

Ojämlighet i hälsa under uppväxten

Dålig hälsa i barndomen har visat sig korrelera både med ohälsa längre fram i livet och med framtida skol- och arbetsmarknadsutfall. Vi visar, i den här artikeln, att barns hälsa samvarierar med familjens ekonomiska situation. Barn i låginkomstfamiljer löper en större risk att födas med låg födelsevikt och är i större utsträckning inlagda på sjukhus eller behöver besöka läkare i öppenvården. Sambandet är extra tydligt för diagnoser relaterade till psykisk ohälsa. Även när det gäller livsstilsrelaterade hälsoutfall, som att diagnosticeras för fetma, eller hamna på sjukhus på grund av alkohol- eller drogproblematik, är risken större ju fattigare familjen är. Ekonomisk ojämlikhet mellan hushåll återspeglas alltså även i barnens hälsa.

De flesta är nog överens om att människor, åtminstone från födseln, borde ges samma förutsättningar och samma möjligheter att påverka sin situation och lyckas i livet. Men i praktiken skiljer sig barns förutsättningar redan när de först ser dagens ljus. Vi ärver t ex en uppsättning gener av våra föräldrar som vi bär med oss resten av livet. Det finns också en växande litteratur som visar att våra framtida utfall påverkas av händelser redan i fosterstadiet (se Almond och Currie 2011 för en översikt). Detta gäller såväl beslut som tas av föräldrar inför eller under graviditeten, som exempelvis rökning och alkoholkonsumtion, som händelser som är utanför föräldrarnas kontroll, exempelvis negativa ekonomiska chocker eller exponering för olika typer av miljögifter (se t ex Nilsson 2017, Persson och Rossin-Slater 2018 och Almond m fl 2009).

Redan vid födseln finns alltså skillnader i barns förutsättningar. Sämre initiala förutsättningar kan ta sig uttryck dels i en högre sannolikhet att drabbas av sjukdom och ohälsa, dels i att konsekvenserna av att drabbas blir mer allvarliga och långtgående (Almond och Currie 2011; Diderichsen m fl 2012). De initiala skillnaderna kan antingen förstärkas eller motverkas under uppväxten genom föräldrarnas investeringar, samhällets institutioner och insatser samt boendemiljö och skola. I den här artikeln fokuserar vi på skillnader i barns hälsa och mer specifikt hur barns hälsa samvarierar med föräldrarnas ekonomiska situation. Dålig hälsa i barndomen har visat sig korrelera både med ohälsa längre fram i livet och med hur det går i skolan och på arbetsmarknaden (se t ex Almond och Currie 2011). Det är därför av särskilt intresse att kartlägga graden av ojämlikhet i barns hälsa. Att förebygga ohälsa hos barn är ett potentiellt viktigt led när det gäller att utjämna barns livschanser och främja social rörlighet.

EVA MÖRK, HELENA SVALE- RYD OCH ANNA SJÖGREN

Eva Mörk är professor i nationalekonomi vid Uppsala universitet. eva.mork@nek.uu.se

Anna Sjögren är docent i nationalekonomi på Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU). anna.sjogren@ifau.uu.se

Helena Svaleryd är professor i nationalekonomi vid Uppsala universitet. helena.svaleryd@nek.uu.se

För att studera sambandet mellan familjebakgrund och hälsa presenterar vi s k sociala gradienter i olika indikatorer på sjuklighet och ohälsa. Den sociala gradienten är ett mått som beskriver styrkan i sambandet mellan barns (o)hälsa och familjens socioekonomiska status. En stor gradient betyder att de sociala skillnaderna i (o)hälsa är stora. För att mäta hälsa och socioekonomisk status använder vi oss av svenska registerdata över alla barn som föds eller bor i Sverige under perioden 2010–16. Vi är intresserade av att mäta såväl barns olika förutsättningar från födseln som deras hälsa under uppväxttiden. Vår analys bygger därför på uppgifter från såväl mödravårds-, slutenvårds-, öppenvårds- som läkemedelsregistret. Det finns flera sätt att mäta socioekonomisk status. Man kan t ex använda föräldrarnas inkomster eller förmögenhet, men även utbildning eller yrke skulle kunna vara tänkbara mått. I denna artikel fokuserar vi på betydelsen av familjens *ekonomiska* status, vilken vi mäter med familjens disponibla inkomst under ett år, justerad för familjestorlek.¹

1. Bakgrund

Betydelsen av socioekonomisk status för barns hälsa

Cutler m fl (2011) lyfter fram fyra dimensioner av socioekonomisk status som kan vara av betydelse för barns hälsa:

- i Brist på ekonomiska resurser begränsar föräldrarnas möjligheter att erbjuda sina barn goda uppväxtförhållanden, såväl materiellt som socialt.
- ii Låg utbildning hos föräldrarna påverkar deras förmåga att ta till sig kunskap om hur barns hälsa kan främjas. Även föräldrarnas hälsa, inställning till risktagande och framtiden och deras förmåga att se konsekvenser av sina handlingar, kan vara relaterade till deras utbildningsnivå. Dessa faktorer kan dessutom påverka barnens hälsa direkt.
- iii Låg rang i den sociala strukturen kan orsaka stress som påverkar barnet.
- iv Kulturella faktorer och normer innebär att efterfrågan och tillgången till vård ser olika ut i olika grupper, exempelvis beroende på familjens härkomst och tid i landet.

I den här artikeln fokuserar vi på skillnader med avseende på familjers disponibla inkomst, dvs framför allt på den första punkten. Ekonomisk utsatthet kan, förutom att begränsa föräldrarnas möjligheter här och nu, även påverka deras möjligheter att fatta långsiktigt genomtänkta beslut (Mullainathan and Shafrir 2013). Då familjens ekonomiska situation påverkar och påverkas av de övriga punkterna är det dock inte möjligt att helt separera de olika dimensionerna.

¹ I Mörk m fl (2014a) undersöker vi, för en tidigare period, dessutom sociala gradienter med avseende på familjens permanenta inkomst och föräldrarnas utbildning och finner likartade mönster som när vi analyserar sociala gradienter utifrån familjens årliga disponibla inkomst.

Att mäta barns hälsa

Hälsa, till skillnad från exempelvis inkomster, låter sig inte enkelt mätas. Även om man hade haft tillgång till bra mått på hälsa så finns det t ex inte någon självklar skala att jämföra olika hälsotillstånd efter. Vi har, som nämnts tidigare, valt att använda registerdata över sjukhusinskrivningar, besök hos specialistsjukvård, läkemedelsförskrivningar och uppgifter från mödravården.

