

Barn till föräldrar i missbruks- och beroendevård

– en kartläggning av hur de mår och vilka som får stöd

Jonas Raninen & Håkan Leifman

Rapport 143

Barn till föräldrar i missbruks- och beroendevård

– en kartläggning av hur de mår och vilka som får stöd

Jonas Raninen & Håkan Leifman



Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning

Rapport nr 143

Stockholm 2014

Förord

CAN har träffat en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting om fördjupade analyser av data som samlats in vid en kartläggning av föräldrar inom missbruks- och beroendevården, en kartläggning som Kunskap till praktik inom SKL tog initiativ till. Utgångspunkten var att SKL åtagit sig att förstärka barn- och föräldraperspektivet inom missbruks- och beroendevården. Materialet har tidigare analyserats men endast relativt översiktligt. Som vi ser det finns värdefull information att hämta från dessa data, framförallt när det gäller situationen för de deltagande föräldrarnas barn. Många frågor ställda till föräldrarna fokuserar nämligen på barnens situation och välbefinnande; hur de mår, om de får stöd, hur de trivs i skolan etc.

Den första rapporten, som publicerades i mars i år utgjorde en viktig utgångspunkt för de två kommande rapporterna i och med att vi där gjorde en bedömning av materialets användbarhet och framförallt en estimering av hur många barn som har en förälder med missbruks- eller beroendeproblematik. Denna den andra rapporten har fokus på dessa barn; hur de mår och vilka som får stöd. Rapport tre kommer ha fokus på föräldrarna.

Sedan 2009 har CAN haft missbruk i familjen som ett fokusområde, framförallt genom webbplatsen Drugsmart.com. År 2010 tog CAN initiativ till en nationell uppmärksamhetsvecka för barn som växer upp i familjer där någon vuxen dricker för mycket eller använder andra droger. Uppmärksamhetsveckan har genomförts i vecka 7 varje år sedan 2011.

Genom Drugsmart kan professionella som arbetar med unga hitta information om material, stödgrupper och verktyg. Men vi har också tjänster som vänder sig direkt till barnen såsom en stödgruppskarta och möjlighet att ställa frågor och chatta med Drugsmart:s redaktion och – ibland – med externa experter. Våra användarundersökningar (2011 och 2013) visar att sidorna om missbruk i familjen är, näst efter faktasidorna, de mest populära. I och med Drugsmart har CAN en unik möjlighet att kommunicera med unga som växer upp i familjer med missbruk.

CAN arbetar löpande på att utveckla de tjänster vi erbjuder kring missbruk i familjen. De analyser som ligger till grund för de tre rapporterna ger oss möjlighet att identifiera vilka behov som finns och vilka av dem som CAN kan fylla. På så sätt utgör rapporterna ett viktigt kunskapsunderlag för vidare utveckling av våra tjänster.

Stockholm i augusti 2014

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning

Håkan Leifman, Direktör

Innehåll

Förord.....	3
Sammanfattning.....	7
1. Inledning och syfte	10
2. Metod och material.....	12
3. Resultat.....	14
Problem som föräldrarna uppger att barnen har	15
Hur problemen är fördelade.....	17
Trivsel i förskola och skola	17
Oro för barnen	19
Stödinsatser	20
Är det de som har problem som får stöd?	22
Vårdstrukturella skillnader i vilka som får stödinsatser	22
4. Diskussion	24
5. Referenser.....	27
Bilaga 1. Enkät (frågor till grund för analyser i denna rapport är gulmarkerade)	
Bilaga 2. Kompletterande tabeller	

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.

I. Inledning och syfte

I år fyller FN:s konvention om barnens rättigheter 25 år. Barnkonventionen, som den ofta kallas, syftar till att ge barn oavsett bakgrund rätt att behandlas med respekt och att få komma till tals. En av konventionens huvudprinciper – artikel 3– anger att det är barnets bästa som ska komma i främsta rummet vid alla åtgärder som rör barnet, en annan (artikel 6) understryker varje barns rätt till liv, överlevnad och utveckling och rör inte endast barnets fysiska hälsa utan också om den andliga, moraliska, psykiska och sociala utvecklingen. Konventionen understryker föräldrarnas och den utvidgade familjens roll och ansvar för barnet men ålägger samtidigt staten ansvar för att skydda barnet mot vanvård, utnyttjande och övergrepp.

De allra flesta barn i Sverige mår bra och utsätts inte för vanvård. Denna studie handlar dock om en grupp av barn där många far illa och där samhället inte lyckats särskilt väl. Vi talar om barn som lever med föräldrar eller andra vuxna med missbruks- eller beroendeproblem, som i Sverige beräknats uppgå i runda tal 100 000 (Leifman, m.fl., 2014). Tidigare internationella studier visar att dessa barn löper en större risk att utveckla olika former av problem såsom depression och ångest men också egna missbruksproblem (Sher, 1997; Ohannessian m.fl., 2004; Rothman m.fl., 2008; Anda, m.fl., 2002; Chassin, m.fl., 1991). Detta står i bjärt kontrast mot barnkonventionens grundprinciper.

Det görs en hel del i Sverige för att förbättra villkoren för dessa barn. I december 2010 godkände riksdagen den av regeringen föreslagna strategin för att stärka barnens rättigheter (prop. 2009/10:232). Strategin syftar till att stärka barnens rättigheter och utgår från de mänskliga rättigheter som barn upp till 18 år ska tillförsäkras enligt internationella överenskommelser, särskilt de åtaganden som följer av barnkonventionen och ska gälla inom alla berörda områden och verksamheter på statlig och kommunal nivå. I regeringens ANDT-strategi för 2011–2015 utgör barnen, och inte de minst de mest utsatta, en viktig målgrupp. Ett av strategins långsiktiga mål (mål 2) syftar till att barn ska skyddas mot skadliga effekter orsakade av alkohol, narkotika, dopning eller tobak (prop. 2010/11:47). En hel del satsningar har därför påbörjats under strategiperioden (se t.ex. Socialdepartementet, 2014).

En av dessa satsningar är Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) arbete med att stärka barn- och föräldraperspektivet inom missbruks- och beroendevården. Som ett led i detta arbete genomförde SKL under 2012 en kartläggning för att få kunskap om föräldrar som får vård för missbruk och beroende och deras barn. Det övergripande syftet med kartläggningen var att öka kunskapen om de faktorer som rör föräldraskap och barn för föräldrar som finns i vård för missbruk eller beroende. Som vi nämnt tidigare finns värdefull information att hämta från dessa data, framförallt när det gäller situationen för de deltagande föräldrarnas barn. Många av frågorna ställda till föräldrarna fokuserade nämligen på barnens situation och välbefinnande. Kartläggningen genomfördes i hela Sverige och urvalsramen omfattade samtliga i Sverige kända missbruks- och beroendeverksamheter. Materialet har tidigare analyserats men endast relativt översiktligt.

CAN kommer under innevarande år att i tre rapporter redovisa resultat från analyser av dessa data. Den första rapporten, som publicerades i våras, visade dels att undersökningen

(Föräldrakäten) kan sägas vara representativ för föräldrar i missbruks- och beroendevård på nationell nivå, dels att antalet barn som bor med en förälder som har missbruks- eller beroendeproblem uppgår till mellan 4–5 procent (skattning 1: 4,5–5,2 %; skattning 2: 4,6 %) av alla barn under 18 år i Sverige (Leifman, m.fl., 2014). Det bör påpekas att skattningar av den här typen nästan alltid är behäftade med ett visst mått av osäkerhet. Två oberoende skattningar genomfördes och båda kom fram till liknande resultat som dessutom stämmer väl överens med en annan nyligen genomförd skattning (Hjern & Adelino Manhica, 2013).

Detta är den andra rapporten och tar som utgångspunkt barnens situation genom de svar som föräldrarna angav på frågor om hur deras barn mår och om barnen får stöd.

Det finns ett antal nyare svenska studier som behandlar barn som anhöriga. I de flesta fall handlar det om barn som har en förälder med missbruksproblematik, psykisk ohälsa eller som avlider. Konsekvenserna och stödbehovet för barnen tycks vara likartade (Hjern & Adelino Manhica, 2013; Hjern, m.fl., 2013). Socialstyrelsen gav 2013 ut en sammanställning av relevant forskning på området ”Barn som anhöriga” (Socialstyrelsen, 2013). Ett resultat från dessa tre studier kan sammanfattas med att barnen behöver differentierade insatser beroende på föräldrarnas hela situation, alltså inte enbart utifrån missbruk eller sjukdom utan också beroende på socioekonomisk status och utbildningsbakgrund.

I denna rapport är således barnen i fokus. Utgångspunkten är de frågor ställda till föräldrarna i Föräldrakäten som rör deras barns välbefinnande; hur man upplever att barnet trivs i förskolan/skolan, om man är orolig för sitt barn, om man upplever att barnet lider av olika typer av problem såsom att barnet mobbas, depression, alkohol- och droganvändning m.m. (se frågorna 13–17 i enkäten i bilaga 1).

