

Barn i Malmö - skilda livsvillkor ger ojämlig hälsa

Marie Köhler

Barnhälsovårdsöverläkare/enhetschef Kunskapscentrum för barnhälsovård, Region Skåne. Doktorand, Institutionen för kliniska vetenskaper, Lunds Universitet. F d kommissionär i Malmökommissionen. E-post: marie.kohler@skane.se.

Som en av fjorton kommissionärer deltog jag i Malmökommissionens arbete och skrev bland annat en underlagsrapport utifrån de minsta barnens hälsa. En stark drivkraft var att föra in barnrättsperspektivet i kommissionens arbete och processer i övrigt. En styrka med sättet rapporten arbetades fram var att det skapades ett barnforskarnätverk och flera nya kontakter etablerades däri-genom. De slutliga rekommendationerna formulerades efter att de olika förslagen i bidragen till rapporten analyserats. För att sätta barnen på kartan blev en övergripande rekommendation att göra Malmö till "Barnens stad", som ett sätt att ta mottot om tidiga insatser på allvar. Det fortsatta genomförandet av förslag och åtgärder innebär och förutsätter en demokratisk process där både vuxna och barn i Malmö är med. Förhoppningsvis kan mål och arbetssätt inspirera till en nationell kommission för socialt hållbar utveckling och jämlik hälsa.

As one of fourteen commissioners, I participated in the work of the Malmö Commission and wrote, among other things, a scientific report on the basis of the health of the youngest children. A strong incentive was to bring a child rights perspective into the work of the Commission and into the general process. A strength with the way the report was elaborated was the creation of a child research network where several new contacts were established. By analysing the proposed actions from the scientific reports final recommendations of the report were formulated. Making Malmö the "City of children" became an overarching recommendation in order to highlight the health of the children and to take the motto of early intervention seriously". The continued implementation of proposals and measures implies and requires a democratic process where both adults and children in Malmö participate. Hopefully, the objectives and approaches may inspire a national commission on social sustainability and health equity.

I samma stad:

Ett barn stänger av sin laptop, kryper ner i sin säng i det egna rummet i familjens villa, släcker lampan och kan se fram emot en fin morgondag i en trygg skolmiljö med stödjande

och intresserade lärare och många kamrater. På eftermiddagen väntar roliga fritidsaktiviteter och på kvällen äter familjen måltiden tillsammans. När det blir dags för skoluppgifterna engagerar sig en av de båda föräldrarna och sitter med och stöttar.

På en annan adress kryper ett jämnårigt barn ihop på madrassen i köket i den lilla lägenheten som familjen trängs i. Nästa morgon innebär en lång bussresa till skolan för att möta ytterligare en ny lärarvikare som kämpar med att lära sig namnen på barnen och skapa en lugn lärandemiljö i den slitna skolsalen. På eftermiddagen väntar småsyskonen på att bli hämtade på förskolan och på kvällen ska maten fixas innan de små nattas. Läxorna görs vid köksbordet samtidigt som den trötta mamman landar hemma efter städjobbet på ett kontor.

Det skulle kunna vara två malmöbarn i angränsande kvarter som lever med så helt skilda livsvillkor, som speglas i det konkreta vardagslivet.

Det är ingen nyhet att barn växer upp med olika förutsättningar. Professor Michael Marmot, som var ordförande i Världshälsoorganisationens globala kommission Commission on the Social Determinants of Health, säger: ”No

data – no problem. No problem – no action”. Det som behöver ske nu är att vi beskriver och förstår skillnaderna i och mekanismerna bakom människors hälsa och agerar på konsekvenserna av den strukturella ojämlikheten i samhället. Många goda skäl finns att särskilt satsa på den nya generationen, det vill säga barnen. Det är att investera i både nutid och framtid.