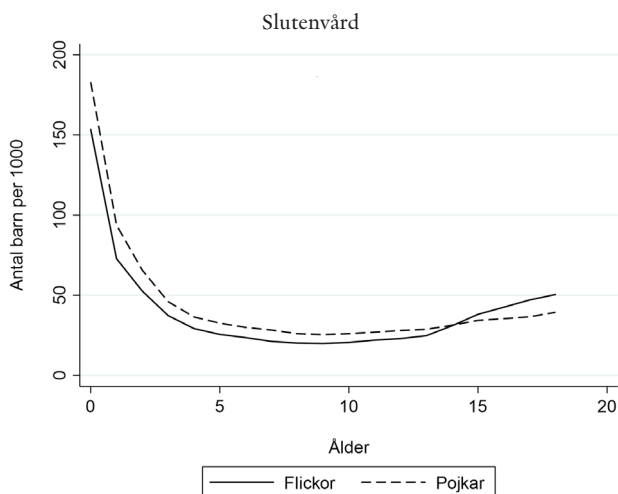
Ett alternativ till detta skulle vara att i stället titta på självskattad (eller föräldraskattad) hälsa mätt i enkäter. Självrapporterade uppgifter ger information om hälsan även hos den del av befolkningen som är så frisk att den inte behöver söka vård och kan alltså fånga upp mindre allvarliga hälsotillstånd. Ett potentiellt problem med självrapporterade hälsomått är dock att personer som objektivt sett har ett likartat hälsotillstånd kan uppleva sin hälsa väldigt olika, vilket försvårar jämförelser mellan grupper, särskilt om det finns olikheter i hur man besvarar enkätfrågor om hälsa som på ett systematiskt sätt samvarierar med social bakgrund. Dessutom baseras enkätundersökningar oftast på förhållandevis små urval, vilket gör dem svåra att använda när man vill jämföra olika grupper med varandra.

En styrka med registerbaserade uppgifter är att de täcker hela befolkningen och bygger på läkares professionella bedömningar. En nackdel är dock att de endast fångar ohälsa och sjukdom som är så pass allvarliga att de föranleder sjukhusvård, läkardiagnos inom öppenvården eller läkemedelsförskrivning. Sannolikheten att ett barn som varit sjukt förekommer i patient- och läkemedelsregistren kommer också att påverkas av tillgängligheten på sjukvård och av familjens benägenhet att söka vård. Särskilt problematiskt är detta om det finns socioekonomiska skillnader i dessa aspekter. Vi kommer att återvända till denna potentiella problematik längre fram när vi diskuterar våra resultat.

Deskription: Sjukhusinläggningar, öppenvård och läkemedelsförskrivningar

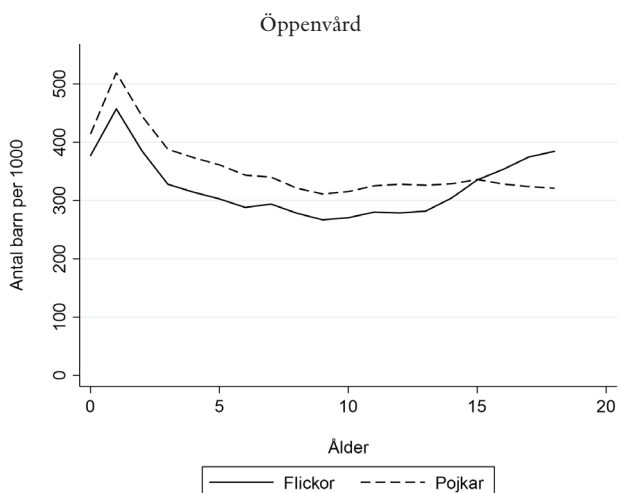
Som en bakgrund till de sociala gradienter som vi visar i nästa avsnitt beskriver vi hur andelen barn som någon gång under ett år vårdats på sjukhus (figur 1), fått vård i öppenvården (figur 2) och förskrivits läkemedel (figur 3) skiljer sig åt mellan flickor och pojkar i olika åldrar. Som tydligt framgår av figurerna finns ett åldersmönster, där sannolikheten att vårdas på sjukhus är som högst bland spädbarn medan öppenvård är vanligast under andra levnadsåret för att sedan minska fram till tioårsåldern och därefter öka igen. Läkemedelsförskrivningarna är i stället vanligast i förskoleåldern varefter de minskar fram till tonåren för att då öka. När det gäller skillnader mellan könen, ser vi att en högre andel pojkar i yngre år vårdas på sjukhus, besöker i öppenvården och förskrivs läkemedel än flickor, men att detta mönster förändras i tonåren då flickorna i stället drar ifrån. Det senare mönstret förklaras framför allt av att flickor har en

Figur 1
Antal barn per 1 000 som vårdats i slutenvård per år 2010–16 efter ålder, uppdelat på flickor och pojkar



Källa: Egen bearbetning.

Figur 2
Antal barn per 1 000 som fått öppenvård per år efter ålder, uppdelat på flickor och pojkar, 2010–16



Källa: Egen bearbetning.

betydligt högre förekomst av psykiska hälsoproblem i tonåren, se Mörk m fl (2014a) för en närmare analys.²

Hur tar vi fram sociala gradienter?

För att ta fram de sociala gradienterna börjar vi med att beräkna barnets biologiska föräldrars disponibla inkomst på hushållsnivå. Vi justerar den disponibla inkomsten för hushållsstorlek.³ Om barnets biologiska föräldrar

² Vad gäller ökningen av läkemedelsförskrivningar för flickor i tonåren kan detta delvis bero på förskrivningar av preventivmedel.

³ Det finns olika sätt att ta hänsyn till familjestorlek. Vi har valt att, liksom exempelvis Smecding m fl (1993), justera hushållsinkomsterna med kvadratroten av hushållets (dvs respektive förälders hushålls) antal medlemmar.



Figur 3
Antal barn per 1 000 som förskrivits läkemedel per år, efter ålder, uppdelat på flickor och pojkar, 2010–16

Anm: Alla läkemedel förutom vaccin.

