



Denna titel kan laddas ner från: [www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/](http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/). En del av våra titlar går även att beställa som ett tryckt exemplar, se våra [kundtjänst och köpvillkor](#).

Citera gärna Folkhälsomyndighetens texter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovspersonens tillstånd att använda dem.

© Folkhälsomyndigheten, 2023.

Artikelnummer: 23050

## Om publikationen

Folkhälsomyndigheten har i uppdrag av regeringen att stödja kunskapsutveckling på regional och lokal nivå inom området psykisk hälsa och suicidprevention. Uppdraget omfattar t.ex. att främja samverkan, stärka arbetet med att ta fram ny kunskap och stödja kunskapsspridning och uppföljning. Denna rapport ingår i detta uppdrag.

Syftet med den här rapporten är att redovisa resultaten från en registerbaserad kohortstudie som undersökt huruvida personer med erfarenheter av olika typer av utsatthet i barndomen löper högre risk att vårdas för psykiatriska tillstånd i vuxen ålder. Rapporten utgör ett kunskapsunderlag för det övergripande folkhälsomålet att skapa samhällliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Rapporten riktar sig till beslutsfattare på nationell, regional och lokal nivå och även verksamheter som möter barn och föräldrar (t.ex. socialtjänst, skola, barnhälsovård m.fl.).

Rapporten i sin helhet är omfattande och lämpar sig för dem som är intresserade av fördjupande läsning och metodologiska aspekter. Resultaten kommer även att presenteras i ett mer kortfattat och översiktligt format (s.k. faktablad) för de som snabbt vill tillgodogöra sig de viktigaste resultaten och slutsatserna.

Rapporten har tagits fram i ett samverkansprojekt mellan Folkhälsomyndigheten och Uppsala universitet. Vid universitetet har ansvarig varit Emma Björkenstam (Uppsala Universitet och Karolinska Institutet). Från Folkhälsomyndigheten har utredaren Marjan Vaez medverkat i arbetet med rapporten och ansvarig enhetschef har varit Johanna Ahnquist, vid enheten för psykisk hälsa och suicidprevention.

Folkhälsomyndigheten 2023

*Josefin P Jonsson*

Tf avdelningschef, Livsvillkor och levnadsvanor

# Innehåll

Förkortningar .....	6
Sammanfattning .....	7
Summary .....	8
Bakgrund .....	9
Syfte .....	11
Metod .....	12
Studiepopulation .....	12
Material .....	12
Inkluderade indikatorer och bearbetning .....	12
Bakgrundsvariabler .....	13
Utfallsvariabler .....	14
Statistiska analyser .....	14
Olika vårdmönster av psykiatriska tillstånd över tid .....	15
Sensitivitetsanalyser .....	15
Resultat .....	16
Om studiepopulationen .....	16
Samband mellan utsatthet i barndomen och senare vård för psykiatriska tillstånd .....	20
Samband mellan utsatthet i barndomen och vårdmönster för psykiatriska tillstånd över tid .....	22
Socioekonomiska faktorer .....	24
Redovisning av resultaten från sensitivitetsanalyserna .....	29
Diskussion .....	30
Styrkor .....	30
Svagheter .....	31
Relation till tidigare studier .....	31
Förklaringsteorier .....	31
Slutord .....	32
Övriga medverkande .....	33
Referenser .....	34
Bilagor .....	37

Bilaga 1. Beskrivning av registren .....	37
Bilaga 2. Tilläggstabeller .....	38

# Förkortningar

ACE	Adverse Childhood Experience
BIC	Bayesian Information Criterion
CA	Childhood Adversity
FoB	Folk- och bostadsräkningar
ICD	International Classification of Diseases
IoT	Registret över inkomster och taxeringar
KI	Konfidensintervall
LISA	Longitudinell integrationsdatabas för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier
OECD	The Organization for Economic Co-operation and Development
RR	Relativ risk
SCB	Statistiska centralbyrån
SES	Socioekonomisk status
WHO	Världshälsoorganisationen

# Sammanfattning

I den här rapporten har vi sammanställt resultaten från en studie som undersökt om personer med erfarenheter av olika typer av utsatthet i barndomen löper högre risk att vårdas (sluten- eller specialiserad öppenvård) för ett psykiatriskt tillstånd i vuxen ålder.

Utsatthet i barndomen har mätts genom sju indikatorer som baseras på information om barnens föräldrar: dödsfall (och suicid), beroendeproblematik, vård för psykiatriska tillstånd, allvarlig kriminalitet, ekonomisk utsatthet och multipla flyttningar. Resultaten bygger på en registerbaserad kohortstudie med samtliga personer som föddes i Sverige 1969–1973 (499 550 stycken).

Det här är våra främsta resultat:

- Individer med erfarenheter av olika typer av utsatthet i barndomen hade en högre risk för psykiatriska tillstånd från 30 års ålder jämfört med de som inte hade dessa erfarenheter. Högst var risken för dem vars föräldrar hade psykiatriska tillstånd, följt av kvinnor som förlorat en förälder genom suicid och män som upplevt beroendeproblematik hos en förälder.
- Personer med tre eller fler indikatorer på utsatthet i barndomen hade mer än dubbelt så hög risk jämfört med dem utan några indikatorer.
- Oavsett indikatorer var det något vanligare med vård för psykiatriska tillstånd från 30 års ålder bland kvinnor, 11 procent jämfört med 8 procent av männen.
- De som vårdats för ett psykiatriskt tillstånd hade oftare föräldrar med lägre socioekonomisk status.
- Ju högre utbildning en person hade vid 30 års ålder, desto lägre risk för psykiatriska tillstånd senare i livet.
- Låg utbildning och samtliga indikatorer på utsatthet medförde generellt en större riskökning bland män än bland kvinnor.
- Utsatthet i barndomen förblev en stark riskfaktor för psykiatriska tillstånd även då vi tog hänsyn till psykiatriska tillstånd hos föräldrar.

Sammantaget visar resultaten att utsatthet i barndomen ökar risken för psykiatriska tillstånd i vuxen ålder. Barn som växer upp i familjer där det förekommit dödsfall, (och suicid) beroendeproblematik, kriminalitet, psykiatriska tillstånd och ekonomisk utsatthet löper en markant högre risk att drabbas av psykiatriska tillstånd från 30 års ålder. Detta understryker hur viktigt det är att uppmärksamma dessa individer så att de får den hjälp och stöd de behöver, och att vårdgivaren tidigt uppmärksammar efterföljande psykiatriska och även somatiska sjukdomar. Men det är minst lika viktigt att stärka skyddsfaktorerna runt dessa barn och unga, och att se över hur strukturella faktorer kan förbättras för att skapa bättre förutsättningar för en god psykisk hälsa genom hela livet.

# Summary

In this report, we present results from a nationwide register study with the aim to examine if the impact of childhood adversity (CA) on psychiatric disorder persists into adulthood. Another aim is to examine if cumulative CA is associated with psychiatric disorder and if the consequences of CA on psychiatric disorder differ between different socioeconomic groups. The report also investigates whether cumulative CA leads to different psychiatric care consumption trajectories. CA was measured by the following seven indicators: parental death, parental suicide, parental substance abuse, parental psychiatric disorder, substantial parental criminality, poverty, and residential instability. The study, which is based on nationwide register data, includes all individuals born in Sweden between 1969 and 1973 (n = 499,550). The results show that:

- One fourth of individuals had experienced at least one adversity, showing that experience of CA is common. CA was even more common among people who were later diagnosed with a psychiatric disorder.
- When studied separately, all CA indicators entailed higher risk of being diagnosed with a psychiatric disorder after the age of 30 years. The highest risk was seen among those who grew up in households characterized by parental psychiatric disorder, followed by parental suicide among women and indication of parental substance abuse among men.
- With more indicators followed higher risk for psychiatric disorders. Those with three or more indicators had more than twice the risk of psychiatric disorders compared to those without indicators.
- It was somewhat more common among women to be diagnosed with a psychiatric disorder after 30 years of age, 11% compared to 8% among men.
- Analysis of psychiatric health care consumption over time showed that a majority (88.5%) were low consumers of psychiatric care between the ages of 30 and 38 years. A small proportion (0.7%) were high consumers of psychiatric care, ranging from 4.5 months per year to 7.7 months per year.
- Parental socioeconomic status modified the association between CA and psychiatric disorders. Psychiatric disorders were more common among those whose parents were unskilled manual workers compared to those whose parents were higher skilled non-manual workers.
- Educational attainment at age 30 was an important factor when studying the association between CA and psychiatric disorders. The higher the educational level, the lower the risk of being diagnosed with a psychiatric disorder after the age of 30.
- CA remained a risk factor for psychiatric disorder even in analyses where we adjusted for parental psychiatric disorder (in an attempt to take genetic factors into account).



## Bakgrund

Barn och unga som växer upp i så kallade ogynnsamma miljöer löper en ökad risk för ohälsa och sjukdom som vuxna (1–5). Utsatthet i barndomen återfinns bland människor med vitt skilda sjukdomar och sociala problem (1–4). Vanliga indikatorer på utsatthet i barndomen är dödsfall inom familjen, beroendeproblematik och psykiatriska tillstånd hos förälder, kriminalitet hos förälder, ekonomisk utsatthet, skilsmässa, ensamboende förälder, multipla flyttningar och våld, övergrepp och vanvård.

Tidigare studier visar att förekomsten av olika typer av utsatthet i barndomen vanligt (5–7). En stor svensk studie som analyserade över en halv miljon människor fann att 42 procent hade åtminstone en indikator på utsatthet i barndomen (5). Den vanligaste var att föräldrarna var skilda och att man hade växt upp med en ensamstående förälder (29 procent). Ekonomiskt bistånd var också vanligt (20 procent). I en annan svensk studie tittade forskarna på utsatthet i barndomen och risk för depression i tidig vuxenålder, och de fann att 30 procent hade en eller flera indikatorer på utsatthet i barndomen (6). Flera internationella studier har också visat att utsatthet i barndomen är ett vanligt förekommande fenomen. En internationell studie gjord på uppdrag av Världshälsoorganisationen (WHO) inkluderade rika, mellanrika och fattigare länder, och man redovisade att 38–39 procent av befolkningarna hade åtminstone en indikator på utsatthet i barndomen (7).

Att växa upp i ett hem med olika typer av utsatthet medför särskilt höga risker för att vårdas för psykiatriska tillstånd (7–13). Till exempel finns tydliga samband mellan utsatthet i barndomen och senare beroendeproblematik (8, 9, 12, 13), självskadebeteende (14, 15), suicid (5), depression (7, 8), psykossjukdom (16, 17) och ångestsyndrom (8, 18).

Tidigare svenska studier har visat att mellan 25–40 procent av unga vuxna, 18–29 år, har vuxit upp i familjer där det fanns problem med psykisk sjukdom, beroendeproblematik, kriminalitet, separation eller ekonomisk utsatthet (8, 19). Resultaten från internationella studier visar att andelen kan vara ännu högre (1, 7, 9). Vidare kan det skapa otrygghet om familjen ofta flyttar (20). Studier från flera länder visar att individer med den här typen av bristfälliga eller svåra uppväxtförhållanden löper en ökad risk för ohälsa och sjukdom som unga vuxna (1, 2, 8, 10, 21, 22). Bland annat finns det ett samband mellan utsatthet i barndomen och senare ökad risk för cancer och hjärt- och kärlsjukdom (21), och även ökad risk för förtida död (3, 5, 21).

Studier som undersökt sambanden mellan utsatthet i barndomen och senare ohälsa och sjukdom har visat att en indikator sällan förekommer ensam utan snarare tillsammans med andra (så kallad ansamling av riskfaktorer) (2, 7, 11, 23). Vi vet också att risken för psykiatriska tillstånd och sjukdom ökar ju fler indikatorer på utsatthet en person har (8, 2, 22, 24, 25).

Hittills har en majoritet av tidigare studier fokuserat på sambandet mellan utsatthet i barndomen och senare hälsokonsekvenser, såsom ökad risk för olika former av psykiatriska tillstånd, bland unga vuxna. Det saknas alltså kunskap om huruvida överriskerna kvarstår även senare i livet. Den forskning som hittills har tittat på senare hälsokonsekvenser är till största del baserad på självrapporterade data (3, 4, 7-9, 11, 21). Det finns alltid en risk för att studier med den typen av design är påverkade av minnesfel ("recall bias"). Likväl har dessa studier visat att utsatthet i barndomen ökar risken för psykiatriska tillstånd även senare i livet (11).

