

Forskning och teori

Under denna rubrik kommer redaktionen i fortsättningen publicera de originalartiklar som inkommit till redaktionen och passerat extern granskning.

Att minska sociala skillnader i hälsa bland barn och unga

- underlag till en nationell strategi

Sven Bremberg

Avsikten med artikeln är att klargöra hur insatser för barn och unga i Sverige kan utformas för att motverka socialt betingade hälsoskillnader under livsloppet. De orsakskedjor som kan förklara samband mellan uppväxt villkor och ohälsa analyseras och en sammanfattande modell presenteras. Modellen tyder på att den främsta möjligheten till att minska socialt betingade hälsoskillnader under uppväxtåren ligger i att främja utvecklingen av barnens intellektuella, emotionella och sociala kompetenser. Det går att särskilja fem faktorer som staten, kommunerna och landstingen kan påverka: barnfamiljernas ekonomiska villkor, samspelet mellan barn och föräldrar samt barnens tillgång till förskola, skola och fritidsverksamhet med god kvalitet.

Introduktion

Det finns stora socialt betingade skillnader i hälsa, också i Sverige. Det övergripanden målet för folkhälsopolitiken är att förbättra hälsan i eftersatta grupper. Insatser under uppväxten är särskilt betydelsefulla eftersom de villkoren under denna period påverkar hälsan under hela livet [1, 2, 3]. Avsikten med denna artikel är att klargöra hur insatser för barn och unga i Sverige kan utformas för att motverka socialt betingade hälsoskillnader under livsloppet.

Förklaringsmodeller

Det finns tre olika modeller som används för att förstå samband mellan uppväxtvillkor och ohälsa i vuxen ålder [4]. Enligt den första modellen ackumuleras effekter av sociala villkor. Om en barn under hela sin uppväxt haft ogynnsamma sociala villkor är effekten större än om exponeringen endast gällt en mindre tid. Effekten är inte knuten till några specifika exponeringar. Det finns omfattande empiriskt stöd för denna modell, exempelvis i studier från Storbritannien [5], Finland [6] och Sverige [7]. Teoretiskt är den enkel ef-

tersom den inte uttalar sig om mekanismer. Detta är också modellens begränsning eftersom den inte pekar ut några mekanismer som kan bli föremål för preventiva insatser.

Enligt den andra modellen påverkar de sociala villkoren orsakskedjor som först efterhand leder till hälsoeffekter. Exempelvis, om föräldrarna har svårt att bemöta sitt barn, kan barnet under förskoleåren utveckla utagerande beteenden. Under förskoleåren leder beteendet endast till måttliga svårigheter för barnet själv; det är främst de vuxna som störs. Några år senare, när barnet sedan börjat skolan, kan dock dessa beteenden leda till betydande svårigheter. Detta påverkar skolprestationer och därigenom på sikt individens möjligheter att hävda sig på arbetsmarknaden vilket kan få betydande konsekvenser för hälsan.

Enligt den tredje modellen går barnet igenom olika kritiska perioder. Om villkoren under en sådan period är ogynnsam leder detta till bestående negativa effekter. Ett exempel är då barnen som foster exponeras för rubella virus. Om exponeringen inträffar under första tredjedelen av graviditeten kan barnet få allvariga bestående skador medan senare exponering inte har denna effekt. Ett annat exempel utgör de studier som visar på samband mellan låg födelsevikt och hjärt-kärlsjukdom i medelåldern [8, 9]. Kritiska perioder kan uppfattas som ett special fall av en orsakskedja där man antar att en exponering i en viss ålder är särskilt betydelsefull. Utveckling av ett hälsoproblem, efter denna exponering, sker dock vanligen i flera steg där andra faktorer kan inverka. I exemplet med exponering för rubella, är utvecklingen av eventuella skador på fostret beroende av mammans immunitet, men troligen även av andra faktorer. I det andra exemplet, som gäller samband mellan låg födelsevikt och hjärt-kärlsjukdom, finns ett stort antal led

mellan exponeringen och utfallet.

Den fortsatta analysen behandlar i första hand orsakskedjor. Skälet är att orsakskedjor gör det möjligt att särskilja faktorer som kan bli föremål för preventiva insatser.