Hälsa och livsvillkor

Rapporten Closing the gap in a generation från WHO:s globala kommission, satte fokus på olika livsvillkor och deras betydelse för människors hälsa (WHO, 2008). I Malmö var det redan känt att olika grupper av människors hade olika hälsa, både kvinnor och män med lång utbildning levde flera år längre än de med kort utbildning. Bland annat baserat på denna kunskap lyfte Malmö Stads politiker frågan om jämlik hälsa. Genom att tillsätta en oberoende kommission ville man få förslag på veten-



Figur 1. Sociala determinanter enligt Dahlgren & Whitehead, 1991.

skaplig grund på hur man skulle kunna staka ut en hållbar social utveckling i staden.

Som en av 14 kommissionärer deltog jag i Malmökommissionens arbete och skrev bland annat en underlagsrapport utifrån de minsta barnens hälsa (Köhler, 2012). Utgångspunkten var barnets rätt till ”bästa möjliga uppnåeliga hälsa” och tillgång till hälso- och sjukvård som formulerats i artikel 24 i Konventionen om barnets rättigheter (FN, 1989). Min rapport är ett discussionsunderlag som inte gör anspråk på att vara heltäckande, men den beskriver valda delar av vår kunskap om barns hälsa i Malmö. Andra viktiga områden, exempelvis ekonomisk utsatthet och utbildning, återfinns i andra underlagsrapporter.

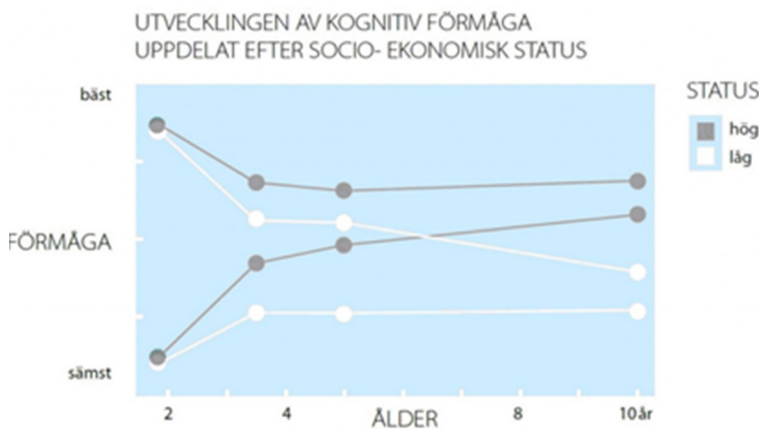
Barns hälsa

I praktiskt taget all internationella jämförelser, om barns hälsa brukar Sverige ligga i topp. Vi har låg barndödlighet, låg förekomst av dödande skador, låg

andel fysisk bestraffning och hög andel ammade barn (Folkhälsan, 2013). Unicefs rapport från 2007 om barn i de rikare länderna i världen ger en bred skildring av barns hälsa och inkluderar utbildning, materiella tillgångar, hälsa och välbefinnande, socialt nätverk (Unicef, 2007). Inledningsvis markerar man i rapporten barns centrala position vad gäller varje lands standard.

”The true measure of a nation’s standing is how well it attends to its children – their health and safety, their material security, their education and socialization, and their sense of being loved, valued, and included in the families and societies into which they are born.” (Unicef, 2007.)

Vid en sammanslagning av de ingående indikatorerna hamnar Sverige på andra plats. Länder som Storbritannien och USA hamnar längst ner på skalan. Samma undersökning ett par år senare ger Sverige en femteplacering (Unicef, 2013). Framförallt har barn i Sverige halkat efter vad gäller ekonomi och ut-



Figur 2. Ur Malmökommissionens slutrapport Malmös väg mot en hållbar framtid. Hälsa, välfärd och rättvisa, 2013. Översättning av figur i Fair Society Healthy Lives, The Marmot Review.

bildning, och vår tidigare ohotade förstaplats i de flesta välfärdsräkningar har nu fått lämnas.