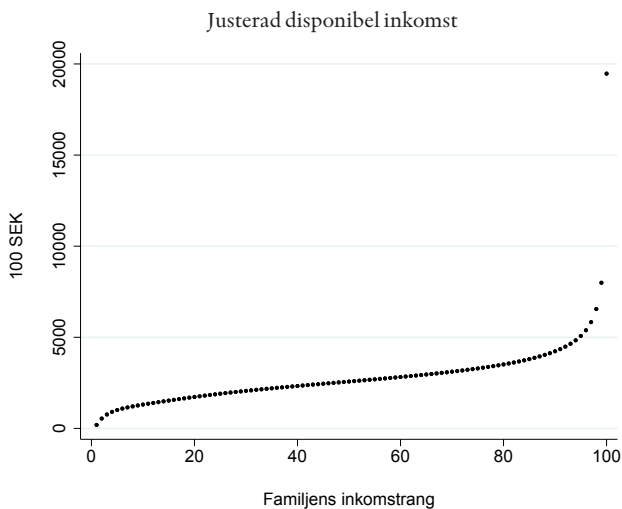
Källa: Egen bearbetning.

inte är sammanboende låter vi barnets familjs disponibla inkomst utgöras av genomsnittet av de biologiska föräldrarnas respektive hushålls disponibla inkomst. Om endast en förälder är i livet eller har positiv inkomst används den förälderns inkomst. Därefter gör vi en kalenderårs- och åldersspecifik rangordning av alla barn utifrån den disponibla inkomsten. Vi delar sedan in barnen i 100 lika stora grupper, dvs percentiler, och räknar ut det genomsnittliga hälsomåttet för respektive percentil. Som framgick av figurerna ovan varierar vård- och läkemedelskonsumtionen med barnens ålder. Eftersom vi vill visa hur den sociala gradienten ser ut för alla barn i åldrarna 0–18 år under perioden 2010 till 2016 utan att låta detta åldersmönster eller tidstrender slå igenom, tar vi fram standardiserade hälsomått där vi rensar för nivåskillnader som enbart beror på barnets ålder och mätår. Vi rensar även för nivåskillnader mellan pojkar och flickor, och mellan inrikes- och utrikesfödda, eftersom det kan finnas skillnader som beror på barnets kön och familjens härkomst snarare än på inkomstskillnader.⁴ Exempelvis så är det färre utrikesfödda mammor som röker jämfört med svenskfödda mammor.

Figur 4 visar hur den beräknade genomsnittliga disponibla inkomsten i barnens hushåll, justerad för familjestorlek, varierar över fördelningen. Av figuren framgår att de disponibla inkomsterna ökar nästan linjärt i ett stort intervall från den femte till den nittionde percentilen för att därefter öka mycket kraftigt. Det finns alltså ett fåtal barn som lever i familjer med betydligt högre disponibel inkomst än andra, men också en liten andel

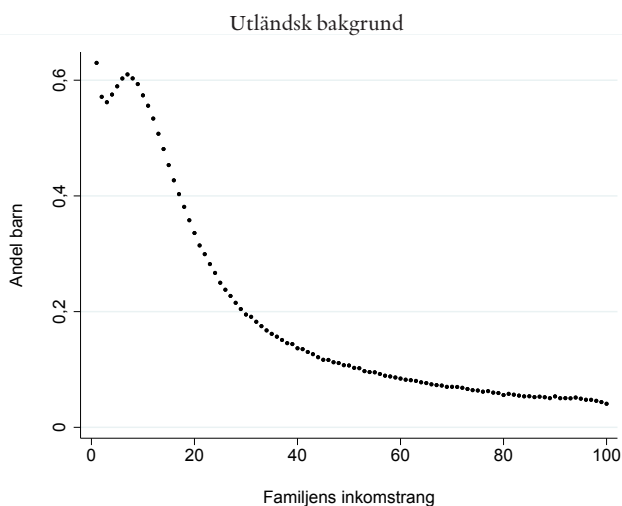
⁴ I praktiken sker denna standardisering genom att mäter vi hälsan med residualen från en linjär sannolikhetsmodell där vi kontrollerar för en uppsättning dummyvariabler med avseende på kön, ålder, föräldrarnas födelseland samt mätår.

Figur 4
Genomsnittlig disponibel hushållsinkomst i 100-tals kr över fördelningen av föräldrarnas disponibla inkomst, 2010-16



Källa: Egen bearbetning.

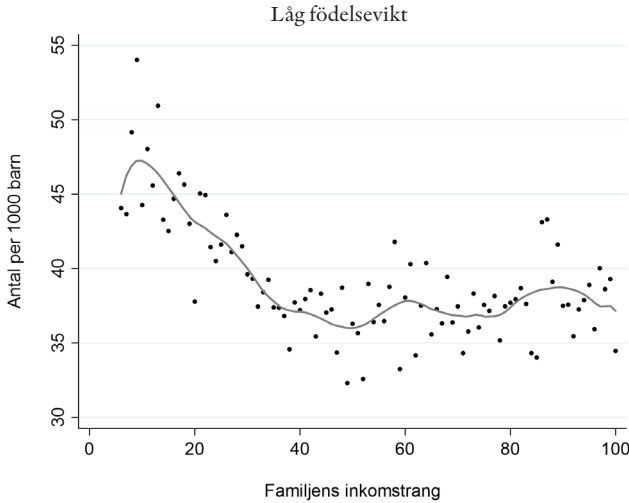
Figur 5
Andel barn med utländsk bakgrund över fördelningen av föräldrarnas disponibla inkomst, 2010-16



Källa: Egen bearbetning.

som har väldigt låg disponibel inkomst.

Figur 5 visar i stället hur andelen med utländsk bakgrund varierar över fördelningen. Familjer med två utrikesfödda föräldrar är starkt överrepresenterade bland dem med låg inkomst och uppgår till drygt 60 procent i den nedre delen av fördelningen av disponibel inkomst, medan de utgör endast knappa fem procent i toppen av inkomstfördelningen. När vi tar fram de sociala gradienterna så rensar vi, som nämndes ovan, för nivåskillnader i hälsa mellan barn till inrikes och utrikesfödda föräldrar för att säkerställa att



Figur 6
Antal barn per 1 000 med låg födelsevikt ($< 2\,500\text{g}$) över fördelningen av föräldrarnas disponibla inkomst, 2010–16

Källa: Egen bearbetning.

våra resultat inte påverkas av den högre andelen utrikes födda i den nedre delen av inkomstfördelningen.