Familjens sociala och materiella villkor

De orsakskedjor, som förmedlar hälsoeffekter av sociala förhållanden, tar sin början i familjens sociala och materiella villkor. Familjens ekonomi, föräldrarnas yrken, och föräldrarnas utbildning är kopplade till varandra. Det är önskvärt att särskilja ekonomins betydelse från övriga aspekter eftersom det främst är familjernas ekonomi som är tillgängligt för åtgärder, exempelvis genom transfereringar. En finsk [6] och en brittisk [10] studie tyder på att de ekonomiska villkoren under uppväxten kan ha en självständig betydelse för hälsan i vuxen ålder, även sedan man tagit hänsyn till andra förhållanden. Vidare tyder en brittisk studie på att bostadsförhållanden under barndomen kan ha självständig betydelse för senare ohälsa [11]. Socialt mindre gynnade barnfamiljer i Sverige idag har dock avsevärt bättre ekonomi och bättre bostäder än som gällde för familjerna i dessa studier. Frågorna behöver därför ytterligare analyseras.

Det är tänkbart att sociala och materiella villkoren kan ha direkta biologiska effekter som påverkar risken för sjukdom. Dessa villkor har också psykologiska effekter som påverkar barnens utvecklingen av olika personlighetsdrag.

Direkta biologiska effekter

Under 1800-talet var undernäring och bristande hygieniska förhållanden betydligt vanligare i socialt utsatta grupper. Dessa

brister gav direkta biologiska förklaringar till en stor del av den ökade sjukligheten i dessa grupper. Idag är undernäring och bristande hygien i stort sett eliminerade. Det finns därför inga lika uppenbara biologiska förklaringar till den ökade sjuklighet i socialt mindre gynnande grupper.

Viktiga studier inom detta område har tagit sin utgångspunkt i de samband som har påvisats mellan låg födelsevikt och hjärtkärlsjukdom [8, 9]. Låg födelsevikt är vanligare i socialt mindre gynnade grupper. En biologisk präglning under fostertiden skulle därför kunna vara en förklaring till översjuklighet i vuxen ålder. Sambandet mellan låg födelsevikt och senare översjuklighet skulle dock kunna förklaras av att individer som föds i socialt mindre gynnade familjer också som vuxna ofta fortsätter att leva under ogynnsamma sociala villkor. Även sedan man tagit hänsyn till detta förhållande kvarstår dock ett samband.

De flesta författare misstänker att bristande näringstillförsel förklarar sambandet [8]. Studier av de barn som föddes i Holland i slutet av andra världskriget under en period av svält 1944-45 ger stöd för denna hypotes eftersom dessa barn som vuxna visats ha ökad risk för hjärtkärlsjukdom [12]. Det är dock oklart vilken betydelse denna mekanism har för de barn som föds idag i Sverige eftersom näringsförhållandena, även i socialt mindre gynnande familjer, vanligen är relativt tillfredställande. Kunskaperna inom området är således inte tillräckliga för att kunna ligga till grund för förebyggande insatser. Däremot är det ett fruktbart område för fortsatt forskning.

Ett mindre antal studier har rört tillväxt efter fostertiden. I ett flertal analyser har samband påvisats mellan socialt mindre gynnade förhållanden och begränsad längdtillväxt under barndomen [13] och kortare slutlängd

i vuxen ålder [14, 15]. Samband har också påvisats mellan begränsad kroppsväxt och sjuklighet i vuxen ålder, även sedan man tagit hänsyn till olika sociala förhållanden i vuxen ålder [15, 16]. De sociala villkoren under uppväxten har således en direkt bestående effekt i form mindre kroppslängd som i sin tur markerar en ökad risk för sjuklighet, framförallt i hjärtkärlsjukdom [15, 16].

För att kunna ligga till grund för förebyggande insatser krävs inte bara att man fastställer att kort kroppslängd är en riskfaktor för sjuklighet utan även kunskap om varför socialt sämre villkor leder till lägre kroppstillväxt. Det är mindre troligt att sämre näringsförhållanden skulle vara en förklaring idag. En möjlig mekanism kan vara en lägre utsöndring av tillväxthormon bland barn som lever med psykologiska påfrestningar [17]. Åtgärden skulle då vara att minska dessa påfrestningar. En sådan åtgärd går dock att motivera utan kunskap om eventuella effekter på kroppstillväxt.

