

Ekonomisk trygghet vid psykisk ohälsa hos barn

**Socialförsäkringens stöd till föräldrar vars barn vårdats för
psykisk ohälsa**

Utgivare: Försäkringskassan
Avdelningen för ledningsstöd och analys

Upplysningar: Anna Persson
010-116 91 18
anna.persson@forsakringskassan.se

Webbplats: www.forsakringskassan.se

Förord

Psykisk ohälsa har under de senaste decennierna vuxit till ett allt större samhällsproblem, inte minst bland barn och unga. När barn och ungdomar mår dåligt påverkas hela familjen, och föräldrarna kan behöva räcka till för ett mer omfattande omhändertagande jämfört med andra föräldrar, både vad det gäller tid, ork och kunskap.

I denna studie har Försäkringskassan kombinerat uppgifter om barns vårdkontakter för psykisk ohälsa från Socialstyrelsens patient- och läkemedelsregister med information om hur deras föräldrar använder olika ersättningar inom socialförsäkringen.

Studien visar att föräldrar vars barn vårdats för psykisk ohälsa oftare än andra föräldrar använder tillfällig föräldrapenning och omvårdnadsbidrag. De har också sjukpenning oftare än andra föräldrar. Det är vanligare att kvinnor tar emot någon av dessa ersättningar än att män gör det.

Många aktörer i samhället kommer i kontakt med barn med psykisk ohälsa och deras familjer. Socialförsäkringens ersättningar kan stötta familjer genom ekonomisk kompensation och i vissa fall rätt till frånvaro från arbetet. När barn mår dåligt är det andra delar av samhället som i första hand ansvarar för familjens behov av till exempel vård och stöd, inte minst hälso- och sjukvården och skolan.

Anna Persson har varit projektledare och tillsammans med Signe Holmlund Armerin, Huiqiao Liang och Anna Nyman genomfört analysen och skrivit rapporten. Under arbetets gång har försäkringsmedicinska rådgivare Tanja Dahlqvist och Gennet Gebre-Medhin Larsson bidragit med värdefulla synpunkter. Ulrika Eriksson har varit ansvarig chef och projektägare.

Ett stort tack riktas till intern kvalitetsgranskare Marit Gisselmann och extern kvalitetsgranskare Peter Salmi (Socialstyrelsen) som bidragit med värdefullt stöd och synpunkter på rapporten.

Stockholm, juni 2025

Nils Öberg
Generaldirektör

Innehåll

Sammanfattning.....	5
Inledning.....	7
Syfte och frågeställningar.....	10
Metod och material.....	11
Socialförsäkringens stöd till föräldrar vars barn har psykisk ohälsa	16
Hur använder föräldrar till barn med psykisk ohälsa tillfällig föräldrapenning och omvårdnadsbidrag?.....	16
Tillfällig föräldrapenning och omvårdnadsbidrag vid några vanliga diagnoser	29
Vilka föräldrar till barn med psykisk ohälsa har tillfällig föräldrapenning och omvårdnadsbidrag?	45
Sjukfrånvaro hos föräldrar till barn med psykisk ohälsa.....	49
Högre sjukfrånvaro bland föräldrar som har barn med psykisk ohälsa än bland andra föräldrar.....	50
Vilka föräldrar till barn med psykisk ohälsa har sjukpenning?	53
Avslutande diskussion	59
Referenser	62
Bilaga 1: Metod och material.....	65
Definitioner	65
Registrerade vårdkontakter bland barn med psykisk ohälsa	68
Föräldrar till barn med psykisk ohälsa och andra föräldrar.....	70
Bilaga 2: Aktuella regelverk.....	73
Försäkrade föräldrar kan ha rätt till ekonomiskt stöd från socialförsäkringen	73
Bilaga 3: Ytterligare resultat.....	79

Sammanfattning

Barn och ungas psykiska hälsa har fått allt mer uppmärksamhet under de senaste decennierna. Den övervägande majoriteten av alla barn och unga har en god psykisk hälsa, men psykiska besvär har ökat bland barn och unga under de senaste 30 åren. När ett barn har psykisk ohälsa påverkar det hela familjen, inte minst eftersom barn med ohälsa eller funktionsnedsättning ofta är beroende av föräldrarnas stöd i fler situationer och under längre tid i livet än andra barn. Det kan innebära dels att föräldrarna behöver avstå från arbete för att stötta eller vårda barnet på olika sätt, dels att föräldern får ett större omsorgsansvar och sämre förutsättningar för egen återhämtning.

I denna studie undersöker vi hur föräldrar till barn som någon gång mellan 5 och 18 års ålder vårdats för psykisk ohälsa använder de ersättningar från socialförsäkringen som kan bli aktuella när barnet behöver vård och omsorg, eller när föräldern själv blir sjuk. Vi har kombinerat uppgifter om barns vårdkontakter för psykisk ohälsa från Socialstyrelsens patient- och läkemedelsregister med information om hur deras föräldrar använder tillfällig föräldrapenning, omvårdnadsbidrag och sjukpenning. Psykisk ohälsa definieras som att barnet haft minst ett vårdbesök inom psykiatri, eller minst ett vårdbesök inom specialiserad öppenvård alternativt heldygnsvård där barnet fått en psykiatrisk diagnos, eller att barnet förskrivits (och hämtat ut) psykofarmaka.

Studien visar att föräldrar vars barn vårdats för psykisk ohälsa använder mer tillfällig föräldrapenning än andra föräldrar med barn i motsvarande åldrar. Bland barn som är sex år är det 60 procent som har föräldrar som använt tillfällig föräldrapenning under året efter den första vårdkontakten. Motsvarande andel bland sexåringar som inte haft någon vårdkontakt för psykisk ohälsa är 56 procent. Skillnaden mellan grupperna ökar ju äldre barnen är, för barn som är elva år är andelarna 53 respektive 39 procent. Föräldrar till barn som vårdats för psykisk ohälsa använder också fler nettodagar med tillfällig föräldrapenning jämfört med föräldrar vars barn inte vårdats för psykisk ohälsa.

Det är vanligare att föräldrar till barn med psykisk ohälsa tar emot omvårdnadsbidrag för barnet. Under året efter barnets första vårdkontakt har 22 procent av barnen en förälder som tar emot omvårdnadsbidrag. Bland barn som inte vårdats för psykisk ohälsa är andelen drygt 1 procent.

Hur vanligt det är att föräldrarna använder tillfällig föräldrapenning respektive omvårdnadsbidrag varierar beroende på barnets ålder och diagnos. Det är till exempel vanligare att föräldrar använder tillfällig föräldrapenning om barnet fått diagnosen anorexia nervosa, än om barnet fått en diagnos kopplad till ångest eller depression. Omvårdnadsbidrag är vanligast bland barn med diagnoserna adhd och autism.

Kvinnor använder mer tillfällig föräldrapenning än män och är oftare än män mottagare av omvårdnadsbidrag för barnet. Det gäller både föräldrar vars barn vårdats för psykisk ohälsa och andra föräldrar.

Det är också vanligare att föräldrar till barn med psykisk ohälsa är sjukskrivna jämfört med andra föräldrar. Under året efter barnets första vårdkontakt har omkring 22 procent av kvinnorna och 11 procent av männen sjukpenning,

jämfört med 13 respektive 7 procent bland föräldrar vars barn inte vårdats för psykisk ohälsa. Skillnaden är särskilt stor när det gäller sjukskrivning relaterad till psykiatriska diagnoser. En möjlig förklaring är att föräldrar till barn med ohälsa upplever en större belastning och oro, som minskar möjligheten till återhämtning. Det kan också finnas faktorer inom familjen, så som en ärftlighet eller social sårbarhet som leder till ökad risk för psykisk ohälsa för både föräldern och barnet.

Hur föräldrar använder tillfällig föräldrapenning och sjukpenning i samband med barnets ohälsa varierar mellan föräldrar med olika utbildningsnivå. Föräldrar med förgymnasial utbildningsnivå, som ofta har sämre förankring på arbetsmarknaden, använder dessa ersättningar i mindre utsträckning än föräldrar med högre utbildningsnivå. En förklaring är att en sämre förankring på arbetsmarknaden, där man arbetar i mindre utsträckning, innebär att föräldern inte lika ofta behöver avstå från arbete i samband med barnets eller egen ohälsa. Det är också en högre andel som har tillfälliga anställningar, vilket kan göra att man upplever att det är svårt att vara frånvarande från arbetet.

Det finns många aktörer i samhället som kan komma i kontakt med barn med psykisk ohälsa och deras familjer. Oavsett barnets diagnos är det viktigt att hela familjen får ett stöd som samlar främjar hälsa hos barnen samtidigt som det ger tillräcklig ekonomisk trygghet och minskad risk för egen ohälsa hos föräldrarna.

Inledning

Barn och ungas psykiska hälsa har fått allt mer uppmärksamhet under de senaste decennierna. I höginkomstländer är psykiatriska tillstånd det enskilda problem som bidrar mest till den samlade sjukdomsördan bland personer under 20 år (Forte 2021). Socialstyrelsen har återkommande rapporterat om att den psykiska ohälsan bland barn och unga ökat i Sverige. Ökningen består framför allt i en ökad inrapportering av depressioner och ångestsyndrom, men även en ökad diagnostisering av neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, så som adhd och autism (Socialstyrelsen 2024a).

Barnens psykiska mående påverkar hela familjen. Barn med ohälsa eller funktionsnedsättning behöver ofta föräldrarnas stöd i fler situationer och under längre tid i livet än andra barn. Föräldrarna behöver därför räcka till för ett mer omfattande omhändertagande jämfört med andra föräldrar, både vad det gäller tid, ork och kunskap (se till exempel Socialstyrelsen 2017). Det kan därför vara svårare för dessa föräldrar att kombinera familjelivet med arbete.

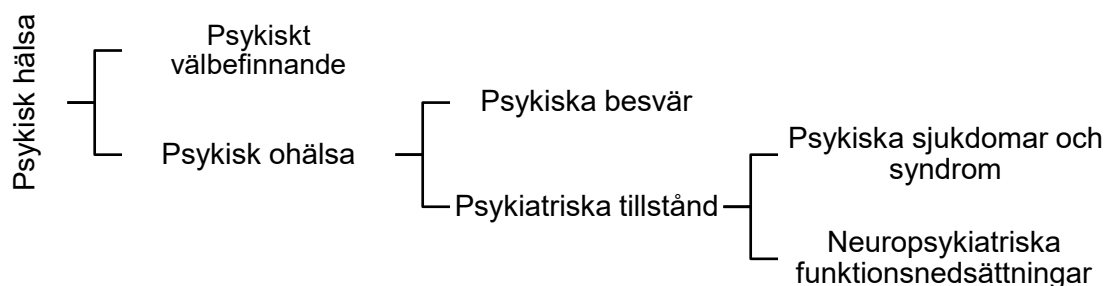
I den här studien beskriver vi hur föräldrar till barn som vårdats för psykisk ohälsa använder tillfällig föräldrapenning, omvårdnadsbidrag och sjukpenning. Tillfällig föräldrapenning kan ersätta förlorad arbetsinkomst när en förälder behöver avstå från arbete för att vårda sitt barn eller delta i barnets vård. Omvårdnadsbidrag¹ är ett ekonomiskt stöd som kan beviljas om barnet, på grund av en funktionsnedsättning, är i behov av särskild tillsyn eller omvårdnad. Sjukpenning kan ersätta inkomstbortfall om förälderns egen arbetsförmåga är nedsatt på grund av sjukdom.

Vad är psykisk ohälsa?

Det finns många begrepp inom området psykisk ohälsa. Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har tagit fram en modell för hur olika begrepp inom området psykisk hälsa förhåller sig till varandra. I modellen används begreppet psykisk hälsa som en sammanfattande beteckning för hela kunskapsområdet och psykisk ohälsa omfattar både psykiska besvär och psykiatriska tillstånd. Figur 1 visar hur dessa begrepp förhåller sig till varandra.

¹ Omvårdnadsbidraget infördes år 2019 och ska på sikt ersätta vårdbidrag. I rapporten används begreppet omvårdnadsbidrag för att beskriva hur vanligt det är att föräldrar har omvårdnadsbidrag eller vårdbidrag.

Figur 1 Modell för att beskriva hur begrepp inom området psykisk hälsa förhåller sig till varandra



Källa: Socialstyrelsen m.fl. 2024

Psykisk ohälsa är ett samlingsbegrepp för tillstånd med olika svårighetsgrad och varaktighet. Hit hör både psykiska besvär och psykiatriska tillstånd. Psykiska besvär är vanligt förekommande och innebär ofta normala reaktioner på påfrestningar i livet.² Till skillnad från psykiska besvär uppfyller psykiatriska tillstånd olika diagnoskriterier, till exempel enligt det internationella klassifikationssystemet ICD.

Begreppet psykiatriska tillstånd omfattar både psykiska sjukdomar och syndrom (nedan benämnt psykiatriska sjukdomar) samt neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NPF). Psykiatriska sjukdomar kan uppstå när som helst under livet. Exempel på psykiatriska sjukdomar är depression, ångest och schizofreni. Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar debuterar tidigt i barndomen och finns kvar i vuxen ålder. Exempel på neuropsykiatriska funktionsnedsättningar är adhd, autism, intellektuell funktionsnedsättning, kommunikations- eller språkstörningar, specifika inlärningssvårigheter (dyslexi, dyskalkyli) och tics/tourettes (Socialstyrelsen m.fl. 2024).

I den här rapporten kommer vi att fokusera på föräldrar till barn med psykiatriska tillstånd. Vi använder begreppet barn med psykisk ohälsa för att beskriva denna grupp av barn. Med psykisk ohälsa avses alltså genom hela rapporten både psykiatriska sjukdomar och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (se avsnittet *Definition av psykisk ohälsa hos barn* nedan). Samtidigt är det viktigt att komma ihåg att psykiatriska tillstånd inte nödvändigtvis kopplas till sämre livskvalitet. Det gäller inte minst neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, många personer med dessa diagnoser kan ha en god psykisk hälsa, särskilt när deras behov förstås och bemöts med rätt stöd och anpassning.

Hur vanlig är psykisk ohälsa hos barn och unga?

Oavsett undersökning rapporterar den övervägande majoriteten av alla unga att deras psykiska hälsa är god (SCB 2024-03-27, Folkhälsomyndigheten)

² Jämfört med psykiatriska tillstånd är psykiska besvär mindre komplexa och kan innebära enstaka besvär, så som oro, ångest, nedstämdhet eller sömnproblem. Beroende på typ och omfattning kan psykiska besvär påverka en stor del av livet och den enskildes förmåga att klara av vardagliga aktiviteter.

2023). Samtidigt har både självrapporterade psykiska besvär och andelen barn som vårdats för psykisk ohälsa ökat under de senaste 30 åren. Studier har visat att unga som själva uppger psykiska besvär har en högre risk än andra unga att senare diagnostiseras med psykiatriska tillstånd och använda psykofarmaka. En tolkning är att psykiska besvär kan vara tidiga symptom på en förestående psykisk ohälsa som leder till kontakter med den psykiatriska vården (Socialstyrelsen 2013).

Under perioden 2006–2023 har andelen barn i åldern 10–17 år som får vård eller behandling på grund av något psykiatriskt tillstånd ökat. Ökningen gäller framför allt depressioner och ångestsyndrom. För många som får dessa diagnoser tidigt i livet leder de till långvariga besvär, med upprepade vårdkontakter och långvarig läkemedelsbehandling (Socialstyrelsen 2017, Socialstyrelsen 2020, Socialstyrelsen 2024a). Under samma period har även andelen i befolkningen som fått diagnoserna adhd respektive autism ökat, liksom uttaget av adhd-läkemedel (Socialstyrelsen 2023, Socialstyrelsen 2024b).

Hur vanligt det är att barnet får vård för psykisk ohälsa varierar mellan grupper i befolkningen. Barn till föräldrar med mycket låga inkomster eller låg utbildningsnivå är mer sällan inlagda på sjukhus med diagnos kopplad till psykisk sjukdom och förskrivs mer sällan adhd-läkemedel än barn i familjer med något högre socioekonomisk status. En möjlig förklaring är att resurssvaga familjer inte söker vård i samma utsträckning som mer resursstarka familjer (IFAU 2015).

Föräldrar till barn med psykisk ohälsa har oftare egen ohälsa

Tidigare studier har visat att föräldrar till barn som vårdats för psykisk ohälsa själva har en högre risk för psykisk ohälsa, jämfört med andra föräldrar. Studier som har varit inriktade på att studera föräldrars livskvalitet har visat att föräldrar till barn med psykisk ohälsa upplever en sämre livskvalitet än med andra föräldrar (Dey m.fl. 2019).

Det finns flera studier som visar att föräldrar till barn med intellektuella och andra utvecklingsmässiga funktionsnedsättningar oftare än andra föräldrar har depressiva symtom. Funktionsnedsättningens svårighetsgrad och lägre hushållsinkomst är faktorer som är förknippade med förekomsten av depression bland föräldrar (Scherer m.fl. 2019). Vissa föräldrar till barn som remitterats till barn- och ungdomspsykiatri (BUP) upplever förhöjda nivåer av psykisk ohälsa vid tidpunkten för barnens första vårdkontakt (Wirehag Nordh 2023).

Både för kvinnor och män finns ett samband mellan att det finns ett barn med extra vård- och omsorgsbehov i familjen och att bli sjukskriven både kortare och längre perioder under barnets sju första år jämfört med kvinnor och män i familjer utan barn med särskilda behov. Sambandet mellan extra omsorgsansvar för barn och sjukfrånvaro är starkare för kvinnor än för män (Försäkringskassan 2014).

En studie från ISF visar att föräldrar som har ett barn med särskilda behov (i studien definierat som att föräldrarna mottar vårdbidrag för barnet) har lägre deltagande i arbetslivet, oftare är sjukskrivna och har högre uttag av tillfällig föräldrapenning jämfört med andra föräldrar. Skillnaderna är större bland kvinnor än bland män. Studien visar även att kvinnor med barn med särskilda behov har en högre risk för förtidspensionering (motsvarar sjukersättning i nuvarande regelsystem) jämfört med kvinnor vars barn inte har särskilda

behov. Föräldrar till barn med särskilda behov är oftare sjukskrivna och har lägre deltagande i arbetslivet redan innan barnet föds, jämfört med andra föräldrar, men skillnaderna ökar till följd av barnets behov (ISF 2013). En annan studie har visat att föräldrar till barn med autismsdiagnos är mer sjukskrivna än andra föräldrar. Även deltagande i arbetslivet och inkomsterna är lägre för den här gruppen föräldrar jämfört med andra föräldrar. Föräldrar till barn som både har en autismsdiagnos och intellektuell funktionsnedsättning har lägre sjukfrånvaro jämfört med föräldrar till barn som enbart har en autismsdiagnos (McEvilly m.fl. 2015).

Att psykisk ohälsa och sjukskrivning är vanligare bland föräldrar till barn med psykisk ohälsa än bland andra föräldrar kan bero på att dessa föräldrar upplever en större belastning och oro, som minskar möjligheten till återhämtning. Sambandet kan också förklaras av att psykisk ohälsa ofta har både genetiska och sociala orsaker, vilket gör att barn och föräldrar kan dela samma sårbarhet (Folkhälsomyndigheten 2019, Smoller 2019, Hjern 2023).

Viktiga begrepp i rapporten

Psykisk ohälsa avser både psykiatriska sjukdomar och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Barn med psykisk ohälsa avser barn som vårdats av läkare inom specialiserad öppenvård eller inom heldygnsvård antingen inom psykiatri eller med en psykiatrisk diagnos, eller hämtat ut psykofarmaka.

Första vårdkontakt avser det tillfälle då barnet har sin första kontakt i någon av de vårdformer vi har uppgift om. Den första kontakten vi observerar kan ha föregåtts av vårdkontakter som inte fångas upp i Socialstyrelsens patient- eller läkemedelsregister.

Syfte och frågeställningar

Studiens syfte är att analysera hur socialförsäkringen används av föräldrar vars barn har psykiatriska sjukdomar eller neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Vi beskriver även hur användandet förhåller sig till respektive ersättningsintentioner.

Rapporten kan fungera som ett kunskapsunderlag för både Försäkringskassan och politiska beslutsfattare när det gäller föräldrars behov av stöd från socialförsäkringen i olika situationer. Rapporten bidrar även med kunskap om faktorer som kan påverka föräldrars risk för sjukskrivning.

Frågeställningar:

- Hur används olika delar av socialförsäkringen av föräldrar vars barn har psykisk ohälsa?
 - Vilka grupper av föräldrar får ersättningar från olika förmåner inom socialförsäkringen?
 - Skiljer sig nyttjandet mellan föräldrar som har olika stark förankring på arbetsmarknaden, och därmed delvis olika förutsättningar att använda socialförsäkringen?
- Hur skiljer sig användandet av socialförsäkringen bland föräldrar till barn med psykisk ohälsa från föräldrar som inte har barn med psykiatrisk sjukdom eller en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning?

De ersättningar vi analyserar är:

- Tillfällig föräldrapenning för vård av barn
- Omvårdnadsbidrag
- Sjukpenning.

Sammantaget kan svaren på frågeställningarna ge en bild av situationen för föräldrar vars barn har särskilda behov och vilket stöd de får från socialförsäkringen.

Metod och material

Underlaget till denna rapport kommer från flera olika datakällor. I ett första steg identifieras en population av barn med psykisk ohälsa. I nästa steg kompletteras barnpopulationen med uppgifter om barnens föräldrar, och föräldrarnas användning av socialförsäkringen. För en mer utförlig beskrivning av metod och material, se bilaga 1.

Definition av psykisk ohälsa hos barn

Det vi i denna rapport benämner psykisk ohälsa motsvarar psykiatriska tillstånd i den modell som presenteras i Figur 1 ovan. Begreppet omfattar både psykiatriska sjukdomar samt neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NPF).

För att identifiera barn med psykisk ohälsa används uppgifter från Socialstyrelsens patientregister och läkemedelsregister. Vi utgår från ett sammanfattande på psykisk ohälsa som Socialstyrelsen tagit fram. Måttet omfattar barn som vårdats för psykisk ohälsa i någon av de vårdformer som omfattas av nationella register.

Populationen inkluderar barn som uppfyller något av följande kriterier:

- a) Minst ett läkarbesök inom specialiserad vård där åtminstone en psykiatrisk diagnos³ ställs
- b) *eller* minst en inläggning inom heldygnsvård där åtminstone en psykiatrisk diagnos ställs
- c) *eller* minst ett besök inom psykiatrisk öppenvård eller slutenvård (där diagnos inte nödvändigtvis ställts)
- d) *eller* minst ett uttag inom någon läkemedelsgrupp som används vid psykiatriska tillstånd (inkluderar även förskrivningar inom primärvård).

Vi har uppgift om de psykiatriska diagnoser som ställts vid vårdtillfället, oavsett om de ställts som huvuddiagnos eller bidiagnos. Om det finns andra diagnoser än psykiatriska har vi inte uppgift om vilka dessa är.

³ Med psykiatriska diagnoser avses diagnoser i kapitel 5, Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar (F10–F99) i den svenska versionen av ICD-10. De läkemedel som ingår visas i Tabell 22 i bilaga 3. Mer detaljer om måttet på psykisk ohälsa finns i bilaga 1.

Uppgift om diagnos saknas i vårt material när

- Varken huvuddiagnos eller bidiagnos är psykiatrisk (i dessa fall har vårdbesöket skett inom ett psykiatriskt verksamhetsområde utan att diagnos ställts).
- Vårdkontakten skett genom uttag av läkemedel.

Barn som vårdats för psykisk ohälsa

Populationen av barn och unga som vårdats för psykisk ohälsa består av alla som är mellan 5 och 23 år vid slutet av 2022 och som omfattas av Socialstyrelsens mått på psykisk ohälsa någon gång under uppväxten (från och med 5 års ålder).⁴ I populationen finns sammantaget knappt 500 000 barn och unga. Det finns fler äldre barn och ungdomar i populationen, eftersom de har fler uppväxtår där de kunnat ha behov av vård som gör att de inkluderas i populationen, medan personer som är 5 år 2022 bara kan inkluderas under ett år. Åldersfördelningen för hela barngruppen visas i Tabell 23 i bilaga 3.⁵

Flest barn, strax under 400 000 eller 80 procent av barnen i populationen, har vårdats inom den specialiserade öppenvården. Omkring 350 000 (72 procent) har tagit ut psykofarmaka efter recept. Knappt 50 000 barn (10 procent) har varit inlagda i den psykiatriska slutenvården. Det är vanligt att barnen har flera olika typer av vårdkontakter och finns med i mer än ett register.

Alla barn med psykisk ohälsa omfattas inte av studien

Det finns barn med psykisk ohälsa som inte fångas upp med det mått vi har valt. Det mått på psykisk ohälsa som används i rapporten omfattar inte de barn som inte behandlas av läkare inom den specialiserade öppenvården eller slutenvården om de inte samtidigt behandlas med receptbelagt läkemedel. Vårdkontakter inom primärvården, elevhälsan och barn som haft kontakt med andra yrkesgrupper än läkare i den specialiserade öppenvården fångas inte via patientregistret under den tidsperiod vi studerar. Barn som enbart har dessa kontakter (och inte heller receptbelagt läkemedel) kommer alltså inte omfattas av begreppet psykisk ohälsa enligt måttet i denna rapport. Vid vissa diagnoser, till exempel depressioner och ångestsyndrom, är det sannolikt att vi i stor utsträckning inkluderar barn med mer komplexa problem eller samsjuklighet med andra typer av ohälsa, eftersom barn med lättare symptom kan få behandling enbart inom primärvården eller elevhälsan.

I vårt sätt att mäta ingår inte heller psykiatriska besvär som inte motsvaras av någon medicinsk diagnos, eller personer som inte söker sig till vården, oavsett hur komplexa deras problem är. Det innebär att måttet påverkas av benägenheten att söka vård för barnets besvär, och hur dessa besvär hanteras av vården. Detta kan variera mellan olika delar av befolkningen och olika delar av landet.

⁴ Genomgående i rapporten avser år kalenderår, och barns ålder avser ålder vid årets slut.

⁵ Barnen i populationen är fördelade över riket (län) på ett sätt som ungefär motsvarar samtliga barn i motsvarande ålder. Andelen av barnen som är folkbokförda i Stockholms län vid tiden för första vårdkontakt är något högre än i befolkningen i stort.

Barns första vårdkontakt

I rapporten utgår redovisningen från det tillfälle då barnet har sin första vårdkontakt i någon av de vårdformer vi kan observera i datamaterialet. Med första vårdkontakt avses alltså första gången barnet har kontakt med läkare inom den specialiserade öppenvården eller vårdas inom heldygnsvård kopplat till psykisk ohälsa, eller hämtar ut psykofarmaka. Det är viktigt att ha i åtanke att den första vårdkontakten vi observerar kan ha föregåtts av många olika kontakter som inte fångas upp i Socialstyrelsens register. Vi har *inte* uppgift om vårdkontakter för psykisk ohälsa utanför den specialiserade vården, till exempel inom primärvården eller elevhälsan. Dessa kan förekomma såväl innan som parallellt med de vårdkontakter vi har uppgift om. I den här studien har vi inte heller uppgift om vårdkontakter som inte är kopplade till psykisk ohälsa, oavsett vårdform och tidpunkt.

Vi vet inte hur länge barnet haft symptom på psykisk ohälsa innan barnet kommer i kontakt med läkare inom specialiserad öppenvård, heldygnsvård eller hämtar ut läkemedel.

Gruppen barn avgränsas till dem där den första vårdkontakten sker innan slutet av det år barnet fyller 18 år (450 000 barn).⁶ All vårdkonsumtion som ingår i datamaterialet används för att identifiera det första vårdtillfället. Det innebär att det första vårdbesöket kan ske såväl inom som utanför psykiatri och med en psykiatrisk diagnos antingen som huvuddiagnos eller bidiagnos. Om besöket skett inom psykiatri kan diagnos helt saknas. Den första observerade vårdkontakten kan även vara uttag av psykofarmaka.⁷

Bland de barn och unga som ingår i populationen är det vanligast att den första vårdkontakten sker inom den specialiserade öppenvården (Tabell 24, bilaga 3). Oavsett vilken som är den första vårdformen vi kan observera i materialet kan barnen ha vårdkontakter som föregår de vårdtillfällen som ingår i datamaterialet.

Bortsett från de yngsta åldersgrupperna är den första vårdkontakten relativt jämnt fördelad över åldersgrupperna. Andelen där den första vårdkontakt vi har uppgift om sker vid fem eller sex års ålder är något högre än bland övriga åldersgrupper. Detta beror förmodligen på att de yngsta åldersgrupperna inkluderar barn vars första vårdkontakt skedde före fem års ålder (dessa besök har vi inte uppgift om). Flickor är underrepresenterade jämfört med pojkar bland de som har sin första vårdkontakt i de yngre åldrarna, men från 13 års ålder är det fler flickor än pojkar som har sitt första vårdtillfälle (Tabell 25, bilaga 3).

I delar av rapporten grupperas barnen utifrån vilken typ av diagnos de fått. Grupperingen utgår från barnets huvuddiagnos och det diagnosavsnitt den

⁶ Avgränsningen motiveras av att föräldrars ansvar för barnet minskar efter att barnet blivit myndig, men även av att de vårdformer barnet omfattas av delvis ser annorlunda ut då.

⁷ Vi har även tagit fram resultat där vi avgränsar materialet till enbart vårdbesök där det finns en diagnos. Det innebär att om barnet har flera utredningsbesök utan att diagnos ställs, men vid en senare kontakt får en diagnos så kommer det vara den senare kontakten som definieras som första kontakt. Detta exkluderar barn som enbart har läkemedel (ingen uppgift om vårdbesök). Resultaten avseende föräldrars användande av ersättningar är mycket lika mellan dessa två sätt att definiera första vårdkontakt. Vi har därför valt att bara använda denna bredare definition eftersom den bättre motsvarar Socialstyrelsens sammanfattande mått.

tillhör enligt ICD-10. Vid den första vårdkontakten är det klart vanligast att barnen fått en huvuddiagnos inom diagnosavsnitt F9, där bland annat adhd ingår. Det gäller drygt hälften av de barn som fått en diagnos vid sin första vårdkontakt (se Tabell 27 och Tabell 28, bilaga 3). Att vi använder huvuddiagnos vid första vårdkontakt för att beskriva barnens diagnoser innebär att vi inte fångar upp samsjuklighet, det vill säga barn som har flera diagnoser under uppväxten. Socialstyrelsen har bland annat visat att det är vanligt att barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar har psykiatriska tillstånd, till exempel depressioner och ångestsyndrom, såväl före som efter att den neuropsykiatriska funktionsnedsättningen konstaterats (Socialstyrelsen 2024b).

