

Barns hälsa

Sammanfattning

Hälsosituationen för svenska barn är i flera avseenden bland de bästa i världen. Det gäller till exempel den låga spädbarnsdödligheten, den höga andelen ammade spädbarn, den låga andelen barnolycksfall, den höga andelen vaccinerade barn och den jämförelsevis låga andelen som utsätts för fysisk bestraffning under barndomen.

Trots den låga spädbarnsdödligheten är spädbarnsåret en riskfylld period i barns liv och antalet barn som dör då är något högre än i åldrarna 1–15 år sammantaget. Den vanligaste orsaken till att barn dör vid förlossningen är att de föds för tidigt eller att de föds för små, till följd av en tillväxthämning under fosterstadiet. 2,5 procent av alla nyfödda är tillväxthämmade och 6 procent föds för tidigt, och dessa nivåer har varit oförändrade under det senaste decenniet. Dödligheten de första levnadsveckorna fortsätter ändå att minska till följd av ett allt bättre omhändertagande i samband med förlossningen och nyföddhetsperioden. Förbättringarna har också lett till att färre för tidigt födda får en cp-skada.

Att barn föds dödfödda är däremot lika vanligt i dag som för tio år sedan och det är vanligare bland barn till mödrar med låga inkomster. Omkring 1,5 procent av alla barn föds med missbildningar eller kromosomrubbningar som är så omfattande att de leder till att barnet dör eller får betydande funktionsnedsättningar. Den vanligaste kromosomrubbningen är Downs syndrom, vilket är vanligare bland barn till äldre mödrar. I dag går det att upptäcka kromosomrubbningen under graviditeten, och antalet avbrutna graviditeter har ökat. Samtidigt har mödrarnas medelålder ökat, och därför har andelen barn som föds med Downs syndrom varit stabil. För närvarande föds årligen 20–25 barn med ryggmärgsbräck och omkring 80 graviditeter avbryts efter att man upptäckt skadan vid en ultraljudsundersökning.

I åldern 1–15 år orsakar olyckor en fjärdedel av dödsfallen bland flickor och en tredjedel bland pojkar. Tjugo procent av dödsfallen beror på cancer, både för flickor och för pojkar. Under barndomen fram till tonåren är olycksfallsdödligheten låg och könsskillnaderna små. Sverige har en av världens lägsta dödligheter även i barnaåren efter spädbarnsåret, och den viktigaste anledningen är att olycksfallsdödligheten under barnaåren är låg. Under 2000-talet

har det dock blivit vanligare att spädbarn vårdas på sjukhus på grund av olycksfall och våld, samt att 14–16-åringar skadas så svårt i moped- och mc-olyckor att de behöver läggas in på sjukhus

Barn i årskurs 5 känner sig lika friska eller friskare i dag än för tjugo år sedan. Bland de äldre barnen har utvecklingen däremot inte varit lika gynnsam. Ända sedan 1990-talets början har andelen som känner sig mycket friska minskat i årskurs 9, särskilt bland flickorna. Bland dessa flickor har dessutom andelen som trivs med livet minskat.

Besvär som att känna sig nere, ha svårt att somna, känna sig nervös eller ha huvudvärk blev vanligare mellan 1985 och slutet av 1990-talet, bland flickor och pojkar i årskurs 5 och 9. Dessa besvär ökar dock inte längre, utom bland flickor i årskurs 9. Var tredje flicka i årskurs 9 har dock under det senaste halvåret känt sig nere mer än en gång i veckan.

Flickor i årskurs 9 känner sig allt mer stressade av skolarbetet, och andelen har ökat från 50 till nästan 70 procent under perioden 1997/98 till 2005/06. Bland elever i årskurs 5 är brist på arbetsro ett större problem. Andelen barn som rapporterar att de mobbas i skolan varje vecka har legat kring 3–4 procent sedan 1980-talet, trots att skolorna gör allt mer för att motverka mobbning.

Dagens barn äter mindre godis och dricker mindre läsk än i början av 2000-talet, och de äter också mer frukt och grönsaker. Andelen överviktiga barn har dock fördubblats och det har blivit fyra till fem gånger vanligare med feta barn under de senaste två decennierna. Under det senaste året har det dock kommit rapporter som talar för att ökningen av andelen barn med fetma har stannat upp, och att andelen kanske till och med har börjat minska.

Inledning

Tillväxt och utveckling är nyckelord för att förstå vad som är speciellt med fosterlivet och barndomen i ett folkhälsoperspektiv. Kroppsorganen anläggs i fosterlivet och utvecklas under barndomen i ett samspel mellan ärftliga faktorer och den omgivande miljön. Därför kan förebyggande insatser få särskilt stor effekt tidigt i livet innan organsystemen och beteendet har hittat sin definitiva form.

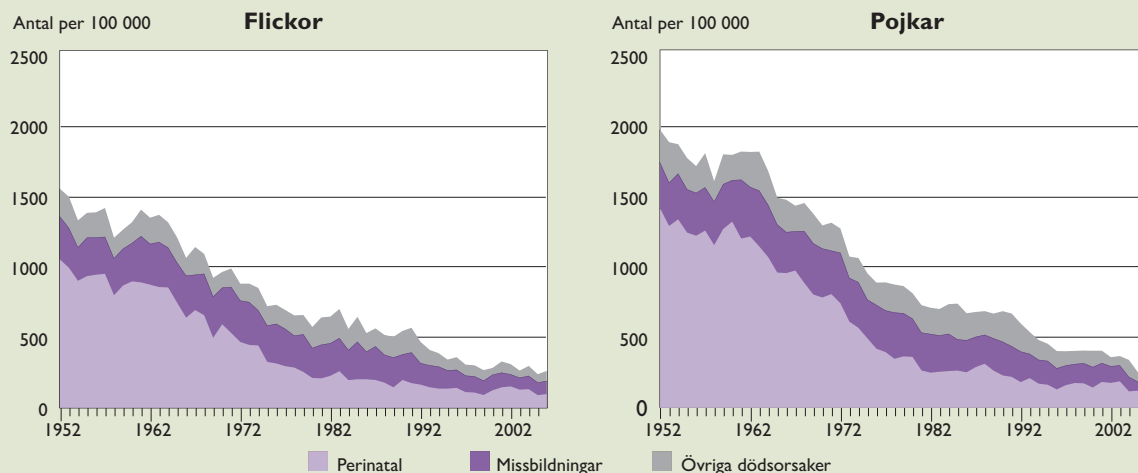
Spädbarnsperioden är en särskilt utsatt period i människans liv, och i detta kapitel beskrivs först hälsoproblem bland spädbarn och därefter för åldersgruppen 1–15 år. Senare års forskning om hjärnans utveckling har pekat på betydelsen av fosterlivet och den tidiga barndomen för människors framtida psykiska hälsa och välbefinnande. Även studier av hjärt- och kärlsjukdomar och fetma har visat att den första tiden i livet har stor betydelse [1].

Barndomen är dock inte bara en transportsträcka till vuxenlivet. Barn har rätt till ett värdigt och meningsfullt liv, och deras sårbarhet och maktlöshet gör att samhället har ett särskilt ansvar att prioritera just barnen. Det är dessa värderingar som ligger till grund för att barn bland annat har rätt till ”bästa uppnåeliga hälsa” enligt FN:s konvention om barnets rättigheter.

Barns och ungdomars uppväxtvillkor är intimt förknippade med deras hälsa. I dagens svenska samhälle kan nästan alla barn äta sig mätta och de har tillgång till kvalificerad hälso- och sjukvård. Fortfarande har dock de strukturella uppväxtvillkoren under barndomen en inverkan på människors hälsotillstånd. Familjens sociala position styr de hälsorisker barnet utsätts för under barndomen, den stimulans som familjen kan erbjuda

Figur 1. Dödsorsaker under första levnadsåret

Antal döda per 100 000 levande födda och år, uppdelat efter dödsorsak. Flickor och pojkar under första levnadsåret, perioden 1952–2006.



Plötslig spädbarnsdöd myntades som begrepp först på 1970-talet och ingår här i gruppen "övriga dödsorsaker".

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

barnet och de resurser familjen har att stötta barnet med vid påfrestningar [2–4].

Spädbarnsdödlighet

År 2007 föddes 107 000 barn i Sverige, men av dem dog 120 flickor och 148 pojkar före sin ettårsdag. Det innebär en spädbarnsdödlighet på 2,3 per 1 000 levande födda bland flickorna och 2,7 per 1 000 levande födda bland pojkarna.

Andelen barn som dör under första levnadsåret har minskat sedan länge och fortsätter att minska (figur 1). Trots den kraftiga minskningen i dödlighet är det första levnadsåret fortfarande det mest riskfyllda under barndomen och det inträffar fler dödsfall bland spädbarn än bland barn i åldrarna 1–15 år sammantaget. Drygt 40 procent

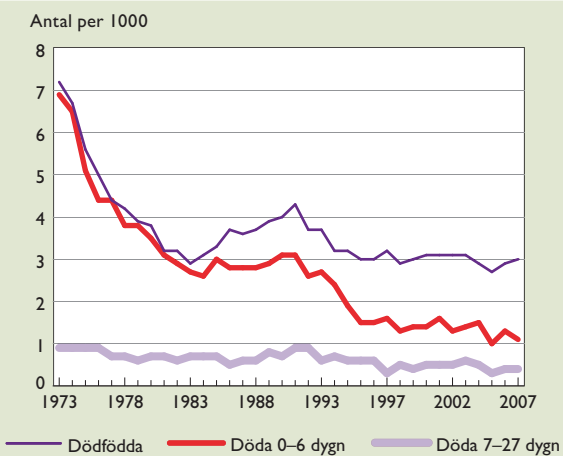
av dödsfallen bland spädbarn har orsaker som är relaterade till graviditeten, förlossningen och omställningsprocessen därefter. Omkring 35 procent beror på medfödda missbildningar och 8–9 procent beror på plötslig spädbarnsdöd. I figur 1 visas nedgången i dödlighet sedan 1952, uppdelad på de vanligaste dödsorsakerna.

Barn som var döda vid födseln ingår inte i spädbarnsdödligheten. Termen dödfödd används för barn som avlidit efter utgången av 28:e havandeskapsveckan och före eller under förlossningen. År 2007 var 326 barn dödfödda. Andelen dödfödda minskade under flera år, men sedan mitten av 1980-talet har den legat på en ganska konstant nivå (figur 2). Dödligheten under de första fyra levnadsveckorna har däremot minskat kontinuerligt tack vare att sjukvården har fått bättre möjligheter att ta

hand om nyfödda som behöver sjukhusvård, t.ex. de som föds för tidigt eller med kraftig undervikt.

Figur 2. Perinatal och neonatal dödlighet

Andel (per 1 000 levande födda) dödfödda, döda inom 6 dygn respektive 7–27 dygn efter födelsen, perioden 1973–2007.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

Med **perinatalt döda** avses dödfödda barn (beräknat per 1 000 levande- och dödfödda barn) samt barn som dör i första levnadsveckan (per 1 000 levande-födda barn). Så definieras termen i bl.a. det medicinska födelseregistret. Anledningen är att det i stor utsträckning är samma orsaker som ligger bakom dödsfallen omedelbart före, under och strax efter födelsen. Den perinatala dödligheten i Sverige är i dag drygt 4 per 1 000 födda barn.