För att kunna besvara frågan om sambandet mellan förekomst av olika typer av utsatthet i barndomen och senare risk för psykiatriska tillstånd bland unga vuxna behövs uppföljande studier över längre tid. Denna rapport redovisar resultaten av en sådan uppföljande studie.

# Syfte

Syftet med den här studien är att undersöka huruvida personer med erfarenheter av olika typer av utsatthet i barndomen löper högre risk att vårdas för psykiatriska tillstånd i vuxen ålder (från 30 års ålder).

Mer specifikt belyses följande frågeställningar:

1. Hur ser sambandet ut mellan olika typer av utsatthet i barndomen och psykiatriska tillstånd senare i livet?
2. Ser mönstret i vård för ett psykiatriskt tillstånd i vuxen ålder annorlunda ut bland de som upplevt utsatthet i barndomen jämfört med de som inte upplevt detta?
3. Skiljer sig sambanden åt mellan kvinnor och män?
4. Vilken roll spelar socioekonomiska faktorer för sambandet?

# Metod

I detta kapitel beskrivs urvalskriterier, studiepopulation, använda datakällor och statistiska analyser.

## Studiepopulation

Populationen består av alla personer som föddes i Sverige 1969–1973 och som förekommer i Registret över totalbefolkningen (RTB) samt deras föräldrar (n = 737 846). Följande grupper är exkluderade från studiepopulationen:

- Alla som avled före 30 års ålder, det vill säga då vi börjar följa upp förekomsten av psykiatriska tillstånd
- Alla som utvandrade före 30 års ålder

Kvar blir 499 550 personer födda 1969–1973.

## Material

Flera nationella register har samkörts för att ta fram datamaterialet som ingår i statistiken (se bilaga 1 *Beskrivning av registren*):

- Socialstyrelsen: Patientregistret och Dödsorsaksregistret
- Statistiska centralbyrån: Flergenerationsregistret, Folk- och Bostadsräkningar (FoB), Longitudinell integrationsdatabas för sjukförsäkrings och arbetsmarknadsstudier (LISA), Registret över inkomster och taxeringar och Registret över totalbefolkningen
- Brottsförebyggande rådet: Registret över lagförda

Studien har prövats och godkänts av en regional etisk nämnd.

## Inkluderade indikatorer och bearbetning

I rapporten beskrivs och analyseras longitudinella samband mellan ett antal indikatorer som speglar utsatthet i barndomen (0–18 år) och psykiatriska tillstånd i vuxen ålder (från 30 års ålder). Totalt ingår sju indikatorer som mått på utsatthet i barndomen, se tabell 1. De har valts utifrån tidigare forskning som påvisat ett samband mellan indikatorerna, både separata och tillsammans, och senare psykiatriska tillstånd (2, 20, 26-34).

Vi summerade även antalet indikatorer för att analysera ansamling av indikatorer och risk för psykiatriska tillstånd enligt följande:

- ingen indikator
- 1 indikator
- 2 indikatorer
- 3 eller fler indikatorer

## Bakgrundsvariabler

Bakgrundsvariabler som hör till uppväxtförhållanden är familjens socioekonomiska status (SES) (det vill säga föräldrarnas yrke uppdelat på facklärd kontra icke-facklärd arbetare, lägre och högre tjänstemän samt en övrig kategori) och föräldrarnas födelseort. Bakgrundsvariabler som rör den egna personen är kön, födelseår (1969–1973), vård för ett psykiatriskt tillstånd före 30 års ålder, ekonomiskt bistånd före 30 års ålder och högsta slutförda utbildning (grundskola, gymnasial utbildning och eftergymnasial utbildning). En sammanställning av alla bakgrundsvariabler finns i tabell 1.

**Tabell 1.** Bakgrundsvariabler och indikatorer på utsatthet i barndomen, mätt från födelsen till barnens 18-årsdag.

Variabel (kategorier)	Definition	Datakälla
Kön (kvinna, man)		RTB
Födelseår	Åren 1969–1973	RTB
Socioekonomisk status (SES) (ej facklärd arbetare, facklärd arbetare, tjänstemän på låg nivå och mellannivå, högre tjänstemän, övriga grupper)	Hushållets högsta kategori när undersökningens personen var ca 15 år. Uppdelningen följer SCB:s kategorisering av socioekonomisk indelning (SEI) och är huvudsakligen baserad på uppgiften om individens (här förälderns) yrke. Gruppen "övriga" inkluderar egna företagare och jordbrukare inklusive personer som saknar uppgift om socioekonomisk tillhörighet	FOB
Födelseort biologiska föräldrar (båda föräldrar födda i Sverige, en förälder född i Sverige, båda föräldrar födda utomlands)		Flergenerationsregistret
Dödsfall, mor eller far	Avser att barnets biologiska mor eller far avled före barnets 18-årsdag.	Dödsorsaksregistret
Beroendeproblematik hos mor eller far	Avser att barnets biologiska mor eller far hade slutenvårdats någon gång före barnets 18-årsdag med en beroenderelaterad diagnos, alternativt att barnets biologiska mor eller far hade lagförts för alkohol- eller drogbrott före barnets 18-årsdag.	Patientregistret och registret över lagförda
Psykiatriska tillstånd hos mor eller far	Avser att barnets biologiska mor eller far hade slutenvårdats någon gång före barnets 18-årsdag för ett psykiatriskt tillstånd.	Patientregistret
Allvarlig kriminalitet hos mor eller far	Avser att barnets biologiska mor eller far hade dömt till fängelse eller rättspsykiatrisk vård vid minst ett tillfälle före barnets 18-årsdag.	Registret över lagförda
Ekonomisk utsatthet	Avser att den ekvivalerade disponibla inkomsten för barnets biologiska mor eller far låg under 50 procent av medianen för landets befolkning under två år i följd före barnets 18-årsdag	Registret över inkomster och taxeringar
Multipla flyttningar	3 eller fler flyttningar inom Sverige före 18 års ålder	LISA
Totalt antal indikatorer på utsatthet i barndomen	Totala antalet ogynnsamma livshändelser grupperat (0, 1, 2, 3 eller fler händelser)	

Variabel (kategorier)	Definition	Datakälla
Högsta slutförda utbildning vid 30 års ålder	Högst grundskola (förgymnasial utbildning 9 år eller kortare) gymnasial (2- eller 3-årig gymnasieutbildning), eftergymnasial utbildning (13+ års utbildning)	LISA
Vård för ett psykiatriskt tillstånd före 30 års ålder	Anger om undersökningspersonen vårdats i slutenvård eller specialiserad öppenvård för ett psykiatriskt tillstånd före 30 års ålder	Patientregistret
Ekonomiskt bistånd före 30 års ålder	Anger om undersökningspersonen haft ekonomiskt bistånd från socialtjänsten som utgjorde minst 50 % av årsinkomsten minst en gång före 30 års ålder.	LISA

## Utfallsvariabler

Alla personer i populationen följs upp för att undersöka förekomsten av psykiatriska tillstånd från 30 års ålder. Psykiatriska tillstånd definieras som att personen har vårdats i antingen slutenvård eller specialiserad öppenvård med en psykiatrisk diagnos enligt den internationella klassifikationen ICD, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Utöver det övergripande utfallsmåttet, att personen har fått en psykiatrisk diagnos, redogör rapporten även för enskilda psykiatriska tillstånd såsom beroendeproblematik, schizofreni, förstämningssyndrom (depression), neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom (fysisk smärta som uteslutande beror på psykiska orsaker) och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), se tabell 2.

**Tabell 2.** Utfallsvariabler och diagnoskoder

Variabel (kategorier)	ICD-koder
Psykiatriska tillstånd (samtliga): avser att undersökningspersonen har vårdats i slutenvård eller specialiserad öppenvård med en psykiatrisk diagnos från 30 års ålder	ICD-9: 290–319; ICD-10: F00–99
Psykiatriska tillstånd: beroendeproblematik	ICD-9: 291, 303, 304.0–304.9, 305.0, 305.2–305.7, 305.9; ICD-10: F10–19
Psykiatriska tillstånd: schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom	ICD-9: 295.8, 297.8, 298.8; ICD-10: F20–29
Psykiatriska tillstånd: förstämningssyndrom	ICD-9: 296, 298.0, 298.1, 300.4, 301.1; ICD-10: F30–39
Psykiatriska tillstånd: neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom	ICD-9: 298.8, 300, 306, 308, 309; ICD-10: F40–48
Psykiatriska tillstånd: posttraumatiskt stressyndrom	ICD-9: 300.1, 309.8; ICD-10: F43.1

## Statistiska analyser

Den statistiska metod som används för att analysera sambanden mellan utsatthet i barndomen och psykiatriska tillstånd i vuxen ålder är överlevnadsanalys med så kallad Cox regression. Denna analysmetod används ofta när man följer personer över tid för att undersöka ett specifikt utfallsmått. Resultaten presenteras som relativa risker (RR) med 95-procentiga konfidensintervall (KI). En relativ risk är sannolikheten för att en viss händelse inträffar i en grupp jämfört med en referensgrupp (jämförelsegrupp). Till exempel betyder en relativ risk på 1 att risken

i de båda grupperna är densamma. En relativ risk på 2,0 betyder att risken är dubbelt så hög jämfört med i referensgruppen. När den relativa risken är lägre än 1 innebär det att risken är lägre i den grupp som jämförs med referensgruppen. Observera att den relativa risken inte säger något om förekomst eller omfattning, alltså hur stor del av gruppen som är påverkad. I regressionsanalyserna justeras resultaten för olika bakgrundsfaktorer (födelseår, föräldrars SES och födelseort samt egen högsta utbildning vid 30 års ålder). Justeringen innebär att regressionsanalysen tar hänsyn till dessa faktorer.

I analyserna i den här rapporten följs individerna från 30 års ålder för att undersöka förekomsten av psykiatriska tillstånd. Som längst följs de till den 31 december 2011, vilket innebär att de äldsta, som är födda 1969, följs till 42 års ålder och de yngsta till 38 års ålder.

## Olika vårdmönster av psykiatriska tillstånd över tid

Vi analyserade också olika vårdmönster med psykiatriska tillstånd för att se om de skilde sig åt mellan dem som upplevt utsatthet i barndomen och dem som inte hade det. För att göra detta använde vi ett kommando (traj) i statistikprogramvaran Stata (35). Den här proceduren modellerar förändring över tid i flera undergrupper av populationen. Mer tekniskt uttryckt skattas en separat regressionslinje för varje enskild undergrupp. Sannolikheterna för att tillhöra de olika grupperna skattas också genom en multinomial logit-funktion. Vi började med att skatta modeller för två till sex undergrupper genom att använda ”zero-inflated Poissonfördelning”. Det antal undergrupper som visar lägst BIC-värde (Bayesian Information Criterion), indikerar vilket antal undergrupper som bäst speglar fördelningen. I mer allmänna ordalag kunde vi utifrån BIC-värdena bestämma antal undergrupper med olika vårdmönster.

I den här analysen räknade vi medelantalet månader per ålder (30–38 år) som personerna i populationen hade vårdats i slutenvård för ett psykiatriskt tillstånd.

## Sensitivitetsanalyser

Tidigare forskning har visat att människor med psykiatriska tillstånd ofta insjuknar redan i unga år (18, 36). Vi utförde även sensitivitetsanalyser där vi exkluderade individer som diagnostiserades före 30 års ålder.

Eftersom många psykiatriska tillstånd har en relativt stark ärftlig komponent valde vi att, i ytterligare sensitivitetsanalyser, exkludera indikatorn för psykiatriska tillstånd hos mor eller far och i stället justera för den.

# Resultat

I detta kapitel redovisas resultaten från analyserna.

## Om studiepopulationen

Totalt ingick 499 550 personer i analyserna, varav 241 508 kvinnor (48 procent). De flesta växte upp i hem där både föräldrarna var födda i Sverige (86 procent). Sett till uppväxthemmets socioekonomiska tillhörighet växte 39 procent av både kvinnor och män upp med föräldrar som klassades som lägre tjänstemän (se tabeller 3a och 3b).

**Tabell 3a.** Psykiatriska tillstånd från 30 års ålder uppdelat på bakgrundsvariabler för samtliga 241 508 kvinnor som är födda 1969–1973. Antal och kolumnprocent (i parentes).