Vissa vanliga former av cancer är vanligare bland individer med god längdtillväxt under barndomen. Det innebär att dessa cancerformer och är vanligare i socialt gynnande grupper [16, 18, 19]. Det är troligt att effekten förmedlas av god näringstillgång [20]. Det är dock tveksamt om det idag finns så stora skillnader i näringsintag under uppväxten att detta skulle kunna påverka variationer i den framtida sjukligheten.

Studier av cancer bland invandrare till Sverige tyder på att miljön under de första åren påverkar risken att insjukna i vissa former av cancer i vuxen ålder [21]. Iakttagelsen kan ligga till grund för studier av orsaker till cancer. Kunskaperna är dock inte tillräckliga för att förebyggande insatser skall kunna utformas.

Psykologiska mellanled

De samband som påvisats mellan förekomst av familjekonflikter och senare ohälsa talar för att psykologiska mekanismer kan förmedla effekterna av en socialt mindre gynnad uppväxt [22]. Detta gäller möjligen även för ökningen av ohälsan bland individer som vuxit upp i en familj med endast en förälder [23]. Kunskap om de förmedlande faktorerna krävs för utformning av förebyggande de insatser.

En holländsk undersökning av Bosma och medarbetare pekar på hur utveckling av olika psykologiska drag kan förklara en del av sambandet mellan uppväxtförhållanden och hälsa senare i livet [24]. En person som inte uppfattar sig kunna påverka de egna villkoren, som har en snäv omvärldsuppfattning och som i första hand reagerar känslomässigt på olika påfrestningar tenderar att som vuxen ha sämre självrapporterad hälsa. Det finns en omfattande psykologisk litteratur som visar att individer som växer upp under ogynnsamma sociala förhållanden oftare utvecklar flera av dessa personlighetsdrag [25]. Utveckling av dessa personlighetsdrag skulle således kunna förklara varför hälsan blir sämre i socialt mindre gynnade grupper. I Bosmas och medarbetares undersökning tillfrågades de undersökta individerna dock först i efterhand och den ohälsa som studerades rapporterades endast av individerna själva. Det finns därför risk för att de samband som påvisats är skenbara.

Resultat från studier där individer följts under ett helt livslopp ger betydligt säkrare resultat. Den främsta publicerade undersökningen av denna typ gäller en grupp välbäggande amerikanska barn i som följts i 75 år från 6-17 års ålder. Studien visar att tre personlighetsdrag i hög grad kunde förklara individernas överlevnad, även sedan man

tagit hänsyn till andra förhållanden som kunnat påverka resultaten [26]. De individer som levte längst var samvetsgranna, var inte påtagligt gladlynta och var känslomässigt stabila (det sista gällde främst pojkar). Den skyddande effekten av samvetsgrannhet kunde inte förklaras av individer utsatte sig för mindre risker för olycksfall eller av ohälsorelaterade beteenden [27]. Dessa personlighetsdrag förefaller vara vanligare bland barn som växer upp under socialt gynnade förhållanden [25].

Studien av de amerikanska barnen visar också att individer med god kognitiv förmåga lever längre [28]. God kognitiv utveckling är vanligare bland barn som växte upp under socialt gynnsamma förhållanden [29, 30]. Kognitiv förmåga kan således vara ytterligare en psykologisk egenskap som bidrar till den bättre hälsan i socialt gynnsamma grupper.

I andra studier har man följt utvecklingen av individernas psykiska hälsa. I en undersökning från Kalifornien har man följt en grupp individer från tonåren till 60-årsåldern. Tonåringar som hade god förmåga att planera, var samvetsgranna och pålitliga, hade god social förmåga och gott självförtroende hade bäst psykisk hälsa under livsloppet [31].