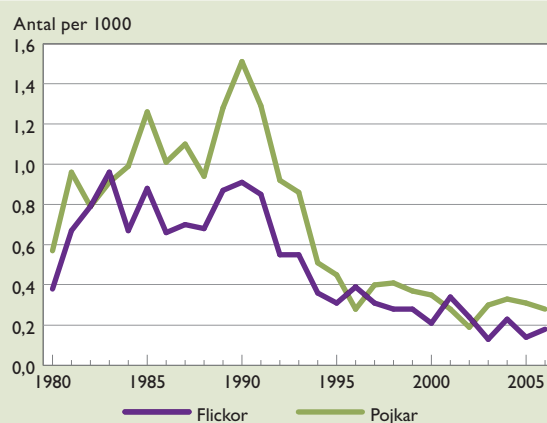
Plötslig spädbarnsdöd

År 1971 myntades uttrycket ”plötslig spädbarnsdöd” för oförklarliga dödsfall hos spädbarn. Under hela 1980-talet ökade antalet barn som avled i plötslig spädbarnsdöd i Sverige. Efter 1990 började föräldrar dock successivt att lägga

spädbarnen på rygg i stället för på mage, och sedan dess har dödligheten i plötslig spädbarnsdöd minskat (figur 2).

Figur 3. Plötslig spädbarnsdöd

Antal per 1 000 flickor och pojkar som avled i plötslig spädbarnsdöd under första levnadsåret, per år 1980–2006.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Moderns livsvillkor påverkar barnets överlevnad

Familjens sociala levnadsvillkor påverkar barns hälsa redan från allra första början genom den gravida kvinnans livsvillkor och hälsovanor. Risken för dödföddhet och död efter den första levnadsveckan är 30–40 procent högre för barn till mödrar i hushåll med låga inkomster jämfört med barn till mödrar i hushåll med högre inkomster (tabell 1). De sociala skillnaderna är mindre i samband med förlossningen och under den första levnadsveckan då den medicinska vården är särskilt betydelsefull.

Tabell 1. Spädbarnsdöd och moderns inkomst

Överrisker (relativa risker) för dödföddhet och för spädbarnsdöd beroende på moderns inkomst vid graviditeter med ett foster. Barn till mödrar med disponibel inkomst* i de lägsta två kvintilerna har jämförts med barn till mödrar med disponibel inkomst i de högsta två kvintilerna, åren 2002–2005.

	Relativ risk
Dödfödd	1,31
Död 0–6 dagar	1,13
Död 7–28 dagar	1,33
Död 29–365 dagar	1,41

* Moderns inkomst beräknad som delkomponent av hushållets disponibla inkomst två år före barnets födelse. Risken för dödföddhet var drygt 30 procent eller 1,3 gånger högre för barn till mödrar med låga inkomster än för barn till mödrar med höga inkomster.
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Att födas för liten

Den vanligaste orsaken till att spädbarn behöver sjukhusvård eller dör är att de är mindre än vad som är normalt vid födelsen, vilket ger dem sämre förutsättningar att klara den känsliga omställningsperioden efter förlossningen. Det finns två principiella orsaker till att barn är för små när de föds – tillväxthämning under fosterstadiet och för tidig födsel. Inte sällan förekommer dessa två sårbarhetsfaktorer samtidigt dvs. för tidigt födda barn är också ofta tillväxthämmade.

Tillväxthämning under fosterstadiet

Omkring 2,5 procent av alla barn föds med en tillväxthämning och andelen har inte förändrats nämnvärt under det senaste decenniet [4]. Livsstilsfaktorer som rökning och stress kan leda till dålig näringstillförsel och därmed dålig tillväxt hos fostret, men det kan också bero på sjukdomar hos modern, t.ex. havandeskapsförgiftning [4, 5]. Låg födelsevikt har visats vara förknippad med

högre risk för att drabbas av diabetes, högt blodtryck och hjärt- och kärlsjukdomar i vuxen ålder [6].

Att födas för tidigt

Andelen barn som föds för tidigt (i vecka 22–38 av de 40 graviditetsveckor som utgör en normal graviditet) och mycket för tidigt (före utgången av graviditetsvecka 32) har varit konstant under det senaste decenniet. Totalt gäller det drygt 6 procent av alla nyfödda, och drygt 1 procent är mycket för tidigt födda. Barn i den senare gruppen löper också en ökad risk att drabbas av cp-skador och nedsatt syn. Andelen för tidigt födda som drabbas av cp-skador har dock minskat kontinuerligt sedan mitten av 1980-talet, troligen för att vården har blivit bättre [7]. På senare år har man också uppmärksammat att en del av de mycket för tidigt födda får koncentrations- och inlärningssvårigheter i skolan [8].

I en uppföljning av för tidigt födda barn i Sverige 1973–1979 konstaterades att något fler fick psykiatrisk vård under ungdomsåren, cirka 2,5 procent av fullgångna barn jämfört med kring 4 procent av de för tidigt födda [9]. Tre till fyra gånger så många av de mycket för tidigt födda barnen fick senare handikappsersättning och/eller förtidspension för att de hade en kronisk sjukdom eller någon bestående funktionsnedsättning, jämfört med dem som föddes efter en fullgången graviditet. Över 90 procent av de mycket för tidigt födda barnen var dock ekonomiskt självförsörjande som unga vuxna utan att visa tecken på någon allvarlig psykisk eller fysisk funktionsnedsättning [10].

Måttligt för tidigt födda, det vill säga de som är födda i vecka 33–36, är särskilt intressanta ur folkhälsosynpunkt eftersom de är så många, cirka 5 procent av alla födda. Enligt samma studie hade dessa i vuxen ålder en lägre medelinkomst än jämnåriga med liknande social bakgrund. Det är dock svårt att avgöra hur representativt detta är för de barn som föds för tidigt i dag eftersom omhändertagandet av för tidigt födda barn har genomgått en mycket snabb utveckling. Samtidigt räddar man numera fler för tidigt födda barn.

Tvillingar

Överlevnaden hos tvillingar har förbättrats dramatiskt tack vare bättre vård under graviditeten och förlossningen. 9 procent av alla tvillingar var i mitten av 1970-talet döda vid förlossningen eller dog under den första levnadsveckan, medan den andelen hade minskat till 1–1,5 procent 2003–2005. Tvillinggraviditeter ökar dock risken för tidig födsel och för dålig tillväxt hos fostren [11].

Andelen tvillingar bland nyfödda fördubblades mellan 1983 och 2003 (figur 4). Denna ökning berodde framför allt på att fler fick någon medicinsk behandling mot barnlöshet. Enligt de nya rutinerna för provrörsbefruktning inplanterar man dock bara ett ägg, och det är troligen också orsaken till att andelen tvillingar minskade något under perioden 2004–2007 [12].

Figur 4. Tvillingar

Andel (procent) tvillingar av samtliga levande födda barn per år 1973–2007.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

Uppföljningsstudier av tvillingar födda på 1970-talet i Sverige [11] och på 1980-talet i Danmark [13] visar att de klarade sig lika bra eller till och med lite bättre än andra barn i skolan, trots att de visade tecken på en något sämre kognitiv förmåga [11]. Att vara tvilling verkar alltså i sig vara något positivt som under ungdomen och vuxenlivet vanligen uppväger de negativa konsekvenserna av för tidig födsel och dålig tillväxt i fosterlivet.

Under det senaste decenniet har användningen av provrörsbefruktning, in vitro fertilisering (IVF), ökat dramatiskt i Sverige (se kapitlet Sexuell och reproduktiv hälsa). År 2005 hade 3,6 procent av samtliga levande födda tillkommit genom IVF. Uppföljningar av barn födda med IVF visar att de hade 30 procent högre risk för missbildningar, men att konsekvenserna av tvilling- och trillinggraviditeter ger de dominerande medicinska problemen för dessa barn [14].

Medfödda missbildningar

Cirka 1,5 procent av alla nyfödda barn har medfödda missbildningar eller kromosomrubbingar som är så omfattande att de leder till att barnet avlider eller får någon betydande funktionsnedsättning. Denna andel har inte förändrats under de senaste decennierna. Det är betydligt vanligare med missbildningar under fostertiden, men sådana leder oftast till missfall. Tack vare ultraljudsteknologin har det under senare år blivit lättare att identifiera missbildningar tidigt i graviditeten, och enligt Socialstyrelsens statistik avbröts 22 procent av graviditeterna där barnet hade en betydande missbildning under 2003–2006.

Downs syndrom, eller trisomi 21, är den vanligaste kromosomavvikelsen hos nyfödda och förekommer hos ett av 1 000 barn. Downs syndrom leder nästan alltid till någon form av utvecklingsförsening eller förståndshandikapp där graden kan variera från lätt till mycket svår. Det är heller inte ovanligt att barnet får nedsatt syn och hörsel, och omkring 40 procent har också ett medfött hjärtfel. Överlevnaden hos barn med Downs syndrom har förbättrats dramatiskt under de senaste decennierna, och i början av 1970-talet var medelöverlevnaden cirka 35 år. Därefter har vården fått bättre metoder att behandla de medfödda hjärtfelen, vilket har medfört att medellivslängden nu är närmare 60 år [15, 16].

Äldre mödrar har högre risk att få ett barn med Downs syndrom, och sedan 1970-talet har kvinnor över 35 år erbjudits fosterdiagnostik med fostervattenprov. Antalet avbrutna graviditeter har också ökat successivt, men andelen barn som föds med Downs syndrom har ändå varit stabil eftersom mödrarna blir allt äldre. Under 2003–2006 aborterades 49 procent av fostren där Downs syn-

drom hade identifierats, enligt Socialstyrelsens statistik.

Miljömedicinska analyser visar att endast cirka 5 procent av de medfödda missbildningarna är möjliga att förebygga med dagens kunskap. Dessa missbildningar kan bero på infektioner, röntgenundersökningar, läkemedel, miljögifter och näringsbrist [17].

B-vitaminet folsyra spelar en viktig roll för utvecklingen av ryggmärgen hos fostret, vilket sker under de första veckorna av graviditeten. Låga nivåer av folsyra i blodet ökar risken för ryggmärgsbråck. Det är en allvarlig missbildning som ger betydande funktionsnedsättningar och de flesta drabbade får olika grader av förlamning av benen, nedsatt känsel och svårigheter att tömma blåsa och tarm. Omkring 90 procent utvecklar vattenskalle (hydrocephalus) och får en tryckreglerande ventil inopererad. Ungefär hälften blir rullstolsburna och ytterligare en fjärdedel behöver någon form av gånghjälpmedel. De allra flesta barn med ryggmärgsbråck går dock i en vanlig skola eller förskola och som vuxna lever nästan alla ett självständigt liv, med eller utan personlig assistans.

För närvarande föds varje år 20–25 barn med ryggmärgsbråck [18] och omkring 80 graviditeter avbryts efter att man vid en ultraljudsundersökning har upptäckt skadan. Antalet graviditeter där fostret har ryggmärgsbråck bedöms ha varit relativt konstant sedan 1970-talet.