Bakgrundsvariabler	Totalt (n=241 508)	Psykiatriska tillstånd från 30 års ålder (n=25 824)
Föräldrarnas SES – Ej facklärd arbetare	39 599 (16)	5 002 (19)
Föräldrarnas SES – Facklärd arbetare	37 171 (15)	4 096 (16)
Föräldrarnas SES – Tjänstemän på låg nivå och mellannivå	93 604 (39)	8 959 (35)
Föräldrarnas SES – Högre tjänstemän	40 987 (17)	3 963 (15)
Föräldrarnas SES – Övriga	30 147 (12)	3 804 (15)
Båda föräldrar födda i Sverige	208 281 (86)	213 55 (83)
En förälder född i Sverige	22 749 (9)	3 052 (12)
Båda födda utomlands	10 478 (4)	1 417 (5)
Högsta slutförda utbildning vid 30 års ålder – Grundskola	20 684 (9)	4 662 (18)
Högsta slutförda utbildning vid 30 års ålder – Gymnasial	124 390 (52)	13 502 (52)
Högsta slutförda utbildning vid 30 års ålder – Eftergymnasial	96 434 (40)	7 660 (30)
Vård för psykiatriskt tillstånd före 30 års ålder – Nej	230 757 (96)	20 540 (80)
Vård för psykiatriskt tillstånd före 30 års ålder – Ja	10 751 (4)	5 284 (20)
Ekonomiskt bistånd före 30 års ålder – Nej	233 004 (96)	22 780 (88)
Ekonomiskt bistånd före 30 års ålder – Ja	8 504 (4)	3 044 (12)

Totalt 4 procent av både kvinnor och män vårdades för ett psykiatriskt tillstånd före 30 års ålder, och en lika hög andel hade också fått ekonomiskt bistånd. Det var vanligare bland kvinnorna att ha eftergymnasial utbildning vid 30 års ålder, 39 procent jämfört med 34 procent bland männen.



**Tabell 3b.** Psykiatriska tillstånd från 30 års ålder uppdelat på bakgrundsvariabler för samtliga 258 042 män som är födda 1969–1973. Antal (kolumnprocent i parentes).

Bakgrundsvariabler	Totalt (n=258 042)	Psykiatriska tillstånd från 30 års ålder (n=21 069)
Föräldrarnas SES – Ej facklärd arbetare	41 806 (16)	4 279 (20)
Föräldrarnas SES – Facklärd arbetare	39 892 (15)	3 413 (16)
Föräldrarnas SES – Tjänstemän på låg nivå och mellannivå	100 216 (39)	7 274 (35)
Föräldrarnas SES – Högre tjänstemän	44 151 (17)	2 984 (14)
Föräldrarnas SES – Övriga	31 977 (12)	3 119 (15)
Båda föräldrar födda i Sverige	222 208 (86)	17 144 (81)
En förälder född i Sverige	24 469 (9)	2 523 (12)
Båda födda utomlands	11 365 (4)	1 402 (7)
Högsta slutförda utbildning vid 30 års ålder – Grundskola	27 592 (11)	5 092 (24)
Högsta slutförda utbildning vid 30 års ålder – Gymnasial	143 285 (56)	11 538 (55)
Högsta slutförda utbildning vid 30 års ålder – Eftergymnasial	87 165 (34)	4 439 (21)
Vård för psykiatriskt tillstånd före 30 års ålder – Nej	247 520 (96)	16 074 (76)
Vård för psykiatriskt tillstånd före 30 års ålder – Ja	10 522 (4)	4 995 (24)
Ekonomiskt bistånd före 30 års ålder– Nej	247 680 (96)	17 485 (83)
Ekonomiskt bistånd före 30 års ålder– Ja	10 362 (4)	3 584 (17)

Under uppföljningstiden vårdades totalt 11 procent av kvinnorna för ett psykiatriskt tillstånd. Bland män var andelen något lägre, 8 procent. De som vårdats för ett psykiatriskt tillstånd hade generellt föräldrar med lägre SES. Det var också vanligare med utlandsfödda föräldrar bland dem som vårdades för ett psykiatriskt tillstånd.

Ekonomiskt bistånd var betydligt vanligare bland individer som vårdats för psykiatriska tillstånd från 30 års ålder, 12 procent av kvinnorna och 17 procent av männen jämfört med 4 procent bland samtliga, oavsett kön. Andelen med grundskola som högsta utbildning var betydligt högre bland individer med psykiatriska tillstånd (21 procent jämfört med 10 procent).

I tabellerna 4a och 4b beskrivs studiepopulationen utifrån förekomsten av indikatorer på utsatthet i barndomen och senare vård för psykiatriska tillstånd. Den vanligaste indikatorn var beroendeproblematik (8 procent) följt av psykiatriska tillstånd hos minst en förälder (7 procent), multipla flyttningar (6 procent), ekonomisk utsatthet (5 procent), allvarlig kriminalitet (4 procent) och dödsfall (3 procent). Bland individer med psykiatriska tillstånd var samtliga indikatorer vanligare jämfört med totalpopulationen.

**Tabell 4a.** Psykiatriska tillstånd från 30 års ålder bland kvinnor, uppdelat på indikatorer på utsatthet i barndomen. Antal (kolumnprocent i parentes).

<b>Indikatorer på utsatthet i barndomen</b>	<b>Totalt (n=241 508)</b>	<b>Psykiatriska tillstånd från 30 års ålder (n=25 824)</b>
Dödsfall mor eller far	8 414 (3)	1 217 (5)
varav suicid	1 578 (1)	288 (1)
Beroendeproblematik hos mor eller far	18 792 (8)	3 266 (13)
Psykiatriska tillstånd hos mor eller far	1 6263 (7)	3 093 (12)
Allvarlig kriminalitet hos mor eller far	10 539 (4)	1 895 (7)
Ekonomisk utsatthet (definierad enligt OECD:s standard)	12 970 (5)	1 684 (7)
Multipla flyttningar	15 314 (6)	2 455 (10)
Inga indikatorer	182 725 (76)	16 954 (66)
1 indikator	41 135 (17)	5 519 (21)
2 indikatorer	12 867 (5)	2 256 (9)
3 eller fler indikatorer	4 781 (2)	1 095 (4)

Resultaten visar att det var vanligt med utsatthet i barndomen i studiepopulationen, 24 procent av både kvinnor och män hade åtminstone en indikator på det, se tabellerna 4a och 4b. Bland de med psykiatriska tillstånd var det än mer vanligt att ha åtminstone en indikator, 35 procent. I den här gruppen var det också dubbelt så vanligt att man hade tre eller fler indikatorer jämfört med totalpopulationen.

**Tabell 4b.** Psykiatriska tillstånd från 30 års ålder bland män, uppdelat på indikatorer på utsatthet i barndomen. Antal (kolumnprocent i parentes).

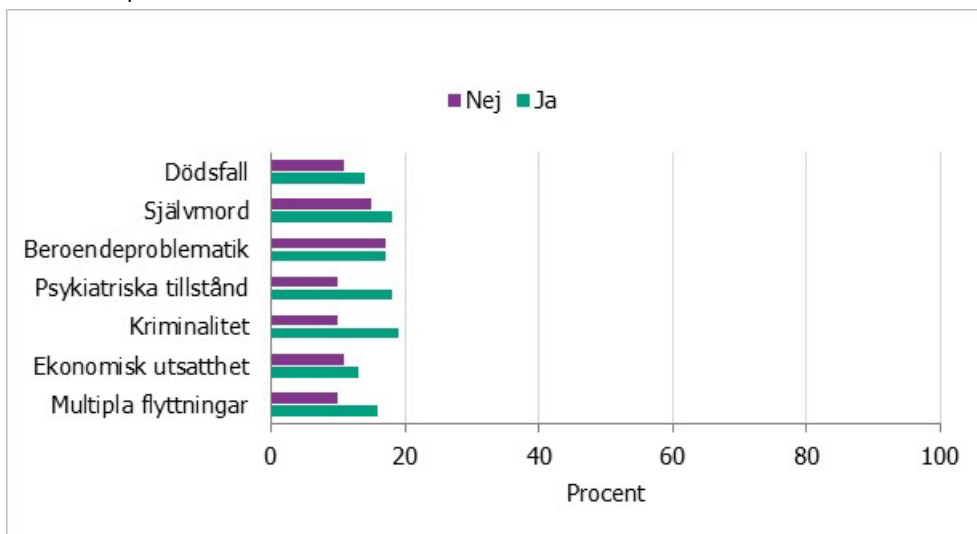
<b>Indikatorer på utsatthet i barndomen</b>	<b>Totalt (n=258 042)</b>	<b>Psykiatriska tillstånd från 30 års ålder (n=21 069)</b>
Dödsfall mor eller far	8 901 (3)	1 073 (5)
varav suicid	1 753 (1)	269 (1)
Beroendeproblematik hos mor eller far	19 458 (8)	3 087 (15)
Psykiatriska tillstånd hos mor eller far	17 485 (7)	2 768 (13)
Allvarlig kriminalitet hos mor eller far	10 966 (4)	1 778 (8)
Ekonomisk utsatthet (definierad enligt OECD:s standard)	13 878 (5)	1 341 (6)
Multipla flyttningar	15 660 (6)	1 905 (9)
Inga indikatorer	196 127 (76)	13 414 (64)
1 indikator	43 596 (17)	4 632 (22)
2 indikatorer	13 347 (5)	2 043 (10)
3 eller fler indikatorer	4 972 (2)	980 (5)

Vi analyserade också olika diagnosgrupper och fann att indikatorer på utsatthet var vanligast bland de personer som från 30 års ålder hade beroendeproblematik eller posttraumatiskt stressyndrom (bilaga 2, tilläggstabeller 1a och 1b). Totalt 23 procent av både kvinnor och män som senare blev vårdade för beroendeproblematik hade åtminstone en förälder som själv hade beroendeproblematik.

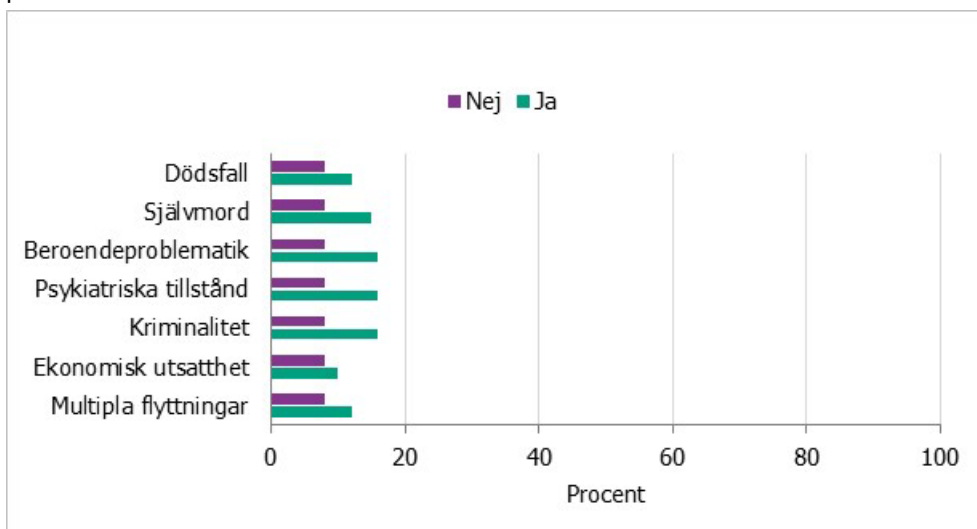
Bland både kvinnor och män utan psykiatriska tillstånd hade 2 respektive 3 procent tre eller fler indikatorer på utsatthet, jämfört med personer med beroendeproblematik där 9 respektive 8 procent hade tre eller fler indikatorer (bilaga 2, tilläggstabeller 2a och 2b).

Figurerna 1a och 1b illustrerar hur vanligt det var med de olika indikatorerna bland kvinnor och män med psykiatriska tillstånd. Föräldrars kriminalitet, psykiatriska tillstånd och beroendeproblematik visade sig vara vanligast, med 17–18 procent bland kvinnor och 16 procent bland män.

**Figur 1a.** Förekomst av psykiatriska tillstånd från 30 års ålder bland kvinnor utifrån indikatorer på utsatthet i barndomen.