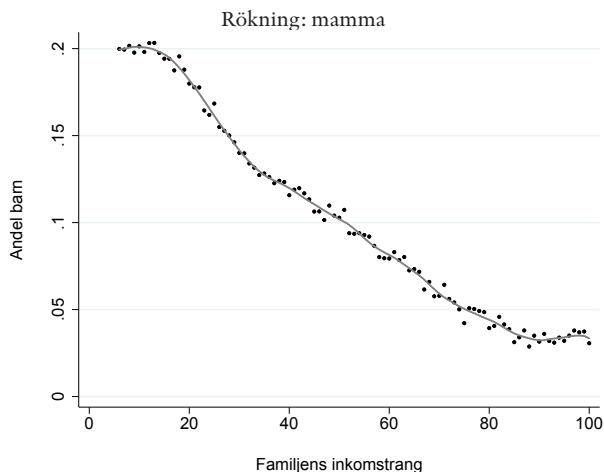
2. Resultat: Sociala gradienter i hälsa

Hur ser då de sociala gradienterna i barns hälsa ut i Sverige i början av 2010-talet? I detta avsnitt undersöker vi först sambandet mellan familjers position i inkomstfördelningen och barns förutsättningar och hälsa från födseln. Därefter visar vi sociala gradienter i ett antal mått som är tänkta att mäta fysisk och psykiska hälsa under barndomen (0–18 åringar) och som baseras på slutenvård, öppenvård och på läkemedelsförskrivningar. Slutligen fokuserar vi på två livsstilsrelaterade hälsomått nämligen diagnoser relaterade till fetma och alkohol- och drogbruk. I samtliga figurer har vi tagit bort de fem lägsta inkomstpercentilerna. Barn i dessa familjer förekommer i väldigt låg grad i Socialstyrelsens register, vilket vi misstänker beror på att de inte vistas i Sverige under stora delar av året, snarare än på att de skulle vara särskilt friska. Om familjen bott utomlands delar av året blir den deklarerade inkomsten i Sverige lägre och barnen kommer i lägre grad att vara i kontakt med den svenska sjukvården.

Förutsättningar vid födseln

Hur skiljer sig barns förutsättningar vid födseln? Från tidigare forskning vet vi att barn som föds med låg födelsevikt klarar sig sämre i skolan och i arbetslivet (se t ex Figlio m fl 2014). En annan riskfaktor för sämre långsiktiga utfall som också är förknippad med låg födelsevikt är rökning under graviditeten (se t ex Clifford m fl 2012 och Juárez och Merlo 2013). Vi fokuserar därför på den sociala gradienten i låg födelsevikt, dvs i andelen barn

Figur 7
Andel barn vars mamma uppger att hon rökte före eller under graviditeten över fördelningen av föräldrarnas disponibla inkomst, 2010–16



Källa: Egen bearbetning.

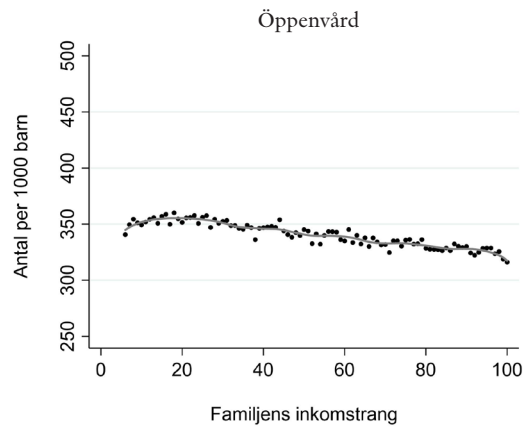
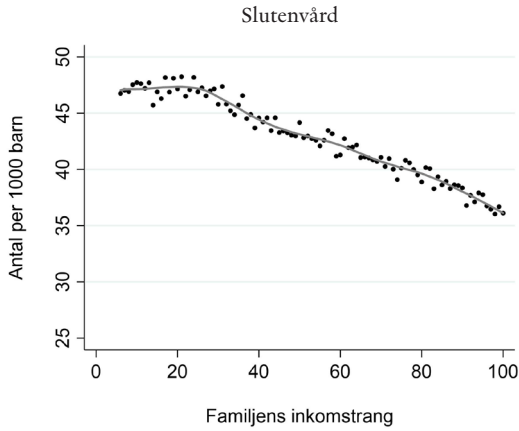
som väger under 2 500 gram när de föds (figur 6) och i andelen barn med en mamma som uppger att hon rökte under graviditeten (figur 7) för barn födda under åren 2010–16.

Figur 6 visar den sociala gradienten i risken att födas med låg födelsevikt. Det finns en stark social gradient i botten av fördelningen: Barn i de lägsta två femtedelarna av inkomstfördelningen har högre risk att födas med låg födelsevikt och denna risk är högre ju lägre inkomst familjen har. Däremot finns inget tydligt samband mellan familjens disponibla inkomst och risken för låg födelsevikt för familjer i de tre övre femtedelarna av inkomstfördelningen.

Figur 7 visar den sociala gradienten i andelen barn vars mamma uppger att hon rökte under graviditeten. Här är sambandet mellan familjens inkomstrang och rökning under graviditeten mycket tydligt. Risken att exponeras för rökning i fosterstadiet för ett barn som föds i en familj i botten av inkomstfördelningen är 20 procent, vilket är dubbelt så högt som motsvarande risk för ett barn vars familj befinner sig i mitten av fördelningen. Även i den övre halvan av inkomstfördelningen finns en stark social gradient upp till den åttionde percentilen där andelen barn med en rökande mamma planar ut vid ett fåtal procent.

Hälsa under barndomen

Förutsättningarna för barns hälsoutveckling är alltså olika redan från födseln. Hur ser det ut under resten av barndomen, dvs upp till 18-års ålder? Figur 8 visar den sociala gradienten i det genomsnittliga antalet barn per 1 000 som under ett år varit inskrivna vid sjukhus (vänster) respektive sökt läkarvård inom öppenvården (höger) för perioden 2010–16. I genomsnitt får 344 per 1 000 barn vård i öppenvården någon gång under ett år, vilket är betydligt fler än de 44 per 1 000 barn som vårdas i slutenvård.