Studien har två huvudsakliga syften. Det ena är att se närmare på fördelningen av olika problem som föräldrarna uppger att barnen har – bl.a. hur många barn som har problem, om problemen är koncentrerade till en mindre grupp och vad som kännetecknar de barn med olika former av problem med avseende på bl.a. ålder, kön, boendesituation och föräldrarnas missbruk.

Det andra syftet är att se närmare på vilka barn som föräldrarna uppger får stöd. Är det exempelvis yngre eller äldre barn, barn som har mest problem och de barn vars föräldrar önskar att de skulle få stöd? En del fokus ligger på vad vi kallar vårdstrukturella skillnader, dvs. sådana skillnader som har att göra med annat än själva problembilden. En sådan faktor kan vara större regionala skillnader i omfattningen av stöd, en annan om det föreligger skillnader mellan de två dominerande huvudmännen (kommun och landsting) i stöderbjudande.

2. Metod och material

Den aktuella undersökningen genomfördes under vecka 39 år 2012 på uppdrag av Kunskap till praktik inom SKL. Samtliga verksamheter som bedriver beroendevård, såväl öppenvård som slutenvård, inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten, kriminalvården, Statens institutionsstyrelse (SiS) samt Hem för vård och boende (HVB) ingick i undersökningen. Undersökningen genomfördes med hjälp av pappersenkäter (alternativt webbaserad enkät) som distribuerades till samtliga föräldrar över 18 år som besökte verksamheterna under vecka 39. I sällsynta fall användes webbaserad enkät (se också Leifman m.fl. 2014; FoU i Väst, 2013). I denna rapport används svar från de sammantaget 2 394 föräldrar i undersökningen som uppgett att de har minst ett barn under 18 år.

Målsättningen var att genomföra en totalundersökning där samtliga verksamheter som bedriver beroendevård skulle delta och att samtliga föräldrar som besökte någon av verksamheterna under vecka 39 skulle besvara enkäten. När undersökningen var genomförd blev det tydligt att så inte var fallet. Ungefär var tredje verksamhet hade deltagit och beräkningar av andelen deltagande föräldrar indikerar att omkring hälften deltog i undersökningen. I en tidigare rapport har vi analyserat bortfallet och dess betydelse och kommit fram till att trots stort bortfall är materialet på det stora hela representativt för gruppen föräldrar i missbruks- och beroendevård (för vidare resonemang kring detta, se Leifman m.fl. 2014).

Då fokus i denna rapport ligger på barnen och deras situation så har vi i arbetet med denna rapport använt varje barn som ett fall istället för att använda de 2 394 föräldrarna. De har totalt 4 503 barn varav 3 749 stycken är under 18 år, dessa 3 749 är basen för samtliga analyser i denna rapport. 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.

Internbortfallet varierar något mellan olika frågor vilket medför att andelsredovisningarna i olika undergrupper inte alltid stämmer överens med andelen för hela gruppen. Vi valde ändå att behålla så många observationer som möjligt för varje undergrupp snarare än radera de där någon information saknades.

Vad gäller barnets boendesituation så slog vi ihop de barn som bor utanför hemmet till en kategori. Denna innehåller således de barn som bor i familjehem, på institution eller på behandlingshem. Vidare utslöt vi de barn under 18 år där föräldern uppgivit att barnet bodde i eget boende samt de med annat boende. Detta dels för att de utgjorde så pass få fall, dels för att vi inte kan veta vad som ingår i "annat boende" då det saknades en följdfråga där det specificerades vad annat boende är.

Vad gäller föräldrarnas huvudsakliga missbruk så fanns ursprungligen fem svarskategorier. Vi har i denna rapport valt att endast analysera de med alkohol, narkotika eller blandmissbruk som huvudsakligt missbruk. Läkemedelsmissbruk var så pass få fall att det blir svårt att inkludera dessa i analyserna och de fall där typ av missbruk inte var specificerat utslöts

även de då dessa inte var möjliga att kategorisera in i någon av de övriga huvudkategorierna.

Analyserna genomförs på två grupper av variabler. Den ena rör barnens välbefinnande (frågorna 13–17, se bilaga 1) och den andra om barnen får stöd och om föräldrarna önskar stöd för barnen. För båda grupperna redovisas dels fördelningen (skillnader) mellan olika bakgrundsvariabler: barnets kön och ålder, boendesituation, barnens ordning i syskonskaran, föräldrarnas missbruk, om partnern missbrukar och föräldern är ensamstående, dels s.k. multivariata regressionsanalyser. Dessa, nedan kallade regressionsanalyser, studerar om det föreligger effekter/samband av en variabel på den aktuella utfallsvariabeln när man samtidigt tar hänsyn till övriga variablers eventuella effekt. Om vi exempelvis finner i en regressionsanalys att ordningen i syskonskaran har betydelse för om barnet upplevs ha problem gäller den effekten även efter att man tagit hänsyn till barnens ålder. I tabellerna redovisas resultaten av regressionsanalyserna i form av så kallade oddskvoter med tillhörande konfidensintervall. Tolkningen av dessa är något förenklat som följande: en oddskvot (oddsratio) som är lika med ett betyder att variabeln inte har någon effekt på utfallet, d.v.s. variabeln varken ökar eller minskar sannolikheten att exempelvis ha problem. Om värdet istället är mindre än ett så är det en minskad sannolikhet och om värdet är över ett är det en högre sannolikhet. Desto mer värdet skiljer sig från ett, desto större effekt har variabeln. Signifikanta, eller statistiskt säkerställda, skillnader indikeras av en stjärna (*) i tabellen.

3. Resultat

I tabell 1 nedan redovisas fördelningen på några centrala bakgrundsvariabler för barnen såsom kön och ålder men även några variabler som rör familjesituation. Utöver detta redovisas även föräldrarnas huvudsakliga missbruk och om partner missbrukar och om förälders partner också är i vård för missbruk.

Könsfördelningen är på det stora hela jämn med en viss tendens till att det är några fler pojkar än flickor. Detsamma gäller barnens fördelning på olika åldrar från 0–17 år: ungefär lika många per ettårsklass men med en viss tendens till överrepresentation av barn i åldern 13–17 år. Både köns- och åldersfördelningen stämmer således relativt sett med i befolkningen i stort i dessa åldrar. I tabell 1 redovisas åldern uppdelat i fyra grupper baserat på ungefärlig gräns för ålder för förskolan (0–1 år, 2–6 år), grundskolans låg- och mellanstadium (7–12 år) samt grundskolans högstadium och gymnasiet (13–17 år). En liten andel av barnen är riktigt unga; 6 procent är under två år gamla. Den största andelen barn återfinns i skolåldrarna 7–12 och 13–17 år. Omkring hälften av barnen är först i syskonskaran.

Tabell 1. Fördelning på några centrala bakgrundsvariabler samt föräldrarnas huvudsakliga missbruk (n=3 749).

Bakgrundsvariabler	Andel
Flickor	48,5 %
Pojkar	51,5 %
Ålder 0–1	7,0 %
Ålder 2–6	25,3 %
Ålder 7–12	35,8 %
Ålder 13–17	31,9 %
Barn 1	47,6 %
Barn 2	31,4 %
Barn 3	13,0 %
Barn 4+	8,0 %
Bor med båda föräldrarna	31,6 %
Bor växelvis	27,7 %
Bor med andre föräldern	31,2 %
Placerad	9,6 %
Förälder/alkohol	46,5 %
Förälder/narkotika	27,8 %
Förälder/bland	25,7 %
Partner missbrukar	6,8 % *

* Siffran 6,8 % baseras på alla barn, även de barn vars förälder inte har en partner. Ser man endast till de barn vars förälder har en partner blir siffran 13,0 %.

Det är värt att notera att inte ens vart tredje barn bor tillsammans med båda sina föräldrar och att nästan var tionde barn är placerad, dvs. bor antingen i familjehem eller på institution. Detta är mycket högre andelar än för barn 0–17 år i befolkningen i stort.

Nästan hälften av föräldrarna har uppgivit alkohol som sitt huvudsakliga missbruk medan omkring var fjärde har problem med narkotika, en ungefär lika stor andel har ett blandmissbruk. I 7 procent av fallen är det också så att förälderns partner också vårdas inom missbruksvården.

Problem som föräldrarna uppger att barnen har

Resultaten i följande avsnitt grundar sig på ett batteri med frågor om olika typer av problem som föräldrarna besvarade för varje enskilt barn, samtliga nämnda i tabell 2. 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.