Medvetenheten om betydelsen av att se hälsa i ett socialt sammanhang har ökat de senaste decennierna. Familjen och de nära relationerna är väsentliga för barnets tidiga utveckling. Relationerna inom familjen liksom föräldrarnas förutsättningar att vara stödjande och närvarande för barnet påverkas i sin tur av en mängd faktorer som ligger utanför familjen till exempel arbetsmiljö, bostadspolitik och utbildningssystem. Att vara arbetslös och/eller få försörjningsstöd har en stark koppling till ohälsa. Föräldrars levnadsvanor styrs av samhällsliga faktorer som levnadskostnader, reklam och miljö. Barnets egen arbetsmiljö skapas i förskolan och skolan och påverkar hälsan liksom möjligheterna att ha en meningsfull och utvecklande fritid utan alkohol, droger och våld. Tillgång till god hälso- och sjukvård är en viktig faktor för att nå en mer jämlik hälsa.

Många barn i Malmö lever i stort sett ett gott liv. Hälsan är god och levnadsförhållandena trygga och ger möjlighet till utveckling och lärande. Men det finns skillnader mellan barnen och de hänger ihop med familjernas ekonomiska och sociala förutsättningar. Forskning visar att skillnader i socioekonomisk status ger olika möjligheter för barns kognitiva utveckling (Figur 2).

Att skapa goda villkor för alla barn är en utmaning som hela landet står inför, inte bara Malmö. När samhällsinsatser planeras är det viktigt att utgå från ge-

nerella insatser till alla till exempel ett bra utbildningssystem eller en hälsovård som alla kan ta del av. Men barn som lever under svåra förhållanden behöver ökade insatser. Behovet kan växla över tid och utbildningssystem och hälso- och sjukvård behöver därför vara följsamma. Med Michael Marmots ord behövs en ”proportionell universalism” dvs. generella insatser är basen men med en omfattning och intensitet som är proportionell till graden av utsatthet (The Marmot Review, 2010). Nyare forskning visar att mer jämlika samhällen är bättre samhällen att leva i, även för de mest privilegierade (Wilkinson & Pickett, 2009).

Många barn har det bra, men alla kan få det bättre!

Erfarenheter från arbete med små barns hälsa i Malmö

Särskilt utsatta grupper av barn

Utsatta grupper av barn är exempelvis barn som är hemlösa, berörs av vräkning, har förälder som är frihetsberövad, barn som flytt krig och förföljelse, barn med funktionshinder, barn i fattigdom, barn som far illa, barn till föräldrar med psykisk ohälsa, missbruk eller svår kronisk sjukdom. Papperslösa barn är en grupp jag särskilt vill lyfta. Mycket sällan syns dessa barn i tabeller och diagram, vilket på ett sätt är begripligt då insamlingen av uppgifter är svår att genomföra. Dock existerar dessa barn och ungdomar och de har rätt att beaktas i samma utsträckning som andra barn. Alla här nämnda grupper av barn har högre risk för psykisk, fy-



Bild 1. Mosippan som det såg ut 2007. Foto: Marie Köhler

sisk och social ohälsa både nu och som vuxna och behöver skärpt uppmärksamhet och stöd från samhället.

Barnfattigdom – exempel från Malmö

Under mer än ett decennium har Rädda Barnen regelbundet dokumenterat utvecklingen av barnfattigdom i Sverige, definierat som barn som lever i hushåll med låg inkomststandard och/eller i hushåll som uppstår försörjningsstöd. Malmö är den kommun som genom åren haft högst barnfattigdom. I den senaste rapporten är barnfattigdomen i Malmö 31,9% (Rädda Barnen, 2013). Ekonomiskt knappa förhållanden påverkar vardagslivet för barnet i minsta detalj. De kan innebära brist på kläder och mat samt tillgång till teknisk utrustning som mobiltelefon och dator samt även tillgång till leksaker och böcker. Fattigdomen leder ofta till att barnet inte kan delta i aktiviteter som andra barn, till exempel resor, fritidssysselsättningar och umgänge

med kamrater och ofta är den också förknippad med känslor av skam. För många barn sammanhänger fattigdom med en mängd problem som bland annat rör bostaden. I den årliga uppskattningen av antalet hemlösa barn i oktober finns hundratals barn med i statistiken i Malmö (Knutagård, 2012). Många barn i Malmö berörs årligen av vräkning vilket påverkar vardagen i allra högsta grad.

