

Sammanfattning

Som ett led i arbetet med att stärka barn- och föräldraperspektivet inom missbruks- och beroendevården genomfördes under 2012 en kartläggning för att få kunskap om föräldrar som får vård för missbruk och beroende och deras barn. Kartläggningen genomfördes på uppdrag av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) under vecka 39 och skulle omfatta alla i Sverige kända missbruks- och beroendeverksamheter.

CAN kommer under innevarande år att i tre rapporter redovisa resultat från analyser av dessa data. I denna, den andra rapporten har dessa barn till föräldrar i missbruks- och beroendevård varit i förgrunden. Analyserna har haft två huvudsakliga frågeställningar: vilka barn mår dåligt och vilka barn får stöd.

Datainsamlingen var organiserad så att information insamlades om varje enskilt barn från föräldrarna vilket möjliggjorde för oss att istället arbeta med informationen som fanns om varje enskilt barn istället för att se till hur föräldrarna svarat för något av sina barn. Totalt rör det sig om 3 749 barn under 18 år fördelat på 2 394 föräldrar.

När det gäller den första frågeställningen om hur barnen mår baseras resultaten huvudsakligen på analyser av ett batteri med frågor om olika typer av problem som föräldrarna besvarade för varje enskilt barn. Totalt frågades om 13 olika problem som föräldrarna fick besvara (se fråga 17 i enkäten i bilaga 1). Frågorna var inte konstruerade för att fånga upp eventuella skillnader i allvarlighetsgraden utan det enda som går att utläsa är om barnet haft problem eller inte.

Generellt sett är könsskillnaderna små när det gäller de olika problemen men pojkarna ligger genomgående något högre än flickorna. Däremot är skillnaderna mellan de olika åldersgrupperna markanta. Ju äldre barnen är desto vanligare är det också att föräldrarna uppger att de har olika problem. Exempelvis uppger föräldrarna för drygt 9 procent av barn i åldersgruppen 13–17 att barnet är deprimerad medan genomsnittet för hela gruppen är drygt 5 procent. När det gäller vissa andra problem är åldersskillnaderna än större, exempelvis när det gäller alkohol- och droganvändning där andelen uppgår till 6,5 procent i åldersgruppen 13–17 år och närmare noll procent i övriga yngre åldrarna. Samma mönster som ovan för de enskilda problemen framträder när vi istället studerar de som har något problem (minst ett av 13 problem).

Detta bekräftas också av resultaten från en regressionsanalys där vi studerar effekten av flera variabler samtidigt. Barnets ålder är den starkaste bestämningsfaktorn för att ha problem. Ju äldre barnet är desto större sannolikhet att det har problem. Barn i åldrarna 7–17 år har dubbelt högre risk att uppvisa problem jämfört med åldersgruppen 2–6 år. Den näst starkaste bestämningsfaktorn är barnets placering i syskonskaran med ökad andel problem ju högre upp man kommer i syskonskaran. Högst andel problem uppvisar således de barn som kommer först i syskonskaran och lägst andel de som kommer sist. Även barn som är placerade i familjehem, på institution eller på behandlingshem visar på signifikanta skillnader jämfört med övriga barn och detsamma gäller barn vars föräldrars huvudsakliga missbruk är annat än alkohol. Barn till föräldrar med alkoholmissbruk har en cirka 30 procent lägre risk än barn till föräldrar med blandmissbruk. Detta gäller således efter

kontroll för barnens ålder. Vidare framkommer kön som en signifikant bestämningsfaktor: pojkar uppvisar en högre problemnivå än flickor. Däremot framkommer ingen signifikant skillnad mellan om barnets förälder är ensamstående eller ej eller om även föräldrarnas partner är i vård för missbruk eller ej.

Ytterligare analyser visar att problemen är skevt fördelade. För ca 71 procent av alla barn har föräldrarna inte rapporterat något av de 13 problem som de tillfrågades om. Antal barn med 1–3 rapporterade problem uppgår till knappt 25 procent och antal barn med minst fyra problem till knappt 5 procent. Men denna sistnämnda grupp svarar för drygt 40 procent av alla problem som föräldrarna sammantaget uppgett att barnen har.

När det gäller den andra frågeställningen om vilka som får stöd visar det sig att 24 procent av barnen erhåller stödinsatser, enligt föräldrasvaren. Bland de äldre barnen (13–17-åringar) är motsvarande andel närmare 30 procent medan det bland yngre är färre än vart tionde. Andelen med stödinsatser ökar fram till 11-årsåldern, för att därefter ligga på en något lägre nivå undantaget 15-åringar med en hög andel med stöd. Mönstret är påfallande likt den åldersfördelning som framkom avseende problemens omfattning per åldersklass.

Den enskilt största förklarande faktorn för om barnet får stöd är dock, inte oväntat, om barnet har problem. De barn som har problem har fem gånger så hög sannolikhet att ha stödinsatser som de barn som inte har problem. Barn som är placerade i familjehem, på institution eller på behandlingshem eller visar också, inte oväntat, en högre andel med stöd jämfört med övriga barn. Föräldrarnas huvudsakliga missbruk påverkar också sannolikheten att få stöd: för de barn vars föräldrar huvudsakligen missbrukar annat än alkohol är andelen barn som får stöd signifikant högre.

Uppseendeväckande är att de 24 procent barn med stöd fördelar sig ojämnt mellan de olika länen. Skillnaderna mellan de tre län med högst andel stöd jämfört med de tre län med lägst andel stöd motsvarar en faktor på drygt 2. Detta beror inte på att problembilden skulle vara tyngre i de länen med störst andel stöd utan beror, högst sannolikt, till stor del på strukturella faktorer. Vissa län erbjuder i mindre utsträckning stöd till barn med förälder inom missbruks- och beroendevården.

Flera av de resultat som framkom var väntade medan andra var mer oväntade. Det var väntat att en större andel bland de äldre barnen upplevs ha olika former av problem jämfört med de yngre barnen. Det var därför också väntat att en större andel av de äldre barnen får stöd. Men det var inte väntat att barnens ålder påverkade om man får stöd eller ej även vid kontroll för om man har problem eller ej. Det tycks således, givet ungefär samma problembild, som om äldre barn får mer stöd än yngre barn.

Det bör påpekas att svaren avser föräldrarnas bedömning av hur barnen mår och inte andra professionellas bedömning eller barnens egen bedömning. Vissa av de skillnader som vi finner vara oförklarliga skulle kanske inte framstå som sådana om vi också hade tillgång till andras bedömningar av samma barn. Därför bör skillnaderna vara stora och systematiska för att vi ska dra några slutsatser av resultaten. När det gäller barnens ålder är det möjligt att föräldrarna har lättare att upptäcka problemen hos barnen när de är äldre trots att de finns bland de yngre. Den ålderseffekt som vi fann genomgående var dock så stark att vi inte tror att detta är hela förklaringen. Det är således högst sannolikt att problemen bland dessa barn utvecklas och förvärras med ökad ålder. Det står också helt klart att fler äldre barn än yngre barn får stöd.

Sammanfattningsvis är det mest centrala resultatet i denna studie att merparten av de barn som får stöd redan har problem av olika slag. Resultatet indikerar således att man idag inom missbruks- och beroendevården inte arbetar med att stödja alla barn som växer upp i missbruksmiljöer. Stödinsatser sätts inte in tidigt när barnen är små som en preventiv åtgärd utan när barnen är gamla nog för att själva ha fått problem, exempelvis med att klara skolan, annat utanförskap, känna sig orolig, ängslig och att vara deprimerad.