**Figur 1b.** Förekomst av psykiatriska tillstånd från 30 års ålder bland män utifrån indikatorer på utsatthet i barndomen.



## Samband mellan utsatthet i barndomen och senare vård för psykiatriska tillstånd

I tabellerna 5a och 5b redovisas risk för psykiatriska tillstånd från 30 års ålder uppdelade efter bakgrundsvariabler och olika indikatorer på utsatthet i barndomen. Jämförelsegruppen var personer utan sådana indikatorer. Samtliga indikatorer, utom ekonomisk utsatthet bland pojkar, innebar högre risk för att bli diagnostiserad med psykiatriska tillstånd från 30 års ålder. Psykiatriska tillstånd hos föräldrarna medförde högst risk (RR: 1,8; 95 % KI: 1,7–1,9) för kvinnor och (RR: 1,9; 95 % KI: 1,8–2,0) för män. Män som vuxit upp i hem med beroendeproblematik hade 1,8 gånger högre risk för att själva få en diagnos relaterad till beroendeproblematik, jämfört med män som inte hade den indikatorn.

**Tabell 5a.** Risk för psykiatriska tillstånd för kvinnor, uppdelad på olika indikatorer på utsatthet i barndomen. Relativa risker (RR) med 95 % konfidensintervall (KI). Modell 1 är justerad för födelseår och modell 2 är justerad för födelseår, föräldrars SES, föräldrars födelseland och högsta slutförda utbildning vid 30 års ålder.

Indikatorer på utsatthet i barndomen och bakgrundsfaktorer	RR (95 % KI) (Modell 1)	RR (95 % KI) (Modell 2)
Inga indikatorer	1 (referens)	1 (referens)
Dödsfall mor eller far	1,4 (1,3–1,5)	1,3 (1,2–1,3)
varav suicid	1,8 (1,6–2,0)	1,6 (1,4–1,8)
Beroendeproblematik hos mor eller far	1,8 (1,7–1,9)	1,5 (1,4–1,6)
Psykiatriska tillstånd hos mor eller far	2,0 (1,9–2,1)	1,8 (1,7–1,9)
Allvarlig kriminalitet hos mor eller far	1,8 (1,7–1,9)	1,5 (1,4–1,6)
Ekonomisk utsatthet	1,2 (1,2–1,3)	1,1 (1,1–1,2)
Multipla flyttningar	1,6 (1,5–1,7)	1,4 (1,4–1,5)
Föräldrars SES: Ej facklärd arbetare	1,3 (1,3–1,4)	1,0 (1,0–1,1)
Föräldrars SES: Facklärd arbetare	1,2 (1,1–1,2)	0,9 (0,9–1,0)
Föräldrars SES: Tjänstemän på låg nivå och mellannivå	1,0 (1,0–1,0)	0,9 (0,9–0,9)
Föräldrars SES: Högre tjänstemän	1 (referens)	1 (referens)
Föräldrars SES: Övriga	1,3 (1,3–1,4)	1,0 (1,0–1,1)
Båda föräldrar födda i Sverige	1 (referens)	1 (referens)
En förälder född i Sverige	1,3 (1,3–1,4)	1,3 (1,2–1,3)
Båda födda utomlands	1,3 (1,3–1,4)	1,2 (1,1–1,3)
Högsta slutförda utbildning vid 30 års ålder – Grundskola	3,1 (3,0–3,2)	3,0 (2,9–3,1)
Högsta slutförda utbildning vid 30 års ålder – Gymnasial	1,4 (1,4–1,4)	1,4 (1,3–1,4)
Högsta slutförda utbildning vid 30 års ålder – Eftergymnasial	1 (referens)	1 (referens)
Vård för psykiatriskt tillstånd före 30 års ålder: Nej	1 (referens)	
Vård för psykiatriskt tillstånd före 30 års ålder: Ja	8,0 (7,8–8,3)	
Ekonomiskt bistånd före 30 års ålder: Nej	1 (referens)	
Ekonomiskt bistånd före 30 års ålder: Ja	4,5 (4,3–4,7)	

**Tabell 5b.** Risk för psykiatriska tillstånd för män, uppdelad på olika indikatorer på utsatthet i barndomen. Relativa risker (RR) med 95 % konfidensintervall (KI). Modell 1 är justerad för födelseår och modell 2 är justerad för födelseår, föräldrars SES, föräldrars födelseland och högsta slutförda utbildning vid 30 års ålder

<b>Indikatorer på utsatthet i barndomen och bakgrundsfaktorer</b>	<b>RR (95 % KI) (Modell 1)</b>	<b>RR (95 % KI) (Modell 2)</b>
Inga indikatorer	1 (referens)	1 (referens)
Dödsfall mor eller far	1,5 (1,4–1,6)	1,3 (1,3–1,4)
varav suicid	2,0 (1,7–2,2)	1,7 (1,5–1,9)
Beroendeproblematik hos mor eller far	2,2 (2,1–2,3)	1,8 (1,7–1,9)
Psykiatriska tillstånd hos mor eller far	2,2 (2,1–2,3)	1,9 (1,8–2,0)
Allvarlig kriminalitet hos mor eller far	2,2 (2,1–2,3)	1,7 (1,6–1,8)
Ekonomisk utsatthet	1,2 (1,1–1,3)	1,0 (1,0–1,1)
Multipla flyttningar	1,6 (1,5–1,6)	1,4 (1,3–1,5)
Föräldrars SES: Ej facklärd arbetare	1,5 (1,5–1,6)	1,1 (1,0–1,1)
Föräldrars SES: Facklärd arbetare	1,3 (1,2–1,3)	0,9 (0,9–1,0)
Föräldrars SES: Tjänstemän på låg nivå och mellannivå	1,1 (1,0–1,1)	0,9 (0,9–1,0)
Föräldrars SES: Högre tjänstemän	1 (referens)	1 (referens)
Föräldrars SES: Övriga	1,5 (1,4–1,5)	1,0 (1,0–1,1)
Båda föräldrar födda i Sverige	1 (referens)	1 (referens)
En förälder född i Sverige	1,4 (1,3–1,4)	1,3 (1,3–1,4)
Båda födda utomlands	1,7 (1,6–1,7)	1,5 (1,4–1,6)
Högsta slutförda utbildning vid 30 års ålder: Högst grundskola	4,0 (3,8–4,1)	3,8 (3,6–4,0)
Högsta slutförda utbildning vid 30 års ålder: Gymnasial	1,6 (1,6–1,7)	1,6 (1,5–1,6)
Högsta slutförda utbildning vid 30 års ålder: Eftergymnasial	1 (referens)	1 (referens)
Vård för psykiatriskt tillstånd före 30 års ålder: Nej	1 (referens)	
Vård för psykiatriskt tillstånd före 30 års ålder: Ja	10,7 (10,3–11,0)	
Ekonomiskt bistånd före 30 års ålder: Nej	1 (referens)	
Ekonomiskt bistånd före 30 års ålder: Ja	6,1 (5,9–6,3)	

Antalet indikatorer visade sig också ha betydelse för risken för psykiatriska tillstånd från 30 års ålder (tabellerna 6a och 6b). Vi fann att risken ökade med antalet indikatorer, från (RR: 1,4; 95 % KI: 1,3–1,4) för kvinnor med en indikator, till (RR: 1,7; 95 % KI: 1,6–1,8) för kvinnor med två indikatorer och slutligen (RR: 2,1; 95 % KI: 2,0–2,3) för kvinnor med tre eller fler indikatorer. Liknande mönster sågs hos män (RR: 1,4; 95 % KI: 1,4–1,5) för män med en indikator (RR: 1,9; 95 % KI: 1,8–2,0) för män med två indikatorer och (RR: 2,4; 95 % KI: 2,2–2,6) för män med tre eller fler indikatorer.

Sambanden mellan utsatthet i barndomen och senare psykiatriska tillstånd var tydliga oavsett vilken typ av tillstånd som studerades (bilaga 2, tilläggsstabeller 3a och 3b och tilläggsstabeller 6a och 6b).

**Tabell 6a.** Risk för psykiatriska tillstånd från 30 års ålder för kvinnor, uppdelad efter antal indikatorer på utsatthet i barndomen. Relativa risker (RR) med 95 % konfidensintervall (KI). Modell 1 är justerad för födelseår och modell 2 är justerad för födelseår, föräldrars SES, föräldrars födelseland och högsta slutförda utbildning vid 30 års ålder.

Antal indikatorer på utsatthet i barndomen	RR (95 % KI) (Modell 1)	RR (95 % KI) (Modell 2)
Inga indikatorer	1 (referens)	1 (referens)
1 indikator	1,5 (1,4–1,5)	1,4 (1,3–1,4)
2 indikatorer	2,0 (1,9–2,1)	1,7 (1,6–1,8)
3 eller fler indikatorer	2,7 (2,5–2,9)	2,1 (2,0–2,3)

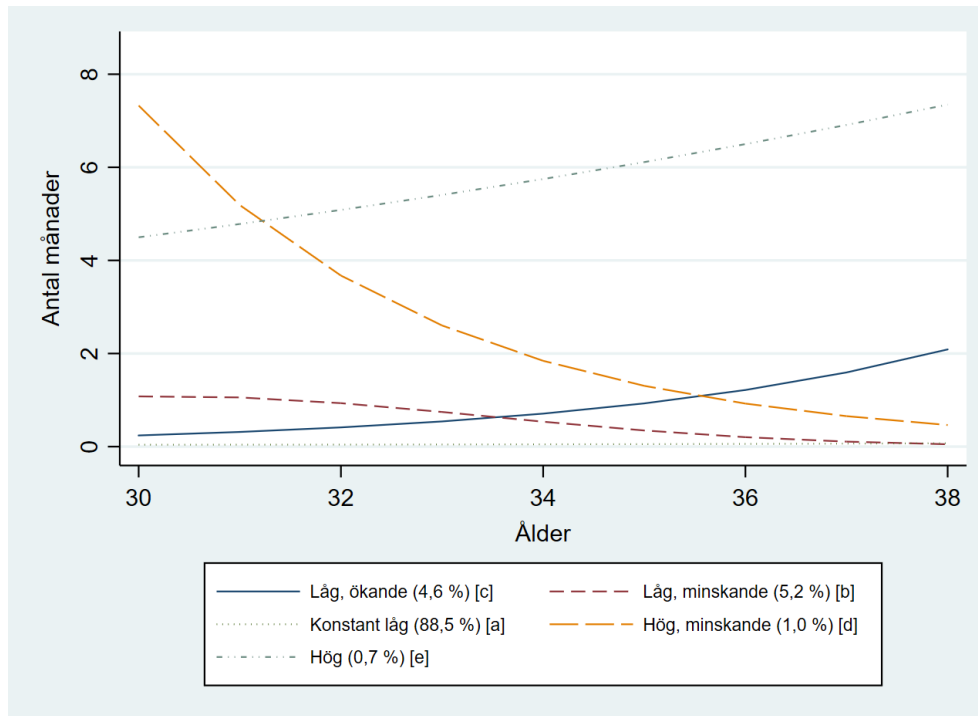
**Tabell 6b.** Risk för psykiatriska tillstånd från 30 års ålder för män, uppdelad efter antal indikatorer på utsatthet i barndomen. Relativa risker (RR) med 95 % konfidensintervall (KI). Modell 1 är justerad för födelseår och modell 2 är justerad för födelseår, föräldrars SES, föräldrars födelseland och högsta slutförda utbildning vid 30 års ålder.

