och fattigdom hos före detta socialbidragstagare«, Rapport 2011:20. Uppsala: IFAU.
- Petersen S., E. Bergström, M. Cederblad, A. Ivarsson, L. Köhler, A.-M. Rydell, M. Stenbeck, C. Sundelin och B. Hägglöf (2010), »Barns och ungdomars psykiska hälsa i Sverige«, Rapport Kungliga Vetenskapsakademien.
- Reinhold, S och H. Jürges (2012), »Parental income and child health in Germany«, *Health Economics*, 21(5), s. 562–579.
- Rädda Barnen (2013), *Barnfattigdom i Sverige*. Årsrapport 2013.
- Smeeding, T.M., P. Saunders, J. Coder, S. Jenkins, J. Fritzell., A.M. Hagenaars, R. Hauser och M. Wolfson (1993), »Poverty, inequality, and family living standards impacts across seven nations: the effect of noncash subsidies for health, education and housing«, *Review of Income and Wealth*, 39(3), s. 229–256.
- Smith, J.P. (2007), »The Impact of Socioeconomic Status on Health over the Life-Course«, *Journal of Human Resources*, 42(2), s. 739–764.
- Socialstyrelsen (2010), *Social rapport 2010*.
- Socialstyrelsen (2012), *Folkhälsan i Sverige*. Årsrapport 2012.
- Socialstyrelsen (2013a), »Statistik över försörjningshinder och ändamål med ekonomiskt bistånd 2012«.
- Socialstyrelsen (2013b), *Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013*.
- Socialstyrelsen (2013c), *Psykisk ohälsa bland barn*. Underlagsrapport till *Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013*.
- SOU 2006:77, *Ungdomar, stress och psykisk ohälsa – Analyser och förslag till åtgärder*.
- SOU 2011:51, *Fortsatt föräldrar – om ansvar, ekonomi och samarbete för barnets skull*. Betänkande av Utredningen om ekonomi och föräldrasamarbete vid särlevnad. Stockholm: Fritzes.

- Starrin, B. (2008), »Är det skamligt att vara fattig?«, H. Swärd och M.-A. Egerö (red.) *Villkorandets politik. Fattigdomens premisser och samhällets åtgärder – då och nu*. Malmö: Égalité förlag.
- Statens folkhälsoinstitut (2011), *Svenska skolbarns hälsovanor*. Stockholm.
- Sundin, J.C. Hogstedt, J. Lindberg och H. Moberg (2005), *Svenska folkets hälsa i historiskt perspektiv*, Statens folkhälsoinstitut R 2005:8.
- Tracy, M., F.J. Zimmerman, S. Galea, E. McCauley och A. Vander Stoep (2008), »What explains the relation between family poverty and childhood depressive symptoms?«, *Journal of Psychiatric Research*, 42(14), s. 1163–1175.
- Weitoft, G. Ringbäck och M. Rosén (2005), »Is perceived nervousness and anxiety a predictor of premature mortality and severe morbidity? A longitudinal follow up of the Swedish survey of living conditions«, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(9), s. 794–798.
- Weitoft, G.R., M. Rosén, Ö. Ericsson och R. Ljung (2008), »Education and drug use in Sweden – a nationwide register-based study«, *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 17(19), s. 1020–1028.
- Weitoft G.R., A. Hjern, I. Batljan och B. Vinnerlung (2008), »Health and social outcomes among children in low-income families and families receiving social assistance – A Swedish national cohort study«, *Social Science & Medicine*, 66(1), s. 14–30.
- WHO (2008), *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health*, Commission on Social Determinants of health. Final Report.
- Åhs, A.M.H. och R. Westerling (2006), »Health care utilization among persons who are unemployed or outside the labour force«, *Health Policy*, 78 (2–23), s. 178–193.

Bilagor

Bilaga 1: Översikt av datamaterial

Här beskrivs det datamaterial som använts för att ta fram figurer och tabeller i rapporten.