Det vanligast förekommande problemet som föräldrarna uppger att barnen har är att de är oroliga och ängsliga, för cirka 15 procent av barnen har föräldrarna uppgivit detta. Därefter följer problem med att klara skolarbetet och problem med inläring. Att barnen har svårt med kamratrelationer och att de är deprimerade uppges för cirka en av tjugo (5 %) och att barnen drar sig undan och ofta är sjuka hos cirka 4 procent av barnen. Mobbning och frånvaro från skolan förekommer hos cirka 2–3 procent av barnen och användning av alkohol/droger hos drygt 2 procent av barnen.

Tabell 2. Problem som föräldrarna uppgett att barnen har, totalt för hela gruppen och fördelat på kön och åldersgrupper.

	Totalt	Flickor	Pojkar	Ålder 0–1	Ålder 2–6	Ålder 7–12	Ålder 13–17
Blir mobbad	3,1 %	3,1 %	3,2 %	1,1 %	0,6 %	4,7 %	3,9 %
Mobbar andra	2,0 %	1,8 %	2,4 %	0,8 %	0,8 %	2,6 %	2,6 %
Är orolig och ängslig	14,9 %	14,6 %	15,4 %	3,0 %	9,1 %	20,6 %	15,8 %
Är deprimerad	5,3 %	5,4 %	5,2 %	0,8 %	1,5 %	5,4 %	9,4 %
Har svårt att lära	7,1 %	6,3 %	8,1 %	0,8 %	2,3 %	8,1 %	11,6 %
Har svårt att få kompisar	4,2 %	3,2 %	5,3 %	0,4 %	2,2 %	5,2 %	5,8 %
Har svårigheter i umgänget med kompisar	5,8 %	5,1 %	6,7 %	0,0 %	3,2 %	7,2 %	8,1 %
Har svårt att klara skolan/sitt arbete	7,2 %	6,1 %	8,3 %	0,0 %	0,5 %	8,0 %	13,3 %
Har svårt med språket	3,0 %	1,7 %	4,2 %	0,8 %	4,5 %	3,0 %	2,3 %
Ofta är borta från skolan/sitt arbete	2,9 %	2,5 %	3,3 %	0,0 %	0,1 %	1,6 %	7,5 %
Använder alkohol/droger	2,2 %	2,0 %	2,2 %	0,4 %	0,1 %	0,1 %	6,5 %
Drar sig undan	3,7 %	2,8 %	4,2 %	0,0 %	1,6 %	3,4 %	6,7 %
Ofta är sjuk	3,8 %	3,9 %	3,7 %	2,3 %	3,2 %	2,5 %	6,3 %
<i>Något problem</i>	<i>29,3 %</i>	<i>26,9 %</i>	<i>31,9 %</i>	<i>6,5 %</i>	<i>18,7 %</i>	<i>34,0 %</i>	<i>37,9 %</i>

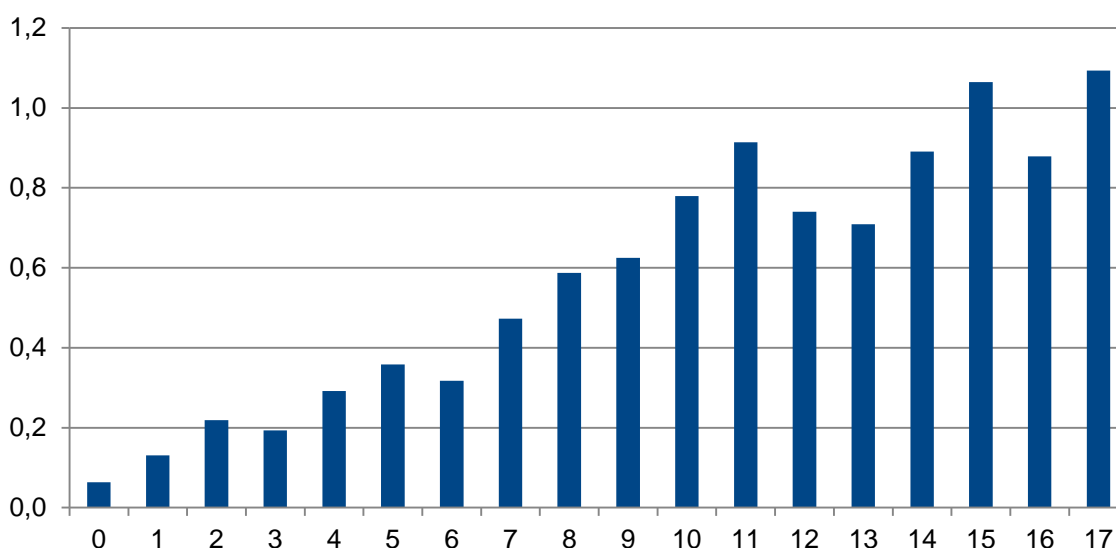
Se också tabellerna 1–2, bilaga 2, för fördelningen på fler bakgrundsvariabler.

Generellt sett är könsskillnaderna små 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 9,4 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 0 procent i övriga yngre åldrarna.

Den starka ålderseffekten åskådliggörs tydligt i figur 1 där respektive genomsnittligt antal problem per åldersklass redovisas. Med ökad ålder följer mer problem men ökningen är som störst i åldrarna 7 till 11 år och avtar sedan relativt kraftigt vid 12 års ålder. Det är ingen större skillnad i problemomfattning mellan 11–12-åringar och 16–17-åringar.

När det gäller barnets placering i syskonskaran rapporterar föräldrarna oftare problem för de som kommer först i syskonskaran (ej redovisat i tabellen nedan men i tabell 1 i bilaga 2). En tänkbar förklaring är att det hänger ihop med ålder. När det gäller barnets boendesituation skiljer sig problembilden inte åt signifikant mellan barn som bor tillsammans med båda föräldrarna och de som bor växelvis hos båda eller endast en av föräldrarna men alla dessa barn uppvisar klart lägre problemandel än barn som är placerade familjehem, institution eller liknande. För barn till föräldrar med annat missbruk än alkohol (narkotika, blandmissbruk) rapporterar föräldrarna genomgående oftare problem. En sådan tendens finns också för barn till ensamstående föräldrar jämfört med sammanboende föräldrar (se tabell 2, bilaga 2).

Samma mönster som ovan för de enskilda problemen framträder när vi istället väljer att studera de som har *något* problem (minst ett av ovan nämnda problem). För drygt 29 procent av barnen har föräldrarna uppgett att barnet har åtminstone ett problem. Det tydliga mönstret vad gäller ålder kvarstår och det är nästan sex gånger högre andel i den äldsta åldersgruppen som har minst ett problem jämfört med den yngsta åldersgruppen (se också tabellerna 1–2 i bilaga 2).



Figur 1. Genomsnittligt antal problem bland barnen per åldersklass.

Detta bekräftas också av resultaten från en regressionsanalys (för detaljerad information, se tabell 3, bilaga 2). 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 visade 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 i regressionsanalyserna ingen signifikant skillnad mellan om barnets förälder är ensamstående eller om även förälderns partner är i vård för missbruk eller ej.

Hur problemen är fördelade

Av tabell 3 nedan kan vi se att för en klar majoritet (70,7 %) av alla barn har föräldrarna inte rapporterat något av de 13 problem som de tillfrågades om. Istället ser vi att en liten grupp barn (4,7 % av alla barn) står för en stor del av samtliga problem som föräldrarna uppgett. Denna grupp om 4,7 procent står för drygt 40 procent av alla problem som föräldrarna uppgett att barnen har, dvs. en klart oproportionerlig andel givet storleken på gruppen.

Tabell 3. Fördelningen av antalet problem.

Antal problem	Antal barn	Andel barn	Andel av alla problem
0	2 721	70,7 %	0 %
1–3	945	24,6 %	59,8 %
4+	180	4,7 %	40,2 %
Totalt	3 846	100 %	100 %

Trivsel i förskola och skola

Utöver det batteri med frågor kring problem som föräldrarna besvarade (och en fråga om man i allmänhet är orolig för sitt barn, se nedan) ställdes även tre frågor om hur barnen trivs och klarar av tillvaron på förskola och skola. Dessa tre frågor besvarades på en fyragradig skala med svarsalternativen mycket bra, ganska bra, ganska dåligt och mycket dåligt (samt alternativet vet ej).

Bland de barn som är i förskoleålder uppger föräldrarna för nästan samtliga barn att de trivs bra på förskolan. För fyra av fem uppges att de trivs mycket bra och ytterligare nästan 19 procent trivs ganska bra. För mindre än 1 procent uppges att de trivs ganska eller mycket dåligt.

För de barn som är gamla nog att de går i skolan trivs mer än hälften mycket bra i skolan, omkring en tredjedel ganska bra och cirka 7 procent dåligt eller mycket dåligt. Nästan exakt samma fördelning ser vi när föräldrarna har besvarat frågan om hur barnen klarar av skolan.

Tabell 4. Föräldrarnas svar på frågan om hur barnen trivs i förskolan och skolan samt hur de klarar skolan.