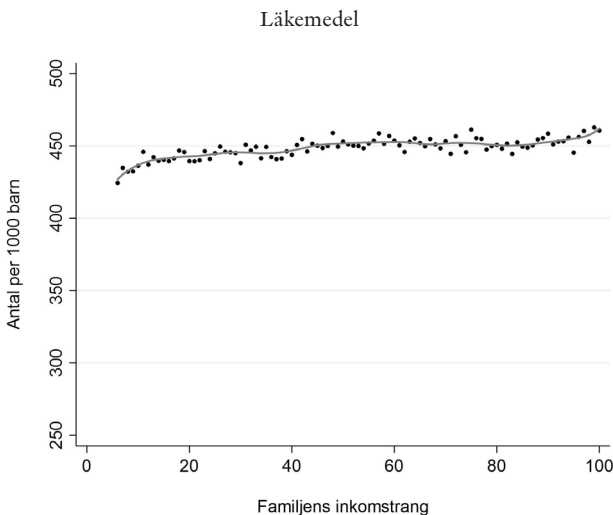


Källa: Egen bearbetning.

Figur 8

Antal barn per 1 000 i åldrarna 0–18 som fått slutenvård (vänster) och öppenvård (höger) över fördelningen av föräldrarnas disponibla inkomst, genomsnitt 2010–16

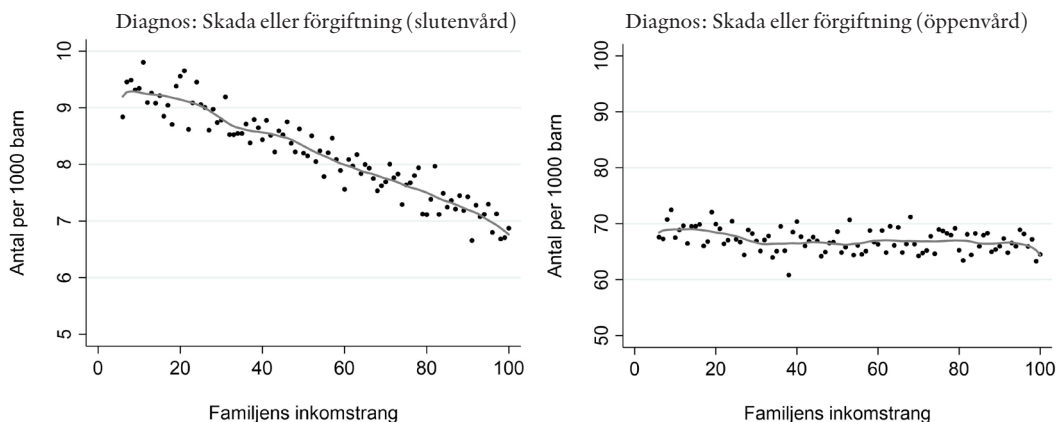
Av figur 8 framgår att det finns en social gradient i både slutenvård och öppenvård, men att gradienten är brantare för slutenvård än för öppenvård. Sannolikheten att vårdas i slutenvård är ca 30 procent högre för barn i botten av inkomstfördelningen jämfört med barn i toppen av inkomstfördelningen. Inom öppenvården är skillnaden knappt tio procent. Denna skillnad reflekterar sannolikt delvis att slutenvården fångar så pass allvarliga tillstånd att sociala skillnader i benägenhet att söka eller efterfråga vård inte får genomslag på det sätt som kan misstänkas ske när det gäller öppenvård. Skillnaden kan också tydas som att sämre socioekonomiska förutsättningar tar sig uttryck dels i en högre sannolikhet att drabbas av sjukdom och ohälsa, dels i att konsekvenserna av att drabbas blir mer allvarliga och långtgående.



Figur 9

Antal barn per 1 000 i åldrarna 0–18 som förskrivits läkemedel över fördelningen av föräldrarnas disponibla inkomst, genomsnitt 2010–16

Källa: Egen bearbetning.



Figur 10 Källa: Egen bearbetning.
 Antal barn per 1 000 i åldrarna 0–18 som fått slutenvård (vänster) och öppenvård (höger) för skada eller förgiftning över fördelningen av föräldrarnas disponibla inkomst, genomsnitt 2010–16

Figur 9 visar sambandet mellan familjens position i fördelningen av disponibel inkomst och läkemedelsförskrivningar. Här ser vi i stället ett svagt positivt samband mellan familjens inkomstrang och ohälsa, dvs andelen barn som förskrivits läkemedel under ett år är högre ju högre familjens disponibla inkomst är. Detta mönster skulle kunna förklaras av att familjer med högre inkomst generellt konsumerar mer och att detta även gäller konsumtionen av läkemedel. Men det skulle också kunna vara så att en delförklaring till den sociala gradienten i slutenvården är att barn med rikare föräldrar får mer läkemedel, givet hälsotillstånd, och därför inte behöver vårdas på sjukhus i samma utsträckning som barn med fattigare föräldrar.

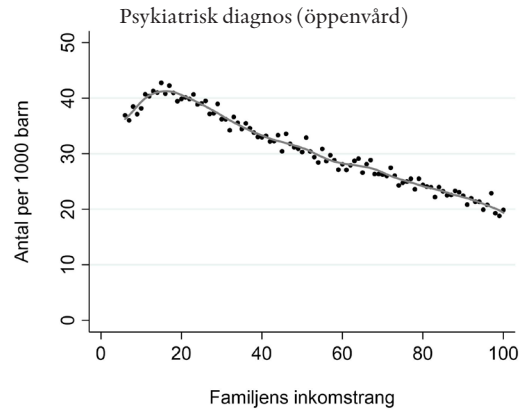
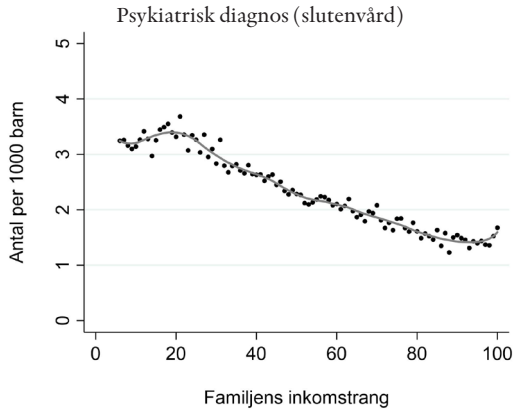
I figur 10 undersöker vi närmare en av de vanligaste diagnosgrupperna under den tidiga barndomen: skador och förgiftningar.⁵ Här finns en social gradient i slutenvården men inte i öppenvården. Barn i botten av fördelningen löper ca 40 procents större risk att behöva vårdas på sjukhus för skada eller förgiftning, jämfört med barn i toppen av fördelningen. Återigen skulle avsaknaden av en social gradient i öppenvården möjligen kunna förklaras av sociala skillnader i benägenheten att söka vård. Huruvida det rör sig om överkonsumtion i toppen av fördelningen eller underkonsumtion av vård i botten av fördelningen är emellertid inte möjligt att besvara.