Svenska kostundersökningar visar att få kvinnor i Sverige uppnår det rekommenderade intaget av folsyra för att kunna förebygga missbildningar. Eftersom ryggmärgens struktur anläggs tidigt i graviditeten är det för sent att ta folsyratillskott redan en månad efter befruktningen, dvs. den tidpunkt då många upptäcker att de är gravida. I många länder, däribland Sverige, rekommenderas

därför kvinnor i fertil ålder att i förebyggande syfte öka sitt intag av folsyra genom att anpassa sin kost eller ta vitamintillskott. I några länder, exempelvis i USA och Kanada, kompletterar man sedan slutet av 1990-talet dessa rekommendationer med att berika mjöl eller flingor med folsyra [18]. Livsmedelsverket och Socialstyrelsen avrådde dock år 2007 från att man i Sverige ska berika mjöl med folsyra eftersom det inte finns tillräckliga kunskaper om eventuella negativa konsekvenser.

Betydelsen av föräldrarnas ålder

Under de senaste decennierna har förstföderskornas medelålder blivit allt högre samtidigt som antalet tonårsgraviteter har minskat påtagligt, vilket också diskuteras i kapitlet Sexuell och reproduktiv hälsa. Det är sedan länge känt att föräldrarnas ålder påverkar barnens hälsa. Unga föräldrar har inte hunnit skaffa sig utbildning och livserfarenhet på samma sätt som äldre föräldrar och har oftare en mer utsatt social situation. Högre ålder (över 35) ökar å andra sidan risken för komplikationer under graviditeten och förlossningen på basis av det biologiska åldrandet. Barn till tonårsmödrar och mödrar över 35 år har en måttligt ökad risk att födas för små och för tidigt, vilket även leder till en ökad dödlighet. Barn med äldre mödrar föds oftare med Downs syndrom, medan barn till äldre fäder oftare drabbas av autism och schizofreni [19, 20]. Äldre mödrar ammar dock oftare sina barn och deras barn vårdas mer sällan på sjukhus på grund av olyckfall och våld [21].

Allergi

Astma och andra allergiska sjukdomar är de vanligaste kroniska sjukdomarna under barnåren.

Astma och astmaliknande luftrörsbesvär som utlöses av förkylningsvirus drabbar cirka 20 procent av alla barn någon gång under de första två åren. De flesta av dessa barn blir dock besvärsfria före skolstarten och ofta redan i treårsåldern. I skolåldern har 5–10 procent av barnen astma. I denna åldersgrupp beror astman ofta på någon allergi, även om förkylningsvirus fortfarande är en vanlig utlösande faktor. Tack vare bra behandlingar är det få skolbarn med astma som behöver vårdas på sjukhus.

Man har uppskattat att ungefär 20 procent av alla barn har haft eksem under längre eller kortare tid någon gång under förskoleåldern. Eksem är vanligast hos små barn och 80 procent av alla barneksem debuterar före fem års ålder. Allergiska näs- och ögonbesvär kan debutera under förskoleåldern men blir allt vanligare från och med skolstarten. Den vanligaste orsaken är pollen och pälsdjur. Allergiska sjukdomar hos barn i Sverige har successivt blivit vanligare sedan 1950-talet, men det finns tecken på att denna ökning nu har stannat upp. Detta diskuteras vidare i kapitlet om allergi

Infektioner

God hygien och ett omfattande vaccinationsprogram har gjort att det är ovanligt med allvarliga infektionssjukdomar. Mindre allvarliga infektioner som öroninflammation, kräksjuka och förkylning är däremot vanliga, särskilt hos barn under tre år.

Infektioner är den dominerande orsaken till små barns vardagssjuklighet. Barn i åldern ett–två år är i genomsnitt förkylda 50 dagar om året, vilket motsvarar sju–åtta infektionsperioder per år. Därefter sjunker antalet förkylningsdagar ju

äldre de blir, och i fyraårsåldern är sjukdagarna ungefär 25 per år. Av dessa är 20 procent förkylningsdagar då barnet är så sjukt att han eller hon inte orkar med vardagsaktiviteterna [22].

Infektioner sprids lättare bland barn i grupp, och därför är sjukligheten högre bland förskolebarn än bland barn som vistas på heltid i hemmet [23]. Detta gäller dock framför allt barn under tre år. Efter treårsdagen är skillnaderna marginella mellan grupperna när det t.ex. gäller konsumtion av antibiotika eller läkarbesök [24].

Andelen barn i åldern 1–5 år som får sin tillsyn i grupp har ökat successivt sedan 1970-talet. År 2006 var 43 procent av ettåringarna och 92 procent av femåringarna inskrivna i en förskola, och totalt närmare 80 procent av alla barn 1–5 år. Ytterligare 5–6 procent hade kommunal barnomsorg hos en dagmamma [25].

Vaccinationer

Inom det svenska barnvaccinationsprogrammet erbjuds alla barn vaccinering mot åtta sjukdomar: polio, difteri, stelkramp, kikhosta, infektioner orsakade av *Haemophilus influenzae* typ B, mässling, påssjuka och röda hund (MPR). Dessutom erbjuds vaccinering mot tuberkulos och hepatit B till barn med ökad risk för smitta. Vid två års ålder var närmare 99 procent av alla barn födda 2004 vaccinerade mot polio, difteri, stelkramp, kikhosta och *Haemophilus influenzae* typ B. Vaccinationstäckningen för mässling, påssjuka och röda hund var något lägre med 96 procent.

För närvarande arbetar Socialstyrelsen med att utvärdera flera nya vacciner som eventuellt ska introduceras i det allmänna vaccinationsprogrammet. Det handlar bland annat om vacciner mot pneumokocker, vattkoppor och rotavirus.

I november 2008 beslutade Socialstyrelsen att alla flickor i årskurs 5 och 6 ska erbjudas vaccin mot HPV-virus från och med 1 januari 2010 [26].

Spädbarn och föräldrar i samspel

Spädbarn är helt beroende av vuxna för att överleva. Genom samspelet med föräldrarna formas så småningom barnens sätt att hantera och reglera påfrestningar, så kallade ”anknytningsmönster”. 60–70 procent av barnen i Sverige utvecklar ett ”tryggt” anknytningsmönster där barnet använder föräldern som en bas för att utforska omvärlden [27, 28]. I flera studier har man visat att kvaliteten på samspelet mellan föräldrarna och barnet har ett samband med barnets fortsatta psykologiska utveckling. Barn med en ”trygg” anknytning under det första levnadsåret har sedan bättre relationer till sina kamrater och föräldrar under skolåren. De har lättare att förstå andra människors känslor och att kunna reglera sina egna känslor utan att bli övermannade av dem [28, 29]. Nya metoder, som hjälper föräldrar att utveckla en trygg anknytning till sina barn har visat goda resultat [30].

En nationellt representativ undersökning visar att tio procent av alla svenska spädbarnsmödrar är nedstämda under en kortare eller längre period efter förlossningen, varav ungefär hälften visar tecken på depression även under graviditeten [31]. Nedstämda mödrar upplever oftare barnet som besvärligt och har mer negativa känslor för sitt barn. Långtidsuppföljningar visar också att detta kan få bestående negativa konsekvenser för barnets beteende och utveckling [32], och det kan även öka risken för psykisk ohälsa i vuxen ålder [33]. Vården har dock utvecklat evidensbaserade metoder för att identifiera och behandla depressioner hos

spädbarnsmödrar, och de flesta av landets barnvårdscentraler tillämpar i dag dessa metoder [34–36]. Även nyblivna fäder kan bli nedstämda, vilket naturligtvis också påverkar barnen.

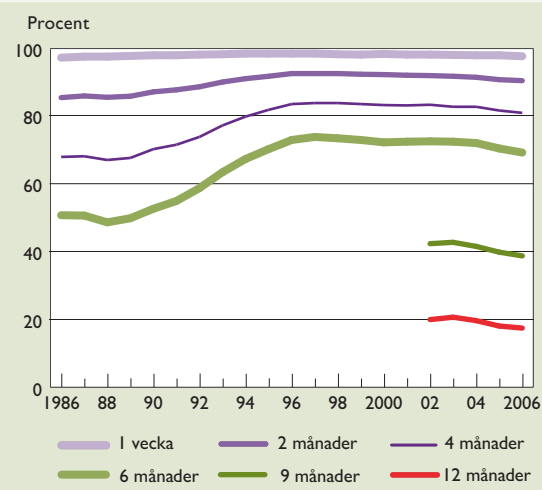
Kvinnor som är deprimerade under graviditeten och tiden efter förlossningen får svårare att ta hand om och knyta an till sina barn. Enligt en svensk studie var sådana depressioner tre gånger vanligare bland lågutbildade mödrar än bland högutbildade [31].

Amning

Amning har många viktiga fördelar för spädbarn jämfört med flaskuppfödning med modersmjölksersättning. Modersmjölken innehåller ämnen som stärker immunförsvaret, men det finns även studier som talar för att ämnesomsättningen påverkas positivt om barnen får bröstmjolk under de första veckorna. I vuxen ålder är risken mindre att drabbas av övervikt, blodfetsrubbningsar, åldersdiabetes och högt blodtryck jämfört med barn som fötts upp med modersmjölksersättning. Effekten är troligen särskilt stor för barn som föds för tidigt [37, 38].

Figur 5. Amning

Andel (procent) helt eller delvis ammade spädbarn efter ålder, per år 1986–2006.



Källa: Amningsstatistik, Socialstyrelsen

I Sverige rekommenderas enbart bröstmjolk under barnets första sex månader, vilket är i enlighet med WHO:s rekommendationer. Hela 70 procent av alla barn ammas också i minst sex månader (figur 5) och 15 procent ammas enbart, dvs. får inte välling eller någon annan kost före sex månaders ålder [39]. Mödrar i hushåll med låga inkomster är överrepresenterade bland dem som inte ammar alls eller endast kortvarigt [40].

Kommersiell modersmjölksersättning introducerades efter andra världskriget, och efter det minskade andelen ammade barn successivt fram till 1970-talet. Därefter ökade andelen helt eller delvis ammade barn fram till andra halvan av 1990-talet och har sedan dess legat på en hög nivå jämfört med andra länder.

Passiv rökning

Barn till mödrar som röker eller snusar påverkas redan i fosterlivet av de giftiga substanserna i tobaken. Rökningen påverkar fostrets tillväxt och ger sämre förutsättningar att klara omställningsprocessen i samband med födelsen. Efter födelsen är det i första hand barnens luftvägar som påverkas av tobaksrök. Barn till rökande mödrar får en sämre lungfunktion och drabbas av fler infektioner i de organ som har nära kontakt med luftvägarna, som öron och lungor [41, 42]. Effekten är särskilt stor upp till två års ålder [37].

De flesta rökande kvinnor slutar röka när de får veta att de är gravida, medan det är färre som slutar längre fram under graviditeten. När barnet är åtta månader har endast ett fåtal av kvinnorna börjat röka igen (tabell 2).

Tabell 2. Rökande mödrar

Andel (procent) rökande mödrar före, under och efter graviditeten 2006.