HUVUDSAKLIGA DATAKÄLLOR:

Information om barnens hälsa hämtas från Socialstyrelsens Patient- och läkemedelsregister. Patientregistret är ett register över avslutade vårdtillfällen i slutenvård. Där finns information om bland annat inskrivnings- och utskrivningsdatum och diagnoskoder (ICD9 och ICD10) för åren 1987–2009. Läkemedelsregistret är ett register över samtliga förskrivna och expedierade läkemedel under perioden 2006–2009. Barnen som studeras i rapporten kopplas till föräldrar genom Flergenerationsregistret som utgörs av personer folkbokförda i Sverige. Information om inkomster och utbildningsnivå kommer från LISA som är en registerbaserad databas över totalbefolkningen. Uppgifter om betyg i årskurs 9 kommer från Årskurs 9-registret. Flergenerationsregistret, LISA och årskurs 9-registret handhas av SCB.

Tabell 1. Inskrivningar per 1 000 barn under 2005–2010.

Kapitel	ICD10	Diagnos	Pojkar			Flickor		
			0–5	6–12	13–18	0–5	6–12	13–18
I	A00–B99	Vissa infektionssjukdomar och parasitsjukdomar	38,0	6,0	5,0	35,0	5,5	6,1
II	C00–D48	Tumörer	1,1	7,1	7,4	11,4	7,1	6,2
III	D50–D89	Sjukdomar i blod och blodbildande organ samt vissa rubbningar i immunsystemet	3,7	1,8	1,4	2,8	1,5	1,7
IV	E00–E90	Endokrina sjukdomar, nutritionsrubbningar och ämnesomsättningssjukdomar	5,4	5,4	6,2	4,5	5,7	6,8
V	F00–F99	Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar	0,8	1,0	15,7	0,8	0,9	30,0
VI	G00–G99	Sjukdomar i nervsystemet	9,3	7,0	6,6	8,1	5,9	6,5
VII	H00–H59	Sjukdomar i ögat och närliggande organ	1,0	0,6	0,6	0,8	0,5	0,5
VIII	H60–H95	Sjukdomar i örat och mastoidutskottet	6,0	2,0	1,9	4,5	1,9	1,5
IX	I00–I99	Cirkulationsorganens sjukdomar	1,8	1,8	3,7	1,6	1,7	2,7
X	J00–J99	Andningsorganens sjukdomar	82,9	13,0	11,5	56,4	11,6	15,8
XI	K00–K93	Matsmältningsorganens sjukdomar	18,4	10,7	15,4	12,0	8,4	14,6
XII	L00–L99	Hudens och underhudens sjukdomar	4,3	1,6	1,7	3,5	1,3	1,8
XIII	M00–M99	Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven	3,2	4,1	6,8	0,0	4,3	9,4
XIV	N00–N99	Sjukdomar i urin- och könsorganen	8,8	5,2	4,5	1,0	2,9	8,2
XV	O00–O99	Graviditet, förlossning och barnsängstid	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,4
XVI	P00–P96	Vissa perinatale tillstånd	48,0	0,1	0,0	38,6	0,1	0,0
XVII	Q00–Q99	Medfödda missbildningar, deformationer och kromosomavikelser	29,5	7,5	4,8	19,9	5,1	4,7
XVIII	R00–R99	Symtom, sjukdomstecken och onormala kliniska fynd och laboratoriefynd som ej klassificeras annorstädes	25,6	14,3	13,8	22,4	13,6	24,4
XIX	S00–T98	Skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker	34,5	32,4	47,1	26,7	23,1	34,2
XX1	V01–Y98	Socioekonomiska och psykosociala faktorer	17,8	0,7	7,4	14,7	5,1	0,8

BESKRIVNING AV PATIENTREGISTRET

Tabell 1 visar antalet inskrivningstillfällen uppdelat på huvuddiagnoser per 1 000 barn ur patientregistrets slutenvårdsregister för åren 2005–2010 för flickor och pojkar i åldrarna 0–5, 6–12 och 13–18. Tabell 2–4 redovisar de vanligaste huvuddiagnoserna för barn kopplade till sjukdomar i andningsorganen, skador och förgiftningar samt psykisk ohälsa.

Tabell 2 De vanligaste diagnoserna kopplade till sjukdomar i andningsorganen 2006–2009. Antal inskrivningar med huvuddiagnos J00–J99.

Diagnos	ICD10	Antal	Andel
Totalt		74 101	
<i>varav</i>			
Kroniska sjukdomar i tonsiller och adenoider	J35	16 729	22,58
Astma	J45	10 945	14,77
Pneumoni, Lunginflammation, ej spec microorg.	J18	6 618	8,93
Akut bronkiolit	J21	6 613	8,92
Akut bronkit	J20	6 221	8,40
Akut övre luftvägsinfektion	J06	5 809	7,84

Tabell 3 De vanligaste skade- och förgiftningsdiagnoserna 2006–2009. Antal inskrivningar med huvuddiagnos S00–T98.