Psykisk ohälsa

För barn i tonåren är psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar en av de vanligaste diagnosgrupperna bland dem som får vård. Figur 11 visar den sociala gradienten i olika typer av psykiatriska diagnoser⁶ i

⁵ Inkluderar diagnoser S00–T98 klassificerade enligt kodsystemet ICD 10. Tabell 1.1 i Mörk m fl (2014a) redovisar de vanligaste diagnoserna inom slutenvården för barn i olika åldrar under perioden 2006–09.

⁶ Inkluderar diagnoser F00–F99 klassificerade enligt kodsystemet ICD 10.



Källa: Egen bearbetning.

Figur 11

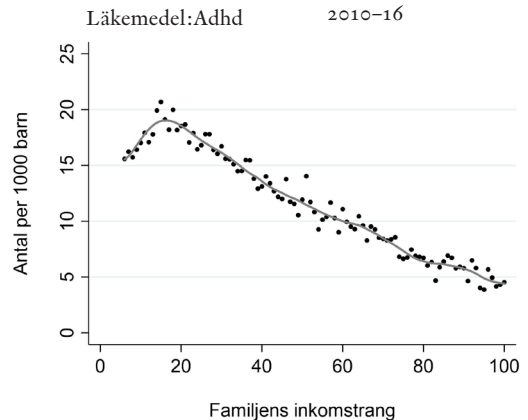
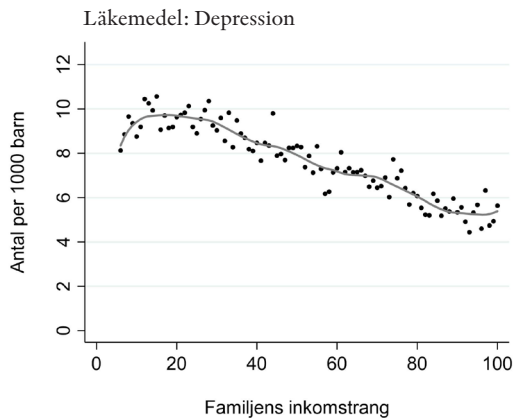
Antal barn per 1 000 i åldrarna 0–18 som fått slutenvård (vänster) och öppenvård (höger) för psykiatrisk diagnos över fördelningen av föräldrarnas disponibla inkomst, genomsnitt 2010–16

sluten- respektive öppenvården. När det gäller denna typ av diagnoser är skillnaden i gradient mellan sluten och öppenvård inte så påtaglig: det är ungefär dubbelt så vanligt att barn i botten av fördelningen får vård som barn i toppen av fördelningen. Barn i familjer med mycket låga inkomster har dock lägre sannolikhet att ta emot vård för psykisk ohälsa än barn i familjer med något högre inkomst. Det skulle kunna förklaras av att dessa familjer av någon anledning har egenskaper som skyddar barnen från psykisk ohälsa, men en troligare förklaring är nog att familjer med mycket låga inkomster inte söker vård i samma utsträckning för sina barn som andra trots att barnen är lika sjuka.

Figur 12

Antal barn per 1 000 i åldrarna 0–18 som förskrivits läkemedel mot depression (vänster) eller ADHD (höger) över fördelningen av föräldrarnas disponibla inkomst, genomsnitt 2010–16

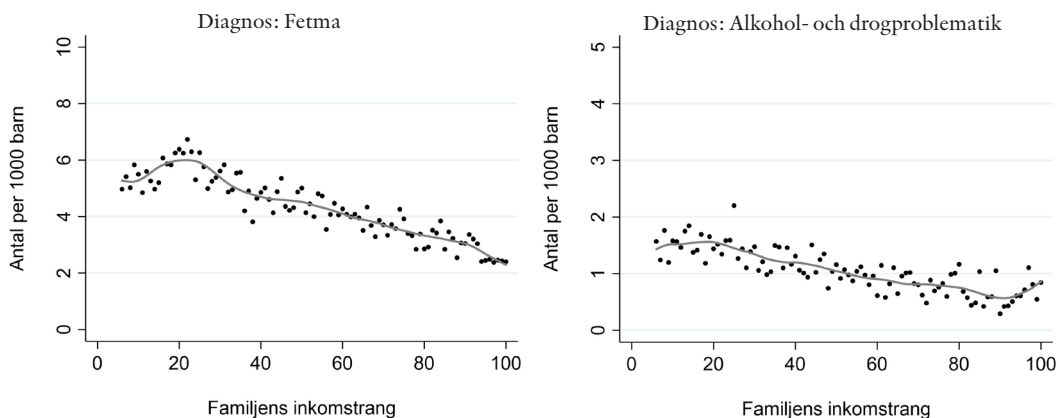
Figur 12 visar den sociala gradienten i läkemedelsförskrivningar mot depression⁷ (vänster) respektive ADHD⁸ (höger). Här ser vi samma mönster, om än något starkare, som i öppen- och slutenvården. Det finns en tyd-



Källa: Egen bearbetning.

⁷ Inkluderar läkemedel No6A klassificerade enligt kodsyste­met ATC.

⁸ Inkluderar läkemedel No6B klassificerade enligt kodsyste­met ATC.



Figur 13 Källa: Egen bearbetning.

Antal barn per 1 000 i åldrarna 0–18 som diagnostiserats med fetma (vänster) alkohol och drogproblematik (höger) över fördelningen av föräldrarnas disponibla inkomst, genomsnitt 2010–16

lig social gradient i bägge typer av förskrivningar. När det gäller läkemedel för depression är det hela 3–4 gånger så vanligt bland barn i botten av fördelningen jämfört med barn i toppen. När det gäller ADHD-medicin är gradienten inte fullt lika brant: ungefär dubbelt så många barn i den nedre delen av fördelningen förskrivs medicin jämfört med toppen av fördelningen. Men det finns också ett mer påtagligt tecken på att barn längst ned i fördelningen inte söker eller får vård i samma utsträckning som förväntat. Vi kan naturligtvis inte med säkerhet säga om det är barn längst ner i fördelningen som får för lite medicin, om andra barn förskrivs för mycket eller om deras mediciner är adekvat. Som framgår av figur 8–10 gäller detta mönster i botten av fördelningen inte vårdbesök generellt eller vård för skador och förgiftningar.