Vilken diagnos som är vanlig vid barnets första vårdbesök varierar beroende på hur gammalt barnet är vid tillfället. Vid diagnoserna F3 eller F4 (bl.a. depression respektive ångest och stressrelaterade sjukdomar) är mer än 90 respektive 70 procent tolv år eller äldre vid tiden för första diagnos. Det omvända gäller för F7 (intellektuell funktionsnedsättning), F8 (bl.a. autism) och F9 (bl.a. adhd). Där är majoriteten av de som får diagnosen som första diagnos yngre än tolv år. Åldersfördelningen för de olika diagnosavsnitten visas i Tabell 28 i bilaga 3.

En mer utförlig beskrivning av barns vårdkontakter finns i bilaga 1, *Registrerade vårdkontakter bland barn med psykisk ohälsa*.

Föräldrar till barn med psykisk ohälsa och andra föräldrar

Populationen med nära 450 000 barn och unga som vårdats för psykisk ohälsa senast det år de fyller 18 år kompletteras med uppgifter om barnens föräldrar. Totalt har barnen nära 700 000 föräldrar. Här ingår både föräldrar som är folkbokförda tillsammans med barnet och inte är det. Analysens resultat är detsamma även om vi exkluderar föräldrar som inte är folkbokförda tillsammans med barnet.

Vi undersöker skillnader mellan föräldrar med olika utbildningsnivå samt mellan inrikes och utrikes födda föräldrar. Dessa grupper är valda mot bakgrund av att de på gruppnivå har olika stark anknytning till arbetsmarknaden och skillnader i inkomstnivå, vilket kan påverka förutsättningarna att använda de olika försäkringarna.

Användandet av socialförsäkringen bland föräldrar till barn med psykisk ohälsa jämförs med föräldrar som finns i Försäkringskassans register men vars barn inte omfattas av Socialstyrelsens mått på psykisk ohälsa. Nära 1 800 000 föräldrar ingår i denna jämförelsegrupp.⁸

Vi följer föräldrarnas användning av olika ersättningar inom socialförsäkringen under en tidsperiod som omfattar två år innan barnets första vårdkontakt och tio år efter detta. Eftersom barnen är olika gamla vid sin första vårdkontakt, och att första vårdkontakt sker under olika kalenderår, kan olika barn och föräldrar följas olika lång tidsperiod. För en majoritet av barn och föräldrar är uppföljningsperioden kortare än tio år efter första vårdkontakt (eftersom barnen fått sin diagnos efter 12 års ålder och/eller att första vårdkontakt är mindre än tio år före uppföljningsperiodens slut år 2022).

⁸ Information om föräldrarna och deras användning av olika ersättningar inom socialförsäkringen hämtas från Försäkringskassans datalager (för mer information se bilaga 1). Gruppernas sammansättning avseende kön, utbildningsnivå och födelseland beskrivs i Tabell 32 i bilaga 3.

Vissa föräldrar har fler än ett barn som vårdats för psykisk ohälsa under den period vi studerar. För att dessa föräldrar inte ska inkluderas flera gånger avgränsas analysen till det av förälderns barn som först har en registrerad vårdkontakt. Om en förälder har två barn där den första vårdkontakten sker på samma dag (en mycket liten del av alla föräldrar) utgår beskrivningen från det äldsta barnet. Detta minskar gruppen barn med psykisk ohälsa till omkring 370 000 individer. Om föräldrar som har flera barn som vårdats för psykisk ohälsa använder socialförsäkringen på olika sätt för sina barn, till exempel på grund av att barnen har olika typ av ohälsa, fångas det inte i analysen.

Huvuddelen av de resultat som visas i rapporten gäller året efter det år då barnet har sin första vårdkontakt. Vi väljer att beskriva föräldrarnas användande av socialförsäkringen vid den tidpunkten eftersom vi då inte inkluderar tid innan barnet haft sin första vårdkontakt (vilket skulle vara fallet för de föräldrar vars barn har sin första vårdkontakt i slutet av året). Vi avgränsar då barngruppen till de som är 18 år eller yngre under året efter den första vårdkontakten. Detta minskar antalet barn och föräldrar till omkring 350 000 respektive 660 000 individer.

Föräldrar som omfattas av inkomstbaserade socialförsäkringsförmåner

Tillfällig föräldrapenning och sjukpenning är arbetsbaserade förmåner och ger ersättning baserat på personens sjukpenninggrundande inkomst (SGI). Det är bara möjligt att få dessa ersättningar om personen är försäkrad för arbetsbaserade förmåner och har en fastställd sjukpenninggrundande inkomst. Inkomsten ska uppgå till minst 24 procent av prisbasbeloppet det aktuella året. Personer som inte arbetar, och vars SGI inte är skyddad, är inte försäkrade för sjukpenning eller tillfällig föräldrapenning. Detta gäller även personer med hel sjukersättning (tidigare förtidspension).⁹

Beskrivningen av hur föräldrar använder dessa ersättningar är avgränsad till personer som kan antas vara försäkrade för inkomstbaserade ersättningar. Det saknas exakta uppgifter om vilka personer som omfattas av den svenska socialförsäkringen och som förväntas ha en SGI. Det beror på att bedömningarna görs i samband med att personen ansöker om ersättning hos Försäkringskassan.

I den här rapporten antar vi att en person är försäkrad för arbetsbaserade förmåner ett givet år om personens inkomst under föregående år uppgick till minst 24 procent av prisbasbeloppet och personen inte har hel sjukersättning under året. Avgränsningen innebär att omkring 8 procent av föräldrarna till barn med psykisk ohälsa exkluderas i beskrivningen av tillfällig föräldrapenning och sjukpenning.¹⁰ Andelen som antas vara försäkrade är högre bland män än bland kvinnor, högre bland inrikes födda än bland utrikes födda och högre bland personer med minst gymnasieutbildning än personer med enbart förgymnasial utbildning. Andelen föräldrar som antas vara försäkrade för arbetsbaserade förmåner är något högre bland föräldrar med barn med psykisk ohälsa än andra föräldrar. Andelen kvinnor och män i olika grupper som antas ha en försäkrad inkomst visas i Tabell 37 i bilaga 3.

⁹ Hel sjukersättning innebär att personen inte förvärvsarbetar. En person som arbetar med stöd av reglerna om steglös avräkning kan inte få tillfällig föräldrapenning eller sjukpenning för den tid och för den del som hen arbetar enligt reglerna om steglös avräkning.

¹⁰ Avgränsningen gäller bara när beskrivningen utgår från förälderns perspektiv, inte när tillfällig föräldrapenning följs från barnets perspektiv.

Socialförsäkringens stöd till föräldrar vars barn har psykisk ohälsa

Detta kapitel innehåller en beskrivning av hur föräldrar till barn med psykisk ohälsa använder tillfällig föräldrapenning och omvårdnadsbidrag. De barn som ingår är mellan 5 och 18 år vid första vårdkontakt, och första vårdkontakt sker mellan 2004 och 2022.

Kapitlet inleds med en beskrivning av hur stor andel av barn i olika åldrar och med olika slags diagnoser där någon av, eller båda, föräldrarna får tillfällig föräldrapenning eller omvårdnadsbidrag. Beskrivningen utgår från den tidpunkt då barnet hade sin första vårdkontakt, och visar hur respektive ersättning används innan och efter den tidpunkten.

Därefter följer en beskrivning av vilka föräldrar som använder ersättningarna, och vilka skillnader som finns mellan kvinnor och män, föräldrar med olika utbildningsnivå och föräldrar som är födda i och utanför Sverige.

Resultaten i sammandrag:

- Barn som vårdats för psykisk ohälsa har i större utsträckning föräldrar som avstår från arbete för att vårda barnet eller på annat sätt delta i barnets vård. Det är vanligare att föräldrar till barn med psykisk ohälsa använder tillfällig föräldrapenning under året efter barnets första vårdkontakt, och de använder fler nettodagar, jämfört med föräldrar vars barn inte vårdats för psykisk ohälsa.
- Barn som vårdats för psykisk ohälsa har oftare än andra barn föräldrar som tar emot omvårdnadsbidrag.
- Hur vanligt det är att föräldrarna använder tillfällig föräldrapenning respektive omvårdnadsbidrag varierar beroende på barnets ålder och diagnos. Det är till exempel vanligare att föräldrar använder tillfällig föräldrapenning om barnet fått diagnosen anorexia nervosa, än om barnet fått en diagnos kopplad till ångest eller depression. Omvårdnadsbidrag är vanligast bland barn med diagnoserna adhd och autism.
- Kvinnor använder mer tillfällig föräldrapenning än män och är oftare än män mottagare av omvårdnadsbidrag för barnet. Andelen föräldrar som använder tillfällig föräldrapenning är lägre bland föräldrar med förgymnasial utbildning, som kan antas ha en svagare förankring på arbetsmarknaden.

Hur använder föräldrar till barn med psykisk ohälsa tillfällig föräldrapenning och omvårdnadsbidrag?

Inom socialförsäkringen finns två förmåner som under olika förutsättningar kan ge ekonomisk ersättning till föräldrar vars barn har extra behov av tillsyn och omvårdnad. Tillfällig föräldrapenning ska täcka en del av den förlorade arbetsinkomsten för en förälder som avstår från arbete eller går miste om a-kassa när ett barn är sjukt. Omvårdnadsbidrag ska ge föräldrar ekonomiska

förutsättningar att tillgodose ett barns behov av omvårdnad och tillsyn till följd av barnets funktionsnedsättning och sjukdom.

Tillfällig föräldrapenning för barn med psykisk ohälsa

Föräldrar kan använda tillfällig föräldrapenning om de avstår förvärvsarbete för vård av barn under tolv år, exempelvis för att barnet är sjukt eller ska på vårdbesök eller till tandläkaren.¹¹ I vissa fall finns rätt till ersättning även för barn som fyllt tolv år.

Tillfällig föräldrapenning

En försäkrad förälder har rätt till tillfällig föräldrapenning för vård av ett barn, som inte har fyllt 12 år, om föräldern behöver avstå från förvärvsarbete eller går miste om a-kassa för att vårda barnet vid sjukdom eller delta i barnets vård och behandling.

I vissa fall finns rätten till ersättning även för barn som fyllt 12 år.

- Barn som fyllt 12 år men inte 16 år och det är styrkt att barnet är i behov av särskild tillsyn eller vård på grund av sjukdom, intellektuell funktionsnedsättning eller annan funktionsnedsättning.
- Barn som omfattas av 1 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) som fyllt 16 år men inte 21 år (eller till och med vårterminen det år barnet fyller 23 år om barnet går i anpassad gymnasieskola).

I ovanstående situationer kan ersättning betalas ut under maximalt 120 dagar för varje barn och år.

Om ett barn som inte har fyllt 18 år är allvarligt sjukt kan tillfällig föräldrapenning betalas ut till båda föräldrarna för samma tid under ett obegränsat antal dagar.

En mer utförlig beskrivning av regelverket finns i bilaga 2.

Hur vanligt det är att föräldrarna använder tillfällig föräldrapenning skiljer sig åt mellan barn i olika åldrar. Skillnaderna kan bero både på hur vanligt det är att barn i olika åldrar är sjuka och hur mycket omvårdnad barn i olika åldrar behöver när de är sjuka. Dessutom gör åldersgränserna i lagstiftningen att det enbart är i vissa situationer som tillfällig föräldrapenning kan användas för barn som är tolv år eller äldre.

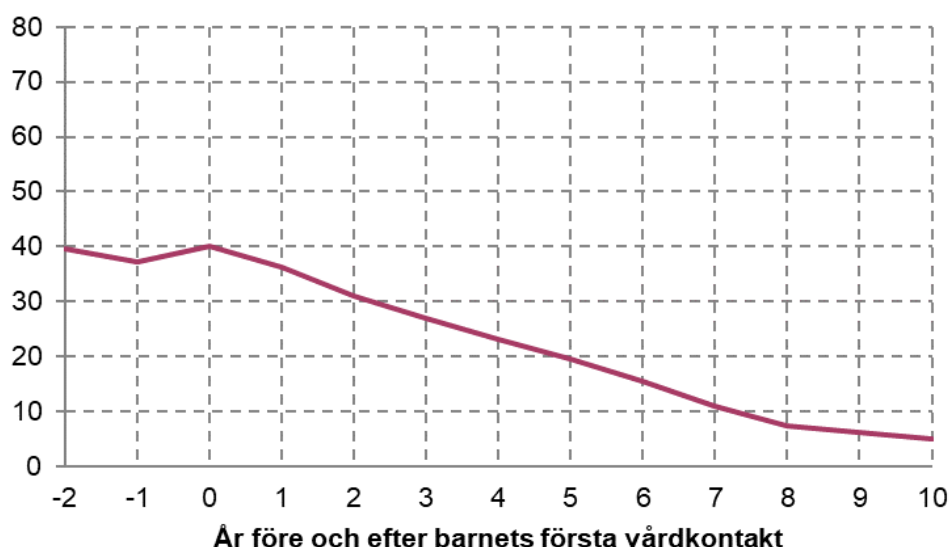
Figur 2 visar hur stor andel av barn med psykisk ohälsa där föräldrarna använder tillfällig föräldrapenning. Diagrammet beskriver tidsperioden från två år före barnets första vårdkontakt till tio år efter den första vårdkontakten. Uppgifterna om tillfällig föräldrapenning innehåller ingen information om varför barnet har behov av omvårdnad, det kan handla både om barnets psykiska

¹¹ Här ingår tillfällig föräldrapenning för vård av barn och tillfällig föräldrapenning för allvarligt sjukt barn. Tillfällig föräldrapenning vid barns födelse, när barn avlidit, för kontaktdagar eller när ordinarie vårdare är sjuk ingår inte i denna beskrivning.

ohälsa, men även om andra behov såsom förkylningar och andra tillfälliga sjukdomar.

Andelen barn där minst en av föräldrarna använder tillfällig föräldrapenning ökar något året då barnet har sin första vårdkontakt (jämfört med året innan), men minskar sedan. Behovet av ersättningen kan minska över tid, antingen för att barnet får en fungerande behandling och mår bättre, eller för att barnet blir äldre och inte längre har samma behov av föräldrarnas omvårdnad. När barnet uppnår vissa åldersgränser har föräldrarna inte heller samma rätt till ersättningen.

Figur 2 Andel barn där någon förälder använder tillfällig föräldrapenning, två år före till tio år efter barnets första vårdkontakt. Procent



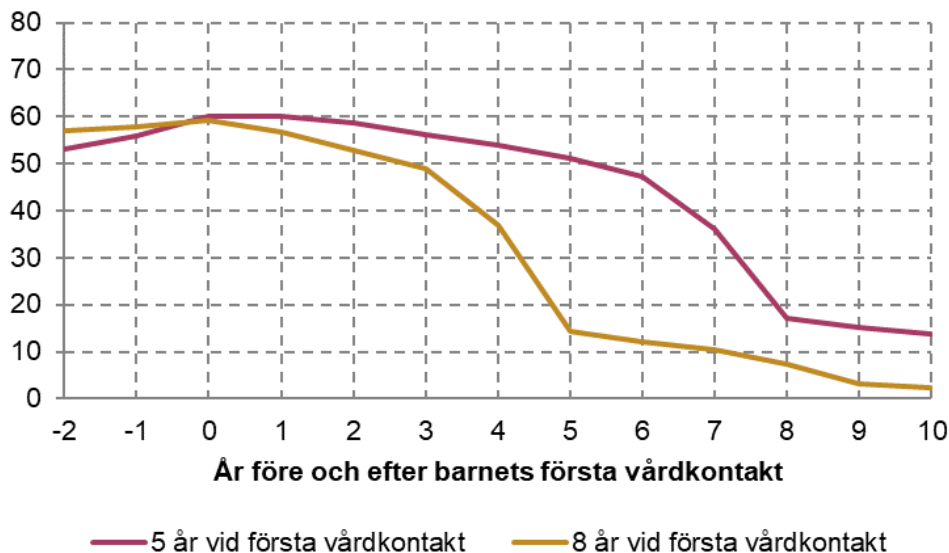
Uttag av tillfällig föräldrapenning avser de som använt någon tillfällig föräldrapenning under kalenderåret.

Eftersom rätten till tillfällig föräldrapenning till stor del styrs av barnets ålder visar Figur 3 enbart barn som är fem respektive åtta år vid sin första vårdkontakt.

Bland barn som är fem år vid sin första vårdkontakt är det 53 procent där föräldrarna använder tillfällig föräldrapenning två år innan barnets första vårdkontakt. Andelen ökar till 60 procent det år barnet har sin första vårdkontakt. Andelen barn där föräldrarna använder tillfällig föräldrapenning minskar sedan över tid, då barnet blir äldre. Bland barn som är åtta år (tre år efter första vårdkontakten) är det 56 procent av barnen som föräldrarna har tillfällig föräldrapenning under året. Då barnen är elva år (sex år efter första vårdkontakten) är motsvarande andel 47 procent. Efter att barnet är tolv år minskar andelen barn där föräldrarna använder tillfällig föräldrapenning kraftigt.

Bland barn som är åtta år vid sin första vårdkontakt är mönstret detsamma – andelen där föräldrarna använder tillfällig föräldrapenning ökar något (men inte lika tydligt som bland föräldrar till femåringar) samma år som barnet har sin första vårdkontakt för att sedan minska. Från att barnet fyller tolv år (vilket i denna grupp är fyra år efter den första vårdkontakten) minskar andelen som använder tillfällig föräldrapenning kraftigt.

Figur 3 Andel barn där någon förälder använder tillfällig föräldrapenning. Barn som är 5 och 8 år vid sin första vårdkontakt, två år före till tio år efter barnets första vårdkontakt. Procent



Uttag av tillfällig föräldrapenning avser de som använt någon tillfällig föräldrapenning under kalenderåret. Ålder avser ålder vid årets slut.

Vanligare att barn som vårdats för psykisk ohälsa har föräldrar som avstår från arbete

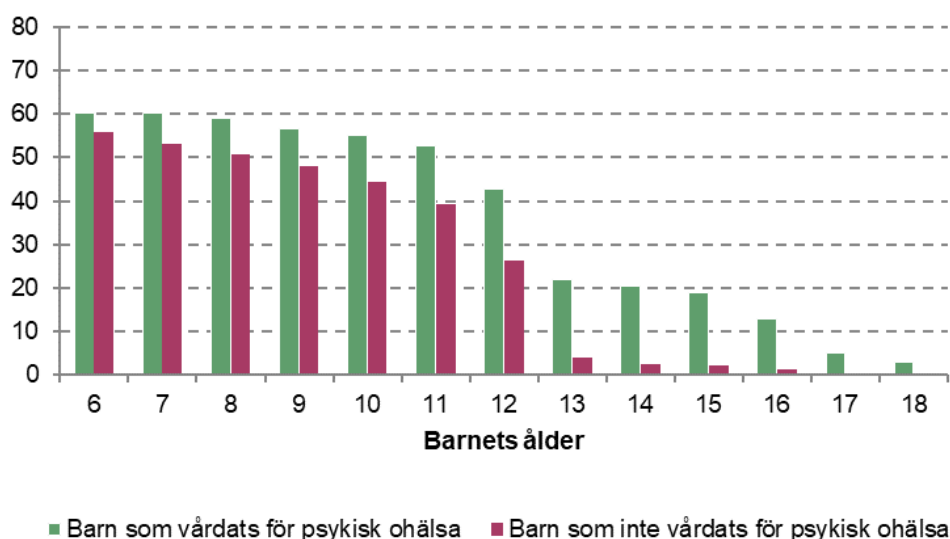
Under året efter barnets första vårdkontakt är det 60 procent av de yngsta barnen, som är sex år, där föräldrarna använt tillfällig föräldrapenning någon gång under året. Andelen minskar med barnens ålder och är 53 procent för barn som är elva år.¹²

Det är vanligare att barn med psykisk ohälsa har föräldrar som använder tillfällig föräldrapenning, än att andra jämnåriga barn har det. Bland barn som är sex år är det 60 procent som har föräldrar som använt tillfällig föräldrapenning under året efter den första vårdkontakten. Motsvarande andel bland sexåringar som inte vårdats för psykisk ohälsa är 56 procent. Skillnaden mellan grupperna ökar ju äldre barnen är, för barn som är elva år är andelarna 53 respektive 39 procent.

¹² Barnets ålder avser ålder vid kalenderårets slut. Detta innebär till exempel att de barn som ingår i gruppen 12 år året efter första vårdkontakt fyller 12 år under kalenderåret efter den första vårdkontakten. Detta gör att betydelsen av regeländringar inte visas fullt ut i diagrammen, eftersom barn som fyller 12 år under året omfattas av olika regelverk före och efter sin födelsedag. Motsvarande gäller även för 16-åringar och 18-åringar.

Figur 4 Andel barn där någon förälder använder tillfällig föräldrapenning, efter barnets ålder. Procent

Figur



Uttag av tillfällig föräldrapenning avser de som använt någon tillfällig föräldrapenning under kalenderåret. Ålder avser ålder vid årets slut. För barn som vårdats för psykisk ohälsa gäller barnets ålder och uttag av tillfällig föräldrapenning året efter den första vårdkontakten.

Föräldrar till barn som vårdats för psykisk ohälsa avstår också från arbete fler dagar under ett år än föräldrar till barn som inte vårdats för psykisk ohälsa, se Figur 5.

För barn som är sex år året efter sin första vårdkontakt är föräldrar som använder tillfällig föräldrapenning under året i genomsnitt frånvarande från arbetet med ersättning 10 nettodagar¹³ per år, jämfört med 7 nettodagar för andra föräldrar till sexåringar.

Föräldrar till ett barn som fyllt tolv, men inte sexton, år kan använda tillfällig föräldrapenning om barnet behöver särskild tillsyn eller vård på grund av sjukdom eller en funktionsnedsättning alternativt att barnet omfattas av LSS eller har en allvarlig sjukdom. Bland barn med psykisk ohälsa är det omkring 20 procent av barn i åldrarna 13–15 år där föräldrarna använder tillfällig föräldrapenning. Bland dem som använder tillfällig föräldrapenning är det genomsnittliga antalet nettodagar högre än för yngre barn, exempelvis är det 19 dagar för barn som är tretton år. Det är alltså mindre vanligt att föräldrar till äldre barn använder tillfällig föräldrapenning, men bland de som gör det är det genomsnittliga antalet dagar som används högre än för yngre barn.

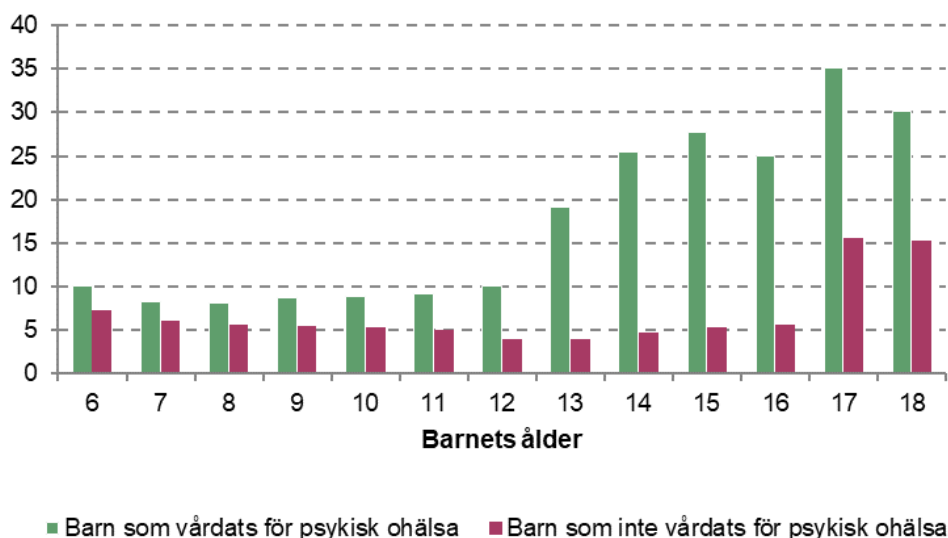
Andra föräldrar som har barn i motsvarande ålder använder mer sällan tillfällig föräldrapenning. Bland barn som är tretton år och som inte vårdats för psykisk ohälsa är det 4 procent som har föräldrar som använder tillfällig föräldrapenning. Även antalet dagar som används är tydligt lägre bland andra föräldrar – i genomsnitt 4 dagar för barn som är tretton år. Både bland föräldrar till barn med psykisk ohälsa och andra föräldrar är det vanligast att använda relativt få dagar med tillfällig föräldrapenning, men för barn över tolv år är

¹³ Nettodagar innebär att dagar med partiell ersättning räknas om till hela dagar. Till exempel räknas två dagar med halv ersättning som en nettodag.

spridningen betydligt större bland föräldrar vars barn har vårdats för psykisk ohälsa.¹⁴

För att föräldrar ska ha rätt att använda tillfällig föräldrapenning för ett barn som fyllt 16 år behöver barnet ha en allvarlig sjukdom eller omfattas av 1§ lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Andelen barn med föräldrar som använder tillfällig föräldrapenning är lägre bland barn över sexton år än för yngre barn, men antalet nettodagar är högre till exempel 35 dagar för sjuttonåringar som vårdats för psykisk ohälsa och 16 dagar för sjuttonåringar som inte vårdats för psykisk ohälsa.

Figur 5 **Antal nettodagar med tillfällig föräldrapenning per år för barn där föräldrarna använder ersättningen, efter barnets ålder**



Nettodagar med tillfällig föräldrapenning avser antal nettodagar under kalenderåret, för de som använt tillfällig föräldrapenning under året. Ålder avser ålder vid årets slut. För barn som vårdats för psykisk ohälsa gäller barnets ålder och uttag av tillfällig föräldrapenning året efter den första vårdkontakten.

Vanligast att barn med ätstörningar har föräldrar som använder tillfällig föräldrapenning

Barnets behov av vård, och därmed föräldrarnas behov av tillfällig föräldrapenning, kan skilja sig åt beroende på vilken typ av ohälsa barnet har. Vid den första vårdkontakten har 46 procent av barnen fått en psykiatrisk diagnos, övriga 54 procent har inte fått en psykiatrisk diagnos som huvuddiagnos vid den första vårdkontakten. Vilka diagnoser som är vanliga vid första vårdkontakt varierar med barnets ålder. Diagnoser kopplade till ångest, depression och ätstörningar är vanligare bland äldre barn. Neuropsykiatriska diagnoser är däremot vanligare bland yngre barn (se Tabell 28, bilaga 3).

Föräldrarnas användning av tillfällig föräldrapenning för barn som vårdats för psykisk ohälsa varierar beroende på vilken diagnos barnet får vid den första

¹⁴ Som exempel, 6 procent av de kvinnor vars barn är 13 år använder mer än 75 nettodagar med tillfällig föräldrapenning under året efter barnets första vårdkontakt. Motsvarande andel bland kvinnor vars barn inte vårdats för psykisk ohälsa är mindre än en halv procent.

vårdkontakten. Barn som vid den första vårdkontakten fick diagnoser inom diagnosavsnitt F8 (bl.a. autism) och F9 (bl.a. adhd) har i större utsträckning än barn med andra diagnoser föräldrar som använder tillfällig föräldrapenning någon gång under året efter den första vårdkontakten. Föräldrar till barn med dessa diagnoser använder samtidigt färre dagar per år än till exempel föräldrar till barn med diagnoser inom exempelvis F3 (bl.a. depression) och F4 (bl.a. ångest). Antalet nettodagar som föräldrarna har tillfällig föräldrapenning under året skiljer sig alltså åt mellan barn med olika diagnoser (se Tabell 38, bilaga 3).

En förklaring till att andelen barn vars föräldrar har tillfällig föräldrapenning skiljer sig åt mellan barn som fått olika diagnoser kan förklaras av att vissa diagnoser är vanligare bland yngre barn och andra är vanligare bland äldre barn.

Om man i stället enbart analyserar barn som är tolv år och äldre och ser hur stor andel av de barnen som har föräldrar som har tillfällig föräldrapenning blir mönstret ett annat. Då är det barn som fått sin första diagnos inom diagnosavsnitt F5 (bl.a. ätstörningar) där det är högst andel där föräldrarna använder tillfällig föräldrapenning. Föräldrar till de här barnen använder i genomsnitt 53 nettodagar med tillfällig föräldrapenning under året efter barnets första vårdkontakt (se Tabell 1). Frånvaron i denna grupp motsvarar alltså mer än 10 arbetsveckor under ett år.

Tabell 1 **Andel barn där någon förälder använder tillfällig föräldrapenning och antal nettodagar per år för de barn där föräldrarna använder ersättningen, efter barnets diagnos vid första vårdtillfället. Barn 12 år och äldre. Procent samt nettodagar**

	Andel (%) med tillfällig föräldrapenning	Nettodagar
F1: Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser	3	18
F2: Schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom	23	..
F3: Förstämmningssyndrom	21	29
F4: Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom	18	22
F5: Beteendestörningar förenade med fysiologiska rubbningar och fysiska faktorer	34	53
F6: Personlighetsstörningar och beteendestörningar hos vuxna	14	20
F7: Psykisk utvecklingsstörning	15	8
F8: Störningar i psykisk utveckling	21	9
F9: Beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid, samt Ospecificerad psykisk störning	19	8

Anm. .. när det är färre än 100 observationer.

Uttag av tillfällig föräldrapenning avser de som använt någon tillfällig föräldrapenning under kalenderåret. Nettodagar med tillfällig föräldrapenning avser antal nettodagar under kalenderåret, för de som använt tillfällig föräldrapenning under året.