De skyddande psykiska egenskaper som framträder i dessa studier förefaller delvis att sammanfalla. Ett tema som återkommer i flera studier rör individens tilltro till den egna förmågan att påverka sin egen situation och därigenom förmågan till att planera. Det är troligt att en sådan tilltro främjas av erfarenheter av att faktiskt kunna genomföra det individen föresatt sig [32]. Att lyckas med något hänger delvis samman med omfattningen av de resurser som individen förfogar över. Individer med låg social position förfogar över mindre resurser. Det är därför inte svårt att förstå att de utvecklar en lägre tilltro

till den egna förmågan.

Ett flertal av de psykologiska egenskaper som beskrivs ovan, exempelvis förmågan att planera och tänka långsiktigt, gynnas av framgång i skolan. Prestationer i skolan påverkar i sin tur möjligheten till högre studier, individens sociala position som vuxen och därigenom hälsan [33]. Framgång i skolan medför även minskad risk för ett flertal riskbeteenden; rökning utgör ett exempel [34]. Förekomst av hälsorelaterade beteenden förklarar dock endast en mindre del av sambandet mellan framgång i skolan och hälsa i vuxen ålder.

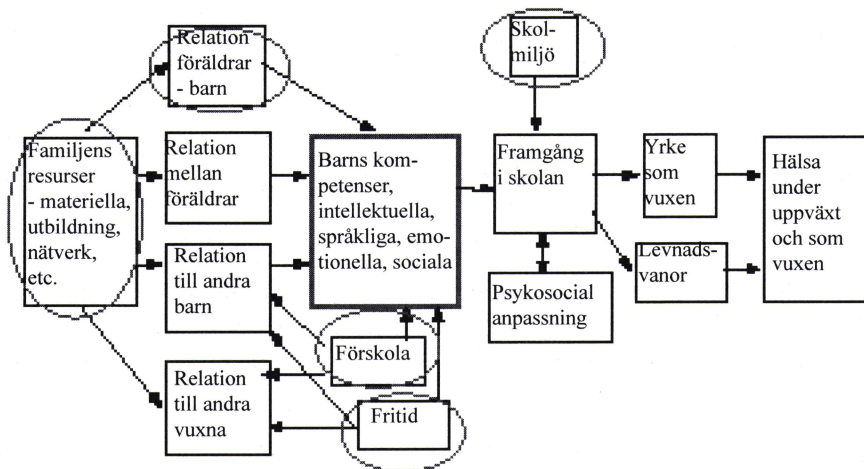
En god social förmåga gynnar utveckling av sociala nätverk. Sociala nätverk, som utvecklas under barndomen, har betydelse för inflytande, position inom arbetsmarknaden och möjligheterna att generera resurser i vuxen ålder. Barnen som växer upp i familjer med hög social position har oftast bredare och socialt nätverk som inkluderar fler betydelsefulla personer jämfört med barn i familjer med låg position [35].

En sammanfattande modell

Grundat på dessa studier av tänkbara bestämningsfaktorer och orsaksförlopp kan en modell formuleras. Denna modell återges i Figur 1. Ytterligare empiriskt stöd för modellen finns bl.a. i studier av brittiska födelsekohorter [36, 37, 38] och i en översikt av amerikanska undersökningar av problembeteenden [39].

Familjens sociala, ekonomiska och kulturella resurser påverkar föräldrarnas samspel med barnet, samspelet föräldrarna emellan, barnens samspel med andra barn och barnens samspel med andra vuxna. Dessa faktorer påverkar i sin tur barnets utveckling av olika kompetenser, intellektuella, sociala och emotionella. Barnets tillgång till miljöer utanför familjen, under förskoleåren i form av förskola och senare i form av fritidsmiljöer har också betydelse för samspel med andra barn och med vuxna utanför familjen. Barnens kompetenser påverkar sedan deras framgång i skolan och deras psykosociala

Figur 1. En modell som beskriver orsakskedjor som förklarar samband mellan social position för familjen under individens uppväxt och förekomst av ohälsa senare under livsloppet. Inringade faktorer är möjliga att påverka på statlig, landstingskommunal och primärkommunal nivå.



anpassning vilket i sin tur har effekter både på yrkesval och på levnadsvanor. Båda dessa faktorer är betydelsefulla för hälsan i vuxen ålder.