Mosippan

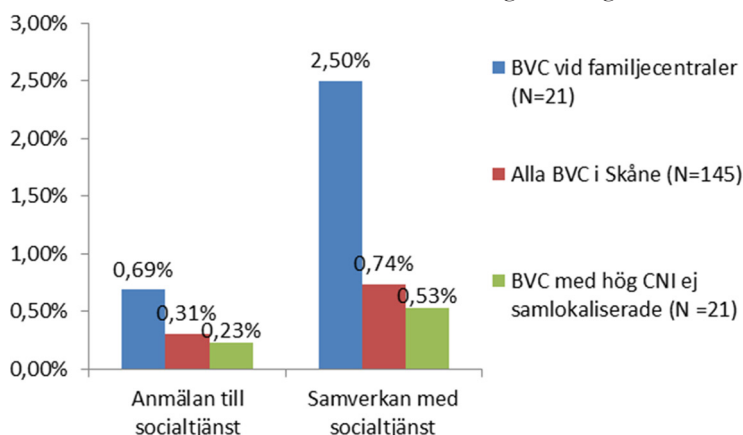
För ett par år sedan uppmärksammade några BVC-sjuksköterskor, i samband med hembesök barnens situation på Mosippan i Malmö. Mosippan var ett boende för hemlösa barnfamiljer i stadens periferi med 120 barn mellan 0 och 18 år. Familjerna hade kommit till Sverige som flyktingar och hade trots uppehållstillstånd fått svårigheter att hitta bostad. Som barnhälsovårdsöverläkare följde jag med till Mosippan i sällskap med skolläkare, skolsköterska och tandläkare och vi möttes av en slående misär. Familjerna bodde i barack-

er som var helt undermåliga vad gällde utrymme och standard. Många familjer saknade sängar och böcker och leksaker var sällsynta. Miljön var generellt sliten, trasig och farlig. Stora hål gapade i vissa väggar och det hängde lösa elkontakter inne i flera av bostäderna som samtliga saknade brandvarnare och spisskydd. Mot bakgrund mot Barnkonventionens intentioner slog vi larm till kommunen med önskan om att barackerna underkändes och revs. Många anmälningar till socialtjänsten gjordes också på grund av oro för specifika barns situation. Under de följande åren drev vi flera gemensamma projekt för att stärka barnens hälsa och tillgång till hälsovård samt för att öka samverkan mellan kommunen och barn- och skolhälsovården (Malmö Stad & Region Skåne 2010 och 2011). Samlade lärdomar blev att barnen hade många hälsoproblem och saknade en mängd insatser från barn- och skolhälsovård som alla barn ska få ta del av, exempelvis vaccinationer. Slående var också

att många av föräldrarna var uppgivna och en hög andel av dem brottades med egna hälsoproblem. Samtliga hade dock en stark önskan om att deras barn skulle ha så god hälsa som möjligt och de efterfrågade även hälso- och sjukvård. Dessutom önskade de mer stöd från socialtjänsten. Samverkan bland verksamheterna som fanns runt familjerna brast i många stycken och behövde stärkas och synkroniseras.

Barn som far illa

Arbetet med barnen på Mosippan bidrog till ett allt starkare engagemang för barn som far illa. Samtliga professionella som arbetar med barn är dessutom skyldiga enligt lag att göra anmälan till socialtjänsten om man misstänker att barn far illa. Inom barnhälsovården frågade vi oss hur många sådana anmälningar som gjordes. Det visade sig vara en mycket litet antal anmälningar, c:a 3 promille av inskrivna barn anmäldes. Det var vanligare med anmälningar som gällde de allra yngsta



Figur 3. Jämförelse mellan orosanmälningar av barn till socialtjänsten respektive samverkan med socialtjänsten på BVC på familjecentral (ljusgrå), BVC i genomsnitt i Skåne (mellanrå) och matchad BVC (mörkgrå), dvs med liknande socioekonomiskt befolkningsunderlag. Värdena ges i procent av alla barn som är inskrivna i barnhälsovård i Skåne, 2012. Källa: Kunskapscentrum för barnhälsovård, Region Skåne.

barnen och den dominerande anmälningsorsaken var omsorgssvikt. Siffran har fortsatt att ligga på ungefär samma nivå i Malmö de följande åren och vi har funnit samma siffror för Skåne (Kunskapscentrum för barnhälsovård, Region Skåne, 2014).