Vanligare att använda tillfällig föräldrapenning för allvarligt sjukt barn för tonåringar

I beskrivningen ovan ingår all tillfällig föräldrapenning för vård av barn. Om ett barn under arton år bedöms vara allvarligt sjukt kan båda föräldrarna använda tillfällig föräldrapenning för samma tid under ett obegränsat antal dagar. Detta under förutsättningen att de grundläggande villkoren för tillfällig föräldrapenning är uppfyllda, till exempel behovet av att avstå arbete. Drygt 1 procent av alla barn med psykisk ohälsa bedöms vara allvarligt sjuka året efter barnets första vårdkontakt. Andelen barn där föräldrarna använder ersättningen är högre bland tonåringar jämfört med yngre barn. Bland 17-åringar är det 4 procent där föräldrarna har tillfällig föräldrapenning för allvarligt sjukt barn, jämfört med mindre än 1 procent bland barn som är 6–12 år. Detta beror förmodligen på att diagnoser som är förknippade med allvarliga psykiatriska tillstånd, till exempel anorexi och svårare fall av ångest eller depression, är vanligare i tonåren. I de fall tillfällig föräldrapenning för allvarligt sjukt barn används för yngre barn kan det i en stor del av fallen handla om andra behov än den psykiska ohälsan (till exempel en somatisk sjukdom som sammanfaller med att barnet diagnostiseras med en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning).¹⁵

Högst andel barn där föräldrarna använder tillfällig föräldrapenning för allvarligt sjukt barn är det bland barn som fick diagnos inom diagnosavsnitt F2 (schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom) eller F5 (bl.a. ätstörningar). Bland de barn som fått sin första diagnos inom något av dessa diagnosavsnitt är det ungefär 15 procent där föräldrarna har ersättningen.

Omvårdnadsbidrag för barn med psykisk ohälsa

När ett barn på grund av en funktionsnedsättning behöver mer omvårdnad och tillsyn kan barnets föräldrar ha rätt till omvårdnadsbidrag. Till skillnad från vid tillfällig föräldrapenning behöver föräldrarna inte avstå från arbete för att ha rätt till ersättningen.

Omvårdnadsbidrag

En försäkrad förälder (eller person som likställs med förälder) har rätt till omvårdnadsbidrag för ett försäkrat barn, om barnet på grund av funktionsnedsättning kan antas vara i behov av omvårdnad och tillsyn under minst sex månader.

Omvårdnadsbidrag lämnas som längst till och med juni det år när barnet fyller 19 år.

Omvårdnadsbidrag beviljas i olika omfattning (hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels) beroende på hur omfattande barnets behov av omvårdnad och tillsyn är. Om bidraget gäller flera barn i en familj kan mer än ett helt omvårdnadsbidrag beviljas.

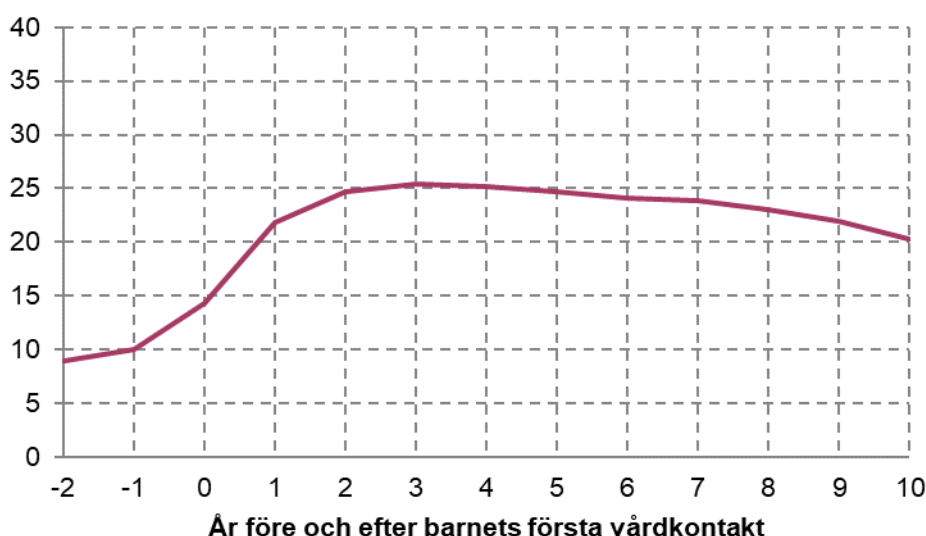
En mer utförlig beskrivning av regelverket finns i bilaga 2.

¹⁵ | Försäkringskassans datalager finns ingen information om vilken diagnos eller vilket sjukdomstillstånd som ligger till grund för beslutet att bevilja tillfällig föräldrapenning för allvarligt sjukt barn. Det går därför inte att säkert säga att det tillstånd som ligger till grund för att föräldrarna använt tillfällig föräldrapenning för allvarligt sjukt barn har något samband med barnets psykiska ohälsa.

Andelen barn vars föräldrar har omvårdnadsbidrag ökar i samband med barnets första vårdkontakt

Samma år som barnen har sin första vårdkontakt, och året efter den första vårdkontakten, ökar andelen barn vars föräldrar har omvårdnadsbidrag. Året innan barnet har sin första vårdkontakt är det 10 procent av barnen där föräldrarna har omvårdnadsbidrag. Samma år som den första vårdkontakten ökar andelen till 14 procent, ett år senare är den 22 procent och två år efter barnets första vårdkontakt är andelen 25 procent.

Figur 6 Andel barn där någon förälder har omvårdnadsbidrag, två år före till tio år efter barnets första vårdkontakt. Procent



Omvårdnadsbidrag omfattar även vårbidrag.

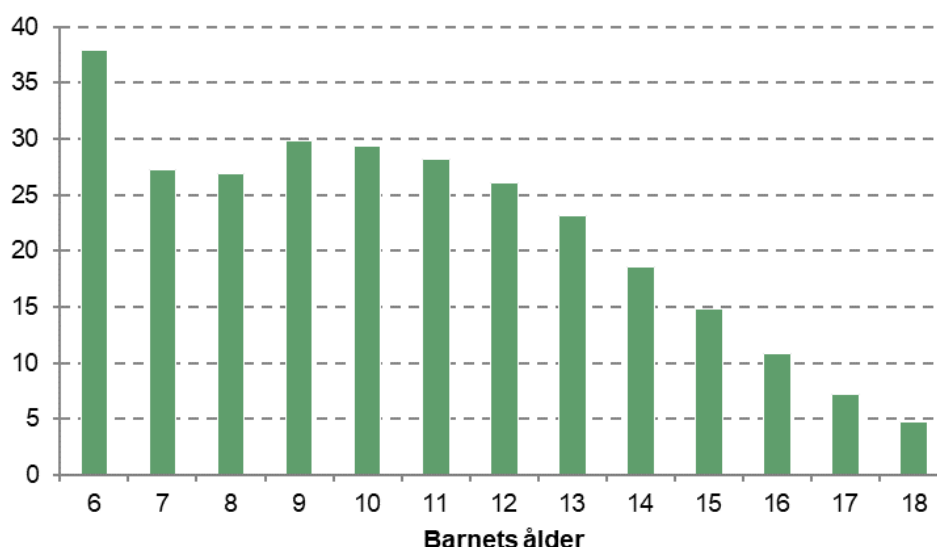
Bland andra barn i motsvarande ålder, som inte vårdats för psykisk ohälsa, är det ovanligt att föräldrarna har omvårdnadsbidrag, andelen är drygt 1 procent. Att omvårdnadsbidrag är så mycket vanligare bland föräldrar vars barn har psykisk ohälsa är väntat eftersom rätten till omvårdnadsbidrag förutsätter att barnet har en funktionsnedsättning som innebär ett extra omvårdnadsbehov, och flera av de diagnoser som förekommer bland barnen med psykisk ohälsa är vanliga inom omvårdnadsbidraget.

Mindre vanligt med omvårdnadsbidrag för tonåringar

Hur vanligt det är att föräldrarna har omvårdnadsbidrag skiljer sig åt mellan barn i olika åldrar. Andelen barn där föräldrarna har omvårdnadsbidrag är högst bland 6-åringar, där har 38 procent omvårdnadsbidrag året efter barnets första vårdkontakt. Att andelen är särskilt hög bland barn som är sex år året efter den första vårdkontakten kan bero på att denna grupp även inkluderar barn med första vårdkontakt före fem års ålder. Barn som har sin första vårdkontakt tidigt i livet kan ha särskilt stora omsorgsbehov.

Andelen barn där föräldrarna har omvårdnadsbidrag är lägre för dem som var i tonåren då de hade sin första vårdkontakt. Sannolikt är de tillstånd som oftare leder till vårdkontakter tidigt i barnets liv, såsom neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, oftare grund för behov av (och rätt till) omvårdnadsbidrag.

Figur 7 Andel barn där någon förälder har omvårdnadsbidrag, efter barnets ålder. Procent



Omvårdnadsbidrag omfattar även vårdbidrag. Barnets ålder och förekomst av omvårdnadsbidrag avser året efter den första vårdkontakten.

Vanligt med omvårdnadsbidrag bland föräldrar till barn med exempelvis intellektuell funktionsnedsättning och autism

Det finns tydliga skillnader i hur vanligt det är att ha omvårdnadsbidrag bland föräldrar till barn med olika typ av diagnoser. Bland barn som vid sin första vårdkontakt fått en diagnos inom diagnosavsnitt F7 (intellektuell funktionsnedsättning) eller F8 (bl.a. autism) är det vanligare att föräldrarna har omvårdnadsbidrag än bland barn som fått andra diagnoser. Det är 59 procent av barnen med en diagnos inom diagnosavsnitt F7 och 47 procent av barnen med en diagnos inom F8 där någon av föräldrarna har omvårdnadsbidrag. Därefter följer barn med en diagnos inom F9 (bl.a. adhd), där 24 procent har omvårdnadsbidrag. För föräldrar där barnet har fått en annan psykiatrisk diagnos som första diagnos är det mindre vanligt att ha omvårdnadsbidrag.

Att omvårdnadsbidraget är vanligare bland barn med just intellektuell funktionsnedsättning och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar är förväntat eftersom dessa diagnoser ofta är förknippade med tillstånd som förväntas kvarstå under en längre tid, vilket är ett krav för att föräldrarna ska kunna beviljas omvårdnadsbidrag.

Tabell 2 Andel barn där någon förälder har omvårdnadsbidrag, efter barnets diagnos vid första vårdtillfället. Procent

Diagnosavsnitt	Andel (%)
F1: Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser	4
F2: Schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom	10
F3: Förstämmningssyndrom	8
F4: Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom	9
F5: Beteendestörningar förenade med fysiologiska rubbningar och fysiska faktorer	7
F6: Personlighetsstörningar och beteendestörningar hos vuxna	8
F7: Psykisk utvecklingsstörning	59
F8: Störningar i psykisk utveckling	47
F9: Beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid, samt Ospecifierad psykisk störning	24

Förekomst av omvårdnadsbidrag omfattar även vårdbidrag och avser året efter den första vårdkontakten.

Barn där föräldrarna använder minst en av ersättningarna

Tidigare avsnitt visar hur vanligt det är att barn med psykisk ohälsa har föräldrar som har tillfällig föräldrapenning respektive omvårdnadsbidrag. Det här avsnittet beskriver hur vanligt det är att barnens föräldrar har minst en av de här ersättningarna.

En förälder har inte rätt till tillfällig föräldrapenning för samma behov som ligger till grund för rätten till omvårdnadsbidrag. Föräldrar som har rätt till omvårdnadsbidrag kan själv välja om vårdbesök ska vägas in i omvårdnadsbidraget eller om föräldern i stället vill ansöka om tillfällig föräldrapenning för de tillfällena. En förälder som beviljats omvårdnadsbidrag har även möjlighet att använda tillfällig föräldrapenning om barnet har behov av vård och tillsyn som inte ligger till grund för rätten till omvårdnadsbidrag.

Hälften av barnen har föräldrar som har någon av ersättningarna

Barns behov av vård och stöd kan se olika ut, och varierar både med barnets ålder och familjens situation i övrigt. Under året efter barnets första vårdkontakt är det 49 procent av barnen där föräldrarna har någon ersättning kopplad till barnets omvårdnadsbehov. För 37 procent av barnen har föräldrarna antingen tillfällig föräldrapenning eller omvårdnadsbidrag och för 12 procent har föräldrarna båda ersättningarna.

Bland barn som inte vårdats för psykisk ohälsa är det 34 procent av barnen där föräldrarna har någon ersättning kopplad till barnets behov av omvårdnad. För 33 procent har föräldrarna antingen tillfällig föräldrapenning eller omvårdnadsbidrag, medan 1 procent har båda ersättningarna.

I de fall barnets föräldrar inte har någon ersättning året efter barnets första vårdkontakt kan det till exempel bero på att barnet inte behöver något extra stöd från föräldrarna, eller att barnet eller föräldrarna inte uppfyller kriterierna för att kunna få ersättning.

Tabell 3 Andel barn där någon förälder använder tillfällig föräldrapenning och/eller omvårdnadsbidrag. Procent

	Andel (%) bland barn som hade sin första vårdkontakt året innan	Andel (%) bland barn utan vårdkontakt för psykisk ohälsa
Tillfällig föräldrapenning eller omvårdnadsbidrag	37	33
Tillfällig föräldrapenning och omvårdnadsbidrag	12	1
Ingen av dessa ersättningar	51	66

Uttag av tillfällig föräldrapenning/omvårdnadsbidrag avser de som använt minst en av dessa ersättningar (inkl. vårdbidrag) under året efter den första vårdkontakten.

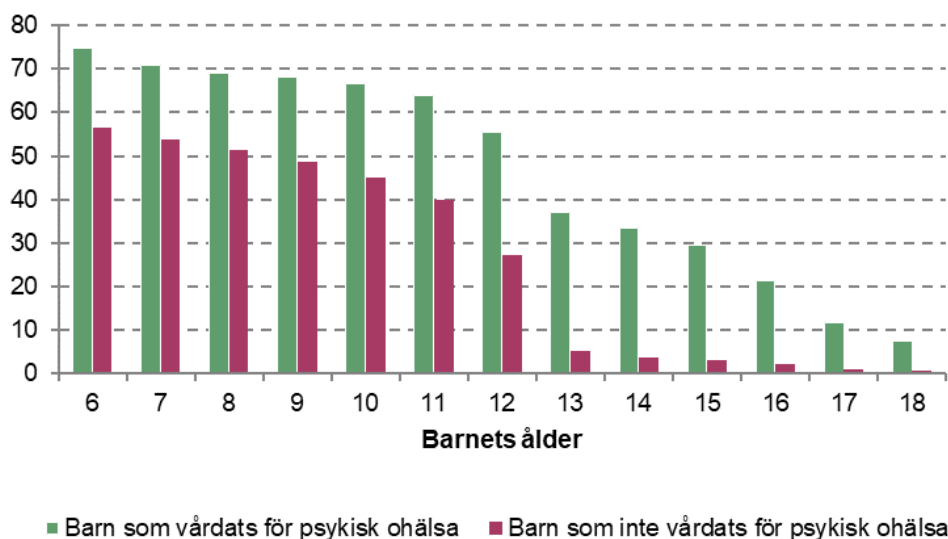
Vanligare att yngre barn har föräldrar med ersättning

Hur vanligt det är att föräldrar har tillfällig föräldrapenning och/eller omvårdnadsbidrag året efter barnets första vårdkontakt skiljer sig åt mellan barn i olika åldrar. Barn som är tolv år och yngre är den grupp som i störst utsträckning har föräldrar som har någon ersättning året efter barnets första vårdkontakt. Exempelvis är andelen barn där föräldrarna har minst en ersättning 75 procent bland barn som är sex år, 37 procent bland barn som är tretton år och 12 procent bland barn som är sjutton år. Både andelen barn där föräldrarna har en av dessa ersättningar och andelen där föräldrarna har båda ersättningarna minskar med barnets stigande ålder.

Oavsett barnets ålder är det vanligare att barn med psykisk ohälsa har föräldrar som använder tillfällig föräldrapenning och/eller omvårdnadsbidrag. Bland barn som är sex år är andelen 75 procent för barn som vårdats med psykisk ohälsa, jämfört med 56 procent för andra barn i samma ålder. Bland 13-åringar är motsvarande andelar 37 respektive 5 procent.

Skillnaden mellan grupperna ökar med barnets ålder. Det är ett tecken på att behovet av ett mer omfattande stöd av föräldrarna finns kvar längre för barn med psykisk ohälsa jämfört med andra barn. Detta behov kan ta sig uttryck genom mer sjukdom hos barnet som kräver att föräldern är frånvarande från arbetet med tillfällig föräldrapenning, eller ett mer långvarigt behov av omvårdnad som gör att föräldern ansöker om (och beviljas) omvårdnadsbidrag.

Figur 8 Andel barn där någon förälder använder tillfällig föräldrapenning och/eller omvårdnadsbidrag, efter barnets ålder. Procent



Uttag av tillfällig föräldrapenning/omvårdnadsbidrag avser de som använt minst en av dessa ersättningar (inkl. vårdbidrag) under kalenderåret. Ålder avser ålder vid årets slut. För barn som vårdats för psykisk ohälsa gäller barnets ålder och förekomst av ersättning året efter den första vårdkontakten.

Tydliga skillnader i hur ersättningarna används för barn med olika diagnoser

Barn som vid sitt första vårdbesök fick diagnoser inom diagnosavsnittet F7 (intellektuell funktionsnedsättning) och F8 (bl.a. autism) är de som i störst utsträckning har föräldrar som använder tillfällig föräldrapenning och/eller omvårdnadsbidrag (se Tabell 39, bilaga 3). Majoriteten av de barn som får dessa diagnoser som första diagnos är under tolv år. Eftersom yngre barn oftare har föräldrar som använder någon ersättning påverkar det jämförelsen med andra typer av diagnoser, som är vanligare bland äldre barn.

I Tabell 4 ingår enbart barn som är tolv år och äldre, vilket gör det lättare att jämföra mellan barn som fått olika slags diagnoser. Även med denna åldersavgränsning är det barn som fått sin första diagnos inom diagnosavsnittet F7 (intellektuell funktionsnedsättning) och F8 (bl.a. autism) där andelen föräldrar som använder någon ersättning är högst. Skillnaderna jämfört med barn som fått sin första diagnos inom något annat diagnosavsnitt är mindre jämfört med när samtliga barn ingår.

Tabell 4 **Andel barn där någon förälder använder tillfällig föräldrapenning och/eller omvårdnadsbidrag, efter barnets diagnos vid första vårdtillfället. Barn 12 år och äldre. Procent**

	Andel (%) med tillfällig föräldrapenning och/eller omvårdnadsbidrag
F1: Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser	7
F2: Schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom	30
F3: Förstämmningssyndrom	27
F4: Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom	24
F5: Beteendestörningar förenade med fysiologiska rubbningar och fysiska faktorer	37
F6: Personlighetsstörningar och beteendestörningar hos vuxna	18
F7: Psykisk utvecklingsstörning	50
F8: Störningar i psykisk utveckling	45
F9: Beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid, samt Ospecifierad psykisk störning	36

Uttag av tillfällig föräldrapenning/omvårdnadsbidrag avser de som använt minst en av dessa ersättningar (inkl. vårdbidrag) under kalenderåret.

Tillfällig föräldrapenning och omvårdnadsbidrag vid några vanliga diagnoser

Den övergripande bilden i föregående avsnitt visar att barn med psykisk ohälsa har större behov av stöd av sina föräldrar än andra barn. Redovisningen bygger på en grupp barn med vitt skilda behov och typer av psykisk ohälsa. För att synliggöra hur föräldrar använder ersättningarna för barn som har liknande medicinska tillstånd, gör vi i detta avsnitt ett antal fördjupningar som gäller barn med vissa specifika diagnoser. Diagnoserna är utvalda för att representera de vanligaste diagnoserna bland de barn med psykisk ohälsa som ingår i underlaget till rapporten, men också ge en spridning över diagnoser som är vanliga i olika åldrar och som innebär olika typ av behov för barnet och föräldrarna. Tanken är att detta ska ge en tydligare bild av hur föräldrar använder ersättningarna för barn som fått olika slags diagnoser. Samtidigt kan det vara så att behovet av extra stöd från föräldrarna kan skilja sig åt fastän barnen har samma diagnos, eftersom samma diagnos kan påverka barn på olika sätt.

Fördjupningen görs för barn med följande diagnoser:

- Aktivitets- och uppmärksamhetsstörning, ADHD (F900)
- Autism i barndomen (F840)
- Depressiv episod (F32)
- Andra ångestsyndrom (än fobier, F41)
- Anorexia nervosa (F500)

Vi beskriver hur föräldrarna använder olika ersättningar efter att den aktuella diagnosen ställts första gången i någon av de vårdformer vi har uppgift om. Beskrivningen utgår från barnets perspektiv, det vill säga föräldrarnas sammanlagda uttag av ersättning för barnet.

I detta avsnitt ingår barn som fått respektive diagnos som huvuddiagnos eller bidiagnos vid minst ett vårdbesök. För diagnosen adhd inkluderas här även uttag av adhd-läkemedel efter förskrivning från läkare, detta likställs med att diagnosen ställts vid samma tillfälle.¹⁶ Barnen är mellan fem och arton år när diagnosen ställs första gången.

Här undersöker vi även samsjuklighet, det vill säga skillnader mellan föräldrar vars barn som endast har den specificerade diagnosen, och de vars barn även fått en eller flera andra psykiatriska diagnoser. I de fall där barnet fått fler psykiatriska diagnoser kan de ha ställts före, efter eller vid samma tillfälle som den diagnos vi studerar här.

I detta avsnitt visar vi resultat för barn med olika åldrar vid första diagnostillfälle. Åldrarna är valda dels utifrån vad som är vanligt för respektive diagnos, dels för att kunna följa barnen framåt i tiden efter att diagnosen ställts första gången. För att det ska vara möjligt att följa barnens föräldrar minst fem år efter att diagnosen ställts avgränsas barngruppen till barn som får den aktuella diagnosen mellan 2004 och 2017. Om en förälder har fler än ett barn med den aktuella diagnosen avgränsas beskrivningen till det av förälderns barn som får diagnosen först.

Barn med adhd

Adhd (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) är en medfödd neuropsykiatrisk funktionsnedsättning som innebär olika svårigheter i vardagen. Barn med adhd kan vara överaktiva, ha svårt att sitta stilla och vara impulsiva. De kan också ha svårt att koncentrera sig och att slutföra uppgifter. Adhd tar sig olika uttryck för flickor och pojkar och under olika delar av livet. Det är vanligt att personer med adhd har andra sjukdomar eller funktionsnedsättningar. Några exempel är autism, intellektuell funktionsnedsättning, dyslexi, depression, ångestsyndrom och ätstörningar. Graden av funktionsnedsättning kan variera stort mellan olika personer som har adhd. Hur hindrande funktionsnedsättningen är för en person kan bero på den omgivande miljön och vilket stöd personen får.

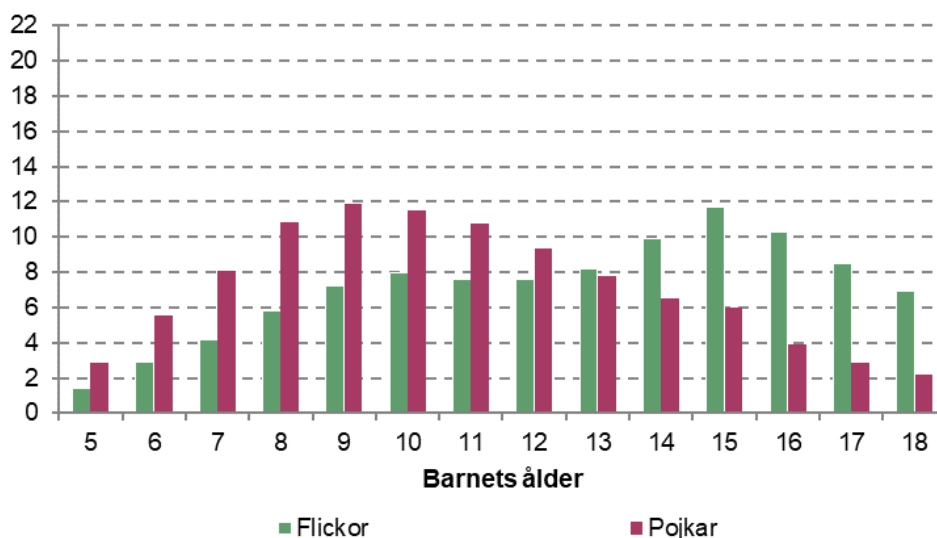
Orsakerna till adhd är inte helt kända, men både ärftliga faktorer och omgivningens krav och förväntningar spelar stor roll.

Under år 2023 fick 58 000 barn (0–17 år) vård inom specialiserad öppenvård eller heldygnsvård på grund av hyperaktivitetsstörningar (där adhd ingår). Av dessa barn var 63 procent pojkar och 37 procent flickor. (Socialstyrelsen - Statistikdatabasen, hämtad 2025-02-04). Antalet barn och unga i Sverige som får diagnosen adhd har ökat under det senaste decenniet. Även förskrivningen av adhd-läkemedel har ökat. Den ökade diagnostiseringen kan bero på ökad kunskap och medvetenhet, både i hälso- och sjukvården, skolan och hos allmänheten. Diagnoskriterierna har också förändrats över tid och breddats, så att fler omfattas (Socialstyrelsen 2024c).

¹⁶ För övriga diagnoser finns ingen enskild kategori av läkemedel som är tillräckligt nära förknippad med en specifik diagnos för att kunna användas som indikator på att diagnosen ställts.

I denna beskrivning avgränsas analysen till barn som fått diagnosen adhd (F900) någon gång under uppväxten.¹⁷ Första vårdkontakt avser första gången barnet får diagnosen eller första gången barnet hämtar ut förskrivet adhd-läkemedel. I underlaget till den här rapporten är den vanligaste åldern att ha fått en adhd-diagnos nio år för pojkar och femton år för flickor.

Figur 9 Åldersfördelning (vid det första tillfälle diagnosen ställdes/läkemedel hämtades ut) för barn som diagnostiserats med adhd eller hämtat ut adhd-läkemedel, efter kön. Procent



Barn som fått diagnosen före 5 års ålder ingår här i åldersgruppen 5 år, eftersom uppgifter om vårdtillfällen före 5 års ålder inte ingår i datamaterialet. Ålder avser ålder vid årets slut.

Det är vanligare att pojkar får diagnosen adhd tidigt i livet jämfört med flickor. Exempelvis är det 77 procent pojkar och 23 procent flickor bland de barn som fått en adhd-diagnos vid åtta års ålder. Andelen flickor bland de barn som får en adhd-diagnos ökar med barnens ålder, och från femton års ålder är det fler flickor än pojkar som får en diagnos. Exempelvis är det 60 procent flickor och 40 procent pojkar bland de 16-åringar som fått en adhd-diagnos.

Bland de barn som fått en adhd-diagnos har mer än hälften även fått en diagnos inom något annat diagnosavsnitt än F9 (dit adhd tillhör) någon gång under den period vi följer barnen. Det är en högre andel flickor än pojkar som fått någon mer diagnos, 65 procent av flickor jämfört med 51 procent bland pojkar. För de barn som har någon mer diagnos än adhd är det vanligast att ha en diagnos inom diagnosavsnitt F8 (bl.a. autism) eller F4 (bl.a. ångest). Flickor har i störst utsträckning diagnoser inom F4 och pojkar har i störst utsträckning en diagnos inom diagnosavsnitt F8.

¹⁷ Diagnoskoden F900 inkluderar Dysfunction of Attention, Motor Control and Perception (damp), Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (adhd), Attention Deficit Disorder (add) och Aktivitets- och uppmärksamhetsstörning (uns). Underlaget till denna rapport omfattar 157 000 barn och unga som fått en adhd-diagnos eller hämtat ut adhd-läkemedel. Av dem är 64 procent pojkar och 36 procent flickor.

Vanligare att använda tillfällig föräldrapenning för tonåringar som har någon mer psykiatrisk diagnos utöver adhd

Det är vanligare att yngre barn som fått diagnosen adhd har föräldrar som använder tillfällig föräldrapenning än att äldre barn med adhd har det. Andelen barn där föräldrarna använder tillfällig föräldrapenning året efter diagnostillfället är 59 procent bland barn som var sex år vid diagnostillfället, 53 procent för barn som var tio år när de fick diagnosen och 15 procent för barn som var femton år när de fick diagnosen.

För barn där föräldrarna använder tillfällig föräldrapenning används fler nettodagar för äldre barn, 14 dagar för femtonåringar jämfört med 9 respektive 8 för sexåringar och tioåringar.

Tabell 5 **Andel barn där någon förälder använder tillfällig föräldrapenning och antal nettodagar per år för de barn där föräldrarna använder ersättningen. Barn som diagnostiserats med adhd eller hämtat ut adhd-läkemedel, efter barnets ålder vid det första tillfälle diagnosen ställdes/läkemedel hämtades ut. Procent**

Barnets ålder	Andel (%) barn där någon förälder använder tillfällig föräldrapenning	Nettodagar per år
6 år	59	9
10 år	53	8
15 år	15	14

Uttag av tillfällig föräldrapenning avser de som använt någon tillfällig föräldrapenning under kalenderåret. Nettodagar med tillfällig föräldrapenning avser antal nettodagar under kalenderåret, för de som använt tillfällig föräldrapenning under året. Ålder avser ålder vid årets slut.

Hur mycket omvårdnad barnet behöver skiljer sig åt mellan olika barn, och kan bland annat hänga samman med om barnet har någon mer diagnos än adhd. Året efter adhd-diagnosen är det ungefär lika vanligt att barn som är sex och tio år har föräldrar som använder tillfällig föräldrapenning oavsett om adhd är den enda diagnos barnet har, eller om barnet har någon mer diagnos. Däremot är det vanligare att 15-åringar har föräldrar som använder tillfällig föräldrapenning om barnet har någon mer diagnos än adhd, jämfört med om adhd är barnets enda diagnos. Detta beror sannolikt på att dessa ytterligare diagnoser kan ligga till grund för föräldrarnas behov av och rätt till tillfällig föräldrapenning även efter att barnet fyllt tolv år.

Omvårdnadsbidrag vanligare för yngre barn med adhd

Andelen barn där föräldrarna har omvårdnadsbidrag under året efter att barnet har fått en adhd-diagnos är högre bland yngre barn än bland äldre barn. Bland barn som var sex år då de fick en adhd-diagnos är det ett år senare 71 procent där föräldrarna har omvårdnadsbidrag. I denna grupp är det alltså vanligare att föräldrarna har omvårdnadsbidrag än att de använder tillfällig föräldrapenning, vilket 59 procent gör. Detta kan bero på diagnosen adhd ofta är förknippad med ett behov av stöd i vardagen, som inte nödvändigtvis innebär att föräldern behöver avstå från arbete. Det kan till exempel handla om behov av uppsikt, hjälp att reglera impulsnivå och liknande. Sådana behov täcks framför allt inom omvårdnadsbidraget, och inte av tillfällig föräldrapenning. Bland barn som var tio eller femton år då de fick diagnosen adhd är det 52 respektive 34 procent som har föräldrar som har omvårdnadsbidrag.