I modellen är de flesta pilar enkelriktade. De anger den dominerade riktningen för sambandet. Det utesluter inte att växelverkan finns. Exempelvis kan ett problematiskt samspel mellan barn och föräldrar påverka föräldrarnas möjligheter till förvärvsverksamhet och därigenom familjekonomin. Den dominerade inverkan går dock från familjens sociala förhållanden till samspelet mellan föräldrar och barn. Likaledes påverkar skolan självfallet barnens kompetenser och inte endast tvärtom. Barnens relativa framgång inom skolan påverkas dock tydligt av deras utgångsläge vid skolstart.

Modellen beskriver endast faktorer som påverkar en individ under uppväxtåren. Faktorer som har sin verkan därefter behandlas inte. Inte heller beskrivs effekten av faktorer som verkar generationerna emellan. Sådana faktorer kan vara psykologiska men också biologiska. Det senare har bland annat påvisat i studier av den svält som drabbade Holland under andra världskriget. Svälten ledde bland annat till minskade födelsevikter och ökad spädbarnsdödlighet. Effekterna av undernäringen varierade, olika delar av Holland emellan; den var mest påtaglig i de områden som redan före kriget var relativt fattiga. Det talar för att mödrarnas egna uppväxtförhållanden påverkar de barn de senare kommer att föda [40].

Kompetenser

Genomgången tyder på att den främsta möjligheten till att minska socialt betingade hälsoskillnader under uppväxtåren ligger i att främja utvecklingen av kompetenser som skyddar mot senare ohälsa. Begreppet

”kompetens” ligger nära begreppet ”förmåga” (engelska ”capability”) som Amartya Sen anger som angörande för människors välfärd och hälsa [41]. Begreppet ansluter även till filosofen Martha Nussbaums beskrivning av de kompetenser (”capabilities”) som krävs för ett gott liv [42]. Nussbaums anger förmågan att använda sinnen, att föreställa sig, att använda förnuftet, att knyta an känslomässigt till andra människor, att kritiskt kunna reflektera över det egna livet, att kunna delta i sociala sammanhang och i det politiska livet samt att ha förutsättningar för att bli betraktad av andra människor som jämbördig individ.

Litteraturen inom området behöver ytterligare analysera för att klargöra de empiriska stödet modellens delar.

Konsekvenser för en nationell folkhälsostrategi

I den sammanfattande modellen går det att särskilja fem faktorer som staten, kommunerna och landstingen kan påverka. Den första faktorn är barnfamiljernas ekonomiska villkor. Viktiga medel är transfereringar, exempelvis i form av barnbidrag och föräldraförsäkring. Tillgång till förskola och lagstiftning, som underlättar för föräldrar att delta i arbetslivet, är två andra viktiga förutsättningar. Målet för den nuvarande ekonomiska familjepolitiken är att skillnaderna i de ekonomiska villkoren mellan familjer med och utan barn skall minska [43]. Den andra påverkbara faktorn är samspelet mellan barn och föräldrar. Det finns evidensbaserade insatser med detta syftet som börjar användas inom barnhälsovården [44]. Möjligheter finns även som erbjudande av öppen förskola, familjecentraler, samt andra föräldrastödande insatser inom förskola och

skola som kan genomföras av kommuner och landsting. Det pågår en statlig utredning som skall lämna förslag till nya former av föräldrastöd [45].

Den tredje faktorn är barnens tillgång till förskolan med god kvalitet. Evidens för att förskolan har hälsofrämjande effekter har bl.a. behandlats i en Cochranereview [46]. Även svenska studier finns på området [47, 48]. Den fjärde faktorn är skolan som kan främja utveckling av de kompetenser som skyddar mot ohälsa [49]. Den femte faktorn är barns och ungdomars tillgång till goda fritidsmiljöer. Faktorn går att påverka främst genom statligt och kommunalt stöd till föräldrastödet.

Analysen tyder således på det finns förutsättningar för att minska sociala skillnader i hälsa genom statliga och kommunala insatser på dessa fem områden.

En kommentar

Denna text bygger delvis på ett avsnitt som ingår i en kommande publikation från Statens folkhälsoinstitut, Hogstedt C, red. Välfärd, jämlikhet och hälsa - förslag till indikatorer.