Antal indikatorer på utsatthet i barndomen	RR (95 % KI) (Modell 1)	RR (95 % KI) (Modell 2)
Inga indikatorer	1 (referens)	1 (referens)
1 indikator	1,6 (1,5–1,6)	1,4 (1,4–1,5)
2 indikatorer	2,4 (2,3–2,5)	1,9 (1,8–2,0)
3 eller fler indikatorer	3,1 (2,9–3,4)	2,4 (2,2–2,6)

## Samband mellan utsatthet i barndomen och vårdmönster för psykiatriska tillstånd över tid

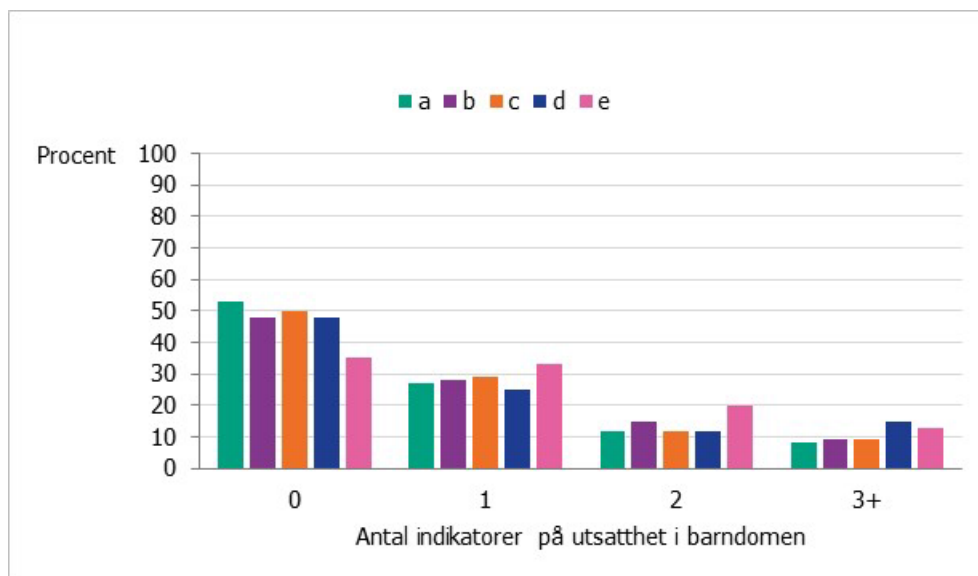
När vi analyserade olika vårdmönster, definierat som medelantal vårdmånader för psykiatriska tillstånd per år, fick vi fem grupper (figur 2). De flesta i populationen (88,5 procent) hamnade i gruppen ”a” som karaktäriseras av konstant kort vårdtid, följt av ”b” som karaktäriseras av kort vårdtid som minskade (5,2 procent) och sedan ”c” där mönstret visade kort vårdtid som dock ökade (4,6 procent). En liten andel av alla kvinnor och män var i gruppen ”d” med hög och minskande vårdtid (1,0 procent) och ”e” lång vårdtid (0,7 procent). En majoritet hade kort eller ingen vårdtid i åldern 30–38 år, men det fanns ändå vissa skillnader. De 0,7 procent som återfanns i gruppen ”e” hade konstant hög vårdkonsumtion. Medelantalet vårdmånader var 4,5 vid 30 års ålder och det ökade sedan stadigt till 7,6 månader vid 38 års ålder. I gruppen ”d” hade 1 procent i medeltal 7,7 vårdmånader vid 30 års ålder. Denna andel minskade stadigt för varje ytterligare år till 0,8 månader vid 38 års ålder.

**Figur 2.** Olika mönster av vård för psykiatriska tillstånd (tid), uppdelat på fem grupper. Medelantal vårddagar i slutenvård, 30–38 års ålder.



Vi jämförde antalet indikatorer i de fem olika vårdgrupperna och fann att 48–53 procent i alla grupper saknade indikatorer på utsatthet, utom i gruppen ”e” där andelen var endast 33 procent. Knappt en tredjedel hade en indikator (25–29 procent) förutom i gruppen ”e” där 33 procent hade en sådan indikator. Totalt 12–15 procent hade två indikatorer, och i gruppen ”d” var det 20 procent. Slutligen hade 9–11 procent tre eller fler indikatorer i alla utom två grupper. I gruppen ”e” hade 13 procent tre eller fler indikatorer, liksom 15 procent i gruppen ”d”.

**Figur 3.** Fördelning av antal indikatorer i de fem vårdgrupperna, a–e (varje grupp motsvarar 100 %).



## Socioekonomiska faktorer

Föräldrars SES spelade roll för sambandet mellan utsatthet i barndomen och senare psykiatriska tillstånd (tabellerna 7a och 7b). I tabellerna består referensgrupperna av kvinnor respektive män utan indikatorer på utsatthet, vilkas föräldrar var högre tjänstemän. Psykiatriska tillstånd var vanligare bland barn till ej facklärda arbetare jämfört med barn till högre tjänstemän. Vid jämförelse med högre tjänstemän hade de vars föräldrar var ej facklärda arbetare 1,2 – 1,3 gånger högre risk, även utan indikatorer på utsatthet i barndomen. Kvinnor som hade tre eller fler indikatorer och föräldrar som var ej facklärda arbetare, hade 2,8 gånger högre risk än kvinnor utan indikatorer. Bland män hade föräldrarnas SES något större betydelse. Män med tre eller fler indikatorer och föräldrar som var högre tjänstemän, löpte mer än dubbelt så hög risk som motsvarande män utan indikatorer på utsatthet. Män vilkas föräldrar var arbetare (både facklärda och inte facklärda) hade cirka 3,5 gånger så hög risk.

**Tabell 7a.** Risk för psykiatriska tillstånd från 30 års ålder för kvinnor, uppdelad efter föräldrars SES och antal indikatorer på utsatthet i barndomen. Relativa risker (RR) med 95 % konfidensintervall (KI). Modellen är justerad för födelseår och föräldrars födelseland.

Antal indikatorer på utsatthet i barndomen	Högre tjänstemän	Tjänstemän på låg nivå och mellannivå	Facklärda arbetare	Ej facklärda arbetare	Övriga
Inga indikatorer	1 (referens)	0,9 (0,9–1,0)	1,1 (1,0–1,1)	1,2 (1,1–1,2)	1,1 (1,0–1,1)
1 indikator	1,3 (1,2–1,4)	1,4 (1,3–1,5)	1,7 (1,5–1,8)	1,7 (1,6–1,8)	1,5 (1,4–1,6)
2 indikatorer	1,8 (1,6–2,1)	1,7 (1,6–1,9)	1,9 (1,7–2,2)	2,2 (2,0–2,4)	2,2 (2,0–2,4)
3 eller fler indikatorer	1,3 (1,3–2,6)	2,3 (2,0–2,7)	2,4 (2,1–2,9)	2,8 (2,5–3,1)	3,1 (2,8–3,5)



**Tabell 7b.** Risk för psykiatriska tillstånd från 30 års ålder för män, uppdelad efter föräldrars SES och antal indikatorer på utsatthet i barndomen. Relativa risker (RR) med 95 % konfidensintervall (KI). Modellen är justerad för födelseår och föräldrars födelseland.

Antal indikatorer på utsatthet i barndomen	Högre tjänstemän	Tjänstemän på låg nivå och mellannivå	Facklärd arbetare	Ej facklärd arbetare	Övriga
Inga indikatorer	1 (referens)	1,0 (1,0–1,1)	1,1 (1,1–1,2)	1,3 (1,2–1,3)	1,2 (1,1–1,2)
1 indikator	1,3 (1,2–1,5)	1,6 (1,5–1,7)	2,0 (1,8–2,2)	2,1 (2,0–2,3)	1,6 (1,5–1,7)
2 indikatorer	2,0 (1,7–2,4)	2,2 (2,0–2,4)	2,4 (2,1–2,6)	2,8 (2,5–3,0)	2,9 (2,6–3,1)
3 eller fler indikatorer	2,2 (1,5–3,3)	2,7 (2,3–3,2)	3,5 (3,0–4,1)	3,3 (2,9–3,7)	3,8 (3,4–4,3)

Den högsta slutförda utbildningen vid 30 års ålder hade stor betydelse för risken för psykiatriska tillstånd från den åldern (tabellerna 8a och 8b). Jämförelsegruppen var kvinnor respektive män med utbildning men utan indikatorer på utsatthet. Samtliga indikatorer utom förälders dödsfall och ekonomisk utsatthet medförde högre risk för psykiatriska tillstånd bland dem med längst utbildning. Personer med mellanlång utbildning hade ytterligare högre risk. De som dessutom hade åtminstone en indikator på utsatthet hade ytterligare högre risk. Slutligen hade personer med kortare utbildning tre till fyra gånger högre risk jämfört med de med längre utbildning. Både kvinnor och män med lägre utbildning och minst en indikator hade allra högst risk för psykiatriska tillstånd, fyra till fem gånger så hög. Män med kortare utbildning och någon förälder med psykiatriskt tillstånd, beroendeproblematik eller kriminalitet, löpte mer än sex gånger högre risk jämfört med män med längst utbildning utan indikatorer på utsatthet.

**Tabell 8a.** Risk för psykiatriska tillstånd från 30 års ålder för kvinnor, uppdelad efter högsta slutförda utbildningsnivå vid 30 års ålder och olika indikatorer på utsatthet i barndomen. Relativa risker (RR) med 95 % konfidensintervall (KI). Modellen är justerad för födelseår, föräldrars SES och föräldrars födelseland.

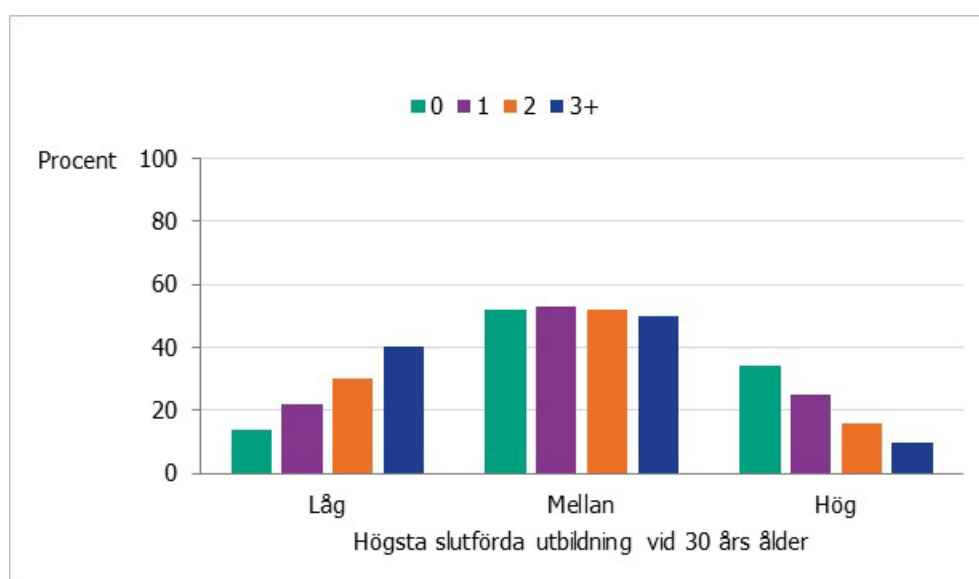
Indikatorer på utsatthet i barndomen	Högsta slutförda utbildning vid 30 års ålder – eftergymnasial	Högsta slutförda utbildning vid 30 års ålder – gymnasial	Högsta slutförda utbildning vid 30 års ålder – grundskola
Dödsfall mor eller far: nej	1 (referens)	1,4 (1,3–1,4)	3,0 (2,9–3,1)
Dödsfall mor eller far: ja	1,2 (1,0–1,3)	1,8 (1,6–1,9)	3,7 (3,3–4,2)
Beroendeproblematik: nej	1 (referens)	1,3 (1,3–1,4)	2,9 (2,8–3,0)
Beroendeproblematik: ja	1,4 (1,3–1,6)	2,1 (2,0–2,2)	4,1 (3,9–4,4)
Psykiatriska tillstånd: nej	1 (referens)	1,4 (1,3–1,4)	2,9 (2,8–3,0)
Psykiatriska tillstånd: ja	1,8 (1,7–1,9)	2,5 (2,3–2,6)	5,1 (4,8–5,5)
Allvarlig kriminalitet: nej	1 (referens)	1,4 (1,3–1,4)	2,9 (2,8–3,0)
Allvarlig kriminalitet: ja	1,5 (1,3–1,7)	2,1 (1,9–2,2)	4,3 (4,0–4,7)
Ekonomisk utsatthet: nej	1 (referens)	1,4 (1,3–1,4)	3,0 (2,9–3,1)
Ekonomisk utsatthet: ja	1,1 (1,0–1,2)	1,5 (1,4–1,6)	3,5 (3,1–3,8)
Multipla flyttningar: nej	1 (referens)	1,4 (1,3–1,4)	2,9 (2,8–3,0)
Multipla flyttningar: ja	1,3 (1,2–1,4)	2,1 (2,0–2,2)	4,2 (3,9–4,5)

**Tabell 8b.** Risk för psykiatriska tillstånd från 30 års ålder för män, uppdelad efter högsta slutförda utbildningsnivå vid 30 års ålder och olika indikatorer på utsatthet i barndomen. Relativa risker (RR) med 95 % konfidensintervall (KI). Modellen är justerad för födelseår, föräldrars SES och föräldrars födelseland.