Tabell 6 **Andel barn där någon förälder har omvårdnadsbidrag. Barn som diagnostiserats med adhd eller hämtat ut adhd-läkemedel, efter barnets ålder vid det första tillfälle diagnosen ställdes/läkemedel hämtades ut. Procent**

Barnets ålder	Andel (%) barn där någon förälder har omvårdnadsbidrag
6 år	71
10 år	52
15 år	34

Förekomst av omvårdnadsbidrag omfattar även vårdbidrag och avser året efter den första vårdkontakten. Ålder avser ålder vid årets slut.

Det är vanligare att ha omvårdnadsbidrag året efter adhd-diagnosen om barnet har någon mer diagnos än adhd, än om adhd är den enda diagnos barnet har.

Barn med autism

Autism är en medfödd neuropsykiatrisk funktionsnedsättning som påverkar förmågan till socialt samspel och kommunikation. Andra kännetecken är bland annat begränsade, repetitiva mönster i beteenden, intressen eller aktiviteter. Många med autism föredrar färre sinnesintryck och tydliga rutiner. Autism kan diagnostiseras från två års ålder. Vid autism är det vanligt att samtidigt ha andra psykiatriska tillstånd eller funktionsnedsättningar, exempelvis adhd, depressioner och ångestsyndrom. Graden av funktionsnedsättning kan variera stort mellan olika personer som har autism.

Orsakerna till autism är inte helt kända, men både ärftliga faktorer och omgivningens krav och förväntningar spelar stor roll.

Allt fler barn och unga i Sverige får diagnosen autism. Den ökade diagnostiseringen kan bero på ökad kunskap och medvetenhet, både i hälso- och sjukvården, skolan och hos allmänheten. Diagnoskriterierna har också förändrats över tid och breddats, så att fler omfattas.

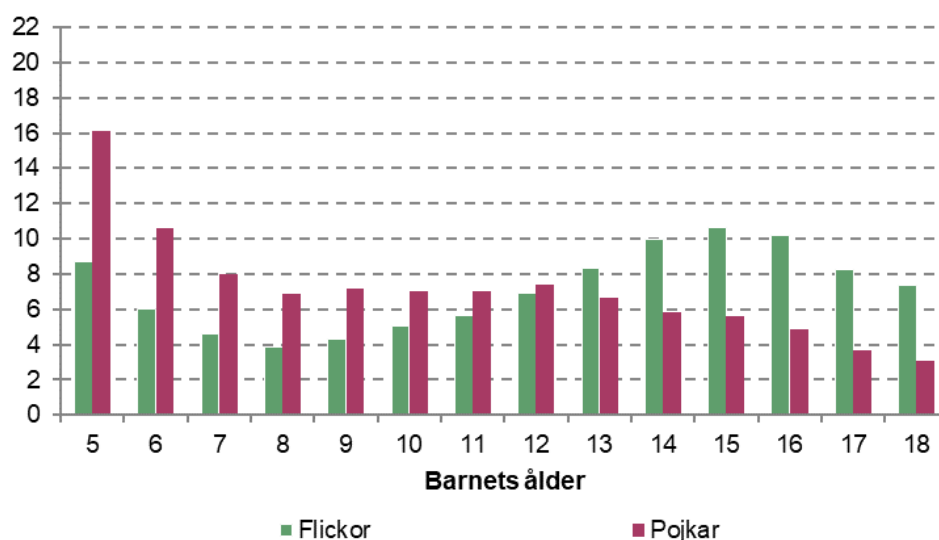
De senaste åren har fler flickor diagnostiserats med autism än tidigare. Det är troligt att flickor tidigare har underdiagnostiserats och att ökad kunskap om skillnader i symtombild och funktionsnedsättning mellan könen har bidragit till att fler flickor fått diagnosen (Socialstyrelsen 2024c).

Under år 2023 fick 18 000 barn (0–17 år) vård inom specialiserad öppenvård eller heldygnsvård på grund av genomgripande utvecklingsstörningar (där autism ingår). Av dessa barn var 65 procent pojkar och 35 procent flickor (Socialstyrelsen - Statistikdatabasen, hämtad 2025-02-04).¹⁸

I denna studie analyserar vi barn som fått diagnosen autism i barndomen (F841) någon gång under uppväxten. I genomsnitt får pojkar diagnosen tidigare än flickor. I underlaget till rapporten är den vanligaste åldern att ha fått diagnosen autism första gången fem år för pojkar och femton år för flickor.

¹⁸ I underlaget till den här rapporten finns 46 000 barn och unga som fått diagnosen autism. Av dem är 67 procent pojkar och 33 procent flickor

Figur 10 Åldersfördelning (vid det första tillfälle diagnosen ställdes) för barn som diagnostiserats med autism, efter kön. Procent



Barn som fått diagnosen före 5 års ålder ingår här i åldersgruppen 5 år, eftersom uppgifter om vårdtillfällen före 5 års ålder inte ingår i datamaterialet. Ålder avser ålder vid årets slut.

Eftersom flickor i genomsnitt får diagnosen autism senare än pojkar är andelen flickor bland de barn som får diagnosen autism lägre bland yngre barn för att sedan öka bland äldre barn och unga. Av de barn som fått diagnosen autism vid sex års ålder är 22 procent flickor och 78 procent pojkar. Bland 12-åringar är det 31 procent flickor och 69 procent pojkar och bland unga i åldern 16–18 år är drygt hälften av de som får diagnosen autism flickor.

Bland de barn som fått diagnosen autism har drygt åtta av tio även fått en diagnos inom något annat diagnosavsnitt än F8 (där autism ingår) någon gång under den period vi följer barnen. Det är en högre andel flickor än pojkar som har någon mer diagnos, 86 procent av flickor jämfört med 79 procent bland pojkar. För de barn som fått någon mer diagnos än autism är det vanligast att ha en diagnos inom diagnosavsnitt F9 (bl.a. adhd). Bland flickor med autism är det även vanligt att ha en diagnos inom avsnitt F4 (bl.a. ångest) eller F3 (bl.a. depression). Bland pojkar med autism är det relativt vanligt att även ha en diagnos inom avsnitt F7 (intellektuell funktionsnedsättning). Diagnosen F7 (intellektuell funktionsnedsättning) är vanligare bland barn med autism än bland andra barn. Dessa mönster är i linje med vad som tidigare visats kring samsjuklighet vid autism (Socialstyrelsen 2024c).

Tillfällig föräldrapenning för var fjärde barn som får en autismdiagnos som femtonåring

Bland barn som fått diagnosen autism vid sex års ålder är det 53 procent där föräldrarna använder tillfällig föräldrapenning ett år senare. Andelen är ungefär lika hög, 54 procent, för barn som var tio år då de fick diagnosen. Bland barn som fick diagnosen autism vid femton års ålder är det ett år senare 24 procent där föräldrarna använder tillfällig föräldrapenning.

Bland dem som använder tillfällig föräldrapenning är antalet nettodagar högre för äldre barn än för yngre: 8 dagar för barn som fick diagnosen autism vid sex års ålder, 12 dagar för barn som fick diagnosen vid tio års ålder och 19 dagar för barn som fick diagnosen vid femton års ålder. Majoriteten av dem som får en autismdiagnos i tonåren har också en annan psykiatrisk diagnos. Det kan

vara denna diagnos som gör att föräldrarna använder fler dagar med tillfällig föräldrapenning än föräldrar vars barn får diagnosen tidigare.

Tabell 7 **Andel barn där någon förälder använder tillfällig föräldrapenning och antal nettodagar per år för de barn där föräldrarna använder ersättningen. Barn som diagnostiserats med autism, efter barnets ålder vid det första tillfälle diagnosen ställdes. Procent**

Barnets ålder	Andel (%) barn där någon förälder använder tillfällig föräldrapenning	Nettodagar per år
6 år	53	8
10 år	54	12
15 år	24	19

Uttag av tillfällig föräldrapenning avser de som använt någon tillfällig föräldrapenning under kalenderåret. Nettodagar med tillfällig föräldrapenning avser antal nettodagar under kalenderåret, för de som använt tillfällig föräldrapenning under året. Ålder avser ålder vid årets slut.

Året efter att barnet fått diagnosen autism är det ungefär lika vanligt att föräldrar använder tillfällig föräldrapenning för sexåringar oavsett om autism är den enda diagnos barnet har, eller om barnet har någon mer diagnos. För tioåringar är det vanligare att använda tillfällig föräldrapenning om barnet har någon mer diagnos, jämfört om autism är den enda diagnos barnet har.

Mer än åtta av tio yngre barn med autism har omvårdnadsbidrag

Bland barn som fått diagnosen autism är det vanligt att föräldrarna har omvårdnadsbidrag. Under året efter att barnet fick diagnosen autism är det 86 procent av föräldrar till barn som var sex år då de fick diagnosen som har omvårdnadsbidrag. Motsvarande andelar för barn som var tio eller femton år då de fick diagnosen är 80 respektive 66 procent.

Tabell 8 **Andel barn där någon förälder har omvårdnadsbidrag. Barn som diagnostiserats med autism, efter barnets ålder vid det första tillfälle diagnosen ställdes. Procent**

Barnets ålder	Andel (%) barn där någon förälder har omvårdnadsbidrag
6 år	86
10 år	80
15 år	66

Förekomst av omvårdnadsbidrag omfattar även vårdbidrag och avser året efter den första vårdkontakten. Ålder avser ålder vid årets slut.

Barn som fått diagnosen depressiv episod

Det finns olika svårighetsgrader av depressiv episod: lindrig, medelsvår eller svår. Depressiv episod kan förekomma som en enstaka episod eller som återkommande episoder. Depressiv episod är ovanligt bland små barn och yngre skolbarn och debuterar oftare i tonåren. Det är vanligare att flickor både diagnostiseras med och medicinerar för depressiv episod än att pojkar gör det. Hos barn som har depressiv episod är det vanligt med samsjuklighet med någon annan psykiatrisk diagnos, till exempel ångest, ätstörning och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Det finns även en samsjuklighet med somatisk sjukdom, exempelvis huvudvärk, magont och trötthet. Det finns etablerade behandlingar mot depressiv episod. Tillståndet självläker ofta inom

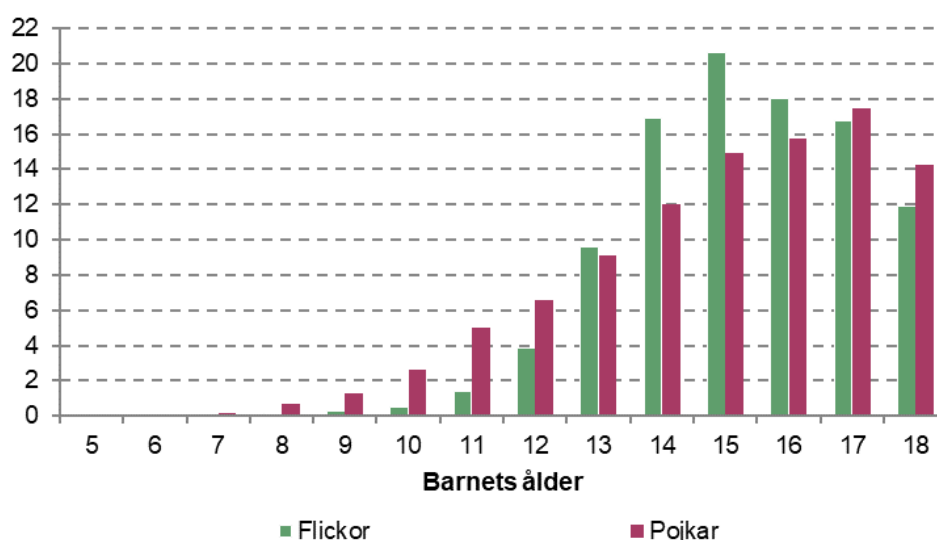
4–9 månader, men lidandet kan vara stort under tiden (Region Stockholm 2015).

Allt fler barn och unga diagnostiseras med depressiv episod. Orsaken till ökningen är inte känd, men det behöver inte bero på en faktisk ökning i befolkningen utan kan bero på ökad medvetenhet och förändrade attityder till barns mående. (Socialstyrelsen 2020 och Region Stockholm 2015)

Under år 2023 fick 7 500 barn (0–17 år) vård inom specialiserad öppenvård eller heldygnsvård på grund av depressiv episod. Av dessa barn var 76 procent flickor och 24 procent pojkar. (Socialstyrelsen - Statistikdatabasen, hämtad 2025-02-04)

I denna beskrivning analyserar vi barn som fått diagnosen depressiv episod (F32, nedan benämnt *depression*) någon gång under uppväxten. Första vårdkontakt avser första gången barnet får diagnosen. Depression är ovanligt bland yngre barn och de flesta får diagnosen i tonåren. I underlaget till den här rapporten är den vanligaste åldern att få diagnosen femton år för flickor och sjutton år för pojkar.¹⁹

Figur 11 Åldersfördelning (vid det första tillfälle diagnosen ställdes) för barn som diagnostiserats med depression, efter kön. Procent



Barn som fått diagnosen före 5 års ålder ingår här i åldersgruppen 5 år, eftersom uppgifter om vårdtillfällen före 5 års ålder inte ingår i datamaterialet. Ålder avser ålder vid årets slut.

Bland yngre barn, där diagnosen depression är mindre vanlig, är det fler pojkar än flickor bland de barn som får diagnosen. Däremot i tonåren, där diagnosen är vanligare, är det fler flickor bland de barn och unga som får diagnosen.

Nära nio av tio barn som får diagnosen depression har också fått en diagnos inom något annat diagnosavsnitt än F3 (där depression ingår) någon gång under den period vi följer barnen. Andelen som har någon mer diagnos är något högre bland flickor än pojkar. Bland de barn och unga som har någon ytterligare diagnos är det vanligast att ha en diagnos inom diagnosavsnitten F4

¹⁹ I underlaget till denna rapport finns 51 000 barn och unga som fått diagnosen depression. Av dem är 68 procent flickor och 32 procent pojkar.

(bl.a. ångest) eller F9 (bl.a. adhd). För flickor är det vanligast att ha en diagnos inom F4 (ångest), medan det för pojkar är ungefär lika vanligt att ha en diagnos inom F4 (ångest) som inom F9 (adhd).

Tillfällig föräldrapenning för en av fyra tonåringar som fått diagnosen depression

Eftersom depression är ovanligt bland yngre barn avgränsar vi beskrivningen till barn som fått diagnosen depression när de var tolv respektive femton år, och beskriver hur deras föräldrar använder tillfällig föräldrapenning och omvårdnadsbidrag.

Under året efter att de har diagnostiserats med depression är barnen tretton respektive sexton år, vilket är en ålder när rätten att använda tillfällig föräldrapenning inte omfattar lika många situationer som för yngre barn. När barnet fyllt sexton år har föräldrarna bara rätt till tillfällig föräldrapenning om barnet bedöms vara allvarligt sjukt eller omfattas av LSS.

Bland barn som fått diagnosen depression är det relativt vanligt att föräldrarna använder tillfällig föräldrapenning även för tonåringar. Bland barn som fick diagnosen depression vid tolv års ålder är det ett år senare 38 procent som har föräldrar som använder tillfällig föräldrapenning. För barn som var femton år när de fick diagnosen är motsvarande andel 25 procent. Bland barn där föräldrarna använder tillfällig föräldrapenning är det genomsnittliga antalet nettodagar per barn 33 dagar för de som var tolv år och 29 dagar för de som var femton år vid diagnostillfället.

Det är vanligare att föräldrarna använder tillfällig föräldrapenning för barn som har någon ytterligare diagnos jämfört med barn där depression är den enda diagnosen. Även antalet nettodagar som används är högre för barn som har fått flera diagnoser.

Tabell 9 Andel barn där någon förälder använder tillfällig föräldrapenning och antal nettodagar per år för de barn där föräldrarna använder ersättningen. Barn som diagnostiserats med depression, efter barnets ålder vid det första tillfälle diagnosen ställdes. Procent

Barnets ålder	Andel (%) barn där någon förälder använder tillfällig föräldrapenning	Nettodagar per år
12 år	38	33
15 år	25	29

Uttag av tillfällig föräldrapenning avser de som använt någon tillfällig föräldrapenning under kalenderåret. Nettodagar med tillfällig föräldrapenning avser antal nettodagar under kalenderåret, för de som använt tillfällig föräldrapenning under året. Ålder avser ålder vid årets slut.

Om ett barn under 18 år bedöms vara allvarligt sjukt kan föräldrapenning betalas ut till båda föräldrarna för samma tid under ett obegränsat antal dagar. Bland barn som fått diagnosen depression är det året efter diagnostillfället 3 procent av barn som fick diagnosen vid tolv års ålder och 4 procent av barn som fick diagnosen vid femton års ålder där föräldrarna har tillfällig föräldrapenning för ett allvarligt sjukt barn. Eftersom många av dessa barn även har andra diagnoser går det inte att säga att det är diagnosen depression i sig som ligger till grund för att barnet bedöms vara allvarligt sjukt, det kan vara andra diagnoser eller en kombination av diagnoser.

Fem år efter att barnet fått diagnosen depression är det 9 procent av barn som fick diagnosen vid tolv års ålder (och som är sjutton år) där föräldrarna använder tillfällig föräldrapenning. Andelen som har föräldrar som använder tillfällig föräldrapenning för ett allvarligt sjukt barn är 5 procent.

Vanligare med omvårdnadsbidrag om barnet har någon mer diagnos än depression

Det är vanligare med omvårdnadsbidrag i de fall där barnet var yngre när det fick diagnosen depression. Under året efter att barnet fick diagnosen har 37 procent av barn som var tolv år vid diagnosen föräldrar som har omvårdnadsbidrag, jämfört med 20 procent för barn som var femton år vid diagnostillfället.

Tabell 10 Andel barn där någon förälder har omvårdnadsbidrag. Barn som diagnostiserats med depression, efter barnets ålder vid det första tillfälle diagnosen ställdes. Procent

Barnets ålder	Andel (%) barn där någon förälder har omvårdnadsbidrag
12 år	37
15 år	20

Förekomst av omvårdnadsbidrag omfattar även vårdbidrag och avser året efter den första vårdkontakten. Ålder avser ålder vid årets slut.

Hur mycket omvårdnad och tillsyn barnet behöver skiljer sig åt mellan olika barn, och kan bland annat hänga samman med om barnet har någon mer diagnos än depression. Nära nio av tio barn som fått diagnosen depression har även andra diagnoser, som sannolikt bidrar till behovet av omvårdnadsbidrag.

Året efter att barnet fått diagnosen depression är det vanligare att ha omvårdnadsbidrag om barnet har någon ytterligare diagnos, än om depression är den enda diagnos barnet har. Exempelvis är det 15 procent av barn som vid tolv års ålder fick diagnosen depression och som inte har någon ytterligare psykiatrisk diagnos där föräldrarna har omvårdnadsbidrag. För barn som har någon ytterligare diagnos när depression diagnosticeras första gången är andelen med omvårdnadsbidrag 43 procent. Även barn som inte har en ytterligare psykiatrisk diagnos kan ha andra besvär, till exempel diabetes, som påverkar behovet av omvårdnad och tillsyn, och som kan ligga till grund för rätten till omvårdnadsbidrag.

Barn som fått diagnosen ångestsyndrom

Det finns olika typer av ångestsyndrom och symtomen varierar mellan de olika typerna. Ångestsyndrom innebär en återkommande svårhanterlig rädsla eller oro i vissa situationer eller i förhållande till vissa företeelser. Ångestsyndrom kan förekomma i olika allvarlighetsgrader och besvären kan i vissa fall vara långvariga.

Hos barn som har ångestsyndrom kan det finnas en samsjuklighet både med en annan psykiatrisk diagnos eller somatiska besvär som exempelvis huvudvärk, magont och trötthet.

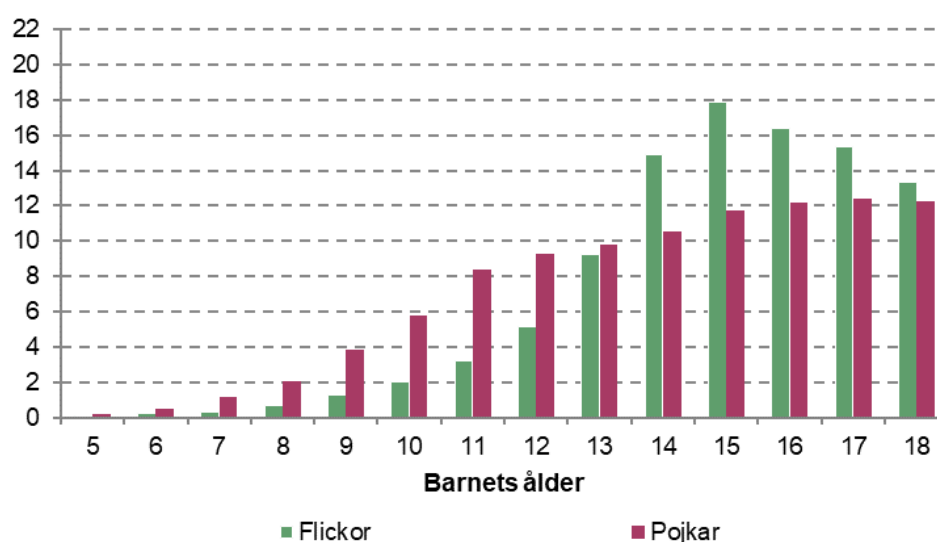
Allt fler barn och unga diagnostiseras med ångestsyndrom, vad ökningen beror på är inte känt. Ökningen i antalet diagnostiserade barn behöver inte bero på en faktisk ökning i befolkningen utan förklaras av ökad medvetenhet,

förändrade attityder om barns mående och att man vänder sig till vården i större utsträckning än tidigare (Socialstyrelsen 2021 och Socialstyrelsen 2020).

Under år 2023 fick 11 000 barn (0–17 år) vård inom specialiserad öppenvård eller heldygnsvård på grund av andra ångestsyndrom. Av dessa barn var 77 procent flickor och 23 procent pojkar. (Socialstyrelsen - Statistikdatabasen, hämtad 2025-02-04)

I denna beskrivning inkluderas barn som fått diagnosen andra ångestsyndrom (F41 nedan benämnt *ångest*) någon gång under uppväxten. Första vårdkontakt avser första gången barnet får diagnosen. Både bland pojkar och flickor är det vanligast att få diagnosen när barnet är i tonåren. För flickor är femton år den vanligaste åldern att få diagnosen medan det bland pojkar är ungefär lika vanligt i åldrarna 15–18 år.²⁰

Figur 12 Åldersfördelning (vid det första tillfälle diagnosen ställdes) för barn som diagnostiserats med ångest, efter kön. Procent



Barn som fått diagnosen före 5 års ålder ingår här i åldersgruppen 5 år, eftersom uppgifter om vårdtillfällen före 5 års ålder inte ingår i datamaterialet. Ålder avser ålder vid årets slut.

Bland yngre barn, där diagnosen ångest är mindre vanlig, är det lite fler pojkar än flickor bland de barn som får diagnosen. I tonåren, där diagnosen är vanligare, är det fler flickor bland de barn och unga som får diagnosen.

Bland de barn som fått diagnosen ångest har åtta av tio även en diagnos inom något annat diagnosavsnitt än F4 (dit ångest hör) någon gång under den period vi följer barnen. Andelen som har en annan diagnos är lika stor bland flickor som bland pojkar. För de barn och unga som har någon mer diagnos än ångest är det vanligast att ha en diagnos inom diagnosavsnitten F9 (bl.a. adhd) eller F3 (bl.a. depression). Bland flickor är det ungefär lika vanligt att ha en diagnos inom F3 (depression) som inom F9 (adhd). Däremot bland pojkar är det vanligast att ha en diagnos inom F9 (adhd), och därefter är det ungefär lika vanligt med diagnoser inom F3 (depression) och F8 (bl.a. autism). En förklaring till den höga samsjukligheten kan vara att vi i denna rapport bara följer

²⁰ I underlaget till denna rapport finns 70 000 barn och unga som fått diagnosen ångest. Av dem är 70 procent flickor och 30 procent pojkar.

personer som varit i kontakt med den specialiserade vården. Personer med lindrigare ångest och utan samsjuklighet vårdas sannolikt inom primärvården eller i andra vårdformer.

Var tredje 12-åring med ångest har föräldrar som använder tillfällig föräldrapenning

Eftersom ångest är ovanligt bland yngre barn omfattar beskrivningen barn som fått diagnosen när de var tolv respektive femton år, och beskriver hur deras föräldrar använder tillfällig föräldrapenning och omvårdnadsbidrag.

Under året efter att de har diagnostiserats med ångest är barnen tretton respektive sexton år, vilket är en ålder när rätten att använda tillfällig föräldrapenning inte omfattar lika många situationer som för yngre barn. Bland barn som fått diagnosen ångest är det relativt vanligt att föräldrarna använder tillfällig föräldrapenning även för tonåringar. Bland barn som fick diagnosen ångest vid tolv års ålder är det ett år senare 34 procent som har föräldrar som använder tillfällig föräldrapenning. För barn som var femton år när de fick diagnosen är motsvarande andel 22 procent. Bland barn där föräldrarna använder tillfällig föräldrapenning är det genomsnittliga antalet nettodagar per barn 26 dagar, både för de som var tolv och de som var femton år vid diagnostillfället.

Det är vanligare att föräldrarna använder tillfällig föräldrapenning för barn som har någon ytterligare diagnos jämfört med barn där ångest är den enda diagnosen. Även antalet nettodagar som används är högre för barn som har flera diagnoser.

Tabell 11 Andel barn där någon förälder använder tillfällig föräldrapenning och antal nettodagar per år för de barn där föräldrarna använder ersättningen. Barn som diagnostiserats med ångest, efter barnets ålder vid det första tillfälle diagnosen ställdes. Procent

Barnets ålder	Andel (%) barn där någon förälder använder tillfällig föräldrapenning	Nettodagar per år
12 år	34	26
15 år	22	26

Uttag av tillfällig föräldrapenning avser de som använt någon tillfällig föräldrapenning under kalenderåret. Nettodagar med tillfällig föräldrapenning avser antal nettodagar under kalenderåret, för de som använt tillfällig föräldrapenning under året. Ålder avser ålder vid årets slut.

Bland barn som fått diagnosen ångest är det året efter diagnosen 1 procent av barn som fick diagnosen vid tolv års ålder och 4 procent av barn som fick diagnosen vid femton års ålder där föräldrarna har tillfällig föräldrapenning för ett allvarligt sjukt barn.

Fem år efter att barnet fått diagnosen ångest är det 6 procent av de barn som fick diagnosen vid tolv års ålder (och som är sjutton år) där föräldrarna använder tillfällig föräldrapenning. Andelen som har föräldrar som använder tillfällig föräldrapenning för ett allvarligt sjukt barn är 2 procent.

Vanligare med omvårdnadsbidrag om barnet har fler diagnoser än ångest

Det är vanligare med omvårdnadsbidrag i de fall där barnet var yngre när det fick diagnosen ångest. Under året efter att barnet fick diagnosen har 35 procent av barn som var tolv år vid diagnostillfället föräldrar som har

omvårdnadsbidrag, jämfört med 20 procent för barn som var femton år vid diagnostillfället.

Tabell 12 Andel barn där någon förälder har omvårdnadsbidrag. Barn som diagnostiserats med ångest, efter barnets ålder vid det första tillfälle diagnosen ställdes. Procent

Barnets ålder	Andel (%) barn där någon förälder har omvårdnadsbidrag
12 år	35
15 år	20

Förekomst av omvårdnadsbidrag omfattar även vårdbidrag och avser året efter den första vårdkontakten. Ålder avser ålder vid årets slut.

Hur mycket omvårdnad och tillsyn barnet behöver skiljer sig åt mellan olika barn, och kan bland annat hänga samman med om barnet har någon mer diagnos än ångest. En stor andel av de barn som fått diagnosen ångest har även andra diagnoser. Året efter att barnet fått diagnosen ångest är det vanligare att ha omvårdnadsbidrag om barnet har någon ytterligare diagnos, än om ångest är den enda diagnos barnet har. För de barn som fick diagnosen ångest vid tolv års ålder och där det finns uppgift om minst en ytterligare diagnos är andelen med omvårdnadsbidrag 46 procent, jämfört med 10 procent bland de barn där det inte finns uppgift om någon ytterligare diagnos. Sannolikt bidrar dessa ytterligare diagnoser till behovet av omvårdnadsbidrag.

Barn med anorexi

Anorexi (anorexia nervosa) är en typ av ätstörning. Personer som har anorexi har undervikt, och många har en intensiv rädsla för att gå upp i vikt.

I gruppen som har anorexi finns en stor variation i svårighetsgraden. Sjukdomen kan bli långvarig och det finns risk för medicinska konsekvenser eftersom sjukdomen kan påverka hormonsystemet, hjärtfunktionen, cirkulationen och njurfunktionen. Sjukdomen kan bli livshotande.

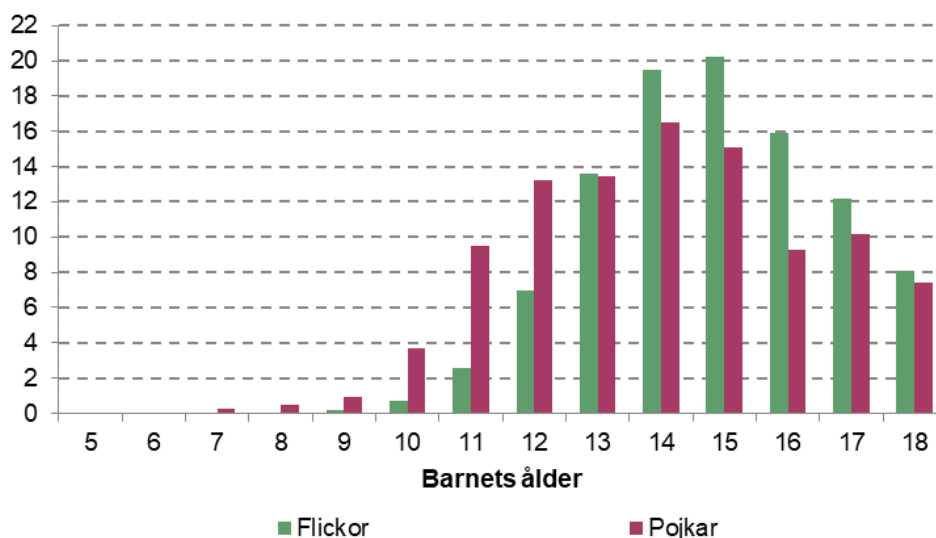
Många som har en ätstörning har också andra sjukdomar eller funktionsnedsättningar, exempelvis depression, ångest eller neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (Socialstyrelsen 2024d).