	Mycket bra	Ganska bra	Ganska dåligt	Mycket dåligt
Trivs i förskolan*	80,4 %	18,9 %	0,5 %	0,2 %
Trivs i skolan**	55,2 %	37,5 %	5,1 %	2,1 %
Klarar skolan**	54,3 %	37,6 %	6,3 %	1,8 %

* För barn under 7 år.

** För barn 7 år eller äldre.

För att vidare studera hur dessa frågor fördelar sig i olika undergrupper valde vi att slå ihop alternativen ganska dåligt och mycket dåligt. I tabell 5 nedan kan vi se att det är relativt jämnt fördelat mellan flickor och pojkar, dvs. det är lika stora andelar bland flickor och pojkar som inte trivs och inte klarar av förskola respektive skola. Däremot är det återigen stora skillnader mellan åldersgrupperna där det nästan är en dubbelt så hög andel bland de äldre skolbarnen (13–17 år) som inte trivs och inte klarar skolan jämfört med de yngre skolbarnen (7–12 år). Bland barnen i förskoleåldern är det så pass låga andelar som inte trivs på förskolan att det är svårt att säga något om skillnader mellan olika grupper.

På det stora hela framkom stora likheter i fördelning på de olika bakgrundsvariablerna med de som framkom ovan avseende de olika problemen som frågades om. För mer detaljerad information för samtliga bakgrundsvariabler, se tabell 4 och 5, bilaga 2.

Tabell 5. Föräldrarnas svar på frågan om hur barnen trivs i förskolan och skolan samt hur de klarar skolan fördelat på kön och ålder.

	Totalt	Flickor	Pojkar	Ålder 0–1	Ålder 2–6	Ålder 7–12	Ålder 13–17
Trivs inte i förskolan	0,7 %	1,0 %	0,5 %	0,0 %	0,8 %
Trivs inte i skolan	7,2 %	7,3 %	7,2 %	..	2,9 %	5,4 %	9,7 %
Klarar inte skolan	8,2 %	7,1 %	8,8 %	6,1 %	10,9 %

Oro för barnen

En fråga som ställdes i enkäten var om man i allmänhet var orolig för sitt barn med en femgradig svarsskala: mycket orolig, ganska orolig, varken eller, inte särskilt orolig, inte alls orolig (och vet ej). Vart fjärde barn har en förälder som har uppgett att de är oroliga för dem (tabell 6). Återigen är könsskillnaderna små men det är något högre andel föräldrar som är oroliga för pojkar än för flickor. Det finns också ett tydligt mönster vad gäller ålder där föräldrarna i större utsträckning är oroliga för äldre barn än för yngre barn. Även här är således likheterna stora med ovan redovisade analyser och detta gäller även de övriga andra bakgrundsvariablerna, se tabell 4 i bilaga 2.

Tabell 6. Andel föräldrar som upplever oro för sina barn fördelat på kön och ålder.

Totalt	Flickor	Pojkar	Ålder 0–1	Ålder 2–6	Ålder 7–12	Ålder 13–17
25,0 %	28,0 %	30,5 %	19,4 %	24,9 %	30,9 %	33,7 %

Sammanfattningsvis visar samtliga analyser ovan på relativt sett entydiga resultat. Det mest slående är en ökning av föräldrarnas upplevelse av problem, otrivsel i förskola/skola och oro bland barnen med ökad ålder på barnen fram till 11–12-årsåldern. Ingen annan testad variabel kommer i närheten av åldern när det gäller förklaringsvärde.

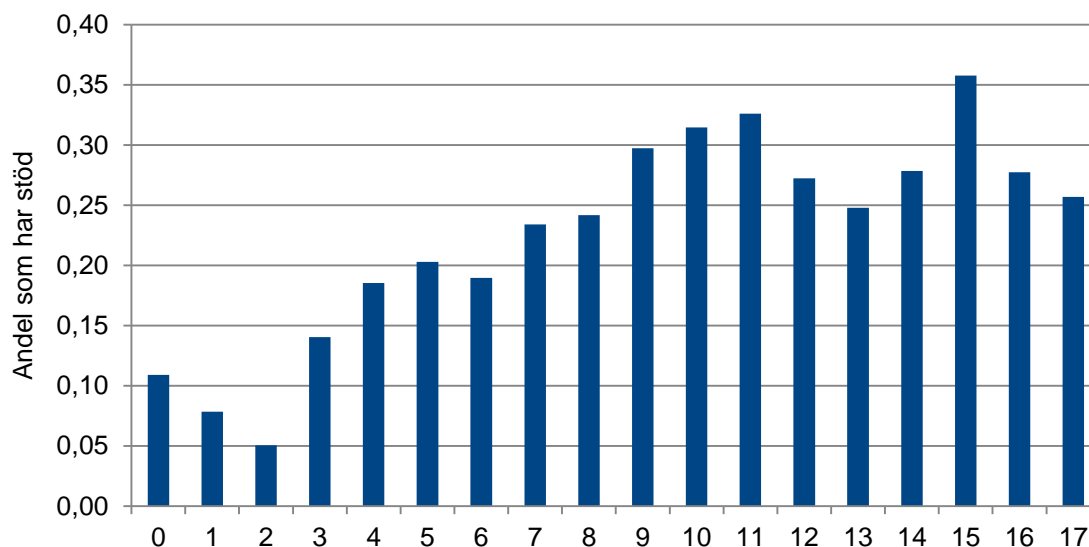
Betydelsen av de olika testade variablerna (faktorererna) kan i fallande ordning sammanfattas enligt följande:

1. *Barnets ålder.* Med ökad ålder ökar problemen fram t.o.m. 11–12-årsålden.
2. *Barnets placering i syskonskaran.* Barn som är högre upp i syskonskaran löper större sannolikhet att ha olika problem än barn längre ner i syskonskaran.
3. *Barn som är placerade.* Barn som är placerade på institution, familjehem eller liknade uppvisar en högre andel med problem än övriga barn.
4. *Förälderns typ av missbruk.* Barn till de föräldrar i enkäten som har narkotika- och blandmissbruk som huvudsakligt missbruk uppvisar en större problembild än barn till föräldrar med alkoholmissbruk.

Övriga variabler visar på mindre eller mer osystematiska skillnader. Andelen med problem enligt fråga 17 ligger visserligen signifikant högre bland pojkar än flickor men andelen som inte trivs i förskolan och skolan uppvisar små könsskillnader och detsamma gäller andelen som, enligt föräldrarna, inte klarar av skolan. Boendesituationen framkommer endast som stark förklaringsvariabel för problem och otrivsel bland placerade barn men inte i någon av de övriga undergrupperna (bor med båda föräldrarna, bor växelvis hos den ena eller andra, eller hos den andra föräldern). För de barn där även förälderns partner är i vård för missbruk är problemandelen ofta något högre men skillnaden är inte statistiskt säkerställd i regressionsanalysen.

Stödinsatser

För 24 procent av barnen uppger föräldrarna att barnen idag erhåller stödinsatser. Bland de äldre barnen (13–17-åringar) är motsvarande andel närmare 30 procent medan det bland yngre är färre än vart tionde (se tabell 7). Fördelningen av stödinsatser i olika åldrar framgår också av figur 2 nedan. 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 fördelning som redovisas i figur 1 avseende problemens omfattning per åldersklass.



Figur 2. Andel barn som enligt föräldrasvaren har stödinsatser, per åldersklass.

Det är samtidigt en något högre andel pojkar än flickor som erhåller stöd. För drygt vart femte barn önskar föräldrarna mer stöd. Samma mönster som för de som erhåller stöd återfinns här, något högre andel för pojkar än för flickor och högre andelar ju äldre barnen är.

När det gäller barnens inbördes ordning i syskonskaran återfinns inga direkta signifikanta skillnader och vad gäller barnens boendesituation är det genomgående så att de barn som bor med båda föräldrarna uppvisar signifikant lägst andel som erhåller stöd och där föräldrarna skulle önska särskilda stödinsatser för barnen. Det är en högre andel barn som får stöd om föräldern är ensamstående och ensamstående föräldrar önskar också i större utsträckning mer stöd för sina barn än föräldrar som lever med en partner (se tabellerna 8–9 i bilaga 2).

Bland de barn vars föräldrar huvudsakligen missbrukar alkohol är andelen som erhåller stödinsatser lägre jämfört med de barn vars föräldrar har ett narkotikamissbruk respektive blandmissbruk. Om föräldrarnas partner också missbrukar är andelen ännu högre. Samma mönster återfinns också vad gäller föräldrarnas önskan om mer stöd (se tabellerna 8–9, bilaga 2).