Referenser

1. Vägerö D, Leon D. Effect of social class in childhood and adulthood on adult mortality. *Lancet* 1994;343:1224-5.
2. van de Mheen H, Stronks K, Looman CW, et al. Role of childhood health in the explanation of socioeconomic inequalities in early adult health. *J Epidemiol Community Health* 1998;52:15-9.
3. Smith GD, Gunnell D, Ben-Shlomo Y. Life-course approaches to socio-economic differentials in cause-specific adult mortality. In: Leon D, Walt G, ed. *Poverty, inequality and health. An international perspective.* Oxford: Oxford University Press, 2001:88-124.
4. Graham H. Building an inter-disciplinary science of health inequalities: the example of lifecourse research. *Soc Sci Med* 2002;55:2005-16.
5. Kuh D, Hardy R, Langenberg C, et al. Mortality in adults aged 26-54 years related to socioeconomic conditions in childhood and adulthood: post war birth cohort study. *Bmj* 2002;325:1076-1080.
6. Rakkonen O, Lahelma E, Huuhka M. Past or present? Childhood living conditions and current socioeconomic status as a determinant of adult health. *Soc Sci Med* 1997;44:327-36.
7. Wamala SP, Lynch J, Kaplan GA. Women's exposure to early and later life socioeconomic disadvantage and coronary heart disease risk: the Stockholm Female Coronary Risk Study. *Int J Epidemiol* 2001;30:275-84.
8. Vägerö D. Hur påverkar biologiska och sociala förhållanden tidigt i livet hälsan i vuxen ålder. Stockholm: Socialstyrelsen, 1997.
9. Barker DJ. Early growth and cardiovascular disease. *Arch Dis Child* 1999;80:305-307.
10. Hobcraft J, Kiernan K. Childhood poverty, early motherhood and adult social exclusion. *Br J Sociol* 2001;52:495-517.
11. Dedman DJ, Gunnell D, Davey Smith G, et al. Childhood housing conditions and later mortality in the Boyd Orr cohort. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:10-5.
12. Roseboom TJ, van der Meulen JH, Osmond C, et al. Coronary heart disease after prenatal exposure to the Dutch famine, 1944-45. *Heart* 2000;84:595-8.
13. Cernerud L. Are there still inequalities in height and body mass index in Stockholm children? *Scand J Soc Med* 1994;22:161-5.
14. Nyström-Peck M. Childhood class, body height and adult health: studies on the relationship between childhood social class, adult height and illness and mortality in adulthood. Stockholm: Swedish Institute for Social Research, 1994.
15. Wamala SP, Mittleman MA, Horsten M, et al. Short stature and prognosis of coronary heart disease in women. *J Intern Med* 1999;245:557-63.
16. Gunnell DJ, Davey Smith G, Frankel S, et al. Childhood leg length and adult mortality: follow up of the Carnegie (Boyd Orr) Survey of Diet and Health in Pre-war Britain. *J Epidemiol Community Health* 1998;52:142-52.
17. Dahl RE, Birmaher B, Williamson DE, et al. Low growth hormone response to growth hormone-releasing hormone in child depression. *Biol Psychiatry* 2000;48:981-8.
18. Davey Smith G, Hart C, Upton M, et al. Height and risk of death among men and women: aetiological implications of associations with cardiorespiratory disease and cancer mortality. *J Epidemiol Community Health* 2000;54:97-103.
19. Macleod J, Davey Smith G, Heslop P, et al. Are the effects of psychosocial exposures attributable to con-