Livsstilsrelaterade hälsoutfall

Slutligen analyserar vi sambandet mellan familjens ekonomiska situation och förekomsten av diagnoser som kan sägas vara mer livsstilsrelaterade, nämligen barn som är diagnostiserade med fetma⁹ i öppen- eller slutenvård och barn som vårdats för någon alkohol- och drogrelaterad diagnos¹⁰ som t ex alkoholförgiftning, beroende eller psykos orsakad av drogmissbruk. Även i dessa diagnoser finns en social gradient, vilket framgår av figur 13. När det gäller andelen barn med fetma, så gäller detta inte barn i den nedersta femtedelen, där sambandet i stället är positivt. I de resterande fyra femtedelarna är gradienten stark: sex av 1 000 barn vars familj befinner sig i den 20:e percentilen är diagnostiserade med fetma, alltså tre gånger fler jämfört med de drygt två barn per 1 000 i familjer som tillhör toppen av inkomstfördelningen. Det är betydligt mindre vanlig att barn vårdas för någon alkohol eller drogproblematik, men även här finns en stark social

⁹ Inkluderar diagnoser E65–E68 klassificerade enligt kodsystelet ICD 10.

¹⁰ Inkluderar diagnoser T51, X45, X65, Y15; F10; K70, K85, K860; E244, G312, G621, G721, I426, K292, 0354 klassificerade enligt kodsystelet ICD 10.

gradient. I den nedersta delen av inkomstfördelningen diagnosticeras ungefär 1,5 barn per 1 000 vilket är tre gånger fler än motsvarande siffra, 0,5 barn per 1 000, i den övre delen av fördelningen.

3. Hur ska resultaten tolkas?

Vi har nu visat att det finns ett negativt samband mellan familjens ekonomiska välstånd, mätt som familjens position i fördelningen av disponibel inkomst, och olika mått på barns vårdkonsumtion. Det är inte uppenbart vad detta samband beror på. Sambandet kan drivas av skillnader i hälsa, dvs det som vi i grunden är intresserade av, men det kan även bero på skillnader i benägenheten att söka vård givet graden av ohälsa eller sannolikheten att få vård givet att man söker vård. Om det är så att barn längre ner i inkomstfördelningen faktiskt har sämre hälsa, är det oroande och speglar att barns villkor är ojämlika, men det är samtidigt positivt att dessa barn faktiskt söker och får tillgång till vård. Om tillgången till vård och hälsoinsatser för barn från fattiga familjer är tillräckliga för att bidra till att utjämna livschanser är dock svårt att veta. I Mörk m fl (2014a) visar vi att det negativa sambandet mellan familjens ekonomiska situation och hälsa finns även om vi i stället mäter hälsa med hjälp av självskattad hälsa. Vi tolkar detta som att de sociala gradienterna som vi visat avspeglar skillnader i faktisk hälsa och inte bara skillnader i vårdkonsumtion.

Vad är det då som gör att det finns ett samband mellan barns hälsa och föräldrarnas ekonomi? Inte heller här är det enkelt att avgöra vad sambandet beror på. Det kan vara själva bristen på finansiella resurser som orsakar den sämre hälsan. Men det kan också vara andra skillnader i uppväxtmiljön eller i den omvårdnad som föräldrarna ger som förklarar sambandet. En viktig faktor kan vara föräldrarnas egen hälsa, som förutom att påverka barnens hälsa också kan vara av betydelse för familjens ekonomi. Dessutom kan orsakssambandet faktiskt, åtminstone delvis, vara omvänt, dvs att det är barnens dåliga hälsa som leder till familjens sämre ekonomiska situation om barnets behov av omvårdnad begränsar föräldrarnas möjlighet att arbeta.

Cesarini m fl (2016) jämför hälsan hos barn i familjer som vunnit stora belopp på lotterier med barn vars föräldrar dragit nitlotter i samma lotterier. Eftersom det är slumpen som bokstavligen avgjort vilka familjer som fått ett ekonomiskt tillskott, kan de genom denna jämförelse uttala sig om ifall högre inkomst faktiskt leder till förbättrad hälsa. Deras resultat tyder på näst intill obefintliga effekter på barns hälsa av de ökade inkomsterna. Visserligen finner de minskad förekomst av fetma när barnen är 18 år gamla, men å andra sidan en viss ökad sjukhusinläggning de första fem åren efter vinsten.

I Mörk m fl (2019) studerar vi hälsan, mätt med sjukhusinläggningar, för barn vars föräldrar förlorat arbetet i samband med en arbetsplatsnedläggning. Trots att vi kan visa att familjen drabbas ekonomiskt och den disponibla inkomsten sjunker med knappt fem procent, så drabbas inte barnen av en ökad risk för att bli inlagda på sjukhus. En möjlig förklaring till detta

är att den ekonomiska chock som drabbar familjen fortfarande är ganska lindrig och att de flesta föräldrar hittar nya jobb fort. I Mörk m fl (2014b) undersöker vi i stället hur barns sjukhusinläggningar skiljer sig åt beroende på om föräldrarna faktiskt är arbetslösa eller inte. Vi finner att barn med arbetslösa föräldrar löper 17 procent högre risk att vara inlagda på sjukhus under ett år. En stor del av skillnaden tycks emellertid kunna förklaras av selektion, dvs inte av arbetslösheten i sig utan av andra faktorer som påverkar både sannolikheten att en förälder är arbetslös och barns hälsa. När vi jämför ett och samma barns hälsa under år då någon av föräldrarna är arbetslös med barnets hälsa under ett år då bägge föräldrarna arbetar, finner vi att risken för sjukhusinläggning ökar med en procent på kort sikt och med fem procent på lite längre sikt. I Mörk m fl (2014a) gör vi motsvarande analys för barn vars föräldrar lever i hushåll som tar emot ekonomiskt bistånd. Vi finner att risken är sju procent högre att vara inskriven på sjukhus under år då familjen behöver ekonomiskt bistånd jämfört med andra år. För diagnoser till psykisk ohälsa är den ökade risken hela 40 procent.