	Procent
Röker 3 månader före graviditet	17
Röker i graviditetsvecka 8–12	8
Röker i graviditetsvecka 30–32	6
Röker då barnet är 0–4 veckor	6
Röker då barnet är 8 månader	7

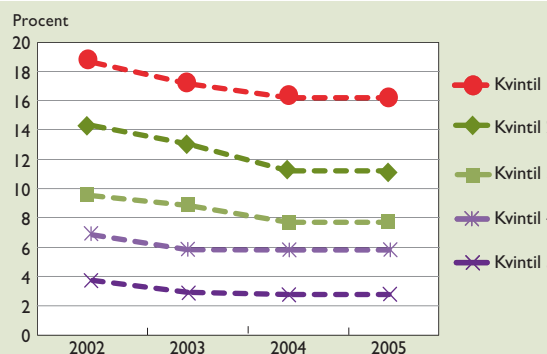
Källa: Tobaksvanor bland gravida och spädbarnsföräldrar 2006, Socialstyrelsen

Andelen kvinnor som röker vid inskrivningen på mödravårdscentralen har minskat ända sedan uppgiften infördes i medicinska födelseregistret år 1983. Sedan 1999 finns även uppgifter om fäders rökning och enligt Socialstyrelsens sammanställningar för år 2006 rökte 7 procent av mödrarna och 11 procent av fäderna när barnen var 8 månader gamla [43]. Det är vanligast att mödrar med låga inkomster röker under graviditeten,

även om andelen rökare har minskat också bland dem (figur 6).

Figur 6. Rökning och graviditet efter moderns inkomst

Andel (procent) rökare bland gravida i olika inkomstkvintiler* vid inskrivning på mödravårdscentral. Moderns inkomst utgörs av hushållets disponibla inkomst per konsumtionsenhet (KE) två år före barnets födelse, perioden 2002–2005. Kvintil 1 innefattar den femtedel av de gravida som har lägst inkomst, kvintil 5 innefattar den femtedel som har högst inkomst.



*Kvintil: intervaller om 20 procent.

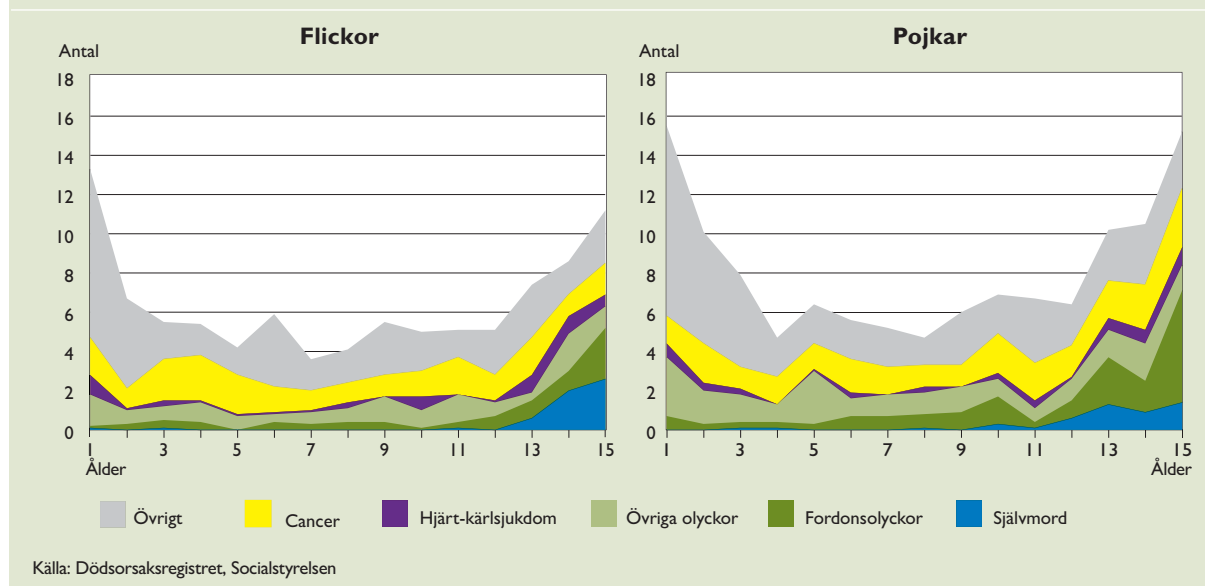
Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen och inkomstregistret, SCB

Dödsorsaker bland barn 1–15 år

Under 1997–2007 dog årligen omkring 100 flickor och 130 pojkar i åldern 1–15 år. Dödligheten är mycket låg efter spädbarnsåret och fram till 12-årsåldern. Därefter stiger dödligheten, främst på grund av att fler dör i olyckor (figur 7). Motorfordonsolyckor och andra olyckor orsakar omkring en fjärdedel av dödsfallen bland flickor och en tredjedel av dödsfallen bland pojkar. Självmod står för 4–5 procent och är något vanligare bland flickor. Omkring 20 procent av dödsfallen orsakas av cancer och 10 procent av missbildningar.

Figur 7. Åldersmönster för dödsorsaker bland barn upp till 15 års ålder

Antal döda efter dödsorsak och ålder. Genomsnitt för åren 2000–06. Flickor och pojkar 1–15 år.



Figur 8 visar att barnadödligheten har sjunkit kraftigt sedan 1950-talet. En viktig förklaring är att färre dör genom olycksfall. Tidigare fanns stora könsskillnader i barnadödlighet, men skillnaden är nu marginell till följd av att färre pojkar dör i olyckor.

Olycksfall

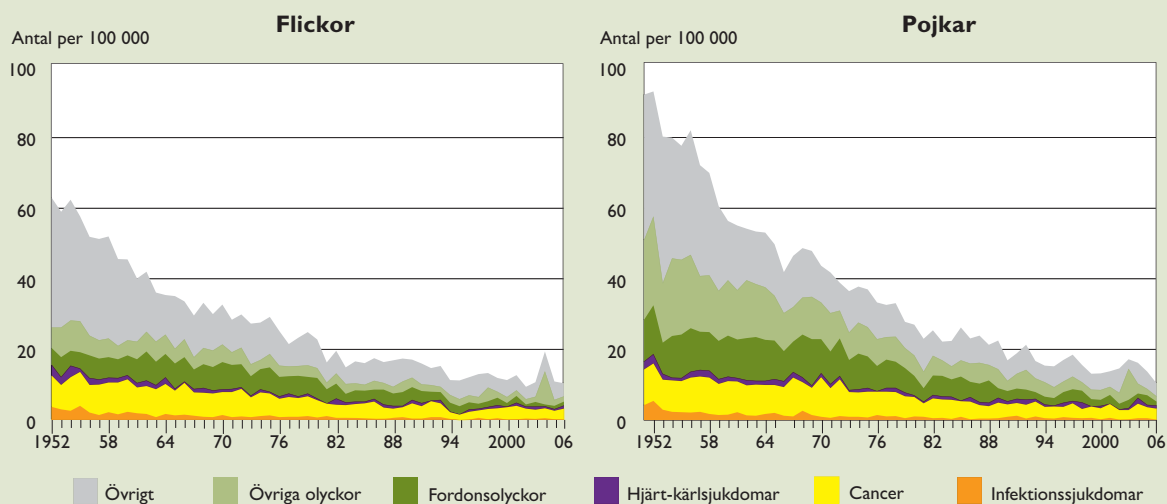
Omkring 10 procent av alla barn uppsöker varje år en akutmottagning på grund av en olycksfallsskada. De platser där barn skadas sig förändras med barnets ålder (figur 9). Små barn skadas oftast i hemmet, medan skolbarnen framför allt skadas sig i samband med sport och idrott samt i skolan.

Under tonåren rör sig barnen friare på cykel och moped, och då ökar risken att skadas i trafiken. Närmare dubbelt så många tonåriga pojkar som flickor besöker en akutmottagning för olycksfall, medan skillnaderna är mindre i yngre åldrar. En tiondel av alla barn som besökt akutmottagningen för en olycksfallsskada läggs in för sjukhusvård. Andelen barn under ett års ålder som vårdas för olycksfall har ökat under 2000-talet medan andelen har minskat något i för äldre barn.

Trafikolyckor och druckningstillbud leder oftare till svåra skador än andra olyckor, och tillsammans står de för mer än hälften av alla olyckor med dödlig utgång hos barn. Dödsfallen hos barn på grund av fordonsolyckor har minskat succes-

Figur 8. Dödlighetsutveckling bland barn efter dödsorsak

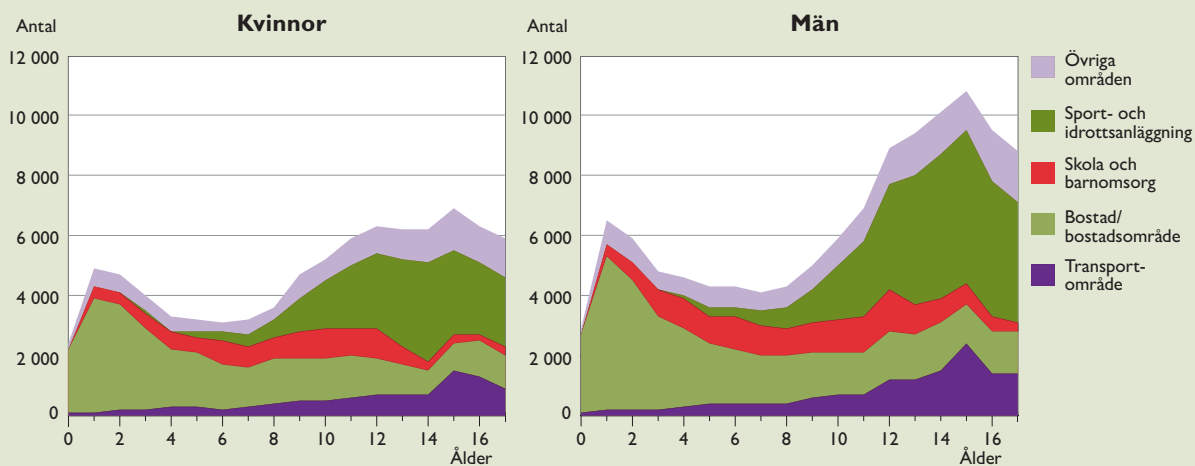
Antal döda per 100 000 efter dödsorsak och år. Flickor respektive pojkar 1–15 år, perioden 1952–2006.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Figur 9. Akutbesök för olycksfall

Beräknat antal som uppsökt vård vid akutmottagning p.g.a. olycksfall, flickor och pojkar 0–17 år. Genomsnitt för perioden 2005–2007.

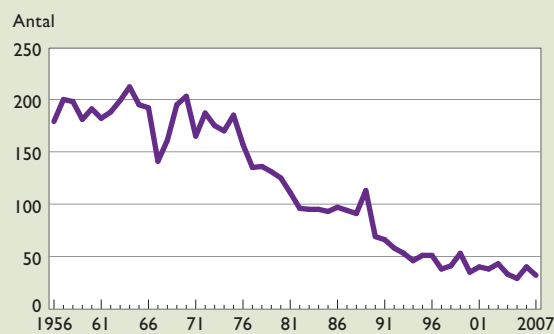


IDB täcker endast 7 % av befolkningen och antalen har räknats upp till nationella tal
Källa: IDB (Injury Data Base) Sverige (tidigare EHLASS), Socialstyrelsen

sivt ända sedan 1950-talet, trots att antalet fordon i trafiken har mångfaldigats under samma period (figur 10). Fordonsolyckorna har minskat för alla slags fordon och för fotgängare, förutom mopedolyckorna som i stället har ökat bland 15-åringar de senaste 10 åren.