- founding? Evidence from a prospective observational study on psychological stress and mortality. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:878-84.
20. Albanes D. Height, early energy intake, and cancer. Evidence mounts for the relation of energy intake to adult malignancies. *BMJ* 1998;317:1331-1332.
21. Hemminki K, Li X. Cancer risks in second-generation immigrants to Sweden. *Int J Cancer* 2002;99:229-37.
22. Lundberg O. The impact of childhood living conditions on illness and mortality in adulthood. *Soc Sci Med* 1993;36:1047-52.
23. Sauvola A, Makikyro T, Jokelainen J, et al. Single-parent family background and physical illness in adulthood: a follow-up study of the Northern Finland 1966 birth cohort. *Scand J Public Health* 2000;28:95-101.
24. Bosma H, van de Mheen HD, Mackenbach JP. Social class in childhood and general health in adulthood: questionnaire study of contribution of psychological attributes. *BMJ* 1999;318:18-22.
25. Rutter M, Rutter M. *Developing Minds*. London: Penguin, 1993.
26. Schwartz J. Sociodemographic and psychosocial factors in childhood as predictors of adult mortality. *Am J Public Health* 1995:1237.
27. Friedman HS, Tucker JS, Schwartz JE, et al. Childhood conscientiousness and longevity: health behaviors and cause of death. *J Pers Soc Psychol* 1995;68:696-703.
28. Whalley L, Deary IJ. Longitudinal cohort study of childhood IQ and survival up to age 76. *BMJ* 2001;322:1-5.
29. Duncan GJ, Brooks-Gunn J, Klebanov PK. Economic deprivation and early childhood development. *Child Dev* 1994;65:296-318.
30. Kaplan GA, Turrell G, Lynch JW, et al. Childhood socioeconomic position and cognitive function in adulthood. *Int J Epidemiol* 2001;30:256.
31. Clausen JS. Adolescent competence and the shaping of the life course. *Am J Sociology* 1991;96:805-42.
32. Bandura A. *Self-efficacy: The Exercise of Control*. Basingstoke: W H Freeman & Co, 1997.
33. Lynch JW, Kaplan GA, Salonen JT. Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviours and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic life course. *Soc Sci Med* 1997;44:809-19.
34. Koivusilta LK, Rimpela AH, Rimpela MK. Health-related lifestyle in adolescence—origin of social class differences in health? *Health Educ Res* 1999;14:339-55.
35. Coleman JS. Social Capital in the Creation of Human Capital. *Am J Sociology* 1988;94:95-120.
36. Power C, Bartley M, Smith G, et al. Transmission of social and biological risk across the life course. In: Blane D, Brunner E, Wilkinson R, ed. *Health and social organization*. London: Routledge, 1996:188-203.
37. Power C, Stansfeld SA, Matthews S, et al. Childhood and adulthood risk factors for socio-economic differentials in psychological distress: evidence from the 1958 British birth cohort. *Soc Sci Med* 2002;55:1989-2004.
38. Sacker A, Schoon I, Bartley M. Social inequality in educational achievement and psychosocial adjustment throughout childhood: magnitude and mechanisms. *Soc Sci Med* 2002;55:863-80.
39. Najaka SS, Gottfredson DC, Wilson DB. A meta-analytic inquiry into the relationship between selected risk factors and problem behavior. *Prev Sci* 2001;2:257-71.
40. Hart N. Famine, maternal nutrition and infant mortality: a re-examination of the Dutch hunger winter. *Popul Stud (Camb)* 1993;47:27-46.
41. Sen A. *Equality of what?* Oxford: Oxford University Press, 1980.
42. Nussbaum MC. *Women and human development: the capabilities approach*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.
43. Finansdepartementet. Budgetproposition för 2003. Stockholm: Finansdepartementet, 2003.
44. Medicinska Forskningsrådet. Barnhälsovårdens betydelse för barns hälsa - en analys av möjligheter och begränsningar i ett framtidsperspektiv. State-of-the-art-konferens i Stockholm 23-25 september 1999. 1999.
45. Socialdepartementet. Regeringsbeslut 2001-06-20: Uppdrag att samla in, analysera och sprida kunskap om hur föräldrastöd kan utformas. URL: <http://www.fhi.se/omfhi/verksamhet/forald2.asp>. 2001.
46. Zoritch B, Roberts I, Oakley A. Day care for pre-school children (Cochrane Review). *The Cochrane Library* 2002:URL: <http://www.update-software.com/abstracts/ab000564.htm>.
47. Andersson BE. Effects of Day-Care on Cognitive and Socioemotional Competence of Thirteen-Year-Old Swedish Schoolchildren. *Child Development* 1992;63:20-36.
48. Broberg A, Wesselt H, Lamb M, et al. Effects of day care on the development of cognitive abilities in 8-year-olds: a longitudinal study. *Development Psychology* 1997;33:62-69.
49. Bremberg S. *Bättre hälsa för barn och ungdom. En strategi för de sämst ställda*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet-Gothia, 1999:143.