Under år 2023 fick 4 100 barn (0–17 år) vård inom specialiserad öppenvård eller heldygnsvård på grund av ätstörningar. Av dessa barn var 89 procent flickor och 11 procent pojkar. (Socialstyrelsen - Statistikdatabasen, hämtad 2025-02-04)

Denna beskrivning är avgränsad till barn som fått diagnosen anorexia nervosa (F500, nedan benämnt *anorexi*) någon gång under uppväxten. Första vårdkontakt avser första gången barnet får diagnosen. Anorexi är ovanligt bland yngre barn, och de flesta får diagnosen i tonåren. I underlaget till den här rapporten är den vanligaste åldern att få diagnosen fjorton år för pojkar och femton år för flickor.²¹

²¹ Underlaget till denna rapport omfattar 6 800 barn och unga som fått diagnosen anorexi. Av dem är 94 procent flickor och 6 procent pojkar.

Figur 13 Åldersfördelning (vid det första tillfälle diagnosen ställdes) för barn som diagnostiserats med anorexi, efter kön. Procent



Barn som fått diagnosen före 5 års ålder ingår här i åldersgruppen 5 år, eftersom uppgifter om vårdtillfällen före 5 års ålder inte ingår i datamaterialet. Ålder avser ålder vid årets slut.

Bland de barn som fått diagnosen anorexi har drygt sex av tio även fått en diagnos inom något annat diagnosavsnitt än F5 (där anorexi ingår) någon gång under den period vi följer barnen. Det är ungefär lika vanligt att flickor fått någon mer diagnos som att pojkar fått det. För de barn som fått någon mer diagnos än anorexi är det vanligast att ha fått en diagnos inom diagnosavsnitt F4 (bl.a. ångest) eller F3 (bl.a. depression).

Vanligt med tillfällig föräldrapenning och högt antal nettodagar för barn med anorexi

Eftersom anorexi är ovanligt bland yngre barn avgränsas analysen till barn som fått diagnosen när de var tolv respektive femton år.

Under året efter att de har fått diagnosen är barnen tretton respektive sexton år, vilket är en ålder när rätten att använda tillfällig föräldrapenning inte omfattar lika många situationer som för yngre barn. Bland barn som fått diagnosen anorexi är det vanligt att föräldrarna använder tillfällig föräldrapenning även för tonåringar. 61 procent av barn som fått diagnosen anorexi vid tolv års ålder och 48 procent av barn som fått diagnosen vid femton års ålder har föräldrar som använder tillfällig föräldrapenning ett år senare. Antalet nettodagar som används är i genomsnitt 79 dagar för barn som fått diagnosen vid tolv års ålder, och 69 dagar för barn som fått diagnosen vid femton års ålder.

Tabell 13 **Andel barn där någon förälder använder tillfällig föräldrapenning och antal nettodagar per år för de barn där föräldrarna använder ersättningen. Barn som diagnostiserats med anorexi, efter barnets ålder vid det första tillfälle diagnosen ställdes. Procent**

Barnets ålder	Andel (%) barn där någon förälder använder tillfällig föräldrapenning	Nettodagar per år
12 år	61	79
15 år	48	69

Uttag av tillfällig föräldrapenning avser de som använt någon tillfällig föräldrapenning under kalenderåret. Nettodagar med tillfällig föräldrapenning avser antal nettodagar under kalenderåret, för de som använt tillfällig föräldrapenning under året. Ålder avser ålder vid årets slut.

Om ett barn under arton år bedöms vara allvarligt sjukt kan tillfällig föräldrapenning betalas ut till båda föräldrarna för samma tid under ett obegränsat antal dagar. Bland barn som fått diagnosen anorexi är det året efter diagnostillfället 23 procent av barn som var tolv år vid diagnosen och 22 procent av barn som var femton år vid diagnostillfället där föräldrarna har tillfällig föräldrapenning för ett allvarligt sjukt barn. Andelen allvarligt sjuka barn är betydligt högre bland barn med anorexi, jämfört med barn som fått diagnosen depression eller ångest (se ovan).

Fem år efter att barnet fått diagnosen anorexi är det 8 procent av barn som fick diagnosen vid tolv års ålder (och som är sjutton år) som har föräldrar som använder tillfällig föräldrapenning. Andelen som har föräldrar som använder tillfällig föräldrapenning för ett allvarligt sjukt barn är 4 procent. Minskningen över tid är tydlig, vilket kan vara ett tecken på att barnets behov av vård minskat över tid.

Ovanligt med omvårdnadsbidrag bland föräldrar till barn med anorexi

Andelen barn där någon förälder har omvårdnadsbidrag är ungefär lika stor bland barn i olika åldrar. Under året efter att barnet fått diagnosen anorexi har 7 procent av barn som fick diagnosen vid tolv års ålder och 8 procent av barn som fick diagnosen vid femton års ålder föräldrar som har omvårdnadsbidrag.

Sannolikt är det så att anorexi som ensam diagnos ofta inte ger rätt till omvårdnadsbidrag. Om föräldrarna har omvårdnadsbidrag kan det vara så att barnet även har en annan diagnos som ligger till grund för ersättningen.

Tabell 14 **Andel barn där någon förälder har omvårdnadsbidrag. Barn som diagnostiserats med anorexi, efter barnets ålder vid det första tillfälle diagnosen ställdes. Procent**

Barnets ålder	Andel (%) barn där någon förälder har omvårdnadsbidrag
12 år	7
15 år	8

Förekomst av omvårdnadsbidrag omfattar även vårdbidrag och avser året efter den första vårdkontakten. Ålder avser ålder vid årets slut.

Sammanfattade iakttagelser om barn med olika diagnoser

I det här avsnittet har vi jämfört hur föräldrar till barn som fått några utvalda diagnoser använder socialförsäkringen. De diagnoser vi beskriver är alla vanliga bland barn med psykisk ohälsa, men de medför olika behov av stöd

från föräldrarna. Beroende på vilket behov av stöd barnet har, om och hur föräldern deltar i möten och/eller behandling som gäller barnets ohälsa och hur gammalt barnet är finns olika möjlighet för föräldern att få ekonomiskt stöd genom socialförsäkringen.

Adhd och autism diagnostiseras ofta relativt tidigt i barnets liv, särskilt för pojkar. När barnen är under tolv år är det mer än hälften av barnen där föräldrarna använder tillfällig föräldrapenning, och det handlar i genomsnitt om ungefär 10 nettodagar per år. För barn med adhd och autism är det vanligt att föräldrarna har omvårdnadsbidrag, bland de yngsta barnen (sex år) gäller det drygt sju av tio barn med adhd och nära nio av tio barn med autism.

Depression och ångest är diagnoser som oftare ställs hos äldre barn och unga. Det är relativt vanligt att föräldrar använder tillfällig föräldrapenning för barn som diagnostiserats med depression och ångest, även när barnen är tonåringar. För de barn där föräldrarna använder tillfällig föräldrapenning är det i genomsnitt ett högt antal dagar som används, omkring 30 dagar per år för barn som fick diagnosen vid tolv års ålder. Lite mer än vart tredje barn som fått någon av diagnoserna depression eller ångest vid tolv års ålder har föräldrar med omvårdnadsbidrag. En majoritet av dessa barn har även andra diagnoser, som sannolikt bidrar till behovet av omvårdnadsbidrag.

Även diagnosen anorexi förekommer främst bland äldre barn och ungdomar. Anorexi är den av de diagnoser vi jämför här där användandet av tillfällig föräldrapenning är högst, både sett till att det är en hög andel av barn där föräldrarna använder tillfällig föräldrapenning och att det genomsnittliga antalet dagar som används är högt. Däremot har barn som fått diagnosen anorexi mer sällan behov som medför rätt till omvårdnadsbidrag.

Det är viktigt att komma ihåg att många barn har fått mer än en diagnos, och att användandet av en ersättning inom socialförsäkringen inte behöver hänga samman med den diagnos vi visar här.

Gemensamt för samtliga diagnoser vi jämför är att de innebär att barnen har ett större behov av stöd och/eller vård från föräldrarna, jämfört med barn som inte vårdats för psykisk ohälsa. Det kan handla om såväl faktisk vård av barnet som att föräldern deltar vid vårdbesök och utredningar, eller vid besök på habilitering. Barnets behov av omsorg blir också större om skolsituationen inte fungerar och om barnet har svårigheter att delta i undervisningen.

Tabell 15 **Andel barn där någon förälder använder tillfällig föräldrapenning respektive omvårdnadsbidrag. Barn som vid 10 respektive 12 års ålder fått olika diagnoser. Procent samt nettodagar**

	Adhd	Autism	Depression	Ångest	Anorexi
Andel (%) med tillfällig föräldrapenning	53	54	38	34	61
Nettodagar	8	12	33	26	79
Andel med omvårdnadsbidrag	52	80	37	35	7

För adhd och autism ingår barn som fått diagnosen vid 10 års ålder, för depression, ångest och anorexi barn som fått diagnosen vid 12 års ålder. Detta innebär att regelverket för tillfällig föräldrapenning ser olika ut för föräldrarna. Uttag av tillfällig föräldrapenning och omvårdnadsbidrag (inkl. vårdbidrag) avser de som använt respektive ersättning under året efter den första vårdkontakten. Nettodagar med tillfällig föräldrapenning avser antal nettodagar under kalenderåret, för de som använt tillfällig föräldrapenning under året.

Vilka föräldrar till barn med psykisk ohälsa har tillfällig föräldrapenning och omvårdnadsbidrag?

I de föregående avsnitten utgår redovisningen från barnen, och hur vanligt det är att (minst en av) föräldrarna använder tillfällig föräldrapenning och/eller omvårdnadsbidrag. I detta avsnitt är fokus på vilka föräldrar som använder ersättningarna, och de skillnader som finns mellan kvinnor och män, föräldrar med olika utbildningsnivå och föräldrar som är födda i och utanför Sverige.

För föräldrar som har mer än ett barn med psykisk ohälsa under den studerade tidsperioden avgränsas beskrivningen till det barn som först (i kalenderår) har en vårdkontakt. Detta representerar det första tillfället då något av föräldrarnas barn har en sådan vårdkontakt som omfattas av de register vi har tillgång till.

Föräldrar som använder tillfällig föräldrapenning

Tillfällig föräldrapenning är en arbetsbaserad förmån för att kunna använda ersättningen krävs att föräldern har rätt till en sjukpenninggrundande inkomst (SGI). I detta avsnitt är beskrivningen avgränsad till föräldrar som kan antas vara försäkrade för tillfällig föräldrapenning (se bilaga 1).²²

Det är vanligare att kvinnor använder tillfällig föräldrapenning än att män gör det. Under året efter barnets första vårdkontakt är det 35 procent av kvinnorna som använder tillfällig föräldrapenning, jämfört med 24 procent av männen. Andelarna varierar med barnets ålder, för kvinnor är andelen 52 procent när barnet är sex år och knappt 3 procent när barnet är arton år. Motsvarande andelar för män är 44 respektive 1 procent.

Föräldrar med förgymnasial utbildning använder mer sällan tillfällig föräldrapenning

Användandet av tillfällig föräldrapenning bland föräldrar till barn med psykisk ohälsa skiljer sig åt mellan personer med olika utbildningsnivå. Andelen är lägst för personer med förgymnasial utbildning. För män är andelen som använder tillfällig föräldrapenning ungefär lika hög för de som har gymnasial och eftergymnasial utbildning, medan den för kvinnor är något högre för de som har eftergymnasial utbildning.

Skillnaderna mellan könen ser olika ut i de olika grupperna. Bland personer med gymnasial eller eftergymnasial utbildning är det vanligare att kvinnor använder tillfällig föräldrapenning än att män gör det, medan det inte är lika tydliga skillnader mellan kvinnor och män bland personer med förgymnasial utbildningsnivå.

Skillnaden mellan personer med olika utbildningsnivå kan hänga samman med att situationen på arbetsmarknaden skiljer sig åt mellan grupperna, särskilt bland kvinnor (SCB - Arbetskraftsundersökningarna 2025-04-11). Personer med förgymnasial utbildning är sysselsatta i mindre utsträckning, och bland de som arbetar är det en högre andel som har en tillfällig anställning. Dessutom

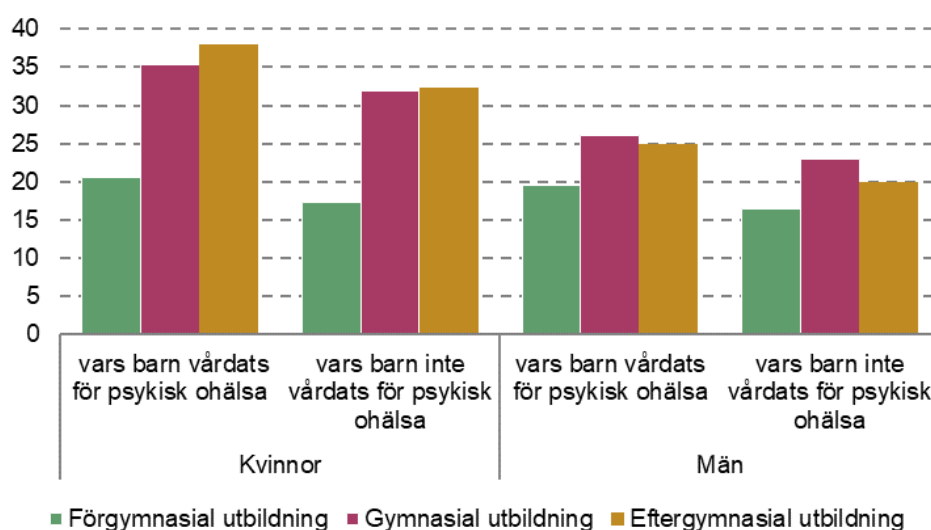
²² I beskrivningen ingår både föräldrar som är folkbokförda med barnet och inte. Föräldrar som är folkbokförda tillsammans med sitt barn använder tillfällig föräldrapenning i större utsträckning än föräldrar som inte är folkbokförda tillsammans med sitt barn. Bland kvinnor som är folkbokförda tillsammans med barnet är det 36 procent som använder tillfällig föräldrapenning, jämfört med 26 procent bland kvinnor som inte är folkbokförda med barnet. Motsvarande andel för män är 28 respektive 15 procent.

har de i genomsnitt en kortare överenskommen arbetstid. En möjlig förklaring till att personer med förgymnasial utbildning använder tillfällig föräldrapenning i mindre utsträckning är alltså att de arbetar i mindre omfattning och bara har rätt till tillfällig föräldrapenning den tid de skulle ha arbetat. En annan möjlig förklaring är att den sämre situationen på arbetsmarknaden, bland annat med en högre andel som har tillfälliga anställningar, gör att man upplever att det är svårt att vara frånvarande från arbetet.

Bland personer som använder tillfällig föräldrapenning är antalet nettodagar något högre för personer med lägre utbildningsnivå jämfört med personer som har högre utbildningsnivå. Bland kvinnor med barn som vårdats för psykisk ohälsa använder de som har förgymnasial utbildning i genomsnitt 11 dagar året efter barnets första vårdkontakt, jämfört med 9 dagar för kvinnor med eftergymnasial utbildning. För män är motsvarande antal 8 respektive 7 dagar.

Skillnaden mellan grupper med olika utbildningsnivå är ungefär lika stor bland föräldrar vars barn haft en vårdkontakt för psykisk ohälsa, som bland föräldrar vars barn inte haft det.

Figur 14 Andel föräldrar som använder tillfällig föräldrapenning, efter utbildningsnivå. Procent



Uttag av tillfällig föräldrapenning avser de som använt någon tillfällig föräldrapenning under kalenderåret. För barn som vårdats för psykisk ohälsa gäller uttag av tillfällig föräldrapenning året efter den första vårdkontakten. Föräldrar där uppgift om utbildningsnivå saknas ingår inte i redovisningen. Det gäller ca 1 procent av föräldrarna.

Inrikes födda använder tillfällig föräldrapenning i större utsträckning än utrikes födda. Det gäller bland både kvinnor och män. Bland kvinnor använder 38 procent av inrikes födda och 25 procent av utrikes födda föräldrar till barn med psykisk ohälsa tillfällig föräldrapenning året efter barnets första vårdkontakt. För män är motsvarande andelar 26 respektive 19 procent (se Figur 18, bilaga 3).

Liksom skillnaden mellan föräldrar med olika utbildningsnivå är skillnaden mellan inrikes och utrikes födda är ungefär lika stor bland föräldrar vars barn haft en vårdkontakt för psykisk ohälsa, som bland föräldrar vars barn inte haft det.

Omvårdnadsbidrag bland föräldrar till barn med psykisk ohälsa

För att kunna få omvårdnadsbidrag krävs att en förälder omfattas av den svenska socialförsäkringen. Till skillnad från tillfällig föräldrapenning är omvårdnadsbidrag en bosättningsbaserad ersättning, och det finns inget krav på sjukpenninggrundande inkomst för att få bidraget. Det ställs inte heller några krav på att föräldern avstår från förvärvsarbete. Däremot är det möjligt för föräldrar till barn som det lämnas omvårdnadsbidrag för att gå ner i arbetstid om de vill.²³

Omvårdnadsbidraget infördes 2019 och ersatte det tidigare vårdbidraget. I vårdbidraget kunde bara en förälder beviljas bidrag, och enbart om föräldrarna var överens kunde de under vissa villkor få halva bidraget var. I omvårdnadsbidraget finns möjlighet för båda föräldrarna att ansöka om och få rätt till omvårdnadsbidrag.

Det är vanligare att kvinnor är mottagare av omvårdnadsbidrag än att män är det. Under året efter barnets första vårdkontakt är det 18 procent av kvinnorna som tar emot omvårdnadsbidrag, jämfört med 4 procent av männen. Omvårdnadsbidraget har dock inte någon koppling till hur stort ansvar föräldrar tar för omvårdnaden av sitt barn eller om föräldern går ner i arbetstid. Könsskillnaderna i vem som är mottagare av bidraget behöver alltså inte spegla vilket ansvar föräldrar tar för omvårdnaden av sitt barn.

Andelen som har omvårdnadsbidrag är högre bland de vars barn får diagnosen tidigt i livet, för kvinnor är andelen 31 procent när barnet är sex år och 7 procent när barnet är sexton år. Motsvarande andelar för män är 7 respektive 1 procent.²⁴

Omvårdnadsbidrag lika vanligt oavsett förälderns utbildningsnivå

Bland kvinnor som har förgymnasial eller gymnasial utbildning och vars barn vårdats för psykisk ohälsa är det 20 procent som har omvårdnadsbidrag året efter barnets första vårdkontakt. För kvinnor med eftergymnasial utbildning är andelen något lägre, 16 procent. Bland män med barn som vårdats för psykisk ohälsa är det 4 procent som har omvårdnadsbidrag, och det är ingen skillnad mellan män som har olika utbildningsnivå.

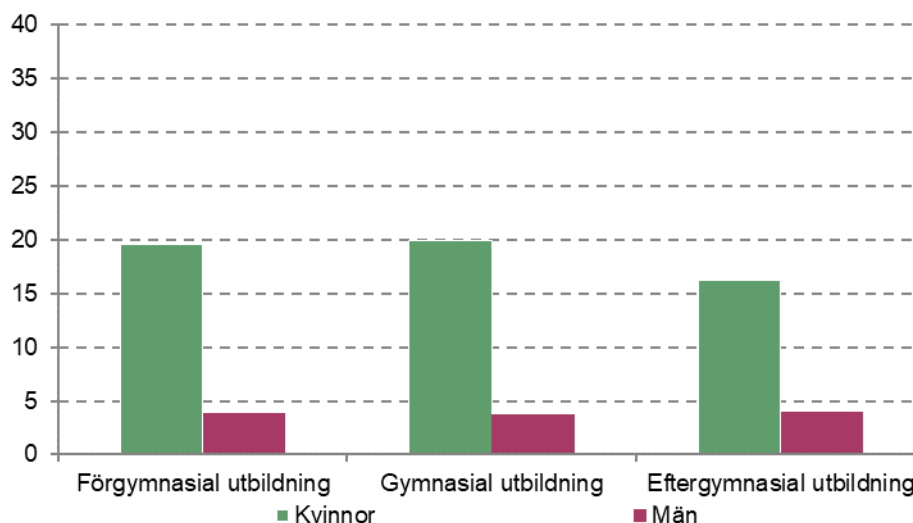
Skillnaderna mellan föräldrar med olika utbildningsnivå ser alltså annorlunda ut när det gäller omvårdnadsbidrag än tillfällig föräldrapenning (där föräldrar med högre utbildningsnivå i större utsträckning använder tillfällig föräldrapenning, men i något mindre utsträckning har omvårdnadsbidrag). En möjlig förklaring är att omvårdnadsbidrag kan användas av föräldrar oavsett om de förvärvsarbetar

²³ Rätten att förkorta arbetstiden gäller enbart beslut om omvårdnadsbidrag, samma rätt fanns inte för vårdbidrag. Det saknas uppgift hur vanligt det är att föräldrar går ner i arbetstid när det lämnas omvårdnadsbidrag för barnet.

²⁴ Bland föräldrar vars barn inte vårdats för psykisk ohälsa är andelen med omvårdnadsbidrag låg, omkring en procent eller lägre. Därför ingår de inte i framställningen i detta avsnitt.

eller inte. Om föräldern är arbetslös eller studerar har inte heller betydelse för rätten till bidrag.²⁵

Figur 15 Andel föräldrar som har omvårdnadsbidrag, efter utbildningsnivå. Procent



Förekomst av omvårdnadsbidrag omfattar även vårbidrag och avser året efter den första vårdkontakten. Föräldrar där uppgift om utbildningsnivå saknas ingår inte i redovisningen. Det gäller ca 1 procent av föräldrarna.

Andelen föräldrar som har omvårdnadsbidrag är ungefär lika hög bland inrikes och utrikes födda (se Figur 19, bilaga 3).

²⁵ I beskrivningen ingår både föräldrar som är folkbokförda tillsammans med barnet och inte. Föräldrar som är folkbokförda tillsammans med barnet har omvårdnadsbidrag i större utsträckning än föräldrar som inte är folkbokförda tillsammans med sitt barn. Bland kvinnor som är folkbokförda tillsammans med barnet är det 19 procent som har omvårdnadsbidrag, jämfört med 10 procent bland kvinnor som inte är folkbokförda med barnet. Motsvarande andel för män är 4 respektive 2 procent.

Sjukfrånvaro hos föräldrar till barn med psykisk ohälsa

Tidigare studier har visat att föräldrar till barn med särskilda behov har en högre sjukfrånvaro än andra föräldrar (se t.ex. ISF (2013) och Försäkringskassan (2014)). Det här avsnittet beskriver hur vanligt det är att föräldrar har sjukpenning i anslutning till att barnet vårdats för psykisk ohälsa. För personer som har en arbetsgivare betalar arbetsgivaren oftast sjuklön de första två veckorna av ett sjukfall. Denna beskrivning av föräldrarnas sjukfrånvaro omfattar endast sjukpenning från Försäkringskassan, vilket för de som har en arbetsgivare alltså gäller vid sjukfrånvaro längre än två veckor.

I avsnittet beskriver vi förekomsten av sjukfrånvaro hos föräldrar till barn med psykisk ohälsa jämfört med andra föräldrar. Vi beskriver skillnader mellan kvinnor och män, föräldrar med olika utbildningsnivå och föräldrar som är födda i och utanför Sverige. Vi visar även skillnader mellan föräldrar vars barn fått olika diagnoser och är i olika åldrar.

Beskrivningen omfattar dels all sjukskrivning, dels sjukskrivningar relaterade till psykisk ohälsa. Med psykisk ohälsa hos föräldrarna avses sjukskrivning i diagnosavsnitten F3 (bl.a. depression) och F4 (bl.a. ångest och stressrelaterad psykisk ohälsa) och ett kompletterande mått med en bredare definition av psykisk ohälsa och stressrelaterade besvär.²⁶ Det finns inga skarpa gränser för vad som är att beteckna som "stressrelaterade besvär" och redovisningen gör därför inte anspråk på att vara heltäckande i detta avseende.

Eftersom sjukpenning är en arbetsbaserad förmån är beskrivningen i detta kapitel avgränsad till personer som kan antas vara försäkrade för sjukpenning (se bilaga 1).

Resultaten i sammandrag:

- Föräldrar till barn med psykisk ohälsa är sjukskrivna i större utsträckning än andra föräldrar. Under året efter barnets första vårdkontakt har omkring 22 procent av kvinnorna och 11 procent av männen sjukpenning någon gång, jämfört med 13 respektive 7 procent bland föräldrar vars barn inte vårdats för psykisk ohälsa. Skillnaden är särskilt stor när det gäller sjukskrivning i psykiatriska diagnoser. Skillnaden kan bero på att föräldrar till barn med ohälsa upplever en större belastning och oro, som minskar möjligheten till återhämtning. Det kan också finnas faktorer inom familjen, så som ärftlighet

²⁶ Det sammanfattande måttet på sjukskrivning i psykisk ohälsa och stressrelaterade besvär innefattar alla psykiska sjukdomar (F00-F99) och somatiska sjukdomar som ofta är stressrelaterade: sömnstörningar (G47), migrän (G43) spänningshuvudvärk (G44.2), spondylolistes (M43.1), andra spondylopatier (M48), andra sjukdomar i mellankotskivorna (M51), lumbago med ischias (M54.4), fibromyalgi (M79.7), Smärta och värk som ej klassificeras på annan plats (R52), Sjukdomskänsla och trötthet (R53) och faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården (Z00-Z99)

och social sårbarhet, som leder till ökad risk för psykisk ohälsa för både föräldern och barnet.

- Skillnaden mellan andelen män och kvinnor med sjukpenning är större bland föräldrar till barn som vårdats för psykisk ohälsa än bland andra föräldrar.
- Sjukfrånvaron skiljer sig åt mellan föräldrar med olika utbildningsnivå. Bland kvinnor är andelen med sjukpenning under året efter barnets första vårdkontakt högre bland kvinnor med gymnasial utbildning än kvinnor med förgymnasial utbildning. Andelen män som har sjukpenning är högst bland män med förgymnasial utbildning.

Sjukpenning

En försäkrad har rätt till sjukpenning vid sjukdom som sätter ned hans eller hennes arbetsförmåga med minst en fjärdedel.

Sjukpenning beviljas i olika omfattning (hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedel) beroende på hur mycket arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom.

De flesta som är anställda har rätt till sjuklön från sin arbetsgivare under de första 14 dagarna i en sjukperiod och kan få sjukpenning från och med dag 15. Den som är arbetslös eller egenföretagare kan få sjukpenning från Försäkringskassan från den första dagen i sjukperioden.

En mer utförlig beskrivning av regelverket finns i bilaga 2.

Högre sjukfrånvaro bland föräldrar som har barn med psykisk ohälsa än bland andra föräldrar

Det är vanligare med sjukpenning bland kvinnor än bland män. Det gäller i synnerhet när det gäller stressrelaterad psykisk ohälsa. Skillnaderna kan till stor del förklaras av att kvinnor och män arbetar inom olika yrken, men oavsett yrke har kvinnor en högre risk än män att bli sjukskrivna för stressrelaterad psykisk ohälsa. En förklaring som lyfts fram i flera studier är att kvinnor tar ett större ansvar för hem- och familjesysslor än män, och kombinerar detta med sin roll i arbetslivet. Detta kan innebära en ökad total belastning, och sämre möjlighet till återhämtning (Försäkringskassan 2020, Försäkringskassan 2024). Att vara förälder till ett barn med nedsatt hälsa eller omfattande omvårdnadsbehov kan därför vara förknippat med en sämre egen hälsa, och därmed högre risk för sjukskrivning.

Figur 16 visar andelen med sjukpenning bland föräldrar till barn som vårdats för psykisk ohälsa. Figuren beskriver tidsperioden från två år före barnets första vårdkontakt till tio år efter den första vårdkontakten.

Två år före barnets första vårdkontakt har 19 procent av kvinnorna sjukpenning, motsvarande andel för män är 9 procent. Året efter barnets första vårdkontakt har 22 procent av kvinnorna och 11 procent av männen

sjukpenning.²⁷ Sjukfrånvaron hos både kvinnor och män ligger sedan kvar på ungefär samma nivå de följande tio åren efter barnets första vårdkontakt.

Figur 16 Andel föräldrar som har sjukpenning, två år före till tio år efter barnets första vårdkontakt. Procent



Förekomst av sjukpenning avser de som fått sjukpenning någon gång under kalenderåret.

Andelen föräldrar med sjukpenning är högre bland föräldrar till barn som vårdats för psykisk ohälsa jämfört med andra föräldrar. Bland kvinnor har 22 procent av de vars barn vårdats för psykisk ohälsa haft sjukpenning någon gång under året efter barnets första vårdkontakt. Bland andra kvinnor med barn i motsvarande åldrar har 13 procent sjukpenning. Motsvarande andelar för män är 11 respektive 7 procent.

Könsskillnaden är större bland föräldrar till barn med psykisk ohälsa jämfört med andra föräldrar. Detta är i linje med till exempel Försäkringskassans tidigare analys av sjukfrånvaro bland föräldrar, som visade att sambandet mellan extra omsorgsansvar och sjukfrånvaro för föräldrar är starkare för kvinnor än för män (Försäkringskassan 2014). Det kan alltså vara så att det utökade föräldraansvar som följer av barnets hälsotillstånd leder till en ökad belastning, vilket i sin tur kan öka föräldrarnas risk för sjukskrivning (Försäkringskassan 2020, Försäkringskassan 2024).

Skillnaden i sjukfrånvaro mellan föräldrar till barn med psykisk ohälsa och andra föräldrar är dock tydlig även under flera år innan barnets första vårdkontakt. Det kan tyda på att barnet hade ett större omsorgsbehov redan innan den första vårdkontakten. Det kan också vara ett tecken på att föräldern

²⁷ Föräldrar som är folkbokförda tillsammans med barnet har sjukpenning i mindre utsträckning än föräldrar som inte är folkbokförda tillsammans med sitt barn. Bland kvinnor som är folkbokförda tillsammans med barnet är det 21 procent som har sjukpenning, jämfört med 25 procent bland kvinnor som inte är folkbokförda tillsammans med barnet. Motsvarande andel för män är 9 respektive 13 procent. Detta mönster beror sannolikt på att det dels finns skillnader i hälsa hos föräldrar som separerar, jämfört med de som inte gör det, och att föräldrars hälsa påverkar valet av vilken förälder barnet huvudsakligen bor med efter en separation.

och barnet delar samma hälsoproblem, exempelvis till följd av ärftlighet eller social sårbarhet.²⁸

Samtidigt som det finns föräldrar som har sjukpenning lång tid innan barnets första vårdkontakt har de flesta föräldrar inte sjukpenning varken före eller efter barnets första vårdkontakt. Det finns också en grupp föräldrar som påbörjar en sjukskrivning i samband med barnets första vårdkontakt.