Det senaste utvecklingssteget för barnhälsovården är samlokalisering med mödrahälsovård, öppen förskola och socialtjänst. Dessa ger bättre resultat vad gäller frekvensen hembesök, föräldragrupper och depressionsscreening av mödrar. Alla dessa insatser ingår i barnhälsovårdens program som ska erbjudas alla barn och föräldrar. Undersöker man även frågan om anmälan på misstanke att barn far illa och samverkan med socialtjänsten visar familjecentraler upp bättre siffror (Figur 3).

Ett utvecklingsarbete som utnyttjar erfarenheter från familjecentraler pågår i regionen. Dessutom satsar man på ännu fler familjecentraler och har kommit långt i jämförelse med många andra svenska landsting.

Frågan om våld i nära relationer har också uppmärksammats särskilt i aktuella skånedata genom rapporten Barn och föräldrar i Skåne 2014 (Fridh M, 2014). I enkäter till fyraåriga barns föräldrar svarar cirka 3 % av mammorna att det förekommer våld i hemmet. Siffran som dessutom kan vara för låg jämfört med realiteten, manar till insatser att både identifiera barnen och erbjuda stöd och hjälp. Pågående utvecklingsarbete har fokus på hur medarbetare inom mödra- och barnhälsovården kan vara mer uppmärksamma

på våld i hemmet som kan påverka både fysisk och psykisk hälsa hos föräldrar negativt, hotar barnets välbefinnande och dessutom ger ökad risk för våld mot barnet.

Flyktingbarn

Under många år arbetade jag som BVC-läkare på Flyktinghälsan i Malmö och mötte barnfamiljer som sökte asyl i Sverige. Väntan på beslut om asyl var ofta lång, flera år, vilket gjorde att jag kunde följa familjernas process i kontakt med Migrationsverket och andra myndigheter. Familjerna var på många sätt utlämnade åt slumpen vad gällde exempelvis engagemanget från migrationshandläggaren, det juridiska ombudets kompetens och intresse, och vilket stöd man i övrigt kunde få. Situationen för familjerna var dessutom ofta socialt påfrestande med dålig ekonomi, osäkert boende, ofta i trångboddhet och oro inför ett eventuellt nytt uppbrott om man skulle tvingas lämna landet. Föräldrarnas och även barnens tidigare upplevelser av förföljelse och diskriminering, krig, förluster och separationer och ibland tortyr och våldtäkter förblev oftast en obearbetad mörk bakgrund till vardagslivet. Oro, uppgivenhet och psykisk ohälsa skulle kombineras med föräldraskap. Många föräldrar skulle dessutom axla ansvaret ensamma utan sin partner. Flera barn kom att engagera mig extra mycket. Det var familjen där en ung mamma tvingades att åka till Italien med sin nyfödda son och i en lång och omständlig process söka uppehållstillstånd därifrån, trots att pappan bodde i Sverige och hade uppehållstillstånd. Det var den lilla flickan som hade en

missbildning som hon inte skulle få vård för i hemlandet om familjen fick avslag på sin ansökan. Det var de två syskonen som blev omhändertagna för samhällsvård på barnhem pga moderns psykiska ohälsa och som vuxit upp i Sverige i väntan på besked om de fick stanna. De skulle ensamma utvisas till sitt hemland, ett land de inte hade några minnen av och vars språk de inte talade eller förstod. Det var familjen där mamman mårde så dåligt att hon gjort flera självmordsförsök t.o.m. inför barnen som följaktligen hade problem med sömn och koncentration. Familjen levde i en bubbla av ångest och utdragen väntan på att ges grundförutsättningar till ett vanligt lugnt liv. Bland föräldrarna fanns också en stark drivkraft och längtan att skapa en trygg tillvaro för sina barn och att vara med

och bidra i samhället.