Dessa resultat kvarstår på det stora hela även i en regressionsanalys där vi även kontrollerar för om föräldrarna har uppgivit att barnen har något problem. Det finns alltså ett mönster där äldre barn får mer stödinsatser som *inte beror på* att de äldre barnen har mer problem. Däremot visar regressionsanalysen inga signifikanta skillnader mellan pojkar och flickor. Vad gäller föräldrarnas huvudsakliga missbruk och om föräldrarnas partner även är i missbruksvård så stöder regressionsanalysen det som visats ovan, dvs. att för de barn vars föräldrar huvudsakligen missbrukar alkohol så är det färre som får stöd och för de där även föräldrars partner är i missbruksvård så är det fler som får stöd.

Föräldrarnas civilstånd har ingen signifikant effekt på om barnet får stöd eller inte, det skiljer sig alltså inte mellan barn till ensamstående föräldrar och barn till föräldrar som lever med en partner. Inte heller spelar barnens ordning i syskonskaran någon större roll för huruvida man får stöd eller ej.

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 (se tabell 10, bilaga 2).

Tabell 7. Andel föräldrar som uppger att barnen erhåller särskilt stöd och som önskar mer stöd, fördelat på kön och ålder.

	Totalt	Flickor	Pojkar	Ålder 0–1	Ålder 2–6	Ålder 7–12	Ålder 13–17
Stöd	23,6 %	22,5 %	24,6 %	9,1 %	15,7 %	28,2 %	28,3 %
Stöd önskas	21,4 %	20,8 %	22,0 %	5,7 %	14,4 %	24,7 %	27,1 %

Om vi försöker rangordna betydelsen av de olika variablernas betydelse för att få stöd eller ej blir bilden den följande:

1. *Om barnet har problem.* Denna variabel uppvisar den i särklass starkaste effekten.
2. *Barnets föräldrars partner i vård för missbruk.* För de barn där så är fallet är andelen som får stöd högre.
3. *Barnets ålder.* Med ökad ålder (fram till 11–12-årsåldern) ökar andelen som får stöd.
4. *Barn som är placerade* uppvisar jämfört med alla övriga barn en mycket högre andel som får stöd.
5. *Föräldrarnas huvudsakliga missbruk.* För de barn vars föräldrar huvudsakligen missbrukar annat än alkohol är sannolikheten mycket högre att de får stöd.

Övriga variabler uppvisar för osystematiska och/eller för små skillnader för att omnämnas.

Är det de som har problem som får stöd?

Av de cirka 30 procent som har problem är det knappt hälften (46,6 %) som får stödinsatser (tabell 8). Om vi istället ser till den lilla grupp som utgör knappt 5 procent av alla barn men som står för över 40 procent av alla problem uppgår andelen som får stödinsatser i denna grupp till 70 procent. Bland de barn vars föräldrar inte uppgivit några problem uppgår motsvarande andel till knappt 14 procent. Här är det dock värt att poängtera, som nämndes ovan, att det i våra regressionsanalyser visade sig att äldre barn i större utsträckning får stöd jämfört med yngre barn *oavsett* om de har problem eller inte.

Tabell 8. Andel som får stöd bland de som inte har och har något problem samt bland de 5 procent med mest problem.

	Får stöd
Inga problem	13,7 %
Har något problem	46,6 %
5 % som har mest problem	70,0 %

Vårdstrukturella skillnader i vilka som får stödinsatser

Vi såg ovan att det finns skillnader i andelen barn som får stöd som med största sannolikhet *inte* har att göra med om barnen upplevs ha problem eller ej. Exempelvis får äldre mer stöd än yngre och pojkar något mer stöd än flickor oberoende av om de har problem eller ej.

I detta avsnitt väljer vi att se närmare på två andra variabler där skillnader i stödets omfattning inte bör förekomma. Den ena rör huvudmannaskap och den andra i vilket län de svarande föräldrarna bor. Om det föreligger tydliga skillnader i andelen barn som får stöd på dessa två variabler kan detta betraktas som vårdstrukturella skillnader.

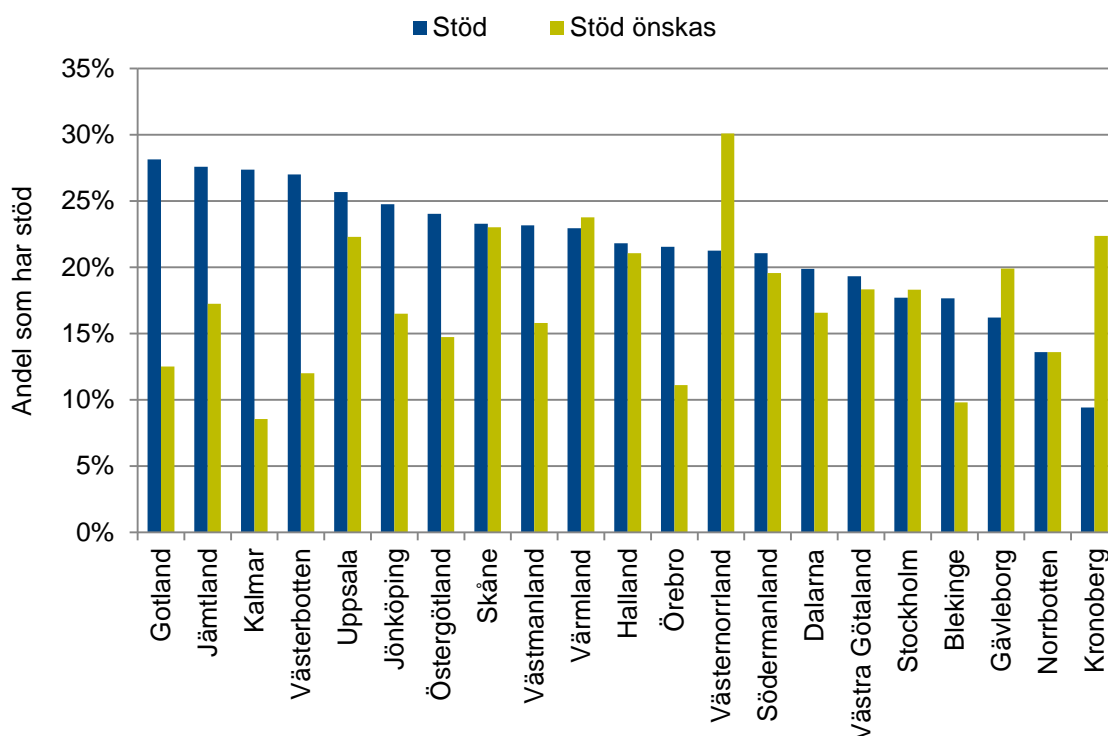
Analyserna visar att det på det stora hela är små variationer mellan de olika huvudmännen när det gäller hur stor andel av alla barn som får stödinsatser, inte minst mellan de två dominerande huvudmännen – landsting och kommun (tabell 9). Lägst är andelen för de barn vars föräldrar får vård på en integrerad mottagning (17,7 %) och högst är andelen bland de barn vars föräldrar får vård på en statlig institution (23,2 %) eller i privat regi (23,2 %). Föräldrarnas önskan om att få mer stöd skiljer sig inte heller särskilt mycket åt, återigen med undantag av de vars föräldrar får vård på en statlig institution som ligger betydligt högre än övriga (34,8 %).

Tabell 9. Andel föräldrar som uppgivit att barnen erhåller särskilt stöd och att stöd önskas.

Huvudman	Stöd	Stöd önskas
Kommun	20,1 %	18,3 %
Landsting	19,9 %	15,9 %
Annan	23,2 %	22,3 %
Stat	23,2 %	34,8 %
Integrerad	17,7 %	19,7 %

Figur 3 visar hur det skiljer sig mellan olika län vad gäller hur stor andel föräldrar som uppgivit att barnen får stödsatser samt hur stor andel som önskar mer stöd än vad de idag får. Det är en stor variation mellan de olika länen där Kronobergs län (9,4 %) och Norrbottens län (13,6 %) utmärker sig genom att vara de två län där klart lägst andel föräldrar uppgivit att barnen får stödsatser. Kalmar (27,4 %), Gotland (28,1 %), Jämtland (27,6 %) och Västerbotten (27,0 %) är de län som ligger i andra ändan på skalan där andelen föräldrar uppgivit att barnen får stöd således är högst. Det förekommer också en stor spridning mellan länen vad gäller föräldrarnas önskan om mer stöd för barnen. Ingen direkt systematik eller något mönster går här att urskilja. Det verkar heller inte finnas något direkt samband mellan de två olika måtten.

Resultaten bör dock tolkas med viss försiktighet eftersom det visade sig finnas en viss grad av systematiska skillnader både i bortfall av verksamheter och i bortfall av föräldrar inom missbruks- och beroendevården *mellan* länen i undersökningen (Leifman, m.fl., 2014). Å andra sidan är det inte alls säkert att ett mindre systematiskt bortfall skulle förändra de resultat vi erhållit mer än marginellt. De små skillnader vi fann mellan huvudmännen ovan kan tyda på att skillnader i bortfall mellan huvudmännen mellan länen inte har så stor betydelse för de svar som vi erhållit. Det är inte heller så att de tre länen med högst respektive lägst andelar avviker systematiskt i detta avseende med större eller lägre bortfallsandelar jämfört med övriga län.