Diagnos	ICD10	Antal	Andel
Totalt		83 779	
<i>varav</i>			
Intrakraniell skada	S06	18 572	28,78
Fraktur på underarm	S52	10 576	16,39
Fraktur på underben inkl. fotled	S82	5 257	8,15
Fraktur på skuldra och överarm	S42	4 901	7,59
Yttlig skada på huvudet	S00	2 810	4,35
Sårskada på huvudet	S01	2 655	4,11
Fraktur på lårben	S72	2 164	3,35

Tabell 4 De vanligaste psykiska diagnoserna 2006–2009. Antal inskrivningar med huvuddiagnos F00–F99.

Diagnos	ICD10	Antal	Andel
Totalt		22 605	
<i>varav</i>			
Psykiska störningar påverkade av alkohol	F10	6 873	30,40
Depressiv episod	F32	2 398	10,61
Åtstörningar	F50	1 971	8,72
Andra ångestsyndrom	F41	1 773	7,84
Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress	F43	1 346	5,95
Genomgripande utvecklingsstörning	F84	881	3,90

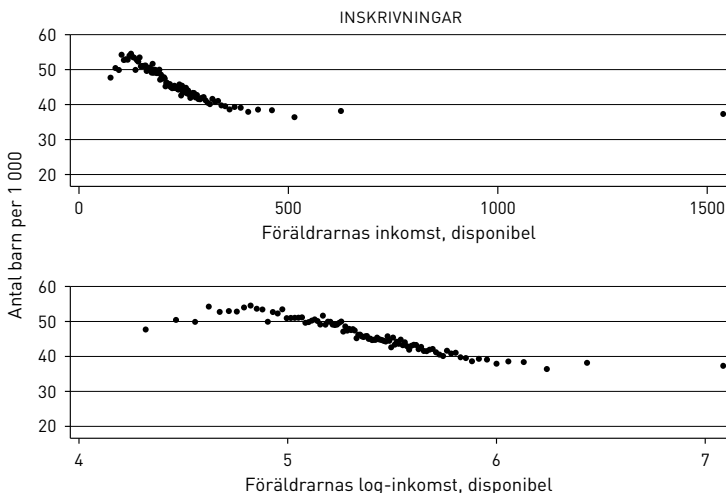
I våra analyser använder vi oss av en delmängd av de psykiska diagnoserna bestående av:

- * Psykisk störning framkallad av alkohol el annan substans: F10
- * Depression: F320–F322; F324–F332; F334–F339
- * Kroniska och andra förstämningssyndrom: F34–F39
- * Ångest: F40–48
- * Anorexi och bulimi: F50
- * Autism, Asperger m.m.: F84
- * Beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid (F90–F98), eg. adhd, m.m.

Ur Läkemedel har exkluderats vacciner (J07) och preventivmedel (G03A,G03B). Läkemedel mot adhd inkluderar N06B. Antidepressiva läkemedel omfattar N06A.

Bilaga 2: Kapitel 2

I figur A visas hur sambandet ser ut om vi istället på den horisontella axeln anger den absoluta inkomsten i kronor eller om skalan görs logaritmisk så att varje steg på skalan motsvarar en lika stor procentuell ökning av inkomsten.* I den övre figuren, som visar absoluta disponibla årsinkomster i tusentals kronor, och i den nedre figuren, som visar inkomsterna i logaritmer, är det tydligt att inkomstskillnaderna i toppen av inkomstfördelningen är mycket stora men att hälsan för dessa barn inte tycks förbättras i proportion till vare sig procentuella eller absoluta inkomstökningar. Dessa figurer visar dock att inskrivningar är betydligt känsligare för inkomsten vid genomsnittliga och låga inkomstnivåer, men inte heller i den absoluta botten av fördelningen är inskrivningar särskilt känsliga.



Figur A Inskrivningar på sjukhus och familjens disponibla inkomst, olika skalar.

Källa: egna beräkningar.

* I dessa figurer har vi uteslutit barn i familjer med inkomst i de 2 lägsta percentilerna.