För att se hur vanligt det är att påbörja en period med sjukpenning i samband med barnets första vårdkontakt tittar vi enbart på föräldrar som under de två åren före barnets första vårdkontakt inte haft sjukpenning. Bland dessa föräldrar är det en högre andel av föräldrar där barnen haft en vårdkontakt för psykisk ohälsa som har sjukpenning jämfört med föräldrar vars barn inte haft vårdkontakt för psykisk ohälsa.

Som exempel studerar vi föräldrar vars barn är tolv år och som inte hade sjukpenning när barnet var tio och elva år. Av dem har 17 procent av kvinnorna och 8 procent av männen sjukpenning samma år som barnet har sin första vårdkontakt. Motsvarande andel som har sjukpenning bland föräldrar till andra barn i motsvarande ålder är 7 procent för kvinnor och 4 procent för män. Andelen som startar ett sjukfall, givet två år utan sjukpenning, är alltså ungefär dubbelt så hög bland föräldrar vars barn har sin första vårdkontakt jämfört med föräldrar till barn utan vårdkontakt. Mönstret ser liknande ut oavsett barnets ålder.

Andelen av de startade sjukfallen som startar med en psykiatrisk diagnos är också högre bland föräldrar till barn som vårdats för psykisk ohälsa, jämfört med andra föräldrar. Det finns alltså en grupp föräldrar till barn med psykisk ohälsa som ser ut att själva utveckla psykisk ohälsa i samband med barnets första vårdkontakt.

Tabell 16 **Andel föräldrar som inte haft sjukpenning när barnet är 10 och 11 år, men har det när barnet är 12 år. Procent**

	Föräldrar vars barn har en första vårdkontakt för psykisk ohälsa vid 12 års ålder		Föräldrar vars barn inte haft någon vårdkontakt för psykisk ohälsa	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Andel (%) som har sjukpenning det år barnet fyller 12	17	8	7	4

Förekomst av sjukpenning avser de som fått sjukpenning någon gång under kalenderåret.

I den fortsatta beskrivningen av sjukpenning bland föräldrar till barn med och utan psykisk ohälsa ingår alla föräldrar, oavsett om de haft sjukpenning tidigare eller inte.

²⁸ Se t.ex. Smoller (2019) och Hjern (2023).

Vilka föräldrar till barn med psykisk ohälsa har sjukpenning?

Behovet av sjukpenning kan variera beroende på både föräldern och barnets egenskaper. I det här avsnittet beskriver vi skillnader mellan föräldrar vars barn har olika ålder och diagnos vid den första vårdkontakten, föräldrar med olika utbildningsnivå och föräldrar som är födda i och utanför Sverige. Vi beskriver också skillnader i sjukskrivningsorsak mellan föräldrar som har barn med psykisk ohälsa och andra föräldrar med sjukpenning.

Något vanligare med sjukpenning bland kvinnor med barn mellan 12 och 15 år

Andelen föräldrar som har sjukpenning året efter barnets första vårdkontakt skiljer sig något åt mellan föräldrar med barn i olika åldrar. Det är en något högre andel kvinnor som har barn i åldrarna 12–15 år som har sjukpenning jämfört med kvinnor som har yngre och äldre barn. Bland män är det en högre andel som har sjukpenning bland dem vars barn är äldre än åtta år jämfört med män som har yngre barn.

Skillnaden mellan föräldrar till barn som vårdats för psykisk ohälsa och andra föräldrar är tydliga oavsett barnets ålder, och skillnaden är större bland kvinnor än bland män. Bland kvinnor med barn som är sex år året efter första vårdkontakt är andelen som har sjukpenning 19 procent jämfört med 13 procent bland andra kvinnor med barn i samma ålder. Bland män är motsvarande andelar 9 respektive 7 procent.

Tabell 17 Andel föräldrar som har sjukpenning, efter barnets ålder. Procent

Barnets ålder	Kvinnor		Män	
	vars barn vårdats för psykisk ohälsa	vars barn inte vårdats för psykisk ohälsa	vars barn vårdats för psykisk ohälsa	vars barn inte vårdats för psykisk ohälsa
6	19	13	9	7
7	19	13	9	7
8	20	12	9	7
9	21	12	11	7
10	22	12	10	7
11	22	13	11	7
12	23	13	11	7
13	23	13	11	8
14	23	13	11	8
15	23	13	11	8
16	22	14	11	8
17	21	14	11	8
18	20	14	11	8

Förekomst av sjukpenning avser de som fått sjukpenning någon gång under kalenderåret. För barn som vårdats för psykisk ohälsa gäller barnets ålder och förekomst av sjukpenning året efter barnets första vårdkontakt.

Det är vanligare med sjukpenning bland föräldrar som har minst två barn som vårdats för psykisk ohälsa, jämfört med de som har ett barn som vårdats för psykisk ohälsa. Bland föräldrar med två eller flera barn som vårdats för psykisk ohälsa är andelen med sjukpenning ungefär lika hög efter det första och andra

barnets första vårdkontakt, omkring 27 procent för kvinnor och 11 procent för män. Bland de som enbart har ett barn som vårdats för psykisk ohälsa är motsvarande andel 21 procent bland kvinnor och 10 procent bland män.

Även antalet nettodagar²⁹ skiljer sig mellan kvinnor och män och mellan föräldrar vars barn vårdats för psykisk ohälsa och andra föräldrar. Föräldrar som har barn med psykisk ohälsa har fler nettodagar med sjukpenning jämfört med andra föräldrar med barn i motsvarande ålder. Skillnaden kan till viss del bero på att föräldrar till barn med psykisk ohälsa oftare än andra föräldrar är sjukskrivna för psykisk ohälsa, vilket i genomsnitt är förknippat med längre sjukfall än sjukskrivning i somatiska diagnoser.

Skillnaden i antalet nettodagar med sjukpenning i de två föräldragrupperna är större bland kvinnor än bland män. Kvinnor vars barn är sex år året efter sin första vårdkontakt, och som har sjukpenning under året, har i genomsnitt sjukpenning under 99 nettodagar. Andra kvinnor som får sjukpenning och vars barn är sex år får i genomsnitt sjukpenning under 76 dagar. Motsvarande antal dagar för män som har barn med psykisk ohälsa är 83 dagar, jämfört med 70 dagar bland andra män.

Tabell 18 **Antal nettodagar med sjukpenning per år för de som har ersättningen, efter barnets ålder**

Barnets ålder	Kvinnor		Män	
	vars barn vårdats för psykisk ohälsa	vars barn inte vårdats för psykisk ohälsa	vars barn vårdats för psykisk ohälsa	vars barn inte vårdats för psykisk ohälsa
6	99	76	83	70
7	99	78	79	71
8	98	79	84	72
9	102	81	89	72
10	104	81	84	73
11	105	83	87	76
12	106	85	94	78
13	107	86	89	79
14	104	86	90	80
15	107	87	90	81
16	104	87	92	81
17	100	86	90	81
18	97	85	90	81

Nettodagar med sjukpenning avser antal nettodagar under kalenderåret, för de som fått sjukpenning under året. För barn som vårdats för psykisk ohälsa gäller barnets ålder och nettodagar för sjukpenning året efter barnets första vårdkontakt.

Högst sjukfrånvaro bland kvinnor med barn som fått diagnosen depression eller ångest

Föräldrar till barn som vid den första vårdkontakten fått någon diagnos inom olika psykiatriska diagnosavsnitt har sjukpenning i olika stor utsträckning.

Bland kvinnor varierar andelen som har sjukpenning året efter att barnet fått sin första diagnos mellan 15 och 25 procent, motsvarande för män är mellan 8 och

²⁹ För definition, se bilaga 1.

11 procent. Skillnaden i andelen föräldrar som har sjukpenning där barnen har olika diagnoser är alltså större för kvinnor än för män.

Andelen kvinnor med sjukpenning är högst bland kvinnor som har barn som fått diagnoser inom diagnosavsnittet F3 (bl.a. depression) och F4 (bl.a. ångest) vid den första vårdkontakten. Lägst andel kvinnor med sjukpenning är det bland kvinnor med barn med diagnoser inom F7 (intellektuell funktionsnedsättning). Skillnaderna mellan olika diagnoser kan bero på flera saker, till exempel att ärftligheten ser olika ut. Psykiatriska tillstånd, som ångest och depression, är också ofta mer akuta än till exempel en intellektuell funktionsnedsättning, vilket kan innebära en större påfrestning för föräldrarna. Barn med intellektuell funktionsnedsättning är oftare yngre vid sin första vårdkontakt, och föräldrarna har då större möjlighet att använda tillfällig föräldrapenning när barnet behöver vård vilket kan underlätta deras situation. Dessa funktionsnedsättningar ger också ofta rätt till kommunala stödinsatser, vilket kan avlasta föräldrarna.

Tabell 19 Andel föräldrar som har sjukpenning, efter barnets diagnos vid första vårdtillfället. Procent

Barnets första diagnos	Kvinnor	Män
F1: Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser	19	10
F2: Schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom	18	11
F3: Förstämmningssyndrom	25	11
F4: Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom	23	11
F5: Beteendestörningar förenade med fysiologiska rubbningar och fysiska faktorer	19	8
F6: Personlighetsstörningar och beteendestörningar hos vuxna	21	9
F7: Psykisk utvecklingsstörning	15	10
F8: Störningar i psykisk utveckling	18	9
F9: Beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid, samt Ospecificerad psykisk störning	20	10

Andelen barn med respektive diagnos vid den första vårdkontakten varierar, se Tabell 28. Förekomst av sjukpenning avser året efter barnets första vårdkontakt.

På samma sätt som i avsnittet *Tillfällig föräldrapenning och omvårdnadsbidrag vid några vanliga diagnoser* (se ovan) har vi även undersökt andelen föräldrar med sjukpenning vid dessa diagnoser hos barnet. Resultaten sammanfattas i Tabell 40 i bilaga 3.

Andelen kvinnor med sjukpenning är högre bland de vars barn fått diagnosen depressiv episod (F32) eller ångest (F41) jämfört med de övriga diagnoserna, omkring 30 procent. Andelen med sjukpenning är ungefär lika hög bland kvinnor vars barn fått diagnosen autism vid tio eller femton års ålder. Skillnaderna mellan diagnoser är mindre tydliga bland män. Bland föräldrar vars barn inte vårdats för psykisk ohälsa är andelen kvinnor och män med sjukpenning omkring 13 respektive 7 procent oavsett barnets ålder. Andelen kvinnor med sjukpenning är alltså ungefär 2,5 gånger högre bland kvinnor vars barn diagnostiserats med depressiv episod eller ångest året innan, än bland kvinnor vars barn inte vårdats för psykisk ohälsa. Bland föräldrar vars barn fått anorexia, som ofta diagnostiseras i samma ålder som depression och ångest,

är andelen med sjukpenning lägre, 23 procent bland kvinnor och 10 procent bland män.

Ungefär 26 procent av kvinnor och 12 procent av män vars barn fått diagnosen adhd är sjukskrivna under året efter att diagnosen ställts första gången. Andelen är ungefär densamma oavsett om barnet får diagnosen i förskoleåldern eller i tonåren. Bland föräldrar vars barn fått diagnosen autism är andelen med sjukpenning däremot högre om diagnosen ställs efter tioårsåldern jämfört med tidigare. Andelen med sjukpenning är 18 procent bland kvinnor och 10 procent bland män om barnet får diagnosen vid sex års ålder. Motsvarande andel om barnet får diagnosen vid tio års ålder är 29 respektive 11 procent.

Vanligare bland kvinnor än män att vara sjukskriven för stressrelaterad psykisk ohälsa

Det finns tydliga skillnader mellan kvinnor och män när det gäller orsak till sjukskrivning. I den här studien är vi framförallt intresserade av sjukpenning kopplad till psykisk ohälsa hos föräldern, eftersom det kan hänga samman med barnets ohälsa på olika sätt.

Bland kvinnor som har sjukpenning året efter barnets första vårdkontakt utgör psykiatriska diagnoser eller andra diagnoser som kan indikera på psykisk ohälsa³⁰ den största delen av sjukfallen (64 procent av kvinnor med sjukpenning hade en sådan diagnos under året). Bland män som har sjukpenning är det vanligare att vara sjukskriven för någon annan diagnos. Både för kvinnor och män är diagnoser kopplade till psykisk ohälsa vanligare bland föräldrar vars barn vårdats för psykisk ohälsa, än bland andra föräldrar.

Av de föräldrar som är sjukskrivna för någon psykiatrisk diagnos eller någon annan somatisk sjukdom som kan indikera på psykisk ohälsa är de två vanligaste sjukskrivningsorsakerna ångest och stressrelaterade sjukdomar (F4) och depression (F3). Av de kvinnor som har sjukpenning under året efter barnets första vårdkontakt har 44 procent en ångest- eller stressrelaterad diagnos. Motsvarande andel bland män med sjukpenning är 26 procent.

³⁰ Här ingår alla psykiatriska diagnoser (kapitel F enligt ICD-10) och ett antal övriga diagnoser som bedöms kunna hänga samman med psykisk ohälsa. Dessa är G47 (sömnstörning), G43 (migrän), R51 (huvudvärk), M54.4, M48 och M43.1 (olika typer av långvarig ryggvärk), M79.9 (fibromyalgi), R 52 (långvarig smärta), R53 (sjukdomskänsla och trötthet) samt alla diagnoser inom avsnitt Z (framför allt problem kopplade till psykosociala förhållanden).

Tabell 20 Andel av de föräldrar som har sjukpenning där sjukskrivningen avser olika psykiatriska diagnoser. Procent

	Kvinnor vars barn vårdats för psykisk ohälsa	Kvinnor vars barn inte vårdats för psykisk ohälsa	Män vars barn vårdats för psykisk ohälsa	Män vars barn inte vårdats för psykisk ohälsa
Andel (%) med psykiatrisk diagnos eller någon somatisk sjukdom som kan indikera på psykisk ohälsa	64	49	46	35
Andel (%) med diagnosen F3 (bl.a. depression)	22	13	17	10
Andel (%) med diagnosen F4 (bl.a. ångest och stressrelaterad psykisk ohälsa)	44	32	26	18

Psykiatriska diagnoser eller någon somatisk sjukdom som kan indikera på psykisk ohälsa omfattar alla diagnoser i kapitel 5 Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar enligt ICD-10 och ett urval av diagnoser från andra kapitel som exempelvis migrän, spänningshuvudvärk, sömnstörningar, sjukdomar i rörelseorganen och fibromyalgi. För barn som vårdats för psykisk ohälsa avser förekomst av psykiatriska diagnoser året efter barnets första vårdkontakt.

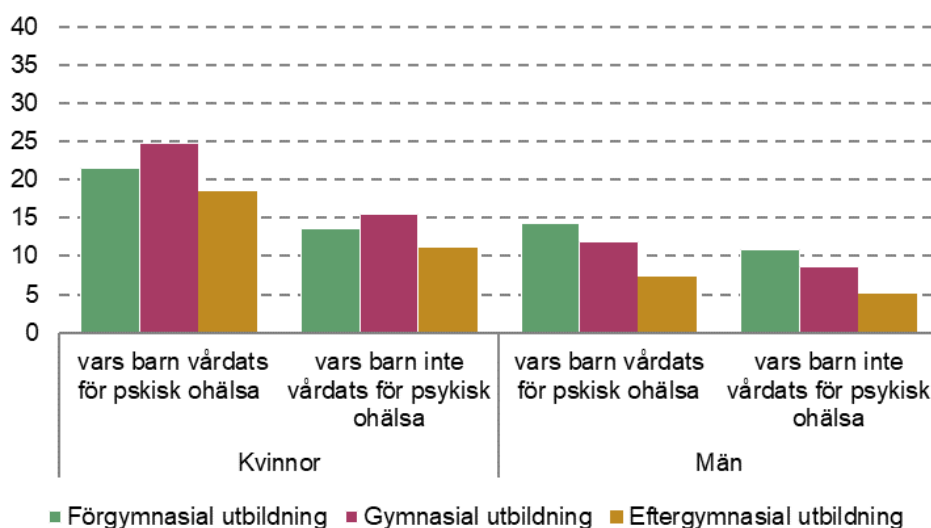
Kvinnor med gymnasial utbildning har högst sjukfrånvaro

Sjukfrånvaron skiljer sig åt mellan föräldrar med olika utbildningsnivå. Bland kvinnor är andelen med sjukpenning under året efter barnets första vårdkontakt högre bland kvinnor med gymnasial utbildning än kvinnor med förgymnasial utbildning. Detta beror inte nödvändigtvis på att kvinnor med lägst utbildning har bättre hälsa eller arbetsvillkor, utan kan bero på att kvinnor med högst förgymnasial utbildning oftare än andra har osäkra anställningar, vilket innebär att de mer sällan är berättigade till sjukpenning.

Andelen män som har sjukpenning är högst bland män med förgymnasial utbildning, sedan följer män med gymnasial utbildning och lägst andel med sjukpenning finns bland män med eftergymnasial utbildning.

I alla grupper är sjukfrånvaron högre bland kvinnor än bland män. Oavsett utbildningsnivå är andelen föräldrar med sjukpenning högre bland föräldrar vars barn vårdats för psykisk ohälsa än bland andra föräldrar. För både kvinnor och män är skillnaden störst bland föräldrar med eftergymnasial utbildning.

Figur 17 Andel föräldrar som har sjukpenning, efter utbildningsnivå.
Procent



Förekomst av sjukpenning avser de som fått sjukpenning någon gång under kalenderåret. För barn som vårdats för psykisk ohälsa gäller förekomst av sjukpenning året efter den första vårdkontakten. Föräldrar där uppgift om utbildningsnivå saknas ingår inte i redovisningen. Det gäller ca 1 procent av föräldrarna.

Andelen föräldrar med sjukpenning året efter barnets första vårdkontakt är högre bland inrikes än utrikes födda föräldrar. Skillnaden mellan kvinnor och män är större bland inrikes födda än bland utrikes födda, särskilt bland de vars barn vårdats för psykisk ohälsa (se Figur 20, bilaga 3).

Avslutande diskussion

Barn och ungas psykiska hälsa har fått allt mer uppmärksamhet under senare år. Barnens psykiska hälsa påverkar hela familjen, inte minst eftersom barn med ohälsa eller funktionsnedsättning ofta är beroende av föräldrarnas stöd i fler situationer och under längre tid i livet än andra barn. Det kan innebära dels att föräldrarna behöver avstå från arbete för att stötta eller vårda barnet på olika sätt, dels att föräldern får ett större omsorgsansvar och sämre förutsättningar för egen återhämtning.

I denna studie undersöker vi hur föräldrar till barn som vårdats för psykisk ohälsa använder de ersättningar från socialförsäkringen som kan bli aktuella när barnet behöver vård och omsorg, eller när föräldern själv blir sjuk.

För att identifiera barn med psykisk ohälsa har vi utgått från nationella hälsodataregister. Dessa register innefattar barn som har haft kontakt med specialiserad öppenvård, slutenvård och barn som får läkemedelsbehandling för psykisk ohälsa. Alla barn med psykisk ohälsa kommer inte i kontakt med den här typen av vård och behandling, vissa vårdas till exempel inom öppenvården eller får insatser genom skola eller kommun eller har inga insatser alls. Det innebär att vi i denna studie i många fall framför allt fångar svårare former av ohälsa.

Hur familjer med barn vars psykiska ohälsa inte fångas i hälsodataregistren använder socialförsäkringen kan vi inte besvara i den här studien. Det är möjligt att situationen ibland kan vara ännu svårare i familjer där barn mår dåligt men inte kommer i kontakt med vården. Det finns också en risk att dessa barns föräldrar mår dåligt, och inte heller kommer i kontakt med vården för egen del. Både barn och föräldrar går då miste om stöd och behandling.

Föräldrars användning av socialförsäkringen skiljer sig åt mellan olika grupper

Föräldrar till barn som vårdats för psykisk ohälsa använder socialförsäkringens ersättningar i större utsträckning än andra föräldrar med barn i motsvarande åldrar. I jämförelse med andra föräldrar använder de oftare tillfällig föräldrapenning och omvårdnadsbidrag för barnet. Det är också vanligare att föräldern själv är sjukskriven.

Andelen föräldrar som använder tillfällig föräldrapenning är högre bland kvinnor än bland män. Det gäller både föräldrar vars barn vårdats för psykisk ohälsa och andra föräldrar. För vissa föräldrar handlar det om långa perioder av frånvaro, vilket kan ha stor påverkan på förälderns ekonomi eftersom tillfällig föräldrapenning ersätter strax under 80 procent av inkomster upp till ett tak på 7,5 prisbasbelopp (2025 motsvarar detta 441 000 kronor). Eftersom kvinnor använder ersättningen oftare och under fler dagar än män har det större betydelse för kvinnors inkomster. Ersättningstaket inom tillfällig föräldrapenning är lägre än i till exempel sjukpenningen (10 prisbasbelopp), och det finns i mindre utsträckning kollektivavtalade ersättningar eller försäkringar som kompletterar ersättningen.

Föräldrar till barn med psykisk ohälsa har sjukpenning i större utsträckning än andra föräldrar. Skillnaden kan vara en konsekvens av att föräldrar till barn med ohälsa upplever en större belastning och oro, som minskar möjligheten till återhämtning. Det kan också finnas faktorer inom familjen, så som ärftlighet och social sårbarhet, som leder till ökad risk för psykisk ohälsa för både föräldern och barnet. Detta kan i sin tur göra att föräldrar som redan har en högre risk för psykisk ohälsa också får en ökad belastning i och med att deras barn upplever samma sårbarhet.

Kvinnor har en högre risk för sjukskrivning än män, oavsett om deras barn vårdats för psykisk ohälsa eller inte. Skillnaden mellan kvinnor och män är större för föräldrar till barn med psykisk ohälsa. Resultaten i denna studie är i linje med tidigare studier av sjukfrånvaro bland föräldrar, som visat att sambandet mellan att ha ett barn med särskilda omsorgsbehov och sjukfrånvaro är starkare för kvinnor än för män.

Resultaten visar även att föräldrar med olika utbildningsnivå, som hänger samman med såväl förankring på arbetsmarknaden som typ av yrke, använder socialförsäkringen i olika utsträckning. Tillfällig föräldrapenning och sjukpenning, som ska ge ersättning vid förlorad arbetsinkomst, används i större utsträckning av föräldrar som har en starkare förankring på arbetsmarknaden, till exempel föräldrar med minst gymnasieutbildning. En möjlig förklaring är att personer med förgymnasial utbildning oftare har tillfälliga anställningar och mindre arbetad tid än personer med högre utbildningsnivå, vilket innebär att de i mindre utsträckning behöver avstå från arbete om de själva är sjuka, eller om barnet behöver vård. Samtidigt har personer med högst förgymnasial utbildning oftare osäkra anställningar och lägre inkomster, vilket kan innebära att man upplever att det är svårt att vara frånvarande från arbetet, även om man känner att behovet finns.

Ersättningarna har olika intentioner men kan överlappa varandra

De ersättningar vi studerar har skilda syften, och är aktuella i olika situationer. Tillfällig föräldrapenning är en ersättning för föräldrar som tillfälligt behöver vara frånvarande från arbetet för att ta hand om ett sjukt barn. Samtidigt finns många situationer när det inte är möjligt att använda tillfällig föräldrapenning, framför allt vid äldre barns ohälsa. Det är tydligt att de åldersgränser som styr rätten till ersättningen påverkar hur ersättningen används. Användningen minskar till exempel tydligt i samband med att barnet fyller 12 år, trots att barns behov av omvårdnad sannolikt inte förändras vid just den åldern. När barnet blir äldre kan det vara svårare för föräldern att avgöra vilka behov som kan ge rätt till tillfällig föräldrapenning, och behovet behöver styrkas med läkarutlåtande. Det finns därför en risk att föräldrar som skulle kunna ha rätt att använda tillfällig föräldrapenning avstår, till exempel på grund av okunskap eller för att det upplevs som krångligt. Om ett sådant underutnyttjande förekommer skulle det kunna innebära en ökad belastning på såväl förälder som barn, som kan öka risken för ohälsa.

Andelen som använder tillfällig föräldrapenning efter att barnet fyllt 12 år varierar mellan föräldrar vars barn har olika diagnoser. Det är till exempel betydligt vanligare vid anorexia än vid många andra diagnoser. Skillnaderna beror förmodligen till stor del på vilka vårdbehov diagnosen medför hos barnet. Hur mycket föräldern behöver avstå från arbetet för att delta i barnets vård kan också variera mellan olika typer av psykisk ohälsa.

Tillfällig föräldrapenning och omvårdnadsbidrag har till viss del liknande syften, de kan båda ge ekonomiskt stöd till föräldrar när de behöver ge ett barn vård

och tillsyn på grund av att barnet är sjukt eller har en funktionsnedsättning. Detta gör att det i vissa fall inte är uppenbart vilken av ersättningarna som ska användas. När föräldrar beviljas omvårdnadsbidrag kan de välja om vissa delar av barnets omvårdnadsbehov, till exempel läkarbesök, ska ingå i omvårdnadsbidraget. Om föräldern är beviljad omvårdnadsbidrag för hela det extra omsorgsbehov som uppstår till följd av barnets funktionsnedsättning kan föräldern endast få tillfällig föräldrapenning om det skett en akut försämring i grundsjukdomen eller om en ny sjukdom tillstött som innebär ett utökat behov av vård eller tillsyn. I dessa situationer kan det vara svårt för föräldern att veta vad en akut försämring innebär.

Viktigt med ett effektivt förebyggande arbete

Vi kan utifrån denna studie inte svara på varför föräldrar till barn med psykisk ohälsa har högre sjukfrånvaro än andra föräldrar. Men vi kan konstatera att det finns många familjer där både barn och förälder mår dåligt samtidigt.

Socialförsäkringens ersättningar kan stötta familjer som har behov av det genom ekonomisk kompensation och i vissa fall rätt till frånvaro från arbetet. När familjerna kommer i kontakt med Försäkringskassan är det viktigt att de får rätt stöd och att de som möter familjerna har rätt kunskap för att kunna ge rätt information och vägledning. När barn mår dåligt är det dock andra delar av samhället som i första hand ansvarar för familjens behov av till exempel vård och stöd, inte minst eftersom de ofta kommer i kontakt med familjerna tidigare och kan arbeta förebyggande.

Att förebygga samt tidigt upptäcka och behandla psykisk ohälsa hos såväl barn och unga som vuxna, innebär stora mänskliga och ekonomiska vinster. Det är alltså viktigt att hela familjen får rätt stöd så tidigt som möjligt. Hälso- och sjukvården har enligt hälso- och sjukvårdslagen ett ansvar att särskilt beakta barns situation när en förälder mår dåligt, vilket kräver ett familjeorienterat arbetssätt vid såväl barns som vuxnas psykiska ohälsa. Skolans stöd och anpassningar är också viktiga, skolan ska enligt skollagen ansvara för att se till att elever får det stöd och de anpassningar de behöver för att kunna delta i undervisningen på lika villkor, oavsett eventuella funktionsnedsättningar eller särskilda behov.

Även om den övervägande majoriteten av alla barn och unga har en god psykisk hälsa, har psykiska besvär ökat bland barn och unga under de senaste 30 åren. Flera diagnoser har blivit vanligare, det gäller såväl neuropsykiatriska funktionsnedsättningar som depression och ångest. Det är viktigt att samhället kan erbjuda stöd för de behov som finns idag, och de som kan komma i framtiden. Detta gäller såväl ekonomiska ersättningar från socialförsäkringen som det stöd familjer får från andra aktörer, till exempel hälso- och sjukvården och skolan.

Referenser

- Corell, M., Friberg, P., Löfstedt, P., Petzold, M., och Chen, Y. (2022). Subjective health complaints in early adolescence reflect stress: A study among adolescents in Western Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 50(4), 516-523.
- Dey, M., Castro, R. P., Haug, S., och Schaub, M. P. (2019) Quality of life of parents of mentally-ill children: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(5): 563–577
- Folkhälsomyndigheten (2018). Varför har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga i Sverige? Östersund: Folkhälsomyndigheten
- Folkhälsomyndigheten (2019). Ojämlighet i psykisk hälsa i Sverige. Hur är den psykiska hälsan fördelad och vad beror det på? Östersund: Folkhälsomyndigheten
- Folkhälsomyndigheten (2023). Skolbarns hälsovanor i Sverige 2021/22. Nationella resultat. Östersund: Folkhälsomyndigheten
- Forte (2021). Psykiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd hos barn och unga – begrepp, mätmetoder och förekomst. En kunskapsöversikt. Stockholm: Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd
- Försäkringskassan (2014) Kvinnors sjukfrånvaro. En studie av förstagångsföräldrar. Socialförsäkringsrapport 2014:14. Stockholm, Försäkringskassan
- Försäkringskassan (2020) Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser. Socialförsäkringsrapport 2020:8. Stockholm, Försäkringskassan.
- Försäkringskassan (2024) Psykisk ohälsa i dagens arbetsliv. Lägesrapport 2024:1
- Hjern (2023) Barn och ungdomspsykiatrisk vård hos ungdomar i Stockholm som är anhöriga till föräldrar med psykisk sjukdom eller missbruk. Stockholm: Nationellt kunskapscentrum anhöriga
- Inspektionen för socialförsäkring (2013) Vårdbidrag och framtida inkomster. De långsiktiga ekonomiska konsekvenserna av att få barn med särskilda behov. Rapport 2013:18. Stockholm, Inspektionen för socialförsäkring
- McEvilly, M., Wicks, S., och Dalman, C. (2015). Sick leave and work participation among parents of children with autism spectrum disorder in the Stockholm youth cohort: a register linkage study in Stockholm, Sweden. *Journal of autism and developmental disorders*, 45, 2157-2167.
- Regeringens proposition 2004/05:1 Budgetpropositionen för 2005, Utgiftsområde 12
- Regeringens proposition 2017/2018:190 Reformerade stöd till personer med funktionsnedsättning

Region Stockholm (2015) Depression och nedstämdhet hos barn och unga 6-17 år. www.kunskapsstodforvardgivare.se

Scherer, N., Verhey, I., och Kuper, H. (2019) Depression and anxiety in parents of children with intellectual and developmental disabilities: A systematic review and meta-analysis. PLoS One 2019 Jul 30;14(7).