Figur 3. Andel föräldrar som uppgivit att barnen erhåller särskilt stöd och att stöd önskas per län, rangordnat från län med högst till län med lägsta andel.

4. Diskussion

I denna rapport har barnen till föräldrar i missbruks- och beroendevård varit i förgrunden. Analyserna har haft två huvudsakliga frågeställningar: vilka barn mår dåligt och vilka barn får stöd. Flera olika bakgrundsvariabler har testats var för sig och tillsammans i s.k. regressionsanalyser.

Flera av de resultat som framkom var väntade medan andra var mer oväntade och t.o.m. bekymmersamma. Det var väntat att en större andel bland de äldre barnen upplevs ha olika former av problem och otrivsel i skolan 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 än en gång 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. Äldre barn kan på ett annat sätt explicit manifesteras sina problem än yngre barn, inte minst genom språket. 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.

Att det är fler äldre än yngre som får stöd råder det inga som helst tvivel om. Vi menar att detta är bekymmersamt, alldeles oavsett om förklaringen är, helt eller delvis, att de äldre barnen har mer uttalade problem än de yngre barnen. Det är högst rimligt att betrakta hela gruppen av barn till föräldrar inom missbruks- och beroendevården som en riskgrupp där alla barn bör få stöd oavsett ålder och oavsett synlig problemförekomst hos barnen eller ej. Det finns inga goda skäl att vänta med stödverksamheter tills de yngre barnen blir äldre. Man tappar i tid och agerar först när problemen blivit större, allvarigare och mer manifesta.

De med särskilt stora problem (en riskgrupp inom riskgruppen) behöver mer stöd och mer riktade insatser än övriga men genom att komma in sent blir det svårare att påverka barnens utveckling i en positiv riktning. Det är rimligt att tänka sig att med en mer uttalad preventiv strategi skulle färre barn utveckla omfattande och allvarliga problem och den åldersskillnad som idag finns enligt denna undersökning skulle kunna bli något mindre uttalad. Det behövs med andra ord en förstärkning av preventiva insatser riktad till hela gruppen.

Det bör också sägas att det är svårt att bland yngre barn förutsäga vilka som senare utvecklar mer allvarliga problem än andra. Mycket talar för att det inte är möjligt att säkert identifiera riskbarn före skolåldern, eller snarare att sortera bort de barn som till synes har

samma problem som den verkliga riskgruppen men som inte kommer att utveckla någon problematik (se Sundell & Forster, 2005). I föreliggande studie har vi redan från början att göra med en uttalad riskgrupp vilket i ännu högre grad talar för att ha fokus riktat brett på alla barnen, snarare än vissa, även om en del av barnen i denna riskgrupp kommer att utveckla svårare problem än andra medan andra inte kommer att utveckla några större problem överhuvudtaget.

Övriga variabler som framkom som predicerade för problem är om barnen är äldst i syskonskaran (äldst mest problem, näst äldst näst mest problem osv.), om barnet är placerat (på institution, i familjehem eller på behandlingshem) och om föräldrarnas huvudsakliga missbruk är annat än alkohol (narkotika eller blandmissbruk). Dessa samband kvarstod alltså som signifikanta var för sig även efter kontroll för övriga variabler såsom ålder. Den äldste i syskonordningen uppvisar således mest problem och den yngsta minst problem även efter hänsyn tagen till åldern i sig. En rimlig förklaring är att barn som placerar sig först i syskonordningen får ta större ansvar för hela familjen och för de yngre syskonen under stora delar av sin barndom. Syskonordningen hade dock ingen betydelse för om man fick stöd eller ej.

Att barn som bor på institution, på behandlingshem eller i familjehem i större utsträckning får stöd var också väntat. Det kan dels ha att göra med att familjesituationen är än mer besvärlig för dessa barn (därav placering och stöd), dels att man i dessa hem/institutioner har andra rutiner och möjligheter att bedriva reguljär stödverksamhet.

Barn till föräldrar med alkohol som huvudsakligt missbruk uppvisar, enligt föräldrasvaren, en lägre andel med problem och lägre andel med stöd. Som vi nämnde ovan menar vi att det enda rimliga är att utgå ifrån att hela gruppen av dessa barn, i mer eller mindre utsträckning, behöver stöd, alldeles oberoende av vilken substans som föräldern missbrukar. Men en förklaring till skillnaderna mellan barnen med föräldrar med olika former av missbruk kan vara att blandmissbruk och narkotikamissbruk ofta indikerar ett mer långtgående missbruk och med mer uttalad social problematik och därför behöver barn till dessa föräldrar mer stöd än andra. Men det är också möjligt att alkohol, som den i särklass dominerande drogen i Sverige, inte bedöms som lika allvarligt trots att problemen i sig är lika omfattande. Samhället kanske helt enkelt reagerar starkare på annat missbruk än just alkohol.

Samtliga dessa variabler framkom också som signifikanta i att förutsäga vilka som får stöd. Ytterligare en variabel med signifikanta skillnader i stöd, men inte i problem, var om även föräldrarnas partner är i vård för missbruk. Barn där alltså både föräldern (som fyllde i enkäten) och föräldrarnas partner vårdas för missbruk får i större utsträckning stöd. Detta var också ett tämligen väntat resultat. Mindre väntat var dock att denna variabel inte framkom som signifikant i att förklara skillnader i problem. En förklaring till detta kan vara att de skillnader som finns mellan barn med eller utan föräldrarnas partner i vård för missbruk "förklaras" av övriga i modellen ingående variabler såsom föräldrarnas huvudsakliga missbruk, och om man är placerad eller ej (placerade barn har i större utsträckning en förälder vars partner också är i vård för missbruk). En annan möjlighet är att problemfrågorna som ställdes i enkäten inte fullt ut fångar in den faktiska problembild som finns hos barnen, dvs. det finns faktiska problemskillnader mellan barn som förblir oupptäckta, exempelvis mellan barn med och barn utan en föräldrarnas partner i vård för missbruk.

I denna studie fick knappt vart fjärde barn (24 %) stöd. Vägen till målet att erbjuda varje barn i denna grupp stöd är således ganska lång. Uppseendeväckande är att de 24 procent

barn med stöd fördelar sig ojämnt mellan de olika länen. Skillnaderna mellan de tre län med högst andel med stöd jämfört med de tre län med lägst andel stöd motsvarar en faktor på drygt 2. Det är med andra ord dubbelt så vanligt att barn i vissa län får stöd än barn i andra län. 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 helt enkelt i mindre utsträckning stöd till barn med förälder inom missbruks- och beroende-vården. Det kan till delar bero på att bortfallet av verksamheter och föräldrar i undersökningen varierar mellan länen men skillnaderna är för stora för att detta skulle vara den huvudsakliga förklaringen. Det bör, menar vi, undersökas vidare varför det ser ut som det gör.

Sammanfattningsvis är de mest centrala resultaten i denna studie att merparten av de barn som får stöd redan har problem av olika slag. Resultaten 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 och droganvändning.

5. Referenser

Anda RF, Whitfield CL, Felitti VJ, Chapman D, Edwards VJ, Dube SR, Williamson DF (2002). *Adverse, childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression*. *Psychiatr Serv* 2002, 53, 1001–1009.

Chassin L, Rogosch F, Barrera M (1991). *Substance use and symptomatology among adolescent children of alcoholics*. *J Abnorm Psychol*, 100, 449–463.

Sundell K & Forster M (2005). En grund för att växa. Forskning om att förebygga beteendeproblem hos barn. I: *Gränslös utmaning – alkoholpolitik i ny tid*. Slutbetänkande från Alkoholinförslutredningen, ss. 455–524 (bilaga 8). Statens offentliga utredningar 2005:25. Socialdepartementet, Stockholm.

FoU i Väst (2013). *Föräldrar i missbruks- och beroendevården. En kartläggning för att stärka barn- och föräldraperspektivet*. FoU i Väst, Kunskap till praktik, Sveriges Kommuner och Landsting.

Hjern A & Adelino Manhica H (2013). *Barn som anhöriga till patienter i vården – hur många är de?* Rapport 1 från projektet ”Barn som anhöriga” – en kartläggning. Nka Barn som anhöriga 2013:1.

Hjern A, Berg L, Rostila M & Vinnerljung B (2013). *Barn som anhöriga: hur går det i skolan?* Rapport 2 från projektet ”Barn som anhöriga”. CHES, Stockholms universitet/Karolinska Institutet i samarbete med Institutionen för socialt arbete vid Stockholms universitet.

Folkhälsomyndigheten (2014). www.andtuppfoljning.se.