Bilaga 3: Kapitel 3

SAMBAND MELLAN OHÄLSA OCH EKONOMISKT BISTÅND EFTER ATT HÄNSYN ÄR TAGEN TILL FAMILJEKARAKTÄRISTIKA

I denna bilaga redovisas regressionsresultat som diskuteras i sektion 3.3. Dessutom redovisas beskrivande statistik för det begränsade urvalet av barn i familjer som växlar mellan att ta emot och att inte ta emot ekonomiskt bistånd.

Tabell 5 redovisar sambandet mellan ohälsa och ekonomiskt bistånd efter att hänsyn är tagen till följande familjekaraktäristika: föräldrarnas ålder, föräldrarnas utbildning, föräldrarnas tid sedan invandring, antal barn i familjen, om de biologiska föräldrarna bor i samma hushåll samt föräldrars sjukhusinskrivningar i föregående period. Tabell 6 visar beskrivande statistik för det begränsade urvalet av barn i familjer som växlar mellan att ta emot och att inte ta emot ekonomiskt bistånd och tabell 7 redovisar hur sambandet mellan ohälsa och ekonomisk utsatthet ser ut för motsvarande urval.

Tabell 5 Sambandet mellan ohälsa och ekonomiskt bistånd efter att hänsyn är tagen till familjekaraktäristika.

	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	0,153	0,182	119 %
Inskrivn vid sjukhus	14,17	50,16	28,2%
Andningsorganen	2,86	11,03	25,9 %
Skador och förgiftningar	3,03	10,00	30,3 %
Psykisk ohälsa	2,30	1,61	143 %
Läkemedelsförskrivning	19,53	477,7	4,1 %
Adhd-medicin	4,26	5,39	79,0 %
Antidepressiv medicin	4,08	6,98	58,5 %

Anmärkning: Från en linjär sannolikhetsmodell. Kontroller för barnets ålder, kön, årseffekter samt familjebakgrund.

Tabell 6 Beskrivande statistik för den populationen som växlar mellan att ta emot och att inte ta emot ekonomiskt bistånd.

Andel flickor	48,5 %
Ålder	9,79
Mortalitet	0,169
Inskrivning vid sjukhus	58,15
Psykisk ohälsa	3,22
Andningsorganen	12,75
Skador och förgiftningar	12,29
Läkemedelsförskrivning	469
Adhd-medicin	18,62
Antidepressiv medicin	12,33
Andel med ekonomiskt bistånd	30,6 %
Moders ålder	37,3
Faders ålder	40,44
Moders utbildning	10,9
Faders utbildning	10,9
Disponibel inkomst	291 059
Sammanboende föräldrar	44,4 %
Bägge föräldrarna födda utanför Sverige	15,1 %
Antal barn*tid	8 018 609

Anmärkning: Mortalitet, inskrivningar, diagnoser och läkemedelsförskrivningar anges antal barn per 1 000 barn.

Källa: egen bearbetning.

I den första kolumnen i tabell 7 kontrollerar vi bara för barnets ålder och kön (siffran 8,2 ska jämföras med 19,8 i tabell 3.3), i den andra kolumnen tar vi även hänsyn till de familjeegenskaper som vi kan observera i våra data och i den tredje tar vi slutligen även hänsyn till allt som är speciellt för familjen men konstant över tiden genom att kontrollera för en barneffekt.

Tabell 7 Sambandet mellan ohälsa och ekonomiskt bistånd för barn vars familjer tar emot ekonomiskt något eller några år men inte hela perioden.