Barnhälsovården kan när den är som bäst vara ett stöd för föräldrar och barn i utsatta livssituationer. Det kan behövas tätare kontakter i dessa fall där sjuksköterska, läkare och psykolog kan vara värdefulla delar i ett teamarbete med och runt familjen.

Kommissionsarbetet – med barnperspektiv

Med barnläkarerfarenheter dels från tusentals möten med barn och familjer och dels från arbetet med övergripande utveckling och strukturer samt forskningserfarenheter tog jag mig an arbetet i Malmökommissionen. Liksom för de flesta av mina medkommissionärer ingick i mitt uppdrag att ta fram ett diskussionsunderlag i form av en rap-

Tabell 1. Rekommendationer ur ”Barn i Malmö. Skilda livsvillkor ger ojämlik hälsa.” Köhler, 2012. I slutrapporten ”Malmöns väg mot en hållbar framtid” som släpptes i mars 2013 fanns flera av rekommendationerna med.

Skapa trygga uppväxtvillkor för alla barn

Handlingsprogram mot barnfattigdom

Fler bostäder och förebyggande arbete mot vräkningar

Förebyggande arbete mot våld, övergrepp och omsorgssvikt och ökad identifiering av och stöd till barn som får illa

Fler hälsofrämjande årenor; meningsfull fritid, kultur, möten, kreativitet och rörelse

Systematiskt och planerat mottagande av nyanlända barn med tydliga hälsofrämjande och stödjande strukturer

Öka barns delaktighet och inflytande

Handlingsprogram för att genomföra barnkonventionen, barnkonsekvensanalyser

Tillsätt en barnombudsman/barnrättsstrateg

Gör hälso- och sjukvården, inklusive tandvården, reellt tillgänglig för alla barn på lika villkor oavsett status eller härkomst

Mät och utvärdera barns hälsa och skillnader i hälsa

Skapa en barnenhet med övergripande ansvar för mätning och uppföljning

Bygg upp ett barnhälsoindex

Skapa strukturer som främjar tvärprofessionellt och tvärsektorielt samarbete mellan yrkesgrupper och samhällssektorer, till exempel kommun och region, för att fokusera på barns hälsa

port utifrån mitt expertområde – barns hälsa. Arbetet påbörjades och viktiga grundidéer formulerades. Jag ville ha med lokala data om barns hälsa liksom lokal forskning som rörde barns hälsa. Vissa områden som inte täcktes lokalt sökte jag expertkunskap i nationellt. Jag strävade mot en process där de forskare och medarbetare från verksamheter jag engagerade skulle vara delaktiga i en gemensam process. En stark drivkraft var att föra in barnrättsperspektivet i kommissionens arbete och processer i övrigt. En viktig ambition var även att barn och unga i Malmö skulle inkluderas i arbetet.

En grupp initierade forskare och tjänstemän i kommun och region samlades till ett par gemensamma seminarier. Spännvidden över områdena som belystes blev stor och berörde bland annat blivande mödrars hälsa, förskolebarns hälsa och skolelevers hälsa, barns tandhälsa, vardagsmiljöns betydelse för flyktingbarns hälsa, barn i asylprocessen, nyanlända barn, tillgång till vård, barnolycksfall, barn med föräldrar i fängelse, hemlösa barn, barn med föräldrar med psykisk ohälsa, erfarenheter av barnsamtal med tolk, faders betydelse för barns hälsa och utveckling, utemiljöns betydelse för barns hälsa. En styrka med sättet rapporten arbetades fram var att det skapades ett barnforsknätverk och flera nya kontakter etablerades därigenom. En viktig del var dessutom att ta fram vissa underlag, till exempel data om dagsläget. Flera av bidragen kom till eftersom samlade data saknades. Ett exempel rörde antalet barn som var nyanlända till Malmö. Ett särskilt underlag togs därför fram