Ohannessian CM, Hesselbrock VM, Kramer J, Kuperman S, Bucholz KK, Schuckit MA, Nurnberger JI Jr (2004). *The relationship between parental alcoholism and adolescent psychopathology: a systematic examination of parental comorbid psychopathology*. *J Abnorm Child Psychol* 2004, 32, 519–533.

Prop. 2009/10:232 (2010). Regeringens proposition 2009/10:232. Strategi för att stärka barnens rättigheter i Sverige. Socialdepartementet 2011.

Prop. 2010/11:47 (2011). Regeringens proposition 2010/11:47. En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken.

Ramstedt M, Sundin E, Landberg J & Raninen J (2014). *ANDT-bruket och dess negativa konsekvenser i den svenska befolkningen 2013 – en studie med fokus på missbruk och beroende samt problem för andra än brukaren relaterat till alkohol, narkotika, dopning och tobak*. Stockholm: STAD, Rapport nr. 55.

Rothman EF, Edwards EM, Heeren T, Hingson RW (2008). *Adverse childhood experiences predict earlier age of drinking onset: results from a representative US sample of current or former drinkers*. *Pediatrics*, 122, (12):E298–E304.

Sher KJ (1997). *Psychological characteristics of children of alcoholics*. *Alcohol Health Res World* 1997, 21, 247–254.

Socialstyrelsen (2013). *Barn som anhöriga: konsekvenser och behov när föräldrar har allvarliga svårigheter, eller avlider*.

HÄR FÖLJER NÅGRA FRÅGOR OM:
DIG SJÄLV OCH DIN TILLVARO

1. Är du kvinna eller man?

- Kvinna
 Man

2. Vilket år är du född?

Ange årtal:

3. **Vilket är ditt huvudsakliga missbruk?**

Flera svarsalternativ kan anges.

- Alkohol
 Narkotika
 Läkemedel
 Annat. Ange vilket/vilka:

4. **Vilket är ditt nuvarande civilstånd?** *Markera endast ett svarsalternativ.*

- Ensamstående —————> *Gå vidare till fråga 6*
 Samboende i ett förhållande, gift, partnerskap
 Särboende i ett förhållande, gift, partnerskap

5. **Om du lever i ett förhållande: Är din partner i vård för missbruk just nu?**

- Ja
 Nej
 Vet ej/Känner ej till

6. Har du ett eller flera egna barn (biologiska/adopterade) under 18 år?

- Ja
 Nej

7. Upplever du att du har en föräldrafunktion för ett eller flera barn (under 18 år) som inte är dina egna (t.ex. 'bonusbarn'/fosterbarn)?

- Ja
 Nej

**OM DU HAR SVARAT "NEJ" BÅDE PÅ FRÅGA 6 OCH FRÅGA 7 OVAN
– BEHÖVER DU INTE BESVARA FLER FRÅGOR**

Du är färdig med frågeformuläret! Lägg enkäten i kuvertet och lämna det till den personen som gav dig enkäten.
Tack för din medverkan!

FORTSÄTT ATT SVARA PÅ FRÅGORNA OM DU ÄR FÖRÄLDER TILL BARN UNDER 18 ÅR

Gäller både om du har:

- Egna (biologiska/adopterade) barn och/eller
- 'Bonusbarn'/fosterbarn d.v.s. barn som du (upplever att du) har en föräldrafunktion för.

I FÖLJANDE AVSNITT OMBEDES DU BESVARA VARJE FRÅGA PER ENSKILT BARN.

OBSERVERA!

Du ska svara för samtliga barn - både dina egna barn och de barn som du (upplever att du) fungerar som förälder för.

Till exempel:

- 1) Har du ett biologiskt barn samt tre bonusbarn - så markerar du svar för fyra barn.
- 2) Har du inga egna barn men upplever att du fyller en föräldrafunktion för exempelvis din partners tre barn - så markerar du svar för dessa tre barn.

Besvara enkäten även om du inte bor med/har eller har så mycket kontakt med ditt/dina barn.

HÄR FÖLJER NÅGRA FRÅGOR OM: DIN FAMILJESITUATION

OBSERVERA

Om du för tillfället vistas på behandlingshem/institution/hem för vård eller boende/kriminalvårdsanstalt, anger du hur 'hemmasituationen' såg ut före denna vistelse.

- 8. Ange för varje barn;**
(1) vilket år barnet är fött,
(2) om barnet är flicka eller pojke
(3) om barnet är ditt eget (biologiska/adopterade) eller 'bonus-'/fosterbarn?'

	<i>Ange födelseår:</i>		<i>Ange om barnet är flicka eller pojke:</i>		<i>Ange om barnet är ditt eget eller 'bonus-'/fosterbarn</i>	
	Född år:	Vet ej	Flicka	Pojke	Eget	Bonus
Barn 1:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barn 2:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barn 3:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barn 4:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barn 5:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barn 6:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 9. Har du vårdnaden om barnet?**

Ange ett svar per barn.

	Ja, gemensam vårdnad	Ja, ensam vårdnad	Nej, jag har inte vårdnaden
Barn 1:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barn 2:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barn 3:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barn 4:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barn 5:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barn 6:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Tror/upplever du att barnet ...

Markera med ett kryss för varje alternativ som stämmer in på respektive barn.

Du kan kryssa för flera alternativ per barn.

Om inget alternativ passar in för barnet lämnar du raden tom.

	... blir mobbad?	... mobbar andra?	... är orolig och ängslig?	... är deprimerad?	... har svårt att lära?	... har svårt att få kompisar?	... har svårigheter i umgänget med kompisar?	... har svårt att klara skolan/sitt arbete?	... ofta är borta från skolan/sitt arbete?	... använder alkohol/droger?	... ofta är sjuk?
Barn 1:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barn 2:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barn 3:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barn 4:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barn 5:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barn 6:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Får barnet särskilt stöd av personal från någon verksamhet (t.ex. förskola, skola, socialtjänst, barnpsykiatri, habilitering, ungdomsmottagning)?

Ange ett svar per barn.

	Ja	Nej	Vet ej/ Kan ej bedöma
Barn 1:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barn 2:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barn 3:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barn 4:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barn 5:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barn 6:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Skulle du önska att barnet fick stöd (alternativt mer stöd) från någon verksamhet?

Ange ett svar per barn.

	Ja	Nej	Vet ej/ Kan ej bedöma
Barn 1:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barn 2:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barn 3:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barn 4:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barn 5:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barn 6:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Upplever du att du i ditt föräldraskap har stöd från någon av följande?

	Ja	Nej	<i>Ej aktuellt</i>
Barnets/barnens andre förälder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Din partner (om annan än barnets/barnens förälder)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eget barn under 18 år?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min och/eller den andre förälderns mamma/pappa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan släkting?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vän/bekant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Upplever du att du i ditt föräldraskap har stöd från personal som arbetar inom ...

	Ja	Nej	<i>Ej aktuellt</i>
... mödravården?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... barnhälsovården?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... barnpsykiatrin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... förskola/dagis/dagmamma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... skola/fritidsverksamhet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... socialtjänsten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... vuxenpsykiatrin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habiliteringen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... vårdcentral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... den enhet för behandling där du är just nu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... någon förening/frivillig organisation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Har du pratat om ditt/dina barn och ditt föräldraskap med någon som arbetar i den verksamhet som du nu besöker eller vistas på för ditt missbruk?

- Ja, flera gånger
- Ja, någon/några enstaka gånger
- Nej, aldrig/nej, inte vad jag kommer ihåg

25. Har du ett behov av att få stöd i ditt föräldraskap genom att få ...

	Ja	Nej	<i>Ej aktuellt</i>
... prata med någon om barnet/barnens behov?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... prata med någon om ditt föräldraskap?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... praktisk hjälp med barnet/barnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ekonomisk hjälp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... information och kunskap om barnets/ barnens behov?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

STORT TACK FÖR DIN MEDVERKAN!

Bilaga 2.

Kompletterande tabeller över fördelning på bakgrundsvariabler och multivariata regressionsanalyser.

Tabell 1. Problem som föräldrarna uppgett att barnen har fördelat på barnens placering i syskonskaran, föräldrarnas huvudsakliga missbruk samt om föräldrarnas partner också är i missbruksvård.