Smoller, J. W. (2019). Psychiatric Genetics Begins to Find Its Footing. American Journal of Psychiatry, 176(8), 609–614.

Socialstyrelsen (2013) Psykisk ohälsa bland unga. Underlagsrapport till Barn och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2017) Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna –till och med 2016. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2020) Inrapporterade depressioner och ångestsyndrom bland barn och unga vuxna – utvecklingen till och med 2018. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2021) Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2023) Diagnostik och läkemedelsbehandling vid adhd. Förekomst, trend och könsskillnader. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2024a) Förekomst av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna. Aspekter av socioekonomiska utmaningar och förutsättningar. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2024b) Autism Förekomst och samsjuklighet. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2024c) Nationella riktlinjer 2024: Adhd och autism Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2024d) Nationella riktlinjer 2024: Ätstörningar Stöd till beslutsfattare och personal i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, SKR och SBU (2024). Begrepp inom området psykisk hälsa. Version 1.1. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen, Statistikdatabasen, hämtad 2025-02-04.

Statistiska centralbyrån, SCB (2024-03-27) Barns hälsa efter indikator, redovisningsgrupp och kön. År 2023.

Statistiska centralbyrån, SCB (2025-04-11). Arbetskraftsundersökningarna. Befolkningen 15-74 år (AKU) efter arbetskraftstillhörighet, utbildningsnivå och kön. År 2005 - 2024. och Sysselsatta 15-74 år (AKU), 1000-tal efter anknätningsgrad till arbetsmarknaden, år, kön och utbildningsnivå *samt*. Medelarbetstid (överenskommen) per vecka för sysselsatta 15-74 år (AKU) efter utbildningsnivå och kön. År 2005 - 2024.

Wirehag Nordh, E-L (2023) The family and the patient An investigation of mental health problems, risk factors, and support for members of the families of psychiatric patients. Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet

Bilaga 1: Metod och material

I denna bilaga beskrivs de definitioner som används i rapporten mer utförligt. Dessutom beskrivs de barn med psykisk ohälsa, samt deras föräldrar, som utgör underlag till rapportens resultat.

Definitioner

Psykisk ohälsa hos barn

För att identifiera barn med psykisk ohälsa används Socialstyrelsens sammanfattande mått på psykisk ohälsa. Det sammanfattande måttet omfattar alla med minst ett vårdtillfälle inom specialiserad öppenvård *eller* minst en inläggning i heldygnsvård på grund av ett psykiatriskt tillstånd, eller som haft minst ett läkemedelsuttag av psykofarmaka. Även personer med minst ett besök inom verksamhetsområde psykiatri utan att diagnos ställdes omfattas av måttet.

Måttet inkluderar:

- a) Minst ett läkarbesök inom specialiserad vård där åtminstone en psykiatrisk diagnos ställs
- b) *eller* minst en inläggning inom heldygnsvård där åtminstone en psykiatrisk diagnos ställs
- c) *eller* minst ett besök inom psykiatrisk öppenvård eller slutenvård (där diagnos nödvändigtvis inte ställdes)
- d) *eller* minst ett uttag inom någon läkemedelsgrupp som används vid psykiatriska tillstånd (inkluderar även förskrivningar inom primärvård).

Detta sammanfattande mått kombinerar information från Socialstyrelsens patientregister samt läkemedelsregister. Alla som uppfyller minst ett av dessa kriterier ett givet år bedöms ingå i gruppen med psykisk ohälsa under det året.

Med psykiatriska diagnoser avses diagnoser inom ICD-10 F1-F9.

De grupper av läkemedel som ingår i måttet psykisk ohälsa presenteras i Tabell 21. Urvalet är baserat på läkemedel som kopplas till behandling av psykiatriska tillstånd. Läkemedelsgrupper och ATC-koder har valts ut utifrån Socialstyrelsens tidigare studier. De läkemedel som ingår i gruppen Antihistaminer är sådana som ibland används vid behandling av ångest.

Tabell 21 Grupper av läkemedel som ingår i Socialstyrelsens mått på psykiatriska tillstånd

Läkemedelsgrupp	ATC-kod
Antipsykotika	N05A
Litium	N05AN
Ångestdämpande	N05B
Sömnmedel/lugnande medel	N05C
Melatonin	N05CH
Antidepressiva	N06A
Adhd-läkemedel	N06B (exklusive N06BA07)
Antihistaminer	R06AD01 och R06AD02

I det sammanfattande måttet ingår läkemedelsförbrukning (förskrivna läkemedel som har hämtats ut) och inte enbart förskrivna läkemedel. En orsak till att läkemedel inte har hämtats ut kan vara så att läkaren förskrivit läkemedlet med rekommendationen att ta ut läkemedlet om barnets symtom kvarstår.

Den population av barn och unga med psykisk ohälsa som ingår i rapporten är avgränsad till de som är mellan 5 och 23 år 2022. Läkemedelsregistret finns från och med 1 juli 2005, vilket innebär att för de äldsta kohorterna kommer gruppen med psykisk ohälsa helt eller delvis bygga enbart på patientregistret under de första två åren. Personer som fyller 23 år 2022 och vars enda vårdkontakt inom det sammanfattande måttet är uttag av psykofarmaka vid fem års ålder kommer alltså inte omfattas av populationen. Vi bedömer att detta inte är ett problem för analysen.

Patientregistret omfattar specialiserad öppenvård och slutenvård. Både offentliga och privata vårdgivare rapporterar till registret.

De uppgifter som ingår i analysen är hämtade från tre olika register:

- Patientregistret:
 - Öppenvård
 - Huvuddiagnos (om det är en diagnos inom F1-F9 enligt ICD-10)
 - Bidiagnoser (om det är diagnoser inom F1-F9 enligt ICD-10)
 - Medicinskt vårdområde (om det är medicinskt vårdområde 9 (psykiatri))
 - Inskrivningsdatum
 - Slutenvård
 - Alla variabler ovan samt
 - Utskrivningsdatum
- Läkemedelsregistret
 - ATC-kod
 - Uthämtningsdatum

Diagnosuppgifter hos barn med psykisk ohälsa

Diagnoser vid en vårdkontakt kan finnas antingen som huvuddiagnos eller bidiagnos, eller helt saknas. Vi har tillgång till diagnosuppgift för vårdbesök där:

- Psykiatrisk diagnos är ställd som huvuddiagnos. Uppgift om bidiagnoser finns om de är psykiatriska.
- Huvuddiagnosen är ej psykiatrisk, men minst en bidiagnos är psykiatrisk. Uppgift finns då om alla psykiatriska bidiagnoser, men information om huvuddiagnos saknas.

Uppgift om diagnos saknas när:

- Varken huvuddiagnos eller bidiagnos är psykiatrisk (i dessa fall har vårdbesöket skett inom ett psykiatriskt verksamhetsområde).
- Vårdkontakten skett genom uttag av läkemedel.

Övriga definitioner

Barnets första vårdkontakt

I rapporten utgår redovisningen främst från det tillfälle då barnet har sin första vårdkontakt. Första vårdkontakt avser den tidigaste tidpunkt då barnet har ett registrerat vårdbesök inom den specialiserade öppenvården eller inom slutenvården där vården antingen skett inom psykiatri eller där en psykiatrisk diagnos (F1-F9 enligt ICD-10) ställts som huvud- eller bidiagnos, eller då barnet hämtat ut psykofarmaka.

Enbart vårdkontakter mellan de kalenderår barnet fyller 5 och 18 år ingår. Det är viktigt att ha i åtanke att den första vårdkontakten vi observerar kan ha föregåtts av många olika kontakter som inte fångas upp i Socialstyrelsens register. Vi har därför *inte* uppgift om vårdkontakter för psykisk ohälsa utanför den specialiserade vården, till exempel inom primärvården eller elevhälsan. Dessa kan förekomma såväl innan som parallellt med de vårdkontakter vi har uppgift om. I den här studien har vi inte heller uppgift om vårdkontakter som inte är kopplade till psykisk ohälsa, oavsett vårdform och tidpunkt.

Vi vet inte hur länge barnet haft symptom på psykisk ohälsa innan barnet kommer i kontakt med läkare inom specialiserad öppenvård, heldygnsvård eller hämtar ut läkemedel.

Första vårdkontakt från förälderns perspektiv

Vissa föräldrar har fler än ett barn med vårdkontakter för psykisk ohälsa under den period vi studerar. För dessa föräldrar är beskrivningen avgränsad till det första tillfället då något av förälderns barn har kontakt med vården. Det innebär att de indelningar som görs utifrån barnets egenskaper (ålder vid första vårdkontakt och diagnos vid första vårdkontakt) utgår från det av förälderns barn vars första vårdkontakt sker först räknat i kalendertid. Om en förälder har två barn där den första vårdkontakten sker på samma dag (en mycket liten del av alla föräldrar) utgår beskrivningen från det äldsta barnet.

Första vårdkontakt i utvalda diagnoser

Delar av beskrivningen utgår från barn som har fått vissa utvalda diagnoser. Där är första vårdkontakt för barnet definierat som det första tillfället barnet har en vårdkontakt för den specifika diagnos beskrivningen gäller. Barnet kan alltså haft tidigare vårdkontakter med andra diagnoser, utan att diagnos ställts eller uttag av läkemedel.

Föräldrar

I denna rapport likställs förälder med vårdnadshavare. Vem eller vilka som är barnets vårdnadshavare kan förändras över tid. Som föräldrar till barn som haft vårdkontakt för psykisk ohälsa definieras barnets vårdnadshavare vid tidpunkten för första vårdkontakt.³¹ Som föräldrar till andra barn födda under samma tidsperiod (som används som jämförelsegrupp, se nedan) definieras de som är barnets vårdnadshavare när barnet fyller 12 år. Detta för att så väl som möjligt motsvara studiepopulationen, 12 år är den genomsnittliga åldern för när första vårdkontakt sker i populationen av barn med psykisk ohälsa.

Uppföljningsperiod

Huvuddelen av de resultat som visas i rapporten utgår från året efter det år då barnet har sin första vårdkontakt. Vi väljer att beskriva föräldrarnas användande av socialförsäkringen vid den tidpunkten eftersom vi då inte inkluderar tid innan barnet fått sin första diagnos (vilket skulle vara fallet för de föräldrar vars barn har sin första vårdkontakt i slutet av året). Beskrivningen avgränsas då till de föräldrar vars barn fyller 18 år under året efter den första vårdkontakten, eller är yngre än så.

Beskrivningen avser hela tiden från kalenderår och barnets ålder avser ålder vid kalenderårets slut. Om ett barn har sin första vårdkontakt år 2016 och fyller 12 år någon gång under det året, är året efter barnets första vårdkontakt 2017, och barnet benämns då som 13 år.

I vissa beskrivningar följs föräldrarnas användning av olika ersättningar inom socialförsäkringen under en längre tidsperiod, vanligen från två år före barnets första vårdkontakt till tio år efter den första vårdkontakten. I dessa beskrivningar avgränsas gruppen föräldrar till de vars barn fyller 18 år under året för den första vårdkontakten, eller är yngre än så.

Eftersom barnen är olika gamla vid sin första vårdkontakt, och att första vårdkontakt sker under olika kalenderår, kan olika barn och föräldrar följas olika lång tidsperiod. För en majoritet av barn och föräldrar är uppföljningsperioden kortare än tio år efter första vårdkontakt (eftersom barnen fått sin diagnos efter 12 års ålder och/eller att första vårdkontakt är mindre än tio år före uppföljningsperioden tar slut 2022).

Registrerade vårdkontakter bland barn med psykisk ohälsa

I rapporten utgår redovisningen från det tillfälle då barnet har sin första vårdkontakt i någon av de vårdformer vi kan observera i datamaterialet. Gruppen avgränsas till barn där första vårdkontakt sker innan slutet av det år barnet fyller 18 år.³² All typ av vårdkonsumtion som ingår i datamaterialet används för att identifiera det första vårdtillfället. Det innebär att det första vårdbesöket kan ske såväl inom som utanför psykiatri och med en psykiatrisk diagnos antingen som huvuddiagnos eller bidiagnos. Om besöket skett inom

³¹ Information om vårdnadshavare saknas för 0,8 procent av barnen i populationen. Det handlar främst om äldre barn och barn som inte är födda i Sverige.

³² Avgränsningen motiveras av att föräldrars ansvar för barnet minskar efter att barnet blivit myndig, men även eftersom de vårdformer barnet omfattas av delvis ser annorlunda ut då.

psykiatrin kan diagnos helt saknas. Den första observerade vårdkontakten kan även vara uttag av psykofarmaka.³³

Bland de barn och unga som ingår i populationen är det vanligast att den första vårdkontakten sker inom den specialiserade öppenvården (Tabell 24, bilaga 3). Oavsett vilken som är den första vårdformen vi kan observera i materialet kan barnen ha vårdkontakter som föregår de vårdtillfällen som ingår i datamaterialet, till exempel inom primärvården. Om barnen vårdats före fem års ålder kategoriseras de i den ålder då de hade den första vårdkontakten från och med fem års ålder. Detta påverkar framför allt gruppen med första vårdkontakt det kalenderår de fyller fem, som förmodligen innehåller en relativt stor grupp barn som även haft tidigare vårdkontakter.

Bortsett från de yngsta åldersgrupperna är den första vårdkontakten relativt jämnt fördelad över åldersgrupperna (om även barn med första vårdkontakt efter 18 års ålder inkluderas syns en minskning efter omkring 17 års ålder). Flickor är underrepresenterade jämfört med pojkar bland de som har sin första vårdkontakt i de yngre åldrarna, men från 13 års ålder är det fler flickor än pojkar som har sitt första vårdtillfälle (Tabell 25, bilaga 3).

I delar av rapporten grupperas barnen utifrån det diagnosavsnitt enligt ICD-10 deras huvuddiagnos tillhör. Att grupperingen görs utifrån huvuddiagnos innebär att barnen enbart kan ingå i en grupp. Barn med flera diagnoser vid samma vårdtillfälle ingår bara i den grupp som visar deras huvuddiagnos. De barn som saknar uppgift om huvuddiagnos ingår i alla beskrivningar i rapporten, utom när barnen grupperas efter diagnos.

Hur vanligt det är att en diagnos ställs vid den första vårdkontakt vi kan observera varierar förmodligen beroende på barnets besvär. I många fall krävs ett eller flera utredande besök innan en diagnos kan ställas. Dessa utredningar kan ske hos läkare inom den specialiserade vården, där vi har tillgång till uppgifter, eller i andra vårdformer som vi inte har uppgift om.

Vid den första vårdkontakten i det tillgängliga datamaterial är det klart vanligast att barnen fått huvuddiagnos inom diagnosavsnitt F9, där bland annat adhd ingår. Det gäller nära hälften av de barn som fått en diagnos vid sin första vårdkontakt (se Tabell 26 och Tabell 28 Tabell 27, bilaga 3).

Vid den första vårdkontakten är det också vanligt att ingen uppgift om huvuddiagnos finns, antingen för att besöket gjordes inom psykiatrin men ingen diagnos ställdes eller för att någon annan diagnos än en psykiatrisk diagnos (F-diagnos enligt ICD-10) utgjorde huvuddiagnos, men minst en psykiatrisk diagnos fanns med som bidiagnos.

Vilken diagnos som är vanlig vid barnets första vårdbesök varierar mycket beroende på hur gammalt barnet är vid tillfället. Vid diagnoserna F3 eller F4 (bl.a. depression respektive ångest och stressrelaterade sjukdomar) är 90

³³ Vi har även tagit fram resultat där vi avgränsar materialet till enbart vårdbesök där det finns en diagnos. Det innebär att om barnet har flera utredningsbesök utan att diagnos ställs, men vid en senare kontakt får en diagnos så kommer det vara den senare kontakten som definieras som första kontakt. Detta exkluderar barn som enbart har läkemedel (ingen uppgift om vårdbesök). Resultaten avseende föräldrars användande av ersättningar är mycket lika mellan dessa två sätt att definiera första vårdkontakt. Vi har därför valt att bara använda denna bredare definition eftersom den bättre motsvarar Socialstyrelsens sammanfattande mått.

respektive 70 procent tolv år eller äldre vid tiden för första diagnos. Det omvända gäller för F7 (intellektuell funktionsnedsättning), F8 (bl.a. autism) och F9 (bl.a. adhd). Där är majoriteten av de som får diagnosen som första diagnos yngre än tolv år. Åldersfördelningen för de olika diagnosavsnitten visas i Tabell 28 i bilaga 3.

En stor del av barnen med psykisk ohälsa får diagnoser från olika diagnosavsnitt inom diagnoskapitel F under uppväxten. De olika diagnoserna kan antingen ställas under samma period, och vara aktuella för barnet samtidigt, eller avlösa varandra. Tabell 29 i bilaga 3 visar hur ofta olika diagnoser förekommer hos barnen i populationen, oavsett om det är barnets första diagnos eller inte.

Föräldrar till barn med psykisk ohälsa och andra föräldrar

Populationen består av 496 744 barn som vårdats för psykisk ohälsa. Gruppen avgränsas till de vars första vårdkontakt i någon av de vårdformer vi har uppgift om sker senast det kalenderår barnet fyller 18 år. Detta ger 446 787 barn. Detta urval kompletteras med uppgifter om barnens föräldrar.

Totalt innehåller materialet 844 836 kombinationer av föräldrar och barn, där barnet haft minst någon vårdkontakt för psykisk ohälsa. Omkring en femtedel av föräldrarna har fler än ett barn med minst en vårdkontakt för psykisk ohälsa, antalet unika vårdnadshavare är 695 653. Här ingår både föräldrar som är folkbokförda tillsammans med barnet och inte. Analysens resultat påverkas inte av om föräldrar som inte är folkbokförda tillsammans med barnet exkluderas.

Användandet av socialförsäkringen bland föräldrar till barn med psykisk ohälsa jämförs med hur föräldrar som finns i Försäkringskassans register men vars barn inte omfattas av Socialstyrelsens definition på psykiatriska tillstånd, använder socialförsäkringen. 1 577 933 barn födda 1999–2017 och deras föräldrar ingår i denna jämförelsegrupp. Många föräldrar har fler än ett barn, antalet unika föräldrar är 1 784 544.

Följande uppgifter om föräldrarna och barnen hämtas från Försäkringskassans datalager:

- Kön
- Utbildningsnivå
- Födelseland (inrikes/utrikes född)
- Om föräldern är folkbokförd tillsammans med barnet
- Kommun där föräldern är folkbokförd.

Föräldragrupperna har inte samma fördelning vad gäller ålder på barnen, det är fler föräldrar i studiepopulationen som har äldre barn jämfört med hur fördelningen ser ut i jämförelsegruppen. Vid redovisning av resultat avgränsas jämförelsegruppen avseende barnets ålder för att motsvara gruppen föräldrar till barn med psykisk ohälsa.

Hur föräldrar till barn med psykisk ohälsa använder socialförsäkringen

Beskrivningen av hur föräldrar använder socialförsäkringen bygger på information om utbetalningar av tillfällig föräldrapenning för vård av barn och

tillfällig föräldrapenning för allvarligt sjukt barn, omvårdnadsbidrag och sjukpenning under kalenderåren 2004–2022.

- Utbetalning av tillfällig föräldrapenning, antal nettodagar per kalenderår.
 - Nettodagar innebär att dagar med partiell ersättning räknas om till hela dagar. Till exempel räknas två dagar med halv ersättning som en nettodag.
- Utbetalning av tillfällig föräldrapenning för vård av allvarligt sjukt barn, antal nettodagar per kalenderår. Tillfällig föräldrapenning för allvarligt sjukt barn införs 2005.
- Utbetalning av vårdbidrag och omvårdnadsbidrag per kalenderår.
- Utbetalning av sjukpenning, antal nettodagar per kalenderår.
 - Nettodagar innebär att dagar med partiell ersättning räknas om till hela dagar. Till exempel räknas två dagar med halv ersättning som en nettodag.
- Sjukskrivningsorsak: uppgift om diagnoser som förekommit i sjukfall som startat under kalenderåret. Föräldrars sjukskrivning redovisas i följande grupper:
 - Alla sjukperioder oavsett diagnos
 - Diagnoser som kan kopplas till psykisk ohälsa. Här ingår F1-F9 samt sömnstörningar (G47), migrän (G43) spänningshuvudvärk (G44.2), spondylolistes (M43.1), andra spondylopatier (M48), andra sjukdomar i mellankotskivorna (M51), lumbago med ischias (M54.4), fibromyalgi (M79.7), Smärta och värk som ej klassificeras på annan plats (R52), Sjukdomskänsla och trötthet (R53) och faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården (Z00-Z99)
 - Diagnoser F3 (förstämningssyndrom) samt F4 (neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom).

Avgränsningar

I beskrivningen avgränsas datamaterialet på flera olika sätt, vilket påverkar antalet barn och föräldrar som inkluderas.

Tabell 22 visar antalet barn och föräldrar i populationen, och hur detta förändras vid de avgränsningar som görs för den generella beskrivningen. I vissa enskilda beskrivningar görs andra avgränsningar, vilka dessa är framgår i anslutning till respektive analys.

Tabell 22 Antal barn och föräldrar i populationen vid olika avgränsningar

	Antal barn	Antal föräldrar
Hela gruppen barn med psykisk ohälsa	496 744	
Första vårdkontakt mellan 5 och 18 års ålder	446 787	
Information om minst en förälder finns	443 074	695 653
Förälders första vårdkontakt (första vårdkontakt för det av förälderns barn som har kontakt med vården först i kalendertid)*	371 044	695 653
Mellan 5 och 18 år året efter första vårdkontakt**	351 837	660 007
Förälder kan antas omfattas av de inkomstbaserade ersättningarna***	339 512	608 911

* Här utesluts alla utom ett av varje förälders barn i de fall en förälder har mer än ett barn i materialet.

** Denna avgränsning gäller beskrivningar som avser året efter första vårdkontakt.

*** Denna avgränsning gäller enbart vid beskrivning av hur föräldrar använder tillfällig föräldrapenning respektive sjukpenning.

Bilaga 2: Aktuella regelverk

Denna bilaga beskriver de regelverk som styr rätten till tillfällig föräldrapenning, omvårdnadsbidrag och sjukpenning.

Försäkrade föräldrar kan ha rätt till ekonomiskt stöd från socialförsäkringen

I stort sett alla som bor och arbetar i Sverige omfattas av den svenska socialförsäkringen. I socialförsäkringen finns både arbetsbaserade och bosättningsbaserade ersättningar. Tillfällig föräldrapenning, sjukpenning och inkomstrelaterad aktivitets- eller sjukersättning är exempel på arbetsbaserade ersättningar. Omvårdnadsbidrag och aktivitets- och sjukersättning som betalas i form av garantiersättning är exempel på bosättningsbaserade ersättningar.

För att ha rätt till vissa arbetsbaserade ersättningar, bland annat tillfällig föräldrapenning och sjukpenning, ska personen ha rätt till en sjukpenninggrundande inkomst (SGI).

Sjukpenninggrundande inkomst (SGI)

Rätt till SGI har de som har en årsinkomst för eget arbete i Sverige som kan antas vara minst sex månader i följd eller årligen återkommande. Årsinkomsten ska antas uppgå till ett belopp som motsvarar minst 24 procent av prisbasbeloppet.

År 2025 är prisbasbeloppet 58 800 kronor. Det innebär att inkomsten ska motsvara en inkomst på 14 112 kronor per år för att en person ska ha rätt till en SGI.

Inom SGI-systemet finns en övre inkomstgräns. Taket för SGI har varierat under åren. År 2025 kan SGI högst vara 10 prisbasbelopp. Däremot kan det finnas lägre inkomstgränser vid utbetalning av vissa ersättningar som baseras på SGI, bland annat tillfällig föräldrapenning.

För att ha rätt till bosättningsbaserade ersättningar ska en person bedömas vara bosatt i Sverige. För att ha rätt till bosättningsbaserade ersättningar saknas det alltså betydelse om personen har en arbetsinkomst eller rätt till SGI.

Tillfällig föräldrapenning ersätter förlorad inkomst vid vård av barn

Tillfällig föräldrapenning har funnits sedan föräldraförsäkringen infördes 1974. Syftet med tillfällig föräldrapenning är att kompensera föräldrarna ekonomiskt för förlorad arbetsinkomst då de tillfälligt behöver avstå från arbetet för att vårda sjuka barn.

Regelverket för tillfällig föräldrapenning har förändrats sedan ersättningen infördes. Ersättning betalas numera inte bara ut vid vård av barn utan även i andra situationer, exempelvis i samband med födelse, adoption, när ett barn

avlider, sjukdom eller smitta hos barnets ordinarie vårdare och kontaktdagar (13 kap. SFB). I den här analysen är det tillfällig föräldrapenning vid vård av barn som studeras.

Rätten till tillfällig föräldrapenning styrs i hög grad av barnets ålder. En försäkrad förälder (eller person som likställs med förälder) har rätt till tillfällig föräldrapenning för vård av ett barn, som inte har fyllt 12 år, om föräldern behöver avstå från förvärvsarbete för att vårda barnet eller till exempel följa barnet till BVC eller habilitering.

I vissa fall finns rätten till ersättning även för barn som fyllt 12 år. För de olika situationerna är det olika förutsättningar som behöver vara uppfyllda.

- Barn som fyllt 12 år men inte 16 år och det är styrkt av läkare att barnet är i behov av särskild tillsyn eller vård på grund av sjukdom, intellektuell funktionsnedsättning eller annan funktionsnedsättning.
- Barn som omfattas av 1 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) som fyllt 16 år men inte 21 år. Om barnet går anpassad gymnasieskola eller gymnasieskola med Rh-anpassad utbildning finns rätten till ersättning till och med vårterminen barnet fyller 23 år.

I ovanstående situationer kan ersättning betalas ut under maximalt 120 dagar för varje barn och år. Försäkringskassan kan i förväg pröva om villkoren är uppfyllda, och i så fall ge ett så kallat förhandbeslut som innebär att barnet omfattas av regler om tillfällig föräldrapenning på samma sätt som barn upp till 12 år. Det kan finnas rätt till tillfällig föräldrapenning för att följa barnet på vårdbesök även för barn som fyllt 12 men inte 16 år, om en läkare intygar att föräldrarnas närvaro är nödvändig.

Tillfällig föräldrapenning för vård av allvarligt sjukt barn

Föräldrar till ett barn som inte har fyllt 18 år och som bedöms vara allvarligt sjukt har rätt till tillfällig föräldrapenning under ett obegränsat antal dagar när de behöver avstå från förvärvsarbete för att vårda barnet. Rätten till ett obegränsat antal dagar med tillfällig föräldrapenning infördes genom lagstiftning som trädde i kraft den 1 januari 2005. Med allvarligt sjukt barn avses situationer då barnets sjukdom i sig är så allvarlig och att hälsotillståndet är så nedsatt att det föreligger ett påtagligt hot mot barnets liv. Ett barn kan även anses vara allvarligt sjuk när barnet genomgår en behandling där utebliven vård skulle innebära en fara för livet. Under vissa förutsättningar kan ett barn också betraktas som allvarligt sjukt under eftervården, när behandlingen av barnets sjukdom är avslutad.

Ett skäl att införa obegränsat antal dagar med tillfällig föräldrapenning var att de 120 dagarna inte alltid räckte för att vårda ett allvarligt sjukt barn. Ytterligare ett skäl var att föräldrar och barn bör kunna vara tillsammans vid allvarliga sjukdomstillstånd. I dessa situationer var det också vanligt att föräldrar blev sjukskrivna, exempelvis för depression. Begränsningen i rätten till tillfällig föräldrapenning kunde upplevas som en administrativ och okänslig börda för föräldrar. Dessutom kunde konsekvenserna bli att föräldrar slussades mellan olika system utan att få rätt stöd och att det blev felaktig kostnadsfördelning mellan olika försäkringssystem (prop. 2004/05:1 utgiftsområde 12).

Tillfällig föräldrapenning

En försäkrad förälder (eller person som likställs med förälder) har rätt till tillfällig föräldrapenning för vård av ett barn, som inte har fyllt 12 år, om föräldern behöver avstå från förvärvsarbete eller går miste om a-kassa för att:

- barnet inte kan vara på förskola, skola eller motsvarande för att barnet har en sjukdom eller smitta
- barnet ska besöka exempelvis BVC (barnavårdscentral), läkare, skolhälsovården, BUP (barn och ungdomspsykiatri) eller tandläkare
- besöka en institution (exempelvis habiliteringsklinik, specialskola eller liknande) för att medverka i behandling av barnet eller gå en kurs för att lära sig att vårda barnet.

I vissa fall finns rätten till ersättning även för barn som fyllt 12 år. För de olika situationerna är det olika förutsättningar som behöver vara uppfyllda.

- Barn som fyllt 12 år men inte 16 år och det är styrkt att barnet är i behov av särskild tillsyn eller vård på grund av sjukdom, intellektuell funktionsnedsättning eller annan funktionsnedsättning.
- Barn som omfattas av 1 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) som fyllt 16 år men inte 21 år. Om barnet går anpassad gymnasieskola eller gymnasieskola med Rh-anpassad utbildning finns rätten till ersättning till och med vårterminen barnet fyller 23 år.

I ovanstående situationer kan ersättning betalas ut under maximalt 120 dagar för varje barn och år.

Om ett barn som inte har fyllt 18 år är allvarligt sjukt kan tillfällig föräldrapenning betalas ut till båda föräldrarna för samma tid under ett obegränsat antal dagar.

Tillfällig föräldrapenning beviljas i olika omfattning (hel, tre fjärdedels, halv, en fjärdedel eller en åttondel) beroende på hur stor del av dagen föräldern behöver avstå från förvärvsarbete.

Ersättningsnivån för tillfällig föräldrapenning är strax under 80 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten (SGI). Inkomsttaket för tillfällig föräldrapenning är 7,5 prisbasbelopp. Det betyder att inkomster över 441 000 kronor per år inte är ersättningsgrundande med 2025 års prisbasbelopp.

Tillfällig föräldrapenning finns även för kontaktdagar, när barns ordinarie vårdare är sjuk, vid barns födelse och när barn avlider. Regelverket för dessa delförmåner beskrivs inte här.