Figur 10. Döda i trafikolyckor

Antal personer i åldern 0–17 år dödade i polisrapporterade vägtrafikolyckor, perioden 1956–2007.



Källa: Vägverket

Risken att skadas i ett olycksfall under barn- och ungdomsåren varierar mycket mellan olika regioner och olika sociala grupper i Sverige [44]. Barn som växer upp i glesbygd vårdas oftare på sjukhus på grund av förgiftningar och skållningsskador under småbarnsåren, jämfört med barn som växer upp i tätorter [45]. I glesbygd är det också vanligare att ungdomar skadas i trafiken. Vidare är det vanligare med sjukhusvård på grund av olyckor i hemmet för småbarn som bor i hushåll med unga mödrar och i hushåll som får ekonomiskt bistånd (socialbidrag). Barn och ungdomar som bor i hushåll med låg socioekonomisk status har en högre risk att skadas i trafiken och av våld [44, 46]. Det finns alltså vissa sociala skillnader när det gäller olycksfall som varit så allvarliga att de krävt sjuk-

husvård, och dessa skillnader har i stort sett varit konstanta under hela tidsperioden 1990–2005 [46].

En samhällsekonomisk analys visar att 25 procent av dödsfallen i mopedolyckor och 37 procent av dödsfallen i personbilsolyckor bland barn i åldern 0–15 år skulle kunna undvikas om risken för barn i hushåll med låg socioekonomisk status kunde sänkas till samma nivå som för barn med hög social status [47, 48].

Våld

Svenska föräldrars inställning till kroppslig bestraffning, dvs. aga, har genomgått en genomgripande förändring under de senaste 50 åren. Endast 7 procent av föräldrarna uppgav att de var positiva till aga enligt en nationellt representativ intervjuundersökning från 2006 av föräldrar och skolbarn i årskurs 4, 6 och 9. I en liknande undersökning från 1960 var 50 procent positiva (tabell 3) [49]. Den förändrade attityden har också omformats i handling, och andelen barn som rapporterar att de agats minskade drastiskt under samma period.

Andelen barn som agades ofta minskade mellan år 1980 och 2000 [49], men 2000–2006 ser man ingen ytterligare minskning. Vid bägge undersökningstillfällena rapporterade mellan 1 och 2 procent av skolbarnen att de ofta blivit fysiskt bestraffade under det senaste året. Ett oroande resultat i föräldrantvjuerna var att betydligt fler småbarnsföräldrar år 2006 än år 2000 rapporterade att de ”huggit tag och ruskat om” sitt barn.

Tabell 3. Aga

Andel (procent) föräldrar som är positiva till aga och andel (procent) förskolebarn som blivit agade, enligt tillgängliga undersökningar från 1960-tal till 2000-tal. Uppgifterna om agade barn kom 1960–1980 från föräldrar och därefter retrospektivt från skolelever.

	1960- tal	1970- tal	1980- tal	1990- tal	2000- tal
	Procent				
Föräldrar positiva till aga	55	35	24	15	10
Agade förskolebarn	92	50	25	20	11

Källa: Våld mot barn 2006–2007. En nationell kartläggning. Allmänna Barnhuset [49]

Kroppslig bestraffning var vanligare i familjer med svag ekonomi [49]. Barn med någon långvarig sjukdom, särskilt neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, var också mer utsatta för

kroppsliga bestraffningar liksom barn i familjer där våld förekom mellan föräldrarna.

Barnmisshandel med dödlig utgång är mycket sällsynt i Sverige och har dessutom minskat något under de senaste decennierna. När ett barn dödas av en förälder rör det sig oftast om ett så kallat utvidgat självmord, där en psykiskt sjuk förälder samtidigt tar sitt eget liv [50].

Cancer

Varje år drabbas 200–300 barn i åldern 0–15 år av cancer. Drygt hälften av fallen gäller leukemier (blodcancer) och hjärntumörer. Cancer är ungefär lika vanligt bland pojkar som bland flickor.

Tabell 4. Cancer bland barn

Genomsnittligt antal cancerdiagnoser årligen (2002–2006) respektive genomsnittligt antal avlidna i cancer (2001–2005) för några vanliga cancerformer för flickor och pojkar i åldern 0–15 år. Vissa cancerformers andel (procent) av samtliga cancerdiagnoser respektive av samtliga avlidna i cancer. Antal cancerdiagnoser respektive avlidna i cancer per 100 000 barn i åldern 0–15 år.

	Cancerformer					
	Leukemier		Hjärna och ryggmärg		All cancer	
	Flickor	Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor	Pojkar
Cancerdiagnoser (antal i befolkningen)	36	46	34	34	130	144
Cancerdiagnoser (antal per 100 000)	4	5	4	4	16	16
Cancerdiagnoser (procent av samtliga cancerdiagnoser)	27	32	26	24	100	100
Avlidna i cancer (antal i befolkningen)	8	8	6	9	23	28
Avlidna i cancer (antal per 100 000)	1	1	1	1	3	3
Avlidna i cancer (procent av samtliga avlidna i cancer)	37	29	25	31	100	100

Källa: Cancerregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Under de senaste tre decennierna har överlevnaden ökat kraftigt för många former av barncancer, till exempel för akut lymfatisk leukemi som är den näst vanligaste cancerformen hos barn. I dag överlever mer än 80 procent av alla barn som insjuknar i leukemi. För den vanligaste cancerformen hos barn, hjärntumörer, har dock dödligheten varit oförändrat hög. Detta är en viktig anledning till att cancer fortfarande är en av de vanligaste dödsorsakerna hos barn och ungdomar. 20 procent av dödsfallen i åldrarna 1–15 år beror på cancer (figur 7).

Den förbättrade prognosen för många cancerformer bland barn har medfört att antalet barncanceröverlevare ökat snabbt på senare år. I december 2007 fanns det drygt 6 000 personer i Sverige

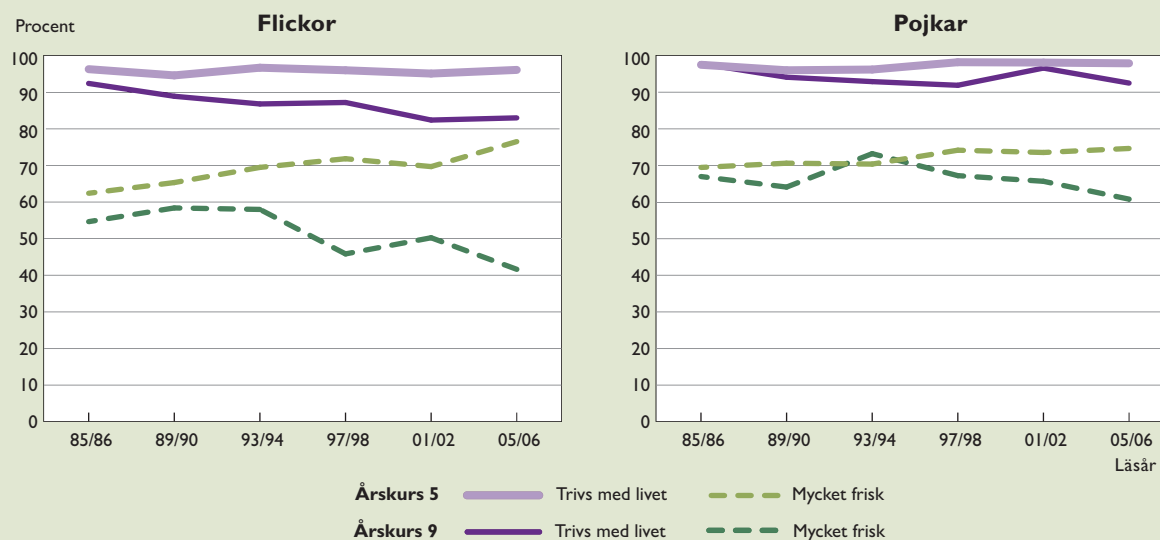
som överlevt i minst fem år efter att de drabbats av barncancer. Cancersjukdomen och behandlingen med cellgifter och strålning ökar dock risken för många olika typer av hälsoproblem senare i livet, som hormonbristtillstånd, andningsproblem och infertilitet. Dessutom finns risken att återinsjukna i cancer [51, 52]. Hjärntumörer leder ofta till bestående hjärnskador som kan medföra svårigheter i skolan och senare i arbetslivet [53, 54].

Psykisk hälsa och välbefinnande

De allra flesta skolbarn i Sverige trivs med livet och känner sig friska (figur 11). Barnen i dagens årskurs 5 mår lika bra som femmorna gjorde för tjugo år sedan, eller till och med något bättre.

Figur 11. Trivas med livet och vara frisk

Andel (procent) flickor och pojkar i årskurserna 5 och 9 som uppgett att de trivs i stort sett ganska eller mycket bra med livet respektive är mycket friska. Vissa läsår 1985/86 till 2005/06.



Källa: Skolbarns hälsovanor, Statens folkhälsoinstitut

Undersökningen av skolbarns hälsovanor visar också att elever i årskurs 5 mår bättre än elever i årskurs 9, och utvecklingen har inte varit lika gynnsam bland de äldre barnen [55]. Ända sedan 1990-talets början har andelen som känner sig mycket friska minskat bland eleverna i årskurs 9. Särskilt tydligt är det för flickorna i årskurs 9, och bland dem minskar dessutom andelen som säger sig trivas med livet.

Andelen skolbarn som rapporterade att de känt sig nere, haft svårt att somna, känt sig nervösa eller haft huvudvärk ökade bland både flickor och pojkar fram till slutet av 1990-talet och början av 2000-talet (figur 12) [55]. Andelen med sådana besvär ökade inte längre under 2000-talet, utom för flickor i årskurs 9. Var tredje flicka i årskurs 9 hade under det senaste halvåret känt sig nere mer än en gång i veckan, enligt uppgifter för åren 2005 och 2006. Nästan lika många hade haft huvudvärk och svårt att somna medan en femtedel hade känt sig nervösa och haft ont i ryggen.

Enligt Skolverkets undersökningar är allt fler elever positivt engagerade i skolarbetet [56]. I 2006 års undersökning ”Attityder till skolan” uppgav 87 procent av flickorna och 78 procent av pojkarna i årskurs 4–6 att de bryr sig mycket eller ganska mycket om skolarbetet. Engagemanget bland äldre elever var i stort sett lika utbrett.

I undersökningen Skolbarns hälsovanor ökade andelen flickor i årskurs 9 som uppgav att de blir stressade av skolarbetet, från 50 till nästan 70 procent under perioden 1997/98 till 2005/06 (figur 13). Bland eleverna i årskurs 5 uppgav ungefär 10 procent av både flickorna och pojkarna att de upplevde skolarbetet som stressande [55].