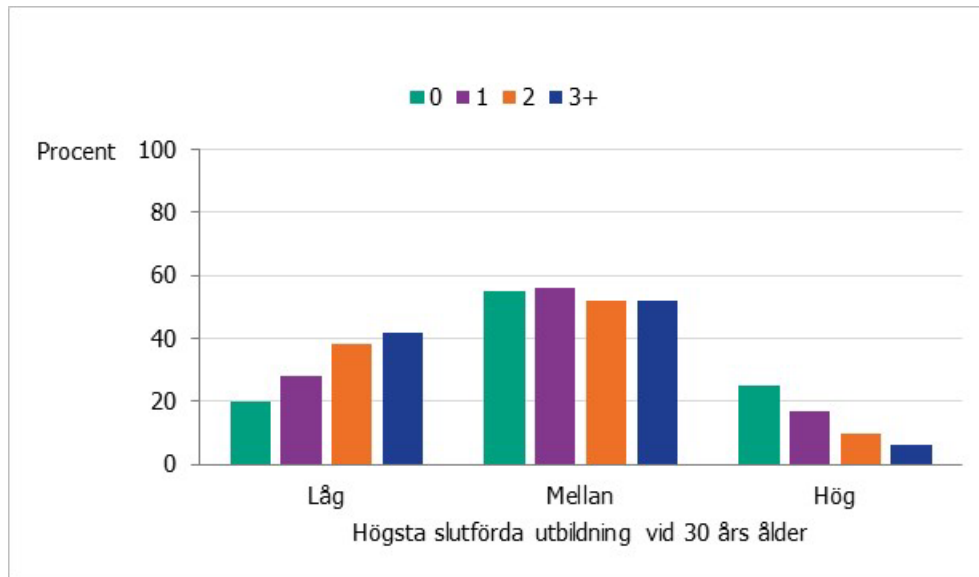
Indikatorer på utsatthet i barndomen	Högsta slutförda utbildning vid 30 års ålder – eftergymnasial	Högsta slutförda utbildning vid 30 års ålder – gymnasial	Högsta slutförda utbildning vid 30 års ålder – grundskola
Dödsfall mor eller far: nej	1 (referens)	1.6 (1.5–1.6)	3.8 (3.6–4.0)
Dödsfall mor eller far: ja	1.1 (1.0–1.4)	2.3 (2.1–2.5)	4.8 (4.3–5.4)
Beroendeproblematik: nej	1 (referens)	1.5 (1.5–1.6)	3.6 (3.4–3.7)
Beroendeproblematik: ja	1.5 (1.3–1.7)	2.9 (2.7–3.1)	6.3 (5.9–6.7)
Psykiatriska tillstånd: nej	1 (referens)	1.6 (1.5–1.6)	3.7 (3.6–3.9)
Psykiatriska tillstånd: ja	2.0 (1.8–2.2)	3.1 (2.9–3.3)	6.6 (6.1–7.1)
Allvarlig kriminalitet: nej	1 (referens)	1.5 (1.5–1.6)	3.7 (3.5–3.8)
Allvarlig kriminalitet: ja	1.4 (1.1–1.6)	2.9 (2.7–3.1)	6.1 (5.6–6.6)
Ekonomisk utsatthet: nej	1 (referens)	1.6 (1.5–1.6)	3.8 (3.6–4.0)
Ekonomisk utsatthet: ja	1.0 (0.9–1.2)	1.7 (1.5–1.8)	3.9 (3.6–4.4)
Multipla flyttningar: nej	1 (referens)	1.6 (1.5–1.6)	3.7 (3.5–3.9)
Multipla flyttningar: ja	1.2 (1.0–1.3)	2.3 (2.1–2.5)	5.2 (4.8–5.7)

Figureerna 4a och 4b visar den procentuella fördelningen av antalet indikatorer utifrån utbildningsnivå vid 30 års ålder bland dem med psykiatriska tillstånd. Varje indikator, alltså varje färgnyans, summerar till 100 procent. Vi ser en tydlig gradient där noll indikatorer var vanligast bland både kvinnor och män med längst utbildning, och tre eller fler var vanligast bland dem med kort utbildning.

**Figur 4a.** Förekomst av psykiatriska tillstånd från 30 års ålder, uppdelad efter högsta slutförda utbildning vid 30 års ålder och antal indikatorer på utsatthet i barndomen (kvinnor).

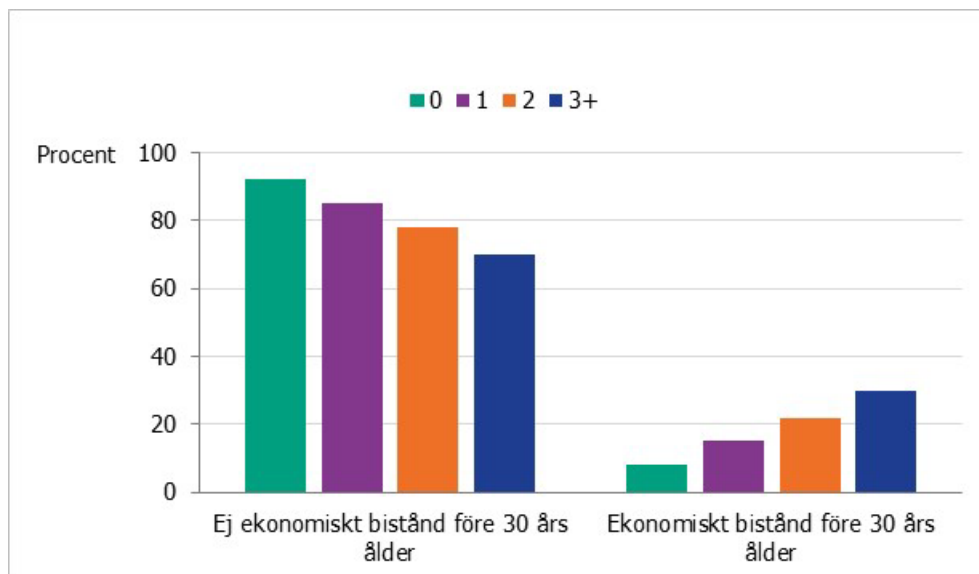


**Figur 4b.** Förekomst av psykiatriska tillstånd från 30 års ålder, uppdelad efter högsta slutförda utbildning vid 30 års ålder och antal indikatorer på utsatthet i barndomen (män).

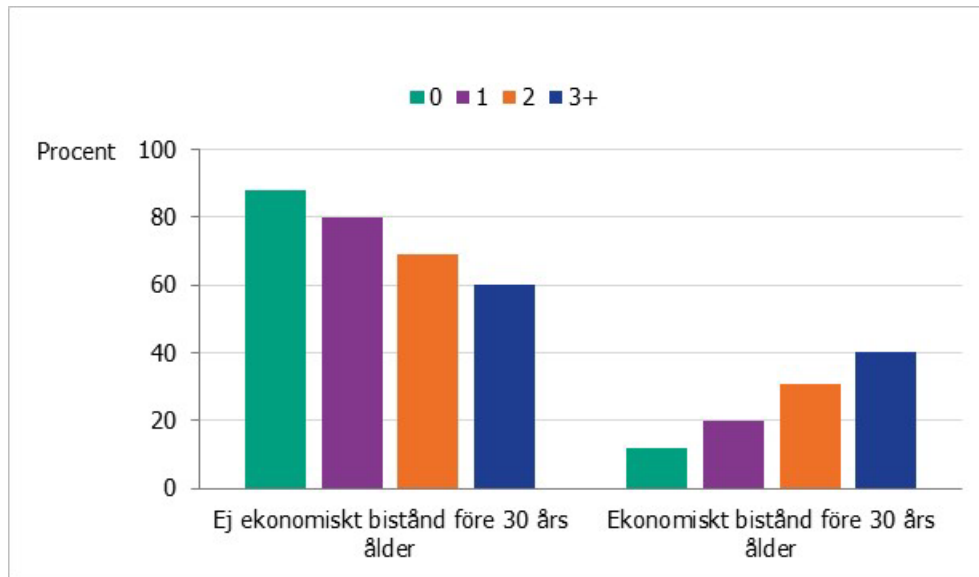


Figurerna 5a och 5b samt figur 6 visar hur ekonomiskt bistånd påverkar sambandet mellan utsatthet i barndomen och senare psykiatriska tillstånd. Figurerna 5a och 5b visar den procentuella fördelningen mellan de som fått ekonomiskt bistånd i vuxen ålder och de som inte fått det. Det var betydligt vanligare med fler indikatorer på utsatthet bland personer med psykiatriska tillstånd som dessutom hade fått ekonomiskt bistånd före 30 års ålder.

**Figur 5a.** Förekomst av psykiatriska tillstånd från 30 års ålder, uppdelad efter ekonomiskt bistånd i vuxen ålder och antal indikatorer på utsatthet i barndomen (kvinnor).

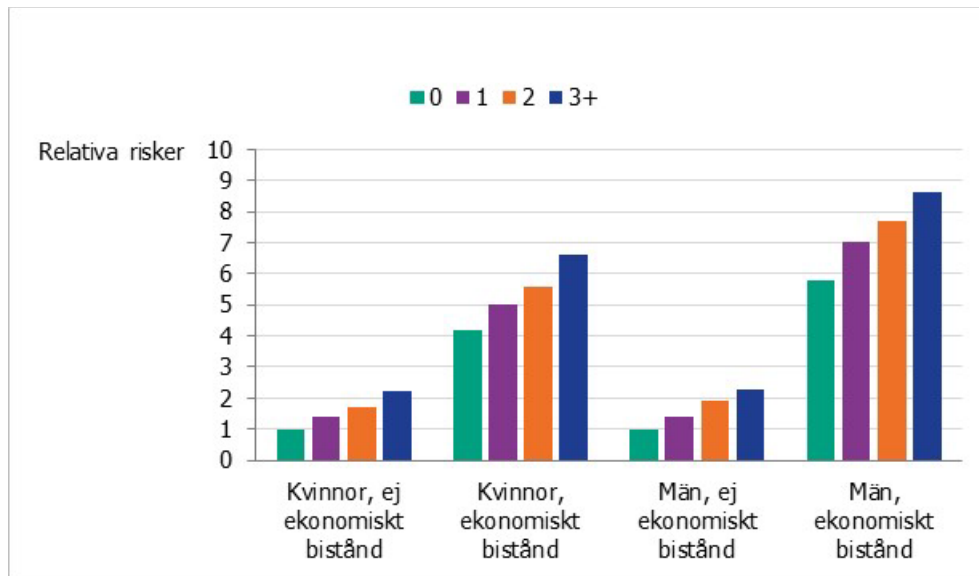


**Figur 5b.** Förekomst av psykiatriska tillstånd från 30 års ålder, uppdelad efter ekonomiskt bistånd i vuxen ålder och antal indikatorer på utsatthet i barndomen (män).



Även ekonomiskt bistånd före 30 års ålder har betydelse för risken för psykiatriska tillstånd (figur 6). Kvinnor utan ekonomiskt bistånd men med tre eller fler indikatorer på utsatthet hade 2 gånger högre risk i jämförelse med kvinnor utan indikatorer. Kvinnor med ekonomiskt bistånd men utan indikatorer uppvisade en fyra gånger högre risk, medan kvinnor med tre eller fler indikatorer hade ytterligare förhöjd risk. Bland män utan ekonomiskt bistånd hade de med tre eller fler indikatorer 2 gånger högre risk för psykiatriska tillstånd som män utan indikatorer på utsatthet. Män utan indikatorer men med ekonomiskt bistånd hade nästan 6 gånger så hög risk jämfört med män utan indikatorer och utan ekonomiskt bistånd. Slutligen hade män med ekonomiskt bistånd och tre eller fler indikatorer drygt 8 gånger så hög risk.

**Figur 6.** Risk för psykiatriska tillstånd från 30 års ålder, utifrån antal indikatorer på utsatthet i barndomen och ekonomiskt bistånd. Relativa risker, justerade för födelseår, föräldrars SES och föräldrars födelseland.