	Barnets placering i syskonskaran				Föräldrarnas huvudsakliga missbruk		
	Barn 1	Barn 2	Barn 3	Barn 4+	Alkohol	Narkotika	Bland
blir mobbad	3,7%	2,9%	1,6%	2,9%	2,5%	3,4%	3,6%
mobbar andra	2,2%	2,0%	2,2%	0,6%	1,2%	2,4%	2,7%
är orolig och ängslig	18,2%	14,2%	9,6%	6,5%	13,8%	14,7%	18,0%
är deprimerad	6,4%	5,0%	3,0%	2,9%	4,4%	6,1%	6,3%
har svårt att lära	8,7%	6,6%	5,4%	2,6%	6,7%	7,7%	7,4%
har svårt att få kompisar	5,4%	4,0%	1,8%	2,6%	4,4%	3,4%	4,4%
har svårigheter i umgänget med kompisar	7,0%	5,3%	3,8%	3,9%	5,4%	6,0%	6,2%
har svårt att klara skolan/arbete	9,2%	6,5%	3,8%	2,9%	6,6%	7,4%	8,5%
har svårt med språket	2,8%	3,4%	2,8%	2,6%	2,3%	3,4%	3,4%
ofta är borta från skolan/arbete	3,7%	3,0%	1,8%	0,3%	2,4%	2,6%	4,3%
använder alkohol/droger	2,9%	1,7%	1,4%	1,3%	1,5%	2,2%	3,6%
drar sig undan	4,9%	3,2%	2,0%	1,0%	3,3%	4,0%	3,6%
ofta är sjuk	4,2%	4,1%	2,6%	2,6%	3,4%	3,7%	4,7%
något problem	34,2%	29,4%	19,2%	15,5%	27,1%	29,3%	33,0%

Tabell 2. Problem som föräldrarna uppgett att barnen har fördelat på barnets boendesituation och föräldrarnas civilstånd.

	Partner missbrukar	Barnets boendesituation				Föräldrarnas civilstånd	
		Båda föräldrarna	Växlings	Bor med andre föräldern	Placerad	Ensamstående	Sammanboende
blir mobbad	4,2%	2,6%	4,2%	2,7%	2,9%	3,0%	3,2%
mobbar andra	2,7%	1,8%	2,2%	2,0%	2,3%	2,1%	1,9%
är orolig och ängslig	17,0%	10,3%	17,4%	14,8%	23,9%	16,6%	13,3%
är deprimerad	7,3%	3,9%	5,1%	5,5%	9,8%	5,8%	4,7%
har svårt att lära	6,6%	7,0%	7,0%	5,9%	11,5%	7,8%	6,3%
har svårt att få kompisar	4,2%	4,5%	4,8%	3,8%	3,7%	4,6%	4,0%
har svårigheter i umgänget med kompisar	6,9%	5,6%	6,2%	5,0%	8,3%	5,9%	5,7%
har svårt att klara skolan/sitt arbete	8,1%	6,2%	8,3%	6,2%	9,5%	8,4%	5,9%
har svårt med språket	3,1%	3,6%	3,0%	1,7%	4,0%	2,6%	3,3%
ofta är borta från skolan/sitt arbete	5,0%	2,2%	3,1%	3,4%	2,6%	3,2%	2,6%
använder alkohol/droger	3,5%	1,2%	1,6%	2,7%	4,3%	2,6%	1,8%
drar sig undan	3,9%	3,3%	3,6%	3,2%	5,7%	4,3%	3,1%
ofta är sjuk	4,2%	3,3%	4,1%	4,3%	4,0%	4,7%	3,0%
något problem	30,9%	24,3%	32,4%	28,9%	38,5%	31,9%	26,7%

Tabell 3. Logistisk regression med att ha något problem som beroende variabel.

	O.R.	95 % Konfidens intervall	
Barnets ålder			
0–1 år	0.112*	0.061	0.206
2–6 år	0.405*	0.322	0.509
7–12 år	0.957	0.797	1.149
13–17 år (ref.)	1.000		
Barnets placering i syskonskaran			
Barn 1	2.431*	1.658	3.564
Barn 2	2.065*	1.398	3.050
Barn 3	1.281	0.825	1.989
Barn 4 (ref.)	1.000		
Barnets boendesituation			
Bor med båda föräldrarna	0.630*	0.463	0.856
Växelvis boende	0.737*	0.555	0.979
Bor med andra föräldern	0.622*	0.471	0.821
Barnet placerat (ref.)	1.000		
Föräldrarnas huvudsakliga missbruk			
Alkohol	0.676*	0.554	0.824
Narkotika	0.853	0.686	1.061
Bland (ref.)	1.000		
Flicka	0.817*	0.696	0.958
Förälder ensamstående	1.173	0.971	1.416
Partner i missbruksvård	1.142	0.817	1.597

Tabell 4. Föräldrarnas svar på frågan om hur barnen trivs i förskolan och skolan samt hur de klarar skolan fördelat på barnens placering i syskonskaran och föräldrarnas huvudsakliga missbruk.

	Barnets placering i syskonskaran				Föräldrarnas huvudsakliga missbruk		
	Barn 1	Barn 2	Barn 3	Barn 4+	Alkohol	Narkotika	Bland
Trivs inte i förskolan	0,8%	0,3%	0,8%	1,1%	0,4%	0,8%	1,3%
Trivs inte i skolan	8,1%	6,6%	6,0%	5,5%	4,7%	10,8%	9,0%
Klarar inte skolan	9,2%	6,5%	7,1%	7,0%	6,2%	10,8%	9,3%

Tabell 5. Föräldrarnas svar på frågan om hur barnen trivs i förskolan och skolan samt hur de klarar skolan fördelat på barnets boendesituation, förälderns civilstånd samt om förälderns partner är i missbruksvård.

	Barnets boendesituation					Förälderns civilstånd	
	Partner missbrukar	Bor med båda föräldrarna	Bor växelvis	Bor med andre föräldern	Placerad	Ensamstående	Sammanboende
Trivs inte i förskolan	3,2%	1,4%	0,0%	0,5%	0,0%	0,3%	1,0%
Trivs inte i skolan	10,4%	6,8%	6,3%	7,8%	7,7%	7,7%	6,9%
Klarar inte skolan	11,9%	7,5%	7,1%	7,3%	9,8%	8,2%	7,5%

Tabell 6. Andel föräldrar som upplever oro för sina barn fördelat på barnets placering i syskonskaran och förälderns huvudsakliga missbruk samt om förälderns partner är i missbruksvård.

Barnets placering i syskonskaran				Förälders huvudsakliga missbruk			Partner missbrukar
Barn 1	Barn 2	Barn 3	Barn 4+	Alkohol	Narkotika	Bland	
25,4%	25,5%	23,5%	22,3%	19,9%	30,2%	30,1%	30,5%

Tabell 7. Andel föräldrar som upplever oro för sina barn fördelat på barnets boendesituation samt förälderns civilstånd.

Barnets boendesituation				Förälderns civilstånd	
Bor med båda föräldrarna	Bor växelvis	Bor med andre föräldern	Placerad	Ensamstående	Sammanboende
22,0%	29,2%	32,3%	44,0%	27,0%	22,9%

Tabell 8. Andel föräldrar som uppger att barnen erhåller särskilt stöd och som önskar mer stöd, fördelat på barnets placering i syskonskaran och förälderns huvudsakliga missbruk.

	Barnets placering i syskonskaran				Förälders huvudsakliga missbruk		
	Barn 1	Barn 2	Barn 3	Barn 4+	Alkohol	Narkotika	Bland
Stöd	21,0%	19,3%	18,8%	20,8%	17,7%	21,0%	25,0%
Stöd önskas	18,9%	17,8%	16,6%	18,4%	15,0%	19,0%	22,9%

Tabell 9. Andel föräldrar som uppger att barnen erhåller särskilt stöd och som önskar mer stöd, fördelat på barnets boendesituation samt föräldrarnas civilstånd och om föräldrarnas partner är i missbruksvård.

	Partner missbrukar	Barnets boendesituation				Föräldrarnas civilstånd	
		Bor med båda föräldrarna	Bor växelvis	Bor med andra föräldern	Placerad	Ensamstående	Sammanboende
Stöd	26,7%	18,6%	24,7%	20,2%	47,1%	22,3%	18,2%
Stöd önskas	27,4%	17,2%	21,3%	23,1%	28,2%	20,7%	16,1%

Tabell 10. Logistisk regression med att ha stödinsatser som beroende variabel.

	O.R.	95 % Konfidens intervall	
Har problem	5.443*	4.515	6.563
Partner i missbruksvård	1.684*	1.179	2.405
Barnets ålder			
0–1 år	0.406*	0.233	0.707
2–6 år	0.665*	0.512	0.863
7–12 år	1.140	0.923	1.408
13–17 år (ref.)	1.000		
Barnets boendesituation			
Bor med båda föräldrar	0.317*	0.229	0.440
Växelvis boende	0.352*	0.260	0.477
Bor med andra föräldern	0.271*	0.201	0.365
Barnet placerat (ref.)	1.000		
Föräldrarnas huvudsakliga missbruk			
Alkohol	0.780*	0.624	0.975
Narkotika	0.870	0.679	1.114
Blandmissbruk (ref.)	1.000		
Barnets placering i syskonskaran			
Barn 1	0.768	0.532	1.109
Barn 2	0.674*	0.462	0.983
Barn 3	0.751	0.490	1.149
Barn 4 (ref.)	1.000		
Förälder ensamstående	1.106	0.892	1.372
Flicka	0.984	0.820	1.180