Stress är alltså ett större problem bland äldre än bland yngre elever, men Skolverkets undersökning visar att arbetsron är ett större problem för

de yngre. I årskurs 4–6 tyckte bara 30 procent att de alltid eller nästan alltid fick arbetsro på lektionerna. Bland eleverna i årskurs 7–9 var motsvarande andel 65 procent.

Samtidigt visar Skolverkets undersökningar att barnen trivs allt bättre i skolan. Åtta av tio elever uppgav att de trivdes bra med skolarbetet, vilket var en ökning sedan 2003 med nästan 10 procentenheter. 86 procent av eleverna rapporterade också 2006 att de blir bemötta med respekt på sin skola, vilket är en ökning från 70 procent år 2000.

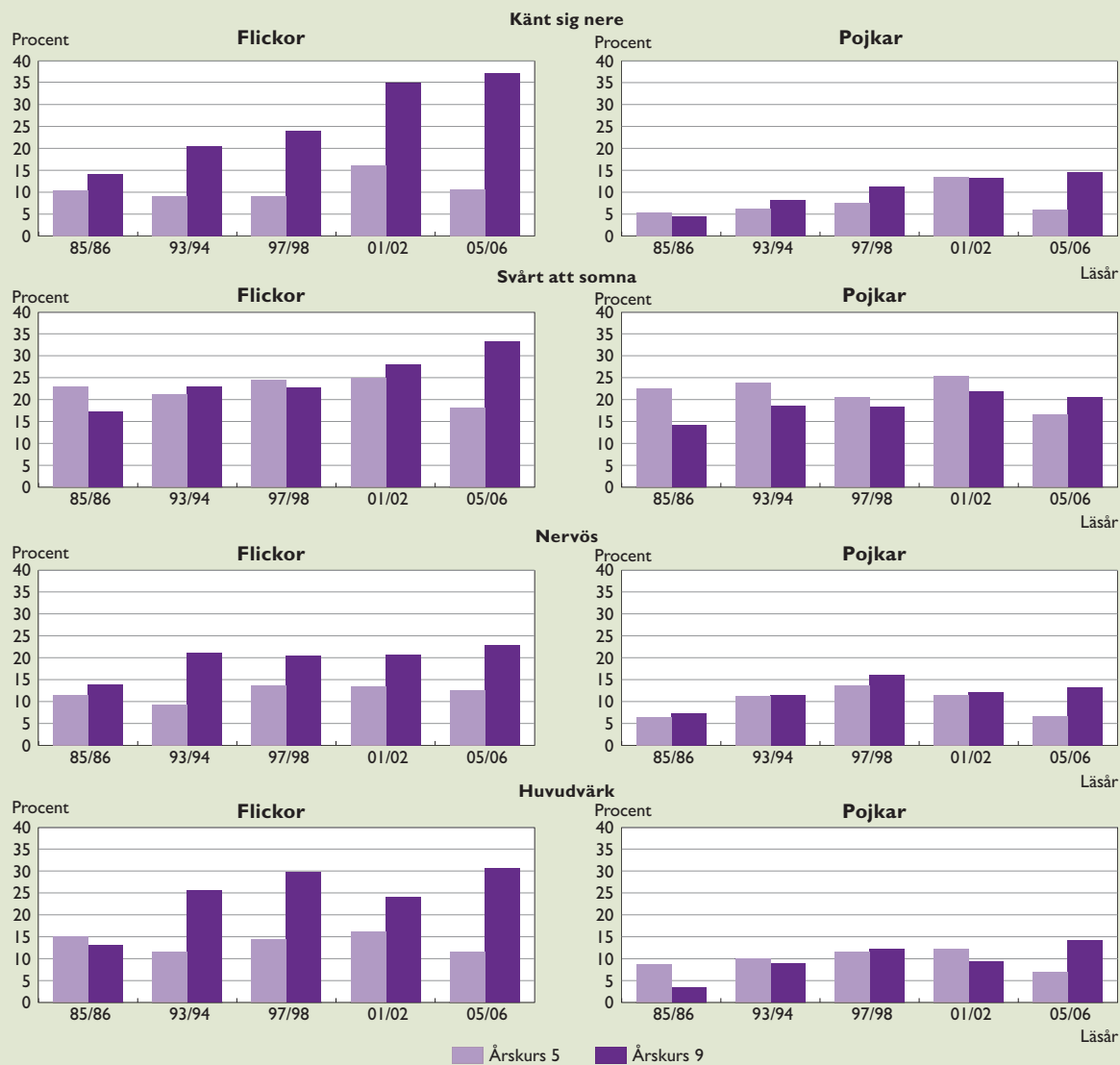
I Skolverkets undersökning år 2006 angav fler elever än tidigare, åtta av tio, att man på deras skola arbetar aktivt för att förebygga mobbning och kränkande behandling. Trots detta minskar inte andelen elever som rapporterar att de känner sig mobbade, utan det är liksom tidigare 3 procent av eleverna i årskurs 7–9 och 4 procent i årskurs 4–6 som rapporterar att de känner sig mobbade av andra elever minst en gång i veckan.

Kroppsliga och psykologiska symtom är vanligare hos skolbarn som mobbas, enligt en studie baserad på ULF-undersökningarna [57]. Bland dem som utsattes för någon form av mobbning minst en gång i veckan led nästan tre gånger så många av magont och huvudvärk, och nedstämdhet var åtta gånger vanligare än bland de elever som sällan eller aldrig mobbades. Elever som ansåg sig vara orättvist behandlade av lärare eller kände sig stressade hade oftare besvär med huvudvärk och magont samt var oftare nedstämda eller irriterade, även om det inte var lika vanligt som bland mobbade elever.

Barn från ekonomiskt svaga familjer känner sig oftare otrygga i bostadsområdet och i skolan, bland annat på grund av rädsla för våld och hot [3]. Dessa barn deltar mer sällan i organiserade

Figur 12. Olika besvär

Andel (procent) flickor och pojkar i årskurserna 5 och 9 som uppgett att de haft olika besvär mer än en gång i veckan. Vissa läsår 1985/86 till 2005/06.

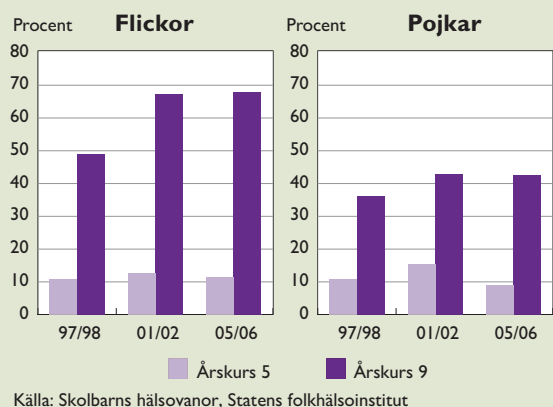


Frågan har omformulerats något i de olika frågeomgångarna. År 1985 löd frågan: Hur ofta har du följande besvär? Från år 1993 och framåt löd frågan: Hur ofta har du under de senaste 6 månaderna haft följande besvär? Svartsalternativen har varit desamma.

Källa: Skolbarns hälsovanor, Statens folkhälsoinstitut

Figur 13. Stressad av skolarbete

Andel (procent) flickor och pojkar i årskurserna 5 och 9 som uppgett att känner sig ganska eller mycket stressade av skolarbetet. Vissa läsår 1997/98 till 2005/07.



fritidsaktiviteter, tillbringar mindre tid i fritidshus, reser mindre och har också färre kamrater.

Koncentrations- och uppmärksamhetssvårigheter

Adhd (attention deficit hyperactivity disorder) är en beteckning som allt oftare används för uttalade uppmärksamhetsproblem, överaktivitet och svårkontrollerad impulsivitet. Svenska studier uppskattar att 3–5 procent av barnen i skolåldern uppfyller alla kriterier för adhd, och att ytterligare lika många har mildare adhd-liknande symtom [58]. Olika befolkningsstudier har visat att adhd är 3–6 gånger så vanligt hos pojkar som hos flickor [59].

Andelen svenska skolbarn som behandlades med adhd-läkemedel ökade sex gånger mellan 2001 och 2007. Detta beror huvudsakligen på att behandlingen har förändrats. Mest adhd-läkemedel förskrivs till pojkar i åldern 11–15 år, där 1,5

procent av pojkarna och 0,4 procent av flickorna behandlades med sådana läkemedel under 2006 [60].

Tvillingstudier visar att det finns en stark ärftlig komponent i uppkomsten av adhd [58], men miljöfaktorer spelar troligen också en viss roll [60]. Enligt en svensk studie var det dubbelt så vanligt att skolbarn vars föräldrar enbart har grundskole- eller gymnasieutbildning behandlades med adhd-läkemedel jämfört med barn till föräldrar med universitetsutbildning. Det var också något vanligare att barn till ensamstående föräldrar fick sådana läkemedel jämfört med barn till sammanboende föräldrar [60].

Det är dock betydligt färre barn som har Aspergers syndrom, som innebär svårigheter med det sociala samspelet, eller autism, som innebär svårigheter med språk och socialt samspel. Tourettes syndrom karaktäriseras främst av tics, dvs. återkommande reflexliknande rörelser och läten. Sammantaget drabbas uppskattningsvis 1 procent av barnen av någon av dessa s.k. neuropsykiatriska diagnoser.

Funktionsnedsättningar

Cerebral pares, cp, är den vanligaste orsaken till rörelsehinder hos barn och ungdomar, och omkring 200 barn drabbas årligen [61]. Skadan kan inträffa under graviditeten, under förlossningen eller under barnets första två år. Vanligast är att cp-skadan uppstår under slutet av graviditeten. Orsaken kan vara missbildningar, infektioner eller störningar i hjärnans blodcirkulation. Cp är vanligare bland barn som är för tidigt födda. Symtomen kan variera från en knappt märkbar hälsa till att barnet inte kan styra flertalet muskler i kroppen.

Hjälpmiddelsinstitutet har sedan år 2000 publicerat uppgifter om antalet barn och ungdomar i åldrarna 2–17 år som har någon funktionsnedsättning. De uppskattar att de vanligaste funktionsnedsättningarna bland barn och ungdomar är förståndshandikapp (cirka 8 000), hörselskada (8 800), rörelsehinder (7 000) och synskada som innebär nedsatt funktion trots korrigerig (2 200 stycken) [62].

I oktober 2007 hade nära 5 000 funktionsnedsatta barn 0–12 år kommunal hjälp och stöd genom lagen om stöd och service. Det vanligaste stödet var en kortare tids vistelse i ett korttidshem eller hos en stödfamilj, det näst vanligaste var korttidstillsyn och därefter ledsagarservice [63].

Att växa upp med en eller två föräldrar

Hushåll med ensamstående föräldrar hade den sämsta ekonomiska utvecklingen av alla barnfamiljer under 1990-talet [3]. Barn i enförälderhushåll hade högre risk för psykisk sjukdom, självmord eller självmordsförsök, skador och missbruk, enligt registerbaserade studier av nära en miljon barn under 1990-talet [64, 65]. Dessa barn hade också en lägre utbildningsnivå vid 24–25 års ålder. Skillnaderna mellan barn till ensamstående och barn till sammanboende föräldrar fanns även när man tog hänsyn till missbruk, psykisk sjuklighet, ålder och socioekonomisk situation.