## Redovisning av resultaten från sensitivitetsanalyserna

Både kvinnor och män med tre eller fler indikatorer har dubbelt så hög risk för psykiatriska tillstånd jämfört med dem utan indikatorer, och det gäller även när vi exkluderade personer som hade vårdats för ett psykiatriskt tillstånd före 30 års ålder (bilaga 2, tilläggstabellerna 4a och 4b samt tilläggstabellerna 7a och 7b).

Vi fick liknande resultat när vi exkluderade indikatorn för psykiatriska tillstånd hos förälder och i stället kontrollerade för den variabeln (RR: 1.9; 1,7–2,1) för kvinnor och (RR: 2,0; 1,7–2,2) för män (bilaga 2, tilläggstabellerna 5a och 5b samt tilläggstabellerna 8a och 8b).

## Diskussion

Rapportens resultat visar att personer med erfarenhet av utsatthet i barndomen har en ökad risk för att vårdas för psykiatriska tillstånd i vuxen ålder, bland både kvinnor och män. Den visar också att det är vanligt med utsatthet i barndomen, så som det definieras här. En fjärdedel av populationen hade åtminstone en indikator på utsatthet, liksom en tredjedel av dem som blev diagnostiserade för psykiatriska tillstånd från 30 års ålder.

Risken för psykiatriska tillstånd ökade ju fler indikatorer en person hade. Exempelvis hade personer med tre eller fler indikatorer dubbelt så hög risk som personer utan indikatorer på utsatthet. Det gäller även när vi exkluderade personer som hade vårdats för psykiatriska tillstånd före 30 års ålder.

Kvinnor vårdades i högre utsträckning för psykiatriska tillstånd än män. Dock var riskerna för psykiatriska tillstånd utifrån utsatthet i barndomen relativt lika mellan könen.

Sett till vårdmönster över tid konsumerade en majoritet, 88,5 procent, vård för ett psykiatriskt tillstånd i låg utsträckning i åldern 30–38 år. En relativt liten grupp kvinnor och män (0,7 procent) hade däremot en konstant hög vårdkonsumtion med 4,5–7,7 månader per år.

Föräldrars SES påverkade sambandet mellan utsatthet i barndomen och psykiatriska tillstånd. Bland både kvinnor och män med tre eller fler indikatorer på utsatthet var risken för psykiatriska tillstånd omkring tre gånger så hög för individer med föräldrar som var ej facklärd arbetare, jämfört referensgruppen (dvs. barn utan indikatorer på utsatthet, vars föräldrar var högre tjänstemän).

Den högsta slutförda utbildningen vid 30 års ålder hade stor betydelse för risken för psykiatriska tillstånd. Samtliga indikatorer utom avliden förälder och ekonomisk utsatthet i barndomen medförde högre risk för psykiatriska tillstånd bland dem som hade lägst utbildning. Även ekonomiskt bistånd före 30 års ålder var betydelsefullt: Bland både kvinnor och män var risken för psykiatriska tillstånd efter utsatthet i barndomen ännu mer förhöjd bland dem som fått ekonomiskt bistånd före 30 års ålder.

## Styrkor

En av rapportens främsta styrkor är att den bygger på svenska registerdata med mycket hög kvalitet och validitet. Registerdata möjliggör också en stor studiepopulation, i de här analyserna 499 550 personer. Vidare är styrkan med registerdata att vi har möjlighet att följa individer över tid genom en så kallad longitudinell design.

## Svagheter

I rapporten har vi valt att fokusera på ett antal välkända indikatorer på utsatthet i barndomen. Dock finns det viktiga indikatorer som inte går att mäta med registerdata, exempelvis fysiska och psykiska övergrepp och vanvård. Det är en svaghet. Vidare har vi använt dikotoma värden för de olika indikatorerna. Många av dessa kan naturligtvis skifta i styrka och pågå olika lång tid, vilket vi inte fångar i dessa analyser.

## Relation till tidigare studier

Rapportens resultat stämmer med tidigare studier som visat att det finns samband mellan utsatthet i barndomen och senare psykiatriska tillstånd (1, 2, 4, 7, 10, 22, 37). Omkring en fjärdedel av studiepopulationen hade minst en indikator på utsatthet i barndomen. Det är en något lägre andel än i tidigare studier (4, 7), vilket delvis kan förklaras av att vi i denna studie inte hade information om eventuell skilsmässa hos föräldrarna eller ensamstående förälder. Tidigare studier har också baserats på självrapporterade indikatorer, vilket skulle kunna påverka andelen rapporterade indikatorer.

Resultaten visar att socioekonomiska faktorer, både under uppväxtåren och i vuxen ålder, påverkar sambandet mellan utsatthet i barndomen och senare psykiatriska tillstånd. Dessa samband är välkända, bland annat att individer från mindre gynnsam socioekonomisk bakgrund har en ökad risk för psykiatriska tillstånd (38, 39). Det visar även vår rapport. Rapportens resultat visar också tydligt att deltagarnas utbildning påverkar sambandet mellan utsatthet och psykiatriska tillstånd. Tidigare studier har visat att individer från en utsatt hemmiljö i högre utsträckning har en låg utbildningsnivå än jämnåriga utan indikation på utsatthet i barndomen (1, 11). Skolprestationen kan alltså ses som en mycket viktig medierande mekanism (11).

Utöver utbildning används ofta inkomst som mått på SES (40), för studier har visat att individer med låg inkomst har en ökad risk för psykiatriska tillstånd (40). För att belysa ytterligare en aspekt av SES valde vi att titta på ekonomiskt bistånd bland undersökningspersonerna. Både kvinnor och män hade ännu högre risk för psykiatriska tillstånd efter utsatthet i barndomen om de hade fått ekonomiskt bistånd före 30 års ålder, vilket är i linje med tidigare forskning. En förklaring kan naturligtvis vara så kallad omvänd kausalitet, alltså att det är det psykiatriska tillståndet som leder till att man får ekonomiskt bistånd.

## Förklaringsteorier

Det finns många olika teorier om varför utsatthet i barndomen ökar risken för senare psykiatriska tillstånd. Psykologiska och psykosociala förklaringsmodeller fokuserar på hemmiljöns betydelse för barnets känslomässiga utveckling och betonar att utsatthet i barndomen ökar risken för känslomässiga problem, som i sin tur kan leda till psykiatriska tillstånd (42). Barn med nedsatta känslomässiga färdigheter löper exempelvis högre risk att få beteendeproblem i tonåren (42).

Utsatthet i barndomen kan också påverka hälsan negativt genom psykosociala faktorer (43). Hemmiljön påverkar barnets attityder, trossystem, skolprestationer och hälsobeteenden. Utsattheten kan också påverka individens ”coping-strategier” och förmågan att hantera stress. Det är vanligare att dessa personer använder strategier såsom förnekelse, nedtryckning av känslor och undvikande av känslomässig smärta (44) vid stressfulla och smärtsamma upplevelser.

De biologiska förklaringarna pekar på att utsatthet i barndomen kan hindra hjärnans utveckling. Den ledande uppfattningen har varit att tidiga erfarenheter av utsatthet i barndomen, och särskilt stressfulla händelser kan hämma hjärnans utveckling och kroppens förmåga att hantera stress. Även om de fysiologiska förändringarna kan kvarstå långt upp i vuxen ålder och leda till nedsatthet i både fysisk och psykisk hälsa har senare forskning inom epigenetik och neuroplasticitet visat att det kan vara möjligt att hämma den negativa utvecklingen genom tidiga interventioner (2, 45).

Slutligen, som vi tidigare nämnt har många psykiatriska tillstånd en relativt stark ärftlig komponent. Barn vars föräldrar vårdats för psykiatriska tillstånd, vårdas i högre utsträckning själva av psykiatriska tillstånd (31, 46). Dock visar våra analyser på ett samband mellan utsatthet i barndomen och psykiatriska tillstånd även när vi kontrollerade för psykiatriska tillstånd hos föräldrar, vilket talar för att utsatthet i barndomen i sig är en riskfaktor för psykiatriska tillstånd.

## Slutord

Sammantaget visar resultaten att utsatthet i barndomen ökar risken för psykiatriska tillstånd i vuxen ålder. Barn som växer upp i familjer där det förekommit dödsfall, (och suicid) beroendeproblematik, kriminalitet, psykiatriska tillstånd och ekonomisk utsatthet löper en markant högre risk att drabbas av psykiatriska tillstånd från 30 års ålder. Detta understryker hur viktigt det är att uppmärksamma dessa individer så att de får den hjälp och stöd de behöver, och att vårdgivaren tidigt uppmärksammar efterföljande psykiatriska och även somatiska sjukdomar. Men det är minst lika viktigt att stärka skyddsfaktorerna runt dessa barn och unga, och att se över hur strukturella faktorer, som t.ex. föräldrars socioekonomi, boende och fritidsaktiviteter kan förbättras för att skapa bättre förutsättningar för en god psykisk hälsa genom hela livet.



## Övriga medverkande

Övriga medverkande i den här rapporten är medicine doktor Charlotte Björkenstam, verksam vid Uppsala universitet, och överläkare och docent Kyriaki Kosidou, verksam vid Karolinska Institutet.

# Referenser

1. Bellis MA, Lowey H, Leckenby N, Hughes K, Harrison D. Adverse childhood experiences: retrospective study to determine their impact on adult health behaviours and health outcomes in a UK population. *Journal of Public Health*. 2014;36(1):81-91.
2. Anda RF, Butchart A, Felitti VJ, Brown DW. Building a framework for global surveillance of the public health implications of adverse childhood experiences. *American Journal of Preventive Medicine*. 2010;39(1):93-8.
3. Bellis MA, Hughes K, Leckenby N, Hardcastle KA, Perkins C, Lowey H. Measuring mortality and the burden of adult disease associated with adverse childhood experiences in England: a national survey. *Journal of Public Health*. 2015;37(3):445-54.
4. McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, Kessler RC. Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication II: associations with persistence of DSM-IV disorders. *Archives of General Psychiatry*. 2010;67(2):124-32.
5. Björkenstam C, Kosidou K, Björkenstam E. Childhood adversity and risk of suicide: cohort study of 548 721 adolescents and young adults in Sweden. *BMJ*. 2017;357:j1334.
6. Björkenstam E, Vinnerljung B, Hjern A. Impact of childhood adversities on depression in early adulthood: A longitudinal cohort study of 478,141 individuals in Sweden. *Journal of Affective Disorders*. 2017;223:95-100.
7. Kessler RC, McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *British Journal of Psychiatry*. 2010;197(5):378-85.
8. Björkenstam E, Burström B, Vinnerljung B, Kosidou K. Childhood adversity and psychiatric disorder in young adulthood: An analysis of 107,704 Swedes. *Journal of Psychiatric Research*. 2016;77:67-75.
9. Hughes K, Bellis MA, Sethi D, Andrew R, Yon Y, Wood S, et al. Adverse childhood experiences, childhood relationships and associated substance use and mental health in young Europeans. *European Journal of Public Health*. 2019;29(4):741-7.
10. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Adverse Childhood Experiences Study [citerad 2017-11-02]. Hämtad från: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/index.html>
11. Björkenstam E, Dalman C, Vinnerljung B, Ringbäck Weitoft G, Walder D, Burström B. Childhood household dysfunction, school performance and psychiatric care utilization in young adults: a register study of 96,399 individuals in Stockholm County. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2016 May;70(5):473-80. doi: 10.1136/jech-2015-206329.
12. Gauffin K, Hjern A, Vinnerljung B, Björkenstam E. Childhood Household Dysfunction, Social Inequality and Alcohol Related Illness in Young Adulthood. A Swedish National Cohort Study. *PLoS One*. 2016;11(3):e0151755.
13. Folkhälsomyndigheten. Risk- och skyddsfaktorer för konsumtion och skador av alkohol hos barn, samt skador av alkohol hos unga vuxna. Kartläggande litteraturöversikt av longitudinella studier från Norden [citerad 2022-05-02]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/r/risk-och-skyddsfaktorer-for-konsumtion-och-skador-av-alkohol-hos-barn-samt-skador-av-alkohol-hos-unga-vuxna/?pub=110874#110881>
14. Sahle BW, Reavley NJ, Li W, Morgan AJ, Yap MBH, Reupert A, et al. The association between adverse childhood experiences and common mental disorders and suicidality: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2021. Feb 27. doi: 10.1007/s00787-021-01745-2.