	Kontroll för barnets kön och ålder	Familje- kontroller	Barnfixa effekter
Inskrivnen vid sjukhus			
Ytterligare fall per 1 000 barn för barn i familjer med ekonomiskt bistånd	8,20	7,20	3,98
Medelvärde	58,15	58,15	58,15
Procentuell förändring	14,1 %	12,4 %	6,8 %
Andningsorganen			
Ytterligare fall per 1 000 barn för barn i familjer med ekonomiskt bistånd	1,76	1,57	1,21
Medelvärde	12,75	12,75	12,75
Procentuell förändring	13,8 %	12,3 %	9,5 %
Skada			
Ytterligare fall per 1 000 barn för barn i familjer med ekonomiskt bistånd	2,02	1,76	1,00
Medelvärde	12,29	12,29	12,29
Procentuell förändring	16,4 %	14,3 %	8,1 %
Psykisk ohälsa			
Ytterligare fall per 1 000 barn för barn i familjer med ekonomiskt bistånd	1,76	1,57	1,21
Medelvärde	3,22	3,22	3,22
Procentuell förändring	54,5 %	48,8 %	37,6 %
Läkemedelsförskrivning			
Ytterligare fall per 1 000 barn för barn i familjer med ekonomiskt bistånd	1,16	2,27	1,44
Medelvärde	469,5	469,5	469,5
Procentuell förändring	0,25 %	4,9 %	0,3 %
Adhd-medicin			
Ytterligare fall per 1 000 barn för barn i familjer med ekonomiskt bistånd	6,13	4,18	0,48
Medelvärde	18,62	18,62	18,62
Procentuell förändring	32,9 %	22,4 %	2,6 %
Antidepressiv medicin			
Ytterligare fall per 1 000 barn för barn i familjer med ekonomiskt bistånd	4,51	4,21	1,41
Medelvärde	12,33	12,33	12,33
Procentuell förändring	36,6 %	34,1 %	11,4 %

Bilaga 4: Kapitel 4

SYSKONANALYS

Här analyserar vi om det observerade sambandet mellan barns hälsa och skolprestationer kan förklaras av familjefaktorer som syskon delar men som inte är direkt observerbara för oss forskare och som gör att barn blir mer sjuka, snarare än av sjukdom i sig. För att ta hänsyn till sådana icke-observerbara familjefaktorer är det vanligt i litteraturen att jämföra syskon med varandra (se till exempel Conley och Bennett, 2000; Smith, 2007). Frågan vi ställer oss när vi gör denna jämförelse är om det går sämre för det syskon som i barndomen har sämre hälsa än för det syskon som har bättre hälsa. På så sätt kommer vi närmare att isolera vad just ohälsa har för betydelse, även om vi inte kan utsluta att det ena syskonets sjukdom har negativa konsekvenser även för det andra syskonet. I det senare fallet kommer vi med denna metod att underskatta de negativa konsekvenserna av att drabbas av ohälsa i barndomen.

Vi undersöker effekten av sjukdom på meritvärde i en population av barn som är födda 1987–1994 som har syskon födda under samma period. I den här populationen är meritvärdet något högre, 211,1, och andelen som någon gång blir inskrivna på sjukhus något lägre, 50 procent. Orsaken till att vi endast studerar meritvärde och inte de andra utfallen är att de yngre kohorterna är för unga för att deras situation som unga vuxna ska hinna observeras i våra data som sträcker sig till 2010. För information om övriga variabler se tabell 8.

Vi skattar en linjär sannolikhetsmodell av formen

$$Y_i = \beta \text{ inskrivning}_i + X_i + v_i + \varepsilon_i$$

där Y är meritvärde. *Inskrivning* är inskrivning på sjukhus och för olika diagnoser. X är kontroller för kön, om personen varit inskriven på sjukhus för missbildning, antal barn i familjen, om de biologiska föräldrarna bor ihop när barnet är 6 år gammalt, om både mamma och pappa är födda i Sverige, mammas och pappas ålder och utbildningsnivå, samt om någon förälder får ekonomiskt bistånd under barnets uppväxt. v är en syskoneffekt.

Första kolumnen i tabell 9 visar att barn som blir inskrivna på

Tabell 8 Beskrivande statistik.

	Syskonpopulation födda 1987–1994
Meritvärde	211,1
Inskrivnen på sjukhus 0–15 år	50,3 %
Andningsorganen 0–15 år	17,1 %
Skador och förgiftningar 0–15 år	13,6 %
Psykisk ohälsa 0–15 år	1,17 %
Missbildning 0–15 år	3,16 %
Andel pojkar	49 %
Antal barn i familjen	1,90
Biologiska föräldrarna bor ihop när barnet är 6	82,3 %
Moder utbildning	12,3
Fader utbildning	11,81
Moder ålder	28,19
Fader ålder	31,04
Någon förälder ekonomiskt bistånd vid ålder 0–18 år	28,6 %
Föräldrarnas disponibla inkomst vid ålder 10–15 år	39 754
Bägge föräldrarna födda utanför Sverige	5,3 %
Antal barn	513 572