Tabell 5. Överrisker för sjukhusvård för barn till ensamstående

Relativ risk för psykiatrisk sjukdom, självmordsförsök m.m. för flickor och pojkar (5–12 år 1990) som vuxit upp med ensamstående föräldrar på 1990-talet.

Orsak till vård	Flickor	Pojkar
	Relativ risk	
Psykiatrisk sjukdom	2,1	2,5
Självmordsförsök	2,0	2,3
Trafikolyckor	1,1	1,1
Yttre våld	2,0	1,6
Fall och förgiftningar	1,2	1,1
Alkoholrelaterad diagnos	2,4	2,2
Narkotikarelaterad diagnos	3,2	4,0

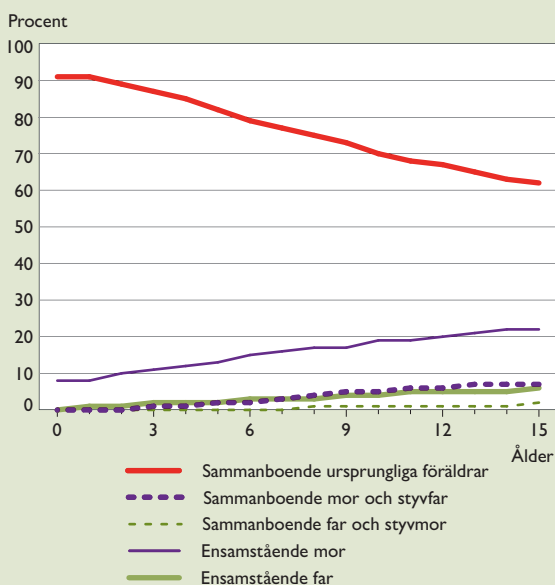
Källa: Ringbäck Weitoft Gunilla. Lone parenting, socioeconomic conditions and severe ill health, Umeå 2003 [65]

Det är dock relativt ovanligt att barn och ungdomar vårdas på sjukhus. När det gäller förekomsten av lättare psykiska besvär som nedstämdhet, magsmärtor och nervositet är skillnaden betydligt mindre mellan barn till ensamstående och barn till sammanboende föräldrar [66].

År 2006 bodde tre av fyra barn med båda sina ursprungliga föräldrar. Under de första levnadsåren bor omkring 90 procent med båda sina föräldrar och vid 15 års ålder är andelen drygt 60 procent (figur 14). Nästan 30 procent av alla 15-åringar bor med en ensamstående förälder, och knappt 10 procent bor i så kallade ombildade familjer, det vill säga med den ena föräldern och en styvförälder, oftast mamman och en styvpappa. 20 procent av barn till föräldrar som inte bor tillsammans har växelvis boende och ytterligare 10 procent bor delar av tiden hos vardera föräldern även om det inte är ett renodlat växelboende.

Figur 14. Barnens familjer

Andel (procent) barn i olika åldrar (0–15 år) med ensamstående mor eller far respektive sammanboende ursprungliga föräldrar eller styvföräldrar år 2007.



Källa: Registret över totalbefolkningen, SCB

Livsstil

Matvanor och motion

Dagens barn äter mindre godis och dricker mindre läsk än i början av 2000-talet samtidigt som de äter mer frukt och grönsaker, se även kapitlet Matvanor och fysisk aktivitet. Flickor äter mer frukt och grönsaker än pojkar, och barn i mellanstadiet äter mer än barn på högstadiet. De allra flesta 11-åringar äter frukost varje vardag (85 procent) men andelen är lägre bland 15-åringar (60 procent bland flickor och 70 procent bland pojkar). Drygt var femte flicka och var sjätte pojke i

åldern 13–15 år hoppar över skollunchen minst en gång i veckan.

Andelen barn som säger att de ”tränar nästan inte alls” har minskat i årskurs 5, i synnerhet bland flickor (figur 15)[55]. I årskurs 9 har det däremot blivit vanligare att inte träna alls, särskilt bland flickor. Bland barnen som kommer från familjer med dålig ekonomi är det fler som bantar, sällan tränar, inte äter frukost, är överviktiga och börjar röka tidigt, jämfört med barn från familjer med bättre ekonomiska livsvillkor [48].

Övervikt och fetma

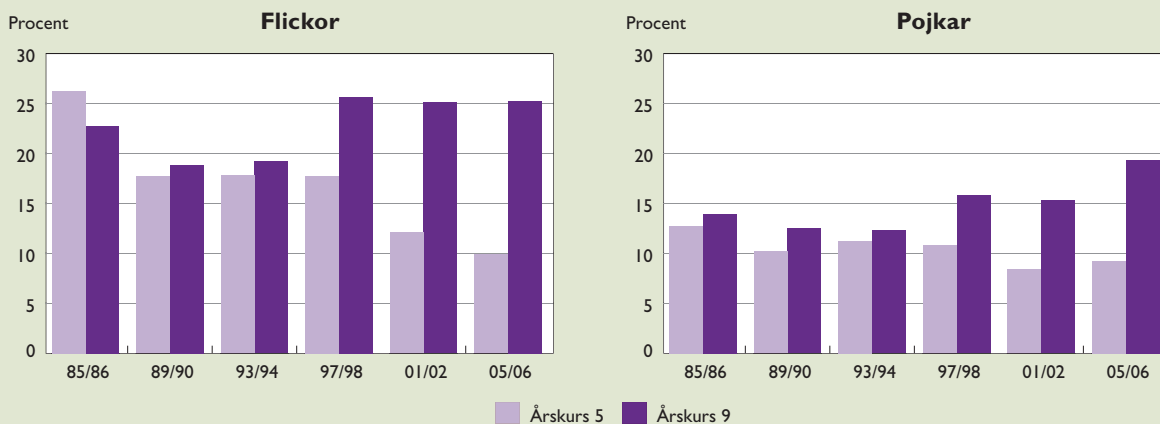
Studier från olika regioner i Sverige visar att 15–20 procent av barnen är överviktiga och att 3–5 procent är feta. Övervikt är vanligare på landsbygden [67] och bland socioekonomiskt eftersatta grupper [68].

Flera oberoende studier i olika delar av landet har visat att andelen överviktiga barn har fördubblats under de senaste två decennierna, och att andelen feta barn blivit fyra till fem gånger så stor [69, 70]. Under 2008 har det dock kommit rapporter om att ökningen av andelen barn med fetma har stannat upp, och att andelen kanske till och med har börjat minska [71]. Statens folkhälsoinstitut rapporterar att andelen 10-åringar med fetma har minskat något under perioden 2003/2004 till 2005/2006, i de fyra kommuner där man återkommande mäter skolbarnens vikt och längd [72].

Fetma påverkar hälsan och livskvaliteten negativt. Barn med fetma har en ökad risk att med tiden utveckla ortopediska problem och hjärt- och kärlsjukdomar samt att dö i förtid [73]. Det har ofta antagits att barn med fetma också löper högre risk att utveckla psykisk ohälsa än andra barn, men här är den vetenskapliga litteraturen inte helt entydig.

Figur 15. Tränar nästan inte alla

Andel (procent) flickor och pojkar i årskurserna 5 och 9 som uppgett att de tränar utanför skoltid mindre än en gång per månad. Vissa läsår 1985/86 till 2005/07.



Källa: Skolbarns hälsovanor, Statens Folkhälsoinstitut

Barn med övervikt växer ofta upp till överviktiga ungdomar och vuxna: Cirka 80 procent av de barn som var överviktiga i 6–7-årsåldern är fortfarande överviktiga i de sena tonåren [74]. Det finns många behandlingsmetoder som ger goda resultat på kort sikt, men få kan redovisa betydande effekter av behandlingen som kvarstår mer än några år [75]. Barnfetma är också svårt att behandla, och därför är det därför angeläget att satsa på förebyggande åtgärder för att förhindra att barn utvecklar fetma. För att bromsa utvecklingen försöker flera skolor stimulera barnen till fysisk aktivitet och ge dem goda matvanor. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har gjort en systematisk genomgång av sådana program och drar slutsatsen att det går att förebygga fetma bland barn genom begränsade skolbaserade program.

Livsmedelsverket och Statens folkhälsoinstitut har nyligen formulerat en nationell handlingsplan

för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet i den svenska befolkningen. Det finns dock inget tillfredsställande hälsodataunderlag som gör att man kan göra nationella uppföljningar av denna och andra förebyggande insatser mot övervikt hos barn. Socialstyrelsen har därför fått regeringens uppdrag att skapa ett nationellt hälsodataregister med barns vikt- och längduppgifter, med data från barnavårdscentraler och skolhälsovården.

Många barn är missnöjda med sin kroppsvikt och andelen ökar med åldern. Närmare tre av fyra 11-åringar tycker att de väger lagom mycket, men bland 15-åriga flickor tycker nästan hälften att de är för tjocka och omkring 10 procent att de är för magra. Bland pojkar är det nästan lika vanligt att tycka att man är för smal som för tjock, med omkring 20 procent vardera.

Könsskillnader

Redan i fosterlivet finns det skillnader mellan flickors och pojkars hälsa. Det är vanligare att pojkar föds med missbildningar som leder till att de dör i spädbarns ålder. Ryggmärgsbräck är däremot vanligare hos flickor.

Pojkar har svårare än flickor att klara omställningsprocessen under tiden som nyfödda och det är fler som dör under förlossningen och under den första levnadsmånaden [76]. Det finns också skillnader i lungfunktion mellan nyfödda pojkar och flickor, vilket sannolikt bidrar till att pojkarna har högre dödlighet under den första levnadsmånaden och även till att pojkar har 30 procent högre risk att dö i plötslig spädbarnsdöd [77]. Det är vanligare att flickor som föds mycket för tidigt överlever än att pojkar gör det, och de för tidigt födda flickorna har bättre kognitiva förmågor vid uppföljningar i 5–6-årsåldern [78]. Cp-skador är också 30–40 procent vanligare hos pojkar [79].

Vidare är det något vanligare att pojkar vårdas på sjukhus för luftvägsinfektioner, men också för livshotande infektioner som blodförgiftning och hjärnhinneinflammation. Anledningen är sannolikt att pojkars immunförsvar fungerar sämre än flickors, eller i alla fall annorlunda [42].

I tonåren är dödsfall till följd av skador och förgiftningar vanligare bland pojkar. Könsskillnaden är dock mycket mindre nu än förr eftersom dödsfall till följd av olyckor har minskat kraftigt. Dödligheten i sjukdomar, t.ex. cancer, har också minskat med åren men där är flickor och pojkar lika utsatta.

Det finns även könsskillnader i olika indikatorer för självskattad hälsa, som att känna sig frisk, trivas med livet, vara stressad av skolarbetet, känna sig nere och känna sig nervös. För den

självskattade hälsan utmärker sig flickor i nian med sämre värden än pojkar i samma ålder och dessutom sämre värden än yngre barn. De har också svårare att somna och har oftare värk av olika slag. Det är dock främst pojkar som har problem med koncentration och uppmärksamhet.