15. Björkenstam E, Kosidou K, Björkenstam C. Childhood household dysfunction and risk of self-harm: a cohort study of 107 518 young adults in Stockholm County. *International Journal of Epidemiology*. 2016 Apr;45(2):501-11. doi: 10.1093/ije/dyw012.
16. Trauelsen AM, Bendall S, Jansen JE, Nielsen HG, Pedersen MB, Trier CH, et al. Childhood adversity specificity and dose-response effect in non-affective first-episode psychosis. *Schizophrenia Research*. 2015;165(1):52-9.
17. Varese F, Smeets F, Drukker M, Lieverse R, Lataster T, Viechtbauer W, et al. Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin*. 2012;38(4):661-71.
18. Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Ustun TB. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Current Opinion in Psychiatry*. 2007 Jul;20(4):359-64. doi: 10.1097/YCO.0b013e32816ebc8c.
19. Björkenstam E, Hjern A, Vinnerljung B. Adverse childhood experiences and disability pension in early midlife: results from a Swedish National Cohort Study. *European Journal of Public Health*. 2017;27(3):472-7.
20. Tseliou F, Maguire A, Donnelly M, O'Reilly D. The impact of childhood residential mobility on mental health outcomes in adolescence and early adulthood: a record linkage study. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2016;70(3):278-85.
21. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*. 1998;14(4):245-58.
22. Petruccelli K, Davis J, Berman T. Adverse childhood experiences and associated health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*. 2019;97:104127.
23. Dong M, Anda RF, Felitti VJ, Dube SR, Williamson DF, Thompson TJ, et al. The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse & Neglect*. 2004;28(7):771-84.
24. Green JG, McLaughlin KA, Berglund PA, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: associations with first onset of DSM-IV disorders. *Archives of General Psychiatry*. 2010;67(2):113-23.
25. Björkenstam E, Hjern A, Mittendorfer-Rutz E, Vinnerljung B, Hallqvist J, Ljung R. Multi-exposure and clustering of adverse childhood experiences, socioeconomic differences and psychotropic medication in young adults. *PloS One*. 2013;8(1):e53551.
26. Amato PR, Keith B. Parental divorce and the well-being of children: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*. 1991;110(1):26-46.
27. Wadsworth M, Butterworth S. Early life. In: Marmot M, Wilkinson R, editors. *Social Determinants of Health*. Great Britain: Oxford University Press; 2006.
28. Weitoft GR, Hjern A, Haglund B, Rosen M. Mortality, severe morbidity, and injury in children living with single parents in Sweden: a population-based study. *Lancet*. 2003;361(9354):289-95.
29. Farrington D, Welch B. *Saving Children from a Life of Crime*: Oxford University Press Inc; 2007.
30. Ringbäck Weitoft G, Hjern A, Batljan I, Vinnerljung B. Health and social outcomes among children in low-income families and families receiving social assistance—a Swedish national cohort study. *Social Science & Medicine*. 2008;66(1):14-30.
31. Siegenthaler E, Munder T, Egger M. Effect of preventive interventions in mentally ill parents on the mental health of the offspring: systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2012;51(1):8-17 e8.

32. Abel KM, Heuvelman HP, Jorgensen L, Magnusson C, Wicks S, Susser E, et al. Severe bereavement stress during the prenatal and childhood periods and risk of psychosis in later life: population based cohort study. *BMJ*. 2014;348:f7679.
33. Berg L, Rostila M, Saarela J, Hjern A. Parental death during childhood and subsequent school performance. *Pediatrics*. 2014;133(4):682-9.
34. Rasmussen CS, Nielsen LG, Petersen DJ, Christiansen E, Bilenberg N. Adverse life events as risk factors for behavioural and emotional problems in a 7-year follow-up of a population-based child cohort. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2014;68(3):189-95.
35. Jones B, Nagin D. A Note on a Stata Plugin for Estimating Group-Based Trajectory Models. *Sociological Methods & Research*. 2013;42(4):608-13.
36. Merikangas KR, Nakamura EF, Kessler RC. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2009;11(1):7-20.
37. Slopen N, Koenen KC, Kubzansky LD. Cumulative adversity in childhood and emergent risk factors for long-term health. *The Journal of Pediatrics*. 2014;164(3):631-8 e1-2.
38. Kuh D, Power C, Blane D, Bartley M. Socioeconomic pathways between childhood and adult health. In: Kuh D, Ben-Shlomo Y, editors. *A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press; 2004.
39. McLaughlin KA, Breslau J, Green JG, Lakoma MD, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Childhood socio-economic status and the onset, persistence, and severity of DSM-IV mental disorders in a US national sample. *Social Science & Medicine*. 2011;73(7):1088-96.
40. Lynch J, Smith GD. A life course approach to chronic disease epidemiology. *Annual Review of Public Health*. 2005;26:1-35.
41. Kawachi I. Income Inequality and Health. In: Berkman L, Kawachi I, editors. *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press; 2000.
42. Shapero BG, Steinberg L. Emotional reactivity and exposure to household stress in childhood predict psychological problems in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*. 2013;42(10):1573-82.
43. Chartier MJ, Walker JR, Naimark B. Separate and cumulative effects of adverse childhood experiences in predicting adult health and health care utilization. *Child Abuse & Neglect*. 2010;34(6):454-64.
44. Afifi TO, Enns MW, Cox BJ, Asmundson GJ, Stein MB, Sareen J. Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences. *American Journal of Public Health*. 2008;98(5):946-52.
45. Shonkoff JP, Garner AS, Committee on Psychosocial Aspects of C, Family H, Committee on Early Childhood A, Dependent C, et al. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*. 2012;129(1):e232-46.
46. McLaughlin KA, Gadermann AM, Hwang I, Sampson NA, Al-Hamzawi A, Andrade LH, et al. Parent psychopathology and offspring mental disorders: results from the WHO World Mental Health Surveys. *British Journal of Psychiatry*. 2012;200(4):290-9.

# Bilagor

## Bilaga 1. Beskrivning av registren

1. **Dödsorsaksregistret** (Socialstyrelsen): omfattar information om samtliga avlidna som vid dödsfallet var folkbokförda i Sverige, oavsett om dödsfallet inträffade inom eller utanför landet. Registret innehåller individrelaterade uppgifter sedan 1961 om bl.a. underliggande och bidragande dödsorsaker, dödsdatum, kön, ålder och hemort.
2. **Patientregistret** (Socialstyrelsen): är ett rikstäckande register från alla avslutade vårdtillfällen sedan 1987 i slutenvård vid offentligt drivna sjukhus. Även insamling av öppenvårdsdata (till att börja med s.k. dagkirurgisk verksamhet) påbörjades för verksamhetsåret 1997. Registret innehåller främst uppgifter om diagnoser, operationer, yttre orsaker till skador, kön, ålder, hemort, sjukhus, specialitet och in- och utskrivningssätt.
3. **Flergenerationsregistret** (Statistiska centralbyrån): innehåller kopplingar mellan barn och föräldrar (biologiska och adoptivföräldrar) och bygger på uppgifter från Riksskatteverkets folkbokföringsregister. Det ersätter Andragenerationsregistret som funnits hos SCB sedan 1994. Den första versionen av Flergenerationsregistret skapades i mars 2000. En ny version av registret skapas varje år. Populationen är personer (indexpersoner) som varit folkbokförda i Sverige någon gång sedan 1961 och som är födda 1932 eller senare samt dessa personers föräldrar (biologiska och/eller adoptiva). I registret finns cirka 9 miljoner indexpersoner och 11 miljoner unika individer (indexpersoner + föräldrar).
4. **Folk- och Bostadsräkningar (FoB)** (Statistiska centralbyrån): genomfördes samordnat vart femte år 1960–1990. Uppgifterna hämtades dels från frågeblanketter till allmänheten, dels från tillgängliga register. I FoB finns uppgifter om individer, hushåll och lägenheter. Variabelinnehållet varierar mellan de olika årgångarna. Samtliga FoB innehåller demografiska uppgifter om individerna, sysselsättning, yrke, näringsgren och pendling. Inkomstuppgifter finns i flera FoB. Alla personer över 15 år var skyldiga att fylla i FoB-blanketten. Bortfallet ökade med åren och i FoB 90 var bortfallet för riket omkring 2 procent.
5. **Longitudinell integrationsdatabas för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier (LISA)** (Statistiska centralbyrån): är en utvidgning av den tidigare longitudinella databasen LOUISE med uppgifter från Försäkringskassan. LISA integrerar befintliga data från ett antal register som täcker utbildningssektorn, arbetsmarknadssektorn och den sociala sektorn, med startåret 1990. Den uppdateras årligen och omfattar numera alla individer 16 år och äldre som var folkbokförda den 31 december respektive år. Databasens primära objekt är individen, men den har även data om taxeringshushållet och om kopplingar till företag och arbetsställe.

6. **Registret över inkomster och taxeringar (IoT)** (Statistiska centralbyrån): består av två register, inkomstregistret och taxeringsregistret. Inkomstregistret avser att belysa inkomstfördelningen på individnivå och är baserad på registeruppgifter från Skatteverket (taxeringsuppgifter och kontrolluppgifter), Försäkringskassan, Centrala studiestödsnämnden (CSN), Statens pensionsverk, Pliktverket och Socialstyrelsen. Statistiken är kompletterad med uppgifter från SCB:s utbildningsregister och registret över rikets totalbefolkning (RTB). Taxeringsregistret avser att belysa skatter och taxerade inkomster på individnivå och baseras främst på taxeringsuppgifter, underlag från deklaraionsmaterialet och kontrolluppgifter. IoT omfattar uppgifter från och med 1968.
7. **Registret över totalbefolkningen** (Statistiska centralbyrån): är ett utdrag ur folkbokföringsregistret och omfattar uppgifter om personnummer, namn, adress, folkbokföringsförhållanden, civilstånd, medborgarskap, födelseland m.m. Registret etablerades 1968.
8. **Registret över lagförda** (Brottsförebyggande rådet): är en totalundersökning som innehåller uppgifter om samtliga fällande domar, godkända strafförelägganden, utfärdade åtalsunderlåtelse och ordningsbot i Sverige. Underlaget bygger på uppgifter från Sveriges åklagarmyndigheter och domstolar och från Rikspolisstyrelsen. I registret redovisas de personer som under ett kalenderår befunnits skyldiga till brott genom fällande dom i tingsrätt eller genom så kallad lagföring utanför domstol (av åklagaren utfärdad strafföreläggande eller åtalsunderlåtelse). Redovisningen sker efter typ av påföljd och brott och efter de lagförda personernas kön, ålder och tidigare brottsbelastning. Förändringar i bl.a. lagstiftning och statistikrutiner har påverkat statistikens jämförbarhet över tid.

## Bilaga 2. Tilläggstabeller

För att läsa bilagan rekommenderar vi att du först laddar ner filen och därefter dubbelklickar på gemet bredvid bilagan för att öppna den. Som ett alternativ kan du öppna menyn för bifogade filer i din pdf-app och sedan klicka på rätt bilaga i den menyn.

Bilaga 2. Tilläggstabeller

Den här rapporten redovisar resultaten av en studie som undersökt sambandet mellan utsatthet i barndomen och psykiatriska tillstånd senare i livet.

Resultaten visar att det finns en ökad risk för psykiatriska tillstånd i vuxen ålder bland personer som växte upp i familjer där det förekom dödsfall, beroendeproblematik, kriminalitet, psykiatriska tillstånd och ekonomisk utsatthet. Det är framför allt individer som växte upp med flera av dessa indikatorer som har kraftigt förhöjda risker för framtida psykiatriska tillstånd.

Rapporten riktar sig främst till beslutsfattare men även till de som arbetar inom skola och offentlig, privat och ideell sektor som möter utsatta barn och unga. Kunskapen kan ligga till grund för planering och utformning av riktade förebyggande insatser.

---

Folkhälsomyndigheten är en nationell kunskapsmyndighet som arbetar för en bättre folkhälsa. Det gör myndigheten genom att utveckla och stödja samhällets arbete med att främja hälsa, förebygga ohälsa och skydda mot hälsohot. Vår vision är en folkhälsa som stärker samhällets utveckling



Folkhälsomyndigheten

Solna Nobels väg 18, 171 82 Solna. Östersund Campusvägen 20. Box 505, 831 26 Östersund.

[www.folkhalsomyndigheten.se](http://www.folkhalsomyndigheten.se)