sjukhus har 7,8 poäng lägre meritvärde än de som inte blir inskrivna under barndomen. Att skillnaden är mindre i den här populationen tyder på att barn som inte har några syskon födda 1988–1994 är något sjukare och har sämre meritvärde. I nästa steg, i kolumn 2 och 3, undersöker vi om skillnaden som vi ser i kolumn 1 beror på observerbara och icke-observerbara familjefaktorer genom att inkludera familjebakgrundsvariabler och sedan syskoneffekter – vilket innebär att vi i praktiken jämför hur det går för syskonpar där det ena syskonet drabbats av ohälsa och de andra varit friskt under hela barndomen. Först lägger vi till observerbara familjefaktorer som inkomst, utbildningsnivå etc. Precis som i den tidigare analysen finner vi att ungefär hälften av sambandet mellan hälsa och meritvärde kan förklaras av observerbara familjefaktorer; estimatet minskar från -7,8 till -3,8. I tredje kolumnen redovisas resultatet när vi i stället lägger till en syskoneffekt

Tabell 9 Sambandet mellan sjukhusinskrivningar och meritvärde: syskon.

	Inga kontroller	Familje- kontroller	Syskonfixa effekter	Familjekontroller och syskonfixa ef- fekter
Inskrivnen 0–15 år	-7,8	-3,8	-2,1	-2,1
Andningsorganen 0–15 år	-7,6	-2,9	-1,6	-1,5
Skador och förgiftningar 0–15 år	-8,6	-5,5	-2,9	-2,8
Psykisk ohälsa 0–15 år	-41,0	-30,9	-23,7	-23,1
Medelvärde	211,1	211,1	211,1	211,1

Anmärkning: Resultat från en linjär sannolikhetsmodell.

och på så sätt kontrollerar för både observerbara och icke-observerbara faktorer som inte varierar över tiden. Ytterligare en del av sambandet verkar kunna förklaras av familjefaktorer som vi inte kan observera för estimatet minskar ytterligare till -2,1. I sista kolumnen lägger vi till både syskonfixa effekter och familjevariabler. Raderna två, tre och fyra visar effekten av att bli inskriven på sjukhus med diagnosen sjukdom i andningsorganen, skador och förgiftningar samt psykisk ohälsa. Som tidigare resultat är det särskilt inskrivningar med diagnosen psykisk ohälsa som är associerade med sämre meritvärde.

Ett sätt att få en uppfattning om huruvida modellen som presenteras i tabell 4.2 lyckas kontrollera för bakomliggande familjefaktorer är jämföra hur mycket av effekten som förklaras av familjefaktorer i tabell 8 i jämförelse med hur mycket av effekten som förklaras av syskonspecifika effekter i tabellen. En sådan jämförelse tyder på att variablerna som beskriver familjebakgrund plockar upp det mesta av familjeeffekten; både i tabell 4.2 och tabell 9 svarar familjefaktorer för 49 procent av sambandet mellan hälsa och meritvärde och de syskonfixa effekterna 70 procent av sambandet. Ett skäl till att en större del av sambandet plockas upp av de syskoneffekterna än av variablerna som beskriver familjebakgrund kan, som vi nämnt, vara att det friska syskonet också klarar sig sämre i skolan för att det har ett sjukt syskon. I så fall är estimaten i kolumnerna 3 och 4 sannolikt underskattningar av hur sjukdom påverkar skolresultat. Trots detta innebär estimaten för

psykisk ohälsa att meritvärdet försämras med hela 23 poäng, medan effekten av annan typ av sjukdom är mindre.

SAMBAND MELLAN SJUKHUSINSKRIVNINGAR VID 0–18 OCH 20–23 ÅRS ÅLDER OCH SOCIALA UTFALL SOM UNG VUXEN

Tabellen redovisar regressionsresultat som diskuteras i sektion 4.2.

Tabell 10 Sambandet mellan sjukhusinskrivningar i barndomen och framtida utfall efter att hänsyn är tagen till familjekaraktäristika och hälsa som ung vuxen.

	Gymnasium vid 23	Ekonomiskt bistånd (procentenheter)	Ingen inkomst
Inskriven 0–18 år	-2,8	1,3	0,9
Inskriven 20–23 år	-10,8	6,3	4,4
Medelvärde	84,3	6,1	7,6