Flickor äter mer frukt och grönsaker än pojkar, men de hoppar oftare över frukost och lunch. När det gäller motion rör sig äldre barn mindre än yngre, men i det avseendet finns det ingen större skillnad mellan flickor och pojkar.

Internationell utblick

Sverige har den näst lägsta spädbarnsdödligheten i världen med 2,8 av 1 000 barn år 2006. Det är bara i Singapore som dödligheten är lägre under det första levnadsåret. Japan, Island, Norge och Finland har dock nästan lika låga nivåer som Sverige och Singapore.

Barn i Sverige har en god fysisk hälsa i ett europeiskt perspektiv. När UNICEF 2006 jämförde hälsa och välbefinnande hos barn i åldern 0–14 år rankades Sverige på första plats bland länderna i den rika delen av världen när det gäller den fysiska hälsan. UNICEF pekade dock på den jämförelsevis höga andelen av svenska barn som växer upp med ensamstående föräldrar och upplever skilsmässor under barndomen, och därför hamnade Sverige på andra plats i den totala rankingen, efter Nederländerna [80].

I en nyligen genomförd inventering av barnsäkerhetsarbetet i Europa, Eurosafe, lyfts Sverige fram som det ledande landet i västvärlden. Man pekar dock på vissa svagheter, såsom att det saknas en stark nationell aktör som kan samordna det nationella barnsäkerhetsarbetet [81]. Sverige och Norge står också i särklass när det gäller amning

i den rikare delen av Europa. Det visade sig också att amningstidens längd har ett starkt samband med föräldraförsäkringen i respektive land – en generös föräldraförsäkring innebär alltså bättre förutsättningar för amning [82].

Under 2005–2006 genomfördes den senaste WHO-undersökningen av hälsovanor hos skolbarn i åldern 11, 13 och 15 år, i 41 länder i Europa och Nordamerika [83]. Även här beskrivs situationen i Sverige som gynnsam på många punkter. Svenska skolbarn ligger bland de allra bästa länderna när det gäller tandhygien samt nikotin-, alkohol- och narkotikabruk. De svenska skolbarnen rapporterar också oftare att de har goda relationer till sina föräldrar och kamrater än skolbarn från de flesta andra länder. När det gäller övervikt ligger Sverige förhållandevis bra till i jämförelse med andra europeiska länder. Svenska skolbarn rapporterade en låg konsumtion av läskedrycker jämfört med andra länder, men också en förhållandevis låg andel barn som är fysiskt aktiva, vilket är ett orostecken.

Självrapporterade besvär är vanligare bland 15-åringarna i Sverige än i de flesta andra europeiska länder, och det är också vanligt att inte trivas särskilt bra i skolan samt att känna sig pressad av skolarbetet. Ett positivt tecken i denna undersökning är dock att en liten andel rapporterar att de varit utsatta för mobbning, vilket gäller svenska barn i alla åldrar [84].

Referenser

1. Irwin LG, Siddiqi A, Hertzman C. *Early Childhood Development: A Powerful equalizer*. World Health Organization's Commission on Social Determinants of Health, 2007. Final Report.
2. Shonkoff JP, Phillips DA, red. *From neurons to neighbourhood – the science of early childhood development*. Washington: National Academy Press; 2000.
3. Socialdepartementet. Ekonomiskt utsatta barn. Stockholm: 2004. Ds 2004:41.
4. Cnattingius S, Haglund B. Decreasing smoking prevalence during pregnancy in Sweden: the effect on small-for-gestational-age births. *Am J Public Health*. 1997 Mar;87(3):410–3.
5. Borders AE, Grobman WA, Amsden LB, Holl JL. Chronic stress and low birth weight neonates in a low-income population of women. *Obstet Gynecol*. 2007 Feb;109(2 Pt 1):331–8.
6. Barker DJ. Fetal origins of coronary heart disease. *Bmj*. 1995 Jul 15;311(6998):171–4.
7. Hack M, Costello DW. Decrease in frequency of cerebral palsy in preterm infants. *Lancet*. 2007 Jan 6;369(9555):7–8.
8. Hack M, Merkatz IR. Preterm delivery and low birth weight--a dire legacy. *N Engl J Med*. 1995 Dec 28;333(26):1772–4.
9. Lindström K, Lindblad F, Hjern A. Preterm birth and psychiatric disorders in young adults: a Swedish national cohort study. *Pediatrics*. 2008;in press.
10. Lindström K, Winbladh B, Haglund B, Hjern A. Preterm infants as young adults: a Swedish national cohort study. *Pediatrics*. 2007 Jul;120(1):70–7.
11. Ekeus C, Hjern A. Twins have better school performances than singletons despite cognitive deficits. *insänd för publicering*. 2008.

12. Socialstyrelsen. *Assisterad befruktning 2004*. Stockholm: 2007. Statistik: Hälsa och sjukdomar 2007:3.
13. Christensen K, Petersen I, Skytthe A, Herskind AM, McGue M, Bingley P. Comparison of academic performance of twins and singletons in adolescence: follow-up study. *BMJ*. 2006 Nov 25;333(7578):1095.
14. Sutcliffe AG, Ludwig M. Outcome of assisted reproduction. *Lancet*. 2007 Jul 28;370(9584):351–9.
15. Baird PA, Sadovnick AD. Life expectancy in Down syndrome. Prune belly anomaly in Down syndrome. *J Pediatr*. 1987;110(6):849–54.
16. Frid C, Bjorkhem G, Jonzon A, Sunnegardh J, Anneren G, Lundell B. Long-term survival in children with atrioventricular septal defect and common atrioventricular valvar orifice in Sweden. *Cardiol Young*. 2004 Feb;14(1):24–31.
17. Socialstyrelsen. *Miljöhälsorapport 2005*. Stockholm: Socialstyrelsen; Institutet för Miljömedicin; Stockholms läns landsting, Centrum för folkhälsa, Arbets- och miljömedicin, 2005. Tematisk översikt och analys.
18. SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering. *Nytan av att berika mjöl med folsyra i syfte att minska risken för neuralrörsdefekter. En systematisk litteraturoversikt*. Stockholm: 2007. SBU rapport nr. 183.
19. Zammit S, Allebeck P, Dalman C, Lundberg I, Hemmingson T, Owen MJ, et al. Paternal age and risk for schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 2003 Nov;183:405–8.
20. McIntosh GC, Olshan AF, Baird PA. Paternal age and the risk of birth defects in offspring. *Epidemiology*. 1995 May;6(3):282–8.
21. Ekeus C. *Teenage parenthood. Parental characteristics* [Doktorsavhandling]. Stockholm: Karolinska Institutet, Department of Public Health; 2004.
22. Uldall P. *Spæd- og småbørns almindelige sygelighed forekomst og sociale konsekvenser*. København: FADL's Forlag; 1986.
23. Socialstyrelsen. *Smitta i förskolan*. Kunskapsöversikt. Stockholm: Socialstyrelsen, 2001.
24. Hjern A, Haglund B, Rasmussen F, Rosén M. Socio-economic differences in daycare arrangements and use of medical care and antibiotics in Swedish preschool children. *Acta Paediatr*. 2000 Oct;89(10):1250–6.
25. Skolverket. *Uppföljning av reformen maxtaxa, allmän förskola mm*. Skolverket, 2006. Rapport 278.
26. Socialstyrelsen. *Rekommendationer för vaccination mot humant papillomvirus (HPV) 2008*.
27. Broberg A. Anknypningsteori. I: Broberg A, Almqvist K, Tjus T, red. *Klinisk barnpsykologi; Utveckling på avvägar*. Stockholm: Natur och kultur; 2003. s. 106–26.
28. Bohlin G, Hagekull B, Rydell A-M. Attachment and social functioning: A longitudinal study from infancy to middle childhood. *Social Development*. 2000;9:24–39.
29. Thompson T. The legacy of early attachments. *Child Development*. 2000;71:145–52.
30. Rubertsson C, Wickberg B, Gustavsson P, Rådestad I. Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample. *Arch Womens Ment Health*. 2005 Jun;8(2):97–104.
31. Murray D, Cooper P. Postpartum depression and child development. *Psychological Medicine*. 1997;27(253–60).
32. Sroufe LA. Attachment and development: a prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attach Hum Dev*. 2005 Dec;7(4):349–67.
33. Broberg A. A review of interventions in the parent-child relationship informed by attachment theory. *Acta Paediatrica*. 2000;434:37–42.

34. Wickberg B, Hwang B. *Post-partum depression – nedstämdhet och depression i samband med barnafödande*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2003.
35. Massoudi P, Wickberg B, Hwang P. Screening for postnatal depression in Swedish child health care. *Acta Paediatr*. 2007 Jun;96(6):897–901.
36. Singhal A, Lucas A. Early origins of cardiovascular disease: is there a unifying. *Lancet*. 2004 May 15;363(9421):1642–5.
37. Persson L-Å. *Immunobiology of Human Milk: How Breastfeeding protects babies*. Amarillo: Pharmasoft; 2004.
38. Socialstyrelsen. *Amning av barn födda 2005*. Statistik: Hälsa och sjukdom. Stockholm: 2007. 2007:12.
39. Wallby T, Hjern A. Breastfeeding in ethnic and socio-economic context. *Acta Paediatrica*. 2008;97:1542–5.
40. DiFranza JR, Lew RA. Morbidity and mortality in children associated with the use of tobacco products by other people. *Pediatrics*. 1996;97(4):560–8.
41. Hjern A, Haglund B, Bremberg S. Lower respiratory tract infections in social and ethnic context. *Pediatric Perinatal Epidemiol*. 2000;14:53–60.
42. Socialstyrelsen. *Tobaksvanor bland gravida och spädbarnsföräldrar 2005*. Statistik: Hälsa och sjukdom. Stockholm: 2007. 2007:125–11.
43. SOU. *Sociala skillnader i skaderisker: En rapport om den socioekonomiska fördelningen av skador bland barn och ungdomar i Sverige*. . Stockholm: 2002. SOU 2002:68.
44. Hjern A, Ringbäck-Weitof G, Andersson R. Socio-demographic risk factors for home-type injuries in Swedish infants and toddlers. *Acta Paediatr*. 2001 Jan;90(1):61–8.
45. Räddningsverket; NCO – Nationellt centrum för lärande från olyckor. *Sociala bakgrundsfaktorer hos skadade barn och ungdomar*. Karlstad: 2008. NCO 2007:13.
46. Hasselberg M, Laflamme L, Ringbäck-Weitof G. Socioeconomic differences in road traffic injuries during childhood and youth: a closer look at different kinds of road user. *J Epidemiol Community Health*. 2001 Dec;55(12):858–62.
47. Socialstyrelsen. *Folkhälso rapport 2005*. Stockholm: 2005.
48. Allmänna Barnhuset. *VÅLD MOT BARN 2006 – 2007. En nationell kartläggning*. Stockholm: Allmänna Barnhuset, 2007.
49. Janson S, Moniruzzaman S, Hjern A. Kan barnamord förebyggas. *Läkartidningen*. 2007;104(10):