Vi tolkar dessa resultat som att en stor del av den sociala gradienten kan förklaras av skillnader i familjekarakteristika längs inkomstfördelningen, men att en del av sambandet kan tolkas kausalt, dvs att ekonomiska villkor och utsatthet faktiskt påverkar barns hälsa. Här behövs dock mer forskning som studerar varför och hur för att förstå hur insatser ska utformas för att utjämna skillnader i hälsa och främja barns hälsoutveckling.

4. Slutsatser

Redan vid födseln finns skillnader i barns förutsättningar beroende på familjens ekonomiska situation. Barn i låginkomstfamiljer löper en större risk att födas med låg födelsevikt och det är mer troligt att deras mammor rökte under graviditeten, vilka båda är kopplade till sämre hälsa och kognitiva utfall senare i livet. Socioekonomiska skillnader i hälsa finns även under resten av barnets uppväxttid. Ju längre ner i inkomstfördelningen, desto troligare att barnen vårdas på sjukhus eller besöker läkare i öppenvården. Sambandet är extra tydligt för diagnoser relaterade till psykisk ohälsa. Även när det gäller livsstilsrelaterade hälsoutfall, som att diagnosticeras för fetma, eller hamna på sjukhus på grund av alkohol- eller drogproblematik, är risken större ju fattigare familjen är.

I Mörk m fl (2014a) studerar vi hur barn som är sjuka under uppväxttiden klarar sig i skolan och i inträdet på arbetsmarknaden. Vi visar att barn som blir inskrivna på sjukhus någon gång under barndomen har lägre meritvärde, lägre sannolikhet att gå ut gymnasiet, högre sannolikhet att få ekonomiskt bistånd och att sakna inkomst från arbete eller studier samt sämre hälsa som unga vuxna. Särskilt dåligt går det för barn som drabbats av psykisk ohälsa under barndomen. Bara 60 procent av dessa barn uppnår gymnasiekompetens, jämfört med 87 procent bland barn som aldrig varit inskrivna på sjukhus. 17 procent av de som varit inskrivna på sjukhus för

någon psykiatrisk diagnos har ekonomiskt bistånd vid 23 års ålder medan andelen är 4,7 procent bland barn som inte varit inskrivna. Vidare finner vi att hälsoproblem i barndomen har allvarigare konsekvenser för barn som växer upp i familjer som är ekonomiskt utsatta. Det gäller särskilt psykisk ohälsa.

Att förebygga ohälsa hos barn är ett potentiellt viktigt led när det gäller att utjämna barns livschanser och främja social rörlighet. Det är också viktigt att sjuka barn får tillgång till vård i den utsträckning de behöver. Våra resultat visar att det verkar finnas ett samband mellan familjens ekonomiska situation och barnens hälsa, men att det inte verkar vara så att barn i den nedre delen av fördelningen inte får tillgång till vård. Undantag är läkemedel, där vi finner ett positivt samband mellan disponibel inkomst och läkemedelsförskrivningar, samt vård för psykisk ohälsa, där vi finner att barn allra längst ner i fördelningen i mindre utsträckning får vård än andra barn. Här behövs mer forskning för att förstå i vilken utsträckning dessa skillnader drivs av hälsa, vårdsökarbeteende eller tillgång till vård.

Almond, D, L Edlund och M Palme (2009), "Chernobyl's Subclinical Legacy: Prenatal Exposure to Radioactive Fallout and School Outcomes in Sweden", *The Quarterly Journal of Economics*, vol 124, s 1729–1772.

Almond, D och J Currie (2011), "Human Capital Development before Age Five", i Card, D och O Ashenfelter (red), *Handbook of Labor Economics*, vol 4, s 1315–1486.

Cesarini, D, E Lindqvist, R Östling och B Wallace (2016), "Wealth, Health, and Child Development: Evidence from Administrative Data on Swedish Lottery Players", *The Quarterly Journal of Economics*, vol 17, s 687–738.

Clifford, A, L Lang och R Chen (2012), "Effects of Maternal Cigarette Smoking during Pregnancy on Cognitive Parameters of Children and Young Adults: A Literature Review", *Neurotoxicology and Teratology*, vol 34, DOI: 10.1016/j.ntt.2012.09.004.

Cutler, D M, A Lleras-Muney och T Vogl (2011), "Socioeconomic Status and Health: Dimensions and Mechanisms", i Glied, S och P C Smith (red), *The Oxford Handbook of Health Economics*, Oxford University Press, Oxford.

Diderichsen, F m fl (2012), "Health Inequality – Determinants and Policies", *Scandinavian Journal of Public Health*, vol 40, s 12–105.

Figlio, D, J Guryan, K Karbownik och J Roth (2014), "The Effects of Poor Neonatal Health on Children's Cognitive Development", *American Economic Review*, vol 104, s 3921–3955.

Juárez S P och J Merlo (2013), "Revisiting the Effect of Maternal Smoking during Pregnancy on Offspring Birthweight: A Quasi-Experimental Sibling Analysis in Sweden", *PLoS ONE* vol 8, e61734, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0061734>.

Mullainathan, S och E Shafir (2013), *Scarcity: Why Having too Little Means so Much*, Henry Holt and Company, New York City.

Mörk, E, A Sjögren och H Svaleryd (2014a), *Hellre rik och frisk – om familjebakgrund och barns hälsa*, SNS Förlag, Stockholm.

Mörk, E, A Sjögren och H Svaleryd (2014b) "Parental Unemployment and Child Health", *CESifo Economic Studies*, vol 60, s 366–401.

Mörk, E, A Sjögren och H Svaleryd (2019), "Consequences of Parental Job Loss on the Family Environment and on Human Capital Formation: Evidence from Plant Closures", *IZA Discussion Paper 12559*, Bonn.

Nilsson, P (2017), "Alcohol Availability, Prenatal Conditions, and Long-term Economic Outcomes", *Journal of Political Economy*, vol 125, s 1149–1207.

Persson, P och M Rossin-Slater (2018), "Family Ruptures, Stress, and the Mental Health of the Next Generation", *American Economic Review*, vol 108, s 1214–1252.

Smeeding, T M (1993), "Poverty, Inequality, and Family Living Standards Impacts across Seven Nations: The Effect of Noncash Subsidies for Health, Education and Housing", *Review of Income and Wealth*, vol 39, s 229–256.

REFERENSER