av Karin Ander. Hur flyktingbarns vardag positivt kan påverka barns hälsa beskrevs av Henry Ascher. Att få data om antalet anmälningar av barn till socialtjänsten på misstanke barn som far illa var svårt, bland annat på grund av olika kategorisering i stadsdelarna. Samband mellan barnmisshandel och socioekonomiska faktorer behövde belystas och Staffan Janson fick uppdraget att ta fram färsk kunskap om detta. En särskild bakgrundbeskrivning av hur man kan mäta och jämföra barnhälso-data tillfördes av Lennart Köhler.

De slutliga rekommendationerna formulerades efter att de olika förslagen i bidragen till rapporten analyserats. För att sätta barnen på kartan blev en övergripande rekommendation att göra Malmö till *"Barnens stad"*, som ett sätt att ta mottot om tidiga insatser på allvar.

Barns villkor är intimt sammankopplade med föräldrars livsvillkor och en stor del av förändringsmöjligheterna ligger i förbättrade villkor för och stöd till föräldrar. Men barn har också egna arenor och det är viktigt att miljön på förskolan, i skolan, under fritiden och i stadsmiljön är hälsofrämjande och främjar barns delaktighet och reella inflytande i kontakt med vuxna och med varandra (Tabell 1).

Avslutande reflektioner

Arbetet i Malmökommissionen var intensivt och lärorikt och jag tror att jag kunde bidra med ett ökat barnperspektiv i processen. Kommissionen har fått välförtjänt uppmärksamhet på många håll ute i landet. Självt har jag föreläst

i många verksamheter och i olika delar av Sverige och även för en internationell publik.

Malmö Stads beslut att tillsätta en kommission är, som jag ser det, ett historiskt viktigt steg i riktning mot en socialt hållbar utveckling. Att så många människor utanför de snävare kretsarna runt tjänstemän och politiker i Malmö har varit engagerade i processen är av stor betydelse. Det fortsatta genomförandet av förslag och åtgärder innebär och förutsätter en demokratisk process där både vuxna och barn i Malmö är med. Förhoppningsvis kan mål och arbetsätt inspirera till en nationell kommission för socialt hållbar utveckling och jämlik hälsa.

Referenser

- Rädda Barnen (2013): Barnfattigdom i Sverige. Årsrapport.
- Dahlgren G & Whitehead M (2007): Policies and strategies to promote social equity in health. Institute for futures studies, Stockholm.
- Folkhälsomyndigheten (2014): Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2014.
- Fridh M m fl (2014): Folkhälsorapport. Barn och Föräldrar i Skåne 2014 – en undersökning om barns och föräldrars livsvillkor, levnadsvanor och hälsa. Region Skåne.
- Förenta Nationerna (1989): Konventionen om barnets rättigheter.
- Knutagård M (2012): Hemlösa barn och ojämlikhet i hälsa – en redogörelse för forskningsläget. I Köhler: Barn i Malmö. Skilda livsvillkor ger ojämlik hälsa.
- Kommission för ett socialt hållbart Malmö. Malmö väg mot en hållbar framtid. Hälsa, välfärd och rättvisa. Malmö Stad, 2013.
- Kunskapscentrum för barnhälsovård (2014): Årsrapport 2013 för barnhälsovården, Region Skåne.
- Köhler M. (2012): Barn i Malmö. Skilda livsvillkor ger ojämlik hälsa.
- Malmö Stad & Region Skåne (2010): Projektet Barnen på Mosippan.
- Malmö Stad & Region Skåne (2011): Barnen på Mosippan. Projektavslutsrapport.
- The Marmot Review. Fair Societies, Healthy Lives, 2010.
- Unicef (2007): Child poverty in perspective: An overview of Child Well-being in Rich Countries.
- Unicef (2013): Child Well-being in Rich Countries. A comparative overview.
- WHO, Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation – health equity through action on the social determinants of health; 2008.
- Wilkinson R, Pickett K. Jämlikhetsanden. Karneval Förlag, 2009.