Omvårdnadsbidrag ska förbättra föräldrars ekonomiska förutsättningar när barnet har en funktionsnedsättning

Att vara förälder till barn med funktionsnedsättning innebär ofta utökade föräldrainsatser samt större psykisk och fysisk belastning än för andra

föräldrar. Inte sällan påverkas privatekonomin när föräldrar väljer att gå ner i arbetstid eller att avstå karriärmöjligheter för att tillgodose barnets behov. Omvårdnadsbidragets huvudsyfte är att förbättra föräldrars ekonomiska förutsättningar att tillgodose ett barns behov av omvårdnad och tillsyn till följd av barnets funktionsnedsättning (prop. 2017/2018:190).

Omvårdnadsbidrag

En försäkrad förälder (eller person som likställs med förälder) har rätt till omvårdnadsbidrag för ett försäkrat barn, om barnet på grund av funktionsnedsättning kan antas vara i behov av omvårdnad och tillsyn under minst sex månader.

Omvårdnadsbidrag lämnas till och med juni det år när barnet fyller 19 år eller den tidigare månad när rätten till förmånen annars upphör. Rätten till omvårdnadsbidraget får begränsas till att omfatta viss tid.

Omvårdnadsbidrag beviljas i olika omfattning (hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels) beroende på hur omfattande barnets behov av omvårdnad och tillsyn är. Om bidraget gäller flera barn i en familj kan mer än ett helt omvårdnadsbidrag beviljas.

Ett helt omvårdnadsbidrag uppgår till 2,5 prisbasbelopp per år vilket år 2025 innebär 12 250 kronor per månad. Omvårdnadsbidraget är skattepliktigt och pensionsgrundande för den som är mottagare av bidraget.

Omvårdnadsbidrag har funnits sedan 2019 och ersatte tillsammans med merkostnadsersättning den tidigare förmånen vårbidrag. Till skillnad mot omvårdnadsbidraget omfattade vårbidraget en sammanvägd bedömning av barnets behov av särskild vård och tillsyn och merkostnader. Det var bara en förälder som kunde ansöka och beviljas vårbidrag men om föräldrarna var överens och uppfyllde vissa villkor kunde de få halva bidraget var.

En ansökan om omvårdnadsbidrag kan göras på tre sätt: av båda föräldrarna gemensamt, av båda föräldrarna separat eller av endast den ena föräldern. Om båda föräldrarna ansöker om och har rätt till omvårdnadsbidrag, ska bidraget lämnas med hälften till vardera föräldern. Föräldrarna kan begära att bidraget ska fördelas på annat sätt, då betalas bidraget ut enligt föräldrarnas begäran. Om föräldrarna inte är överens om fördelningen av omvårdnadsbidraget, fördelar Försäkringskassan bidraget mellan dem med hänsyn till var barnet bor eller vistas.

Även om omvårdnadsbidrag (och vårbidrag) betraktas som en inkomstbortfallsersättning ställs det inte krav på att föräldern avstår från förvärsarbete för att ha rätt till ersättningen. Om föräldern är arbetslös eller studerar saknar också betydelse för rätten till bidrag.

Samtidigt som omvårdnadsbidrag infördes skedde det en förändring i föräldraledighetslagen. Den innebär att föräldrar till barn som det lämnas omvårdnadsbidrag för har rätt att förkorta normal arbetstid med upp till en fjärdedel även efter barnet fyllt åtta år.

Tillfällig föräldrapenning och omvårdnadsbidrag har delvis överlappande syfte eftersom båda ersättningarna ska tillgodose ett barns behov av tillsyn och omvårdnad. Föräldrarna kan välja att låta vissa delar av omvårdnadsbehovet

inte ingå i rätten till omvårdnadsbidrag och i stället ansöka om tillfällig föräldrapenning exempelvis för besök inom vården. I vissa situationer kan en förälder ha rätt till tillfällig föräldrapenning även när omvårdnadsbidrag betalas ut för samma tid och barn, till exempel vid akuta försämringstillstånd hos barnet eller när barnet får en ny sjukdom.

Sjukpenning vid tillfälligt nedsatt arbetsförmåga

Sjukpenning kan beviljas till person vars arbetsförmåga är nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom. De flesta som är anställda har rätt till sjuklön från sin arbetsgivare under de första 14 dagarna i en sjukperiod och kan få sjukpenning från och med dag 15. Den som är arbetslös eller egenföretagare kan få sjukpenning från Försäkringskassan redan från början av sjukperioden.

Sjukpenning

En försäkrad har rätt till sjukpenning vid sjukdom som sätter ned hans eller hennes arbetsförmåga med minst en fjärdedel. Med sjukdom likställs ett tillstånd av nedsatt arbetsförmåga som orsakats av sjukdom för vilken det lämnats sjukpenning, om tillståndet fortfarande kvarstår efter det att sjukdomen upphört.

Vid bedömningen av om den försäkrade är sjuk ska det bortses från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden.

Sjukpenning beviljas i olika omfattning (hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedel) beroende på hur mycket arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom.

Sjukpenning lämnas med normalnivå eller fortsättningsnivå. Normalnivå kan vanligtvis betalas ut under högst 364 dagar och motsvarar strax under 80 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten (SGI). Om nedsättningen av arbetsförmågan kvarstår efter 364 dagar kan sjukpenning betalas på fortsättningsnivå. Ersättningen motsvarar då strax under 75 procent av SGI. Om personen har en allvarlig sjukdom lämnas sjukpenning på normalnivå trots att sådan sjukpenning redan har lämnats för maximalt antal dagar.

Inkomsttaket för sjukpenning är 10 prisbasbelopp. Det betyder att inkomster över 588 000 kronor inte är ersättningsgrundande med 2025 års prisbasbelopp. Den som är arbetslös kan få sjukpenning som maximalt motsvarar det högsta dagpenningbeloppet inom arbetslöshetsförsäkringen. År 2025 är den högsta möjliga dagersättning för sjukpenning på normalnivå 1 250 kronor. För helt arbetslösa är den högsta möjliga dagersättningen 543 kronor.

Reglerna för sjukpenning har förändrats flera gånger under den period som studeras i den här analysen. Förändringar som kan ha betydelse för den här analysen är bland annat införandet av den så kallade rehabiliteringskedjan 2008 och att sjukpenningen tidsbegränsades under perioden 2008–2016. Rehabiliteringskedjan innebär att det infördes fasta tidpunkter som anger vilket arbete som den sjukskrivnes arbetsförmåga ska provas gentemot under sjukfrånvaroperioden. Den tidsbegränsade sjukpenningen innebär att Försäkringskassan normalt bara kunde betala ut sjukpenning under en begränsad tidsperiod som var ungefär två och ett halvt år. De som på grund av

tidsgränsen inte längre hade rätt till sjukförsäkring fick delta i arbetsmarknadspolitiska program som pågick i tre månader. Om arbetsförmågan efter deltagandet i programmet fortsatt var nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom kunde personen återvända till sjukförsäkringen. För vissa grupper infördes det 2013 vissa undantag från den tidsbegränsade sjukpenningen och 2016 togs den tidsbegränsade sjukpenningen bort.

Fram till och med dag 180 i rehabiliteringskedjan bedöms arbetsförmågan mot arbeten hos den nuvarande arbetsgivaren. Därefter är huvudregeln att arbetsförmågan bedöms mot angiven yrkesgrupp som normalt förekommer på arbetsmarknaden. Under 2021 och 2022 infördes undantag från denna regel som innebär att fler kan ha rätt till sjukpenning under längre tid. Det gäller främst undantaget övervägande skäl för sjukpenningen, som infördes den 15 mars 2021. Övervägande skäl innebär att den försäkrade kan undantas från bedömningen mot normalt förekommande arbete, om det finns övervägande skäl som talar för att den försäkrade ska kunna återgå helt i arbete hos arbetsgivaren senast dag 365 av ett sjukfall. Den 1 februari 2022 infördes dessutom undantaget särskilda skäl för att ytterligare öka flexibiliteten i rehabiliteringskedjan. Särskilda skäl innebär att en försäkrad kan undantas från bedömningen mot normalt förekommande arbete, om det finns särskilda skäl som talar för att den försäkrade ska kunna återgå i helt i arbete hos arbetsgivaren senast dag 550 av ett sjukfall.

Bilaga 3: Ytterligare resultat

Tabell 23 Barn och unga med psykisk ohälsa, efter kön och ålder 2022.
Antal och procentuell fördelning

	Antal	Andel (%)	Andel (%), flickor	Andel (%), pojkar
5	4 037	1	1	1
6	6 632	1	1	2
7	8 889	2	1	2
8	11 462	2	2	3
9	13 860	3	2	3
10	16 345	3	2	4
11	18 804	4	3	5
12	22 283	4	4	5
13	24 200	5	4	5
14	27 527	6	5	6
15	30 036	6	6	6
16	32 708	7	7	6
17	34 416	7	7	6
18	36 475	7	8	7
19	38 685	8	9	7
20	39 731	8	9	7
21	40 860	8	9	7
22	43 642	9	10	8
23	46 152	9	10	9
Summa	496 744	100	100	100

Barn med första vårdkontakt mellan 5 och 18 års ålder.

Tabell 24 Barn och unga med psykisk ohälsa, efter typ av första vårdkontakt. Barn som är 5–18 år vid första vårdkontakt. Antal och procentuell fördelning

	Antal	Andel (%)
Öppenvård	320 653	72
Uttag av läkemedel	117 083	26
Slutenvård	9 051	2
Summa	446 787	100

Tabell 25 Barn och unga med psykisk ohälsa, efter ålder vid första vårdkontakt. Barn som är 5–18 år vid första vårdkontakt. Antal och procentuell fördelning

	Totalt		Flickor		Pojkar	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
5	50 778	11	18 094	9	32 684	14
6	40 439	9	13 609	7	26 830	11
7	35 008	8	11 357	6	23 651	10
8	31 753	7	10 157	5	21 596	9
9	30 441	7	10 275	5	20 166	8
10	29 121	7	10 601	5	18 520	8
11	27 680	6	10 733	5	16 947	7
12	26 745	6	12 035	6	14 710	6
13	27 709	6	15 400	8	12 309	5
14	31 995	7	20 297	10	11 698	5
15	33 420	7	21 523	11	11 897	5
16	29 195	7	18 349	9	10 846	4
17	27 628	6	17 129	8	10 499	4
18	24 875	6	15 323	7	9 552	4
Summa	446 787	100	204 882	100	241 905	100

Tabell 26 Barn med psykisk ohälsa, efter diagnosavsnitt vid första vårdkontakt. Antal samt andel (procent) av alla med uppgift om diagnos

Diagnosavsnitt	Antal	Andel (%)
F1: Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser	8 475	4
F2: Schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom	229	0
F3: Förstämmningssyndrom	14 578	7
F4: Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom	31 127	15
F5: Beteendestörningar förenade med fysiologiska rubbningar och fysiska faktorer	13 230	6
F6: Personlighetsstörningar och beteendestörningar hos vuxna	1 190	1
F7: Psykisk utvecklingsstörning	5 627	3
F8: Störningar i psykisk utveckling	27 279	13
F9: Beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid, samt Ospecificerad psykisk störning	105 788	51
Antal med uppgift om diagnos	207 523	
Saknar huvuddiagnos	239 264	
Varav första vårdkontakt är uttag av läkemedel	117 083	
Varav har vårdats inom psykiatri	94 965	
Varav somatisk huvuddiagnos	27 216	
Antal, totalt	446 787	

Uppgift om huvuddiagnos kan saknas av tre anledningar: det första vårdtillfället sker genom uttag av läkemedel, vårdtillfället har skett inom psykiatri (medicinskt vårdområde 9) utan att diagnos ställts eller att någon annan diagnos har angetts som huvuddiagnos, men en psykiatrisk diagnos (F1–F9 enligt ICD-10) har ställts som bidiagnos.

Tabell 27 Barn och unga med psykisk ohälsa, efter kön och diagnosavsnitt vid första vårdkontakt. Antal samt procentuell fördelning (av alla med uppgift om diagnos)

Diagnosavsnitt	Flickor		Pojkar	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
F1: Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser	3 920	4	4 555	4
F2: Schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom	90	0	139	0
F3: Förstämmningssyndrom	10 288	11	4 290	4
F4: Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom	20 617	23	10 510	9
F5: Beteendestörningar förenade med fysiologiska rubbningar och fysiska faktorer	10 720	12	2 510	2
F6: Personlighetsstörningar och beteendestörningar hos vuxna	765	1	425	0
F7: Psykisk utvecklingsstörning	2 221	2	3 406	3
F8: Störningar i psykisk utveckling	7 973	9	19 306	17
F9: Beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid, samt Ospecificerad psykisk störning	34 521	38	71 267	61
Antal med uppgift om diagnos	91 115		116 408	
Saknar huvuddiagnos	113 767		125 497	
Varav första vårdkontakt är uttag av läkemedel	64 837		52 246	
Varav har vårdats inom psykiatri	37 699		57 266	
Varav somatisk huvuddiagnos	11 231		15 985	
Antal, totalt	204 882		241 905	

Uppgift om huvuddiagnos kan saknas av tre anledningar: det första vårdtillfället sker genom uttag av läkemedel, vårdtillfället har skett inom psykiatri (medicinskt vårdområde 9) utan att diagnos ställts eller att någon annan diagnos har angetts som huvuddiagnos, men en psykiatrisk diagnos (F1-F9 enligt ICD-10) har ställts som bidiagnos.

Tabell 28 Barn med psykisk ohälsa, efter vilket diagnosavsnitt de fått sin första diagnos samt ålder vid första diagnos. Procentuell fördelning (av alla med uppgift om diagnos)

Ålder	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9
5	0	1	0	1	3	2	22	37	7
6	0	0	0	1	3	2	15	17	13
7	0	1	0	2	2	2	9	8	14
8	0	1	0	3	2	3	8	5	12
9	0	1	1	4	2	4	7	5	10
10	0	2	1	5	3	3	7	5	9
11	0	3	3	7	4	5	6	5	8
12	1	2	5	8	7	6	6	4	7
13	4	5	11	10	12	8	5	4	5
14	14	6	17	13	17	14	4	3	5
15	20	14	20	14	16	13	4	3	4
16	23	14	17	12	12	13	3	2	3
17	19	25	15	10	10	11	2	1	2
18	19	25	10	9	6	13	1	1	1
Summa	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Tabell 29 Barn som någon gång under uppväxten fått diagnoser inom olika diagnosavsnitt, antal och andel (procent)

	Antal	Andel (%)
F1: Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser	24 942	6
F2: Schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom	2 336	1
F3: Förstämmningssyndrom	60 363	14
F4: Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom	105 065	24
F5: Beteendestörningar förenade med fysiologiska rubbningar och fysiska faktorer	38 625	9
F6: Personlighetsstörningar och beteendestörningar hos vuxna	9 476	2
F7: Psykisk utvecklingsstörning	25 443	6
F8: Störningar i psykisk utveckling	98 444	22
F9: Beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid, samt Ospecificerad psykisk störning	215 752	48

Diagnosen kan förekomma antingen som huvuddiagnos eller bidiagnos, och kan ha ställts i antingen öppenvård eller slutenvård. Samma person kan ingå i flera grupper, eftersom det är vanligt att barn har diagnoser inom flera olika diagnosavsnitt under uppväxten. Diagnoser som ställts under de 10 åren efter barnets första vårdkontakt inkluderas. Barn som är födda i de tidiga kohorterna i populationen ingår oftare i flera grupper eftersom de ingår under fler år och därför har större sannolikhet att få flera diagnoser.

Tabell 30 Barn som hämtat ut olika typer av läkemedel minst en gång. Antal

Läkemedelsgrupp	Antal förskrivningar
Melatonin	169 520
ADHD-läkemedel	144 534
Antidepressiva	134 993
Ångstdämpande	134 510
Antihistaminer	94 440
Sömn/lugnande	51 304
Antipsykotika	30 334
Litium	1 521

Här inkluderas läkemedel som hämtats ut under de 10 åren efter barnets första vårdkontakt. Litium används inte för barn, men kan förekomma bland de äldre personerna i populationen.

Tabell 31 Barn som någon gång under uppväxten hämtat ut läkemedel från olika läkemedelsgrupper. Antal och procentuell fördelning (av de som hämtat ut minst ett läkemedel)

Antal läkemedelsgrupper	Antal barn	Andel (%) av barn som hämtat ut läkemedel
1	129 458	42
2	81 535	26
3	43 981	14
4	28 090	9
5	16 139	5
6	8 087	3
7	2 881	1
8	205	0
Summa	310 376	100

Här inkluderas läkemedel som hämtats ut under de 10 åren efter barnets första vårdkontakt. Barn som är födda i de tidiga kohorterna i populationen ingår oftare i flera grupper eftersom de ingår under flera år och därför har större sannolikhet att få flera läkemedel.

Tabell 32 **Föräldrar till barn med psykisk ohälsa (studiepopulation) och föräldrar i jämförelsegruppen, efter födelseland och utbildningsnivå. Procentuell fördelning**

	Studiepopulation (%)		Jämförelsegrupp (%)	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Födelseland				
Inrikes född	75	76	67	70
Utrikes född	25	24	33	30
Utbildningsnivå				
Förgymnasial utbildning	10	13	9	11
Gymnasial utbildning	39	48	34	43
Eftergymnasial utbildning	50	35	54	43
Uppgift saknas	1	1	3	2

Studie- och jämförelsegruppen är föräldrar till barn som är födda år 1999–2017. Uppgift om utbildningsnivå är senast registrerad uppgift.

Tabell 33 **Föräldrar till barn med psykisk ohälsa (studiepopulation) och föräldrar i jämförelsegruppen. Kvinnor fördelade efter födelseland och barnets födelseår. Procentuell fördelning**

Barnets födelseår	Studiepopulation		Jämförelsegrupp	
	Inrikes född	Utrikes född	Inrikes född	Utrikes född
1999	78	22	73	27
2000	78	22	73	27
2001	78	22	72	28
2002	77	23	71	29
2003	77	23	70	30
2004	76	24	69	31
2005	76	24	67	33
2006	76	24	66	34
2007	76	24	64	36
2008	75	25	64	36
2009	75	25	64	36
2010	74	26	64	36
2011	74	26	64	36
2012	73	27	63	37
2013	71	29	64	36
2014	69	31	64	36
2015	67	33	65	35
2016	64	36	65	35
2017	61	39	65	35

Tabell 34 **Föräldrar till barn med psykisk ohälsa (studiepopulation) och föräldrar i jämförelsegruppen. Män fördelade efter födelseland och barnets födelseår. Procentuell fördelning**

Barnets födelseår	Studiepopulation		Jämförelsegrupp	
	Inrikes född	Utrikes född	Inrikes född	Utrikes född
1999	79	21	75	25
2000	79	21	75	25
2001	79	21	74	26
2002	79	21	74	26
2003	78	22	73	27
2004	77	23	71	29
2005	77	23	69	31
2006	77	23	69	31
2007	77	23	67	33
2008	76	24	66	34
2009	75	25	66	34
2010	74	26	66	34
2011	73	27	66	34
2012	73	27	65	35
2013	71	29	65	35
2014	69	31	65	35
2015	67	33	65	35
2016	63	37	65	35
2017	60	40	66	34

Tabell 35 **Föräldrar till barn med psykisk ohälsa (studiepopulation) och föräldrar i jämförelsegruppen. Kvinnor fördelade efter utbildningsnivå och barnets födelseår. Procentuell fördelning**

Barnets födelseår	Studiepopulation				Jämförelsegrupp			
	För-gymnasial utbildning	Gymnasial utbildning	Efter-gymnasial utbildning	Uppgift saknas	För-gymnasial utbildning	Gymnasial utbildning	Efter-gymnasial utbildning	Uppgift saknas
1999	11	45	43	0	9	42	48	2
2000	11	44	45	1	8	41	49	2
2001	11	43	46	1	9	39	50	2
2002	11	42	47	1	8	39	51	2
2003	10	41	48	1	9	37	53	2
2004	10	39	50	1	9	35	54	2
2005	10	39	51	1	9	34	54	3
2006	9	38	52	1	9	33	55	3
2007	10	37	53	1	10	32	55	3
2008	9	36	54	1	10	31	56	3
2009	9	35	55	1	9	30	57	3
2010	10	35	55	1	9	30	58	3
2011	10	35	54	1	9	29	57	4
2012	10	34	55	1	9	29	57	4
2013	10	34	55	1	9	29	58	5
2014	10	35	53	1	9	29	58	4
2015	11	34	54	1	9	29	58	4
2016	12	32	55	1	9	29	58	5
2017	13	35	51	2	8	30	57	5

Tabell 36 **Föräldrar till barn i jämförelsegruppen. Män fördelade efter utbildningsnivå och barnets födelseår. Procentuell fördelning**

Barnets födelseår	Studiepopulation				Jämförelsegrupp			
	För-gymnasial utbildning	Gymnasial utbildning	Efter-gymnasial utbildning	Uppgift saknas	För-gymnasial utbildning	Gymnasial utbildning	Efter-gymnasial utbildning	Uppgift saknas
1999	15	52	33	0	12	49	38	1
2000	15	51	34	1	11	48	39	1
2001	14	51	35	1	11	47	41	2
2002	13	50	36	1	11	47	41	2
2003	13	50	37	1	10	45	42	2
2004	12	49	38	1	10	44	43	2
2005	13	48	38	1	11	44	44	2
2006	13	48	39	1	11	43	44	2
2007	13	47	39	1	11	42	44	2
2008	13	47	40	1	11	41	45	3
2009	13	47	39	1	11	41	46	3
2010	13	45	41	1	11	40	46	3
2011	13	46	40	1	11	40	46	3
2012	14	44	41	1	11	40	46	4
2013	13	45	41	1	11	40	46	4
2014	13	44	41	1	11	40	45	4
2015	13	45	41	1	11	40	45	4
2016	13	42	43	2	11	41	45	4
2017	14	44	41	2	10	41	45	4

Tabell 37 **Andel föräldrar med försäkrad inkomst från arbete, efter utbildningsnivå och födelseland. Procent**

	Studiepopulation		Jämförelsegrupp	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Alla	92	92	85	88
Förgymnasial utbildning	74	83	65	79
Gymnasial utbildning	92	94	89	93
Eftergymnasial utbildning	96	95	90	89
Uppgift om utbildning saknas	51	53	15	27
Inrikes född	95	95	95	96
Utrikes född	83	83	65	70

En person antas ha en försäkrad inkomst om inkomsten under föregående år uppgår till minst 24 procent av prisbasbeloppet och personen inte har hel sjukersättning under året.

Tabell 38 **Andel barn där någon förälder använder tillfällig föräldrapenning och antal nettodagar per år för de barn där föräldrarna använder ersättningen, efter barnets diagnos vid första vårdtillfället. Procent samt nettodagar**

	Andel (%) med tillfällig föräldrapenning	Nettodagar
F1: Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser	4	17
F2: Schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom	26	..
F3: Förstämmningssyndrom	22	28
F4: Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom	24	19
F5: Beteendestörningar förenade med fysiologiska rubbningar och fysiska faktorer	38	42
F6: Personlighetsstörningar och beteendestörningar hos vuxna	23	14
F7: Psykisk utvecklingsstörning	35	10
F8: Störningar i psykisk utveckling	48	9
F9: Beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid, samt Ospecificerad psykisk störning	45	7

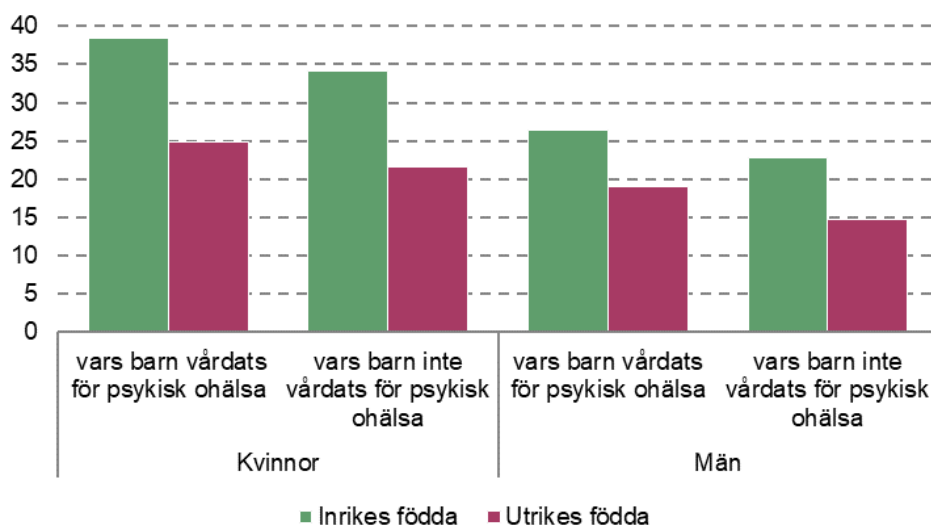
Anm. .. när det är färre än 100 observationer. Tillfällig föräldrapenning omfattar här både vård av barn och vård av allvarligt sjukt barn.

Tabell 39 **Andel barn där någon förälder använder tillfällig föräldrapenning och/eller omvårdnadsbidrag, efter barnets diagnos vid första vårdtillfället. Procent**

	Andel (%) med tillfällig föräldrapenning och/eller omvårdnadsbidrag
F1: Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser	7
F2: Schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom	34
F3: Förstämmningssyndrom	28
F4: Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom	30
F5: Beteendestörningar förenade med fysiologiska rubbningar och fysiska faktorer	41
F6: Personlighetsstörningar och beteendestörningar hos vuxna	28
F7: Psykisk utvecklingsstörning	69
F8: Störningar i psykisk utveckling	70
F9: Beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid, samt Ospecificerad psykisk störning	56

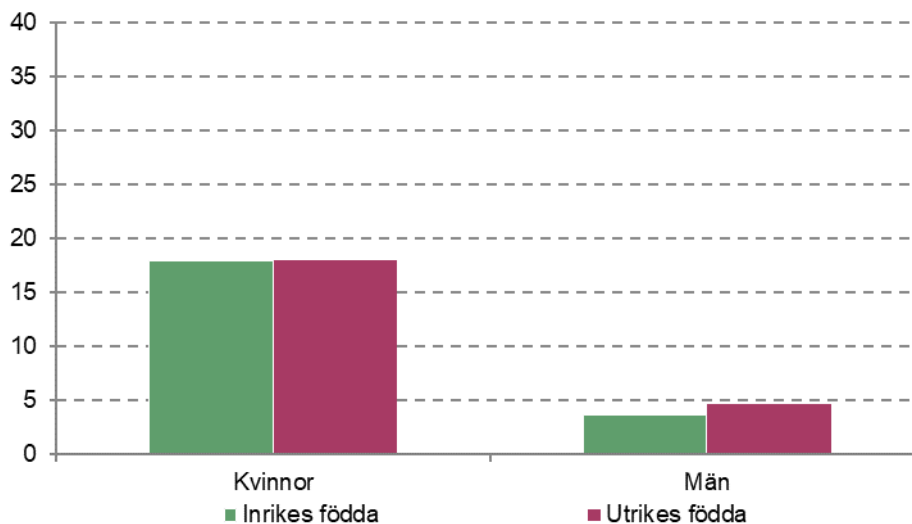
Uttag av tillfällig föräldrapenning/omvårdnadsbidrag avser de som använt minst en av dessa ersättningar (inkl. vårbidrag) under kalenderåret.

Figur 18 Andel föräldrar som använder tillfällig föräldrapenning, efter födelseland. Procent



Uttag av tillfällig föräldrapenning avser de som använt någon tillfällig föräldrapenning under kalenderåret. För barn som vårdats för psykisk ohälsa gäller uttag av tillfällig föräldrapenning året efter den första vårdkontakten.

Figur 19 Andel föräldrar som har omvårdnadsbidrag, efter födelseland. Procent



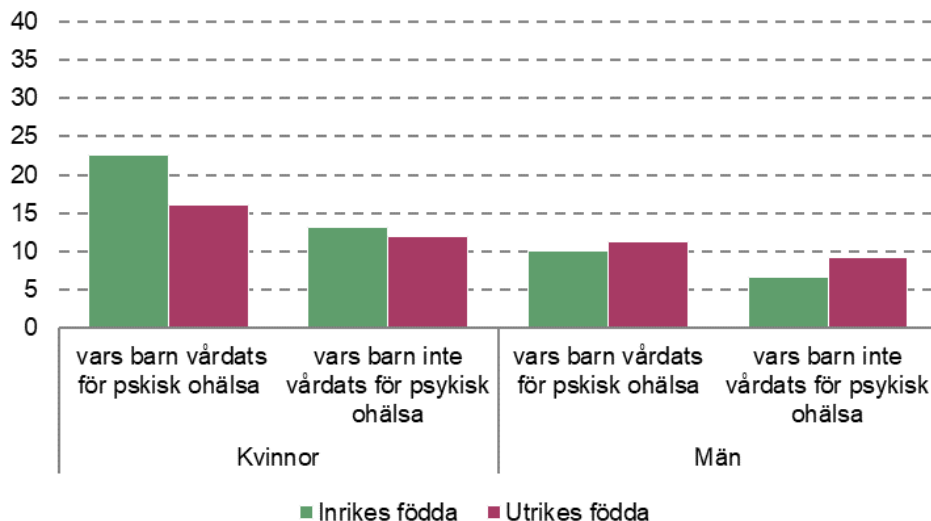
Förekomst av omvårdnadsbidrag omfattar även vårdbidrag och avser året efter den första vårdkontakten.

Tabell 40 Andel föräldrar som har sjukpenning, föräldrar till barn med utvalda diagnoser. Procent

Diagnos och ålder första gång diagnosen ställs	Kvinnor	Män
Adhd (inkluderar även uttag av adhd-läkemedel)		
6 år vid första vårdkontakt	27	12
10 år vid första vårdkontakt	25	12
15 år vid första vårdkontakt	27	13
Autism		
6 år vid första vårdkontakt	18	10
10 år vid första vårdkontakt	29	11
15 år vid första vårdkontakt	29	13
Depressiv episod		
12 år vid första vårdkontakt	32	13
15 år vid första vårdkontakt	29	14
Ängest		
12 år vid första vårdkontakt	31	13
15 år vid första vårdkontakt	30	13
Anorexia		
12 år vid första vårdkontakt	18	5
15 år vid första vårdkontakt	23	10

Förekomst av sjukpenning avser de som fått sjukpenning någon gång under kalenderåret.

Figur 20 Andel föräldrar som har sjukpenning, efter födelseland. Procent



Förekomst av sjukpenning avser de som fått sjukpenning någon gång under kalenderåret. För barn som vårdats för psykisk ohälsa gäller förekomst av sjukpenning året efter den första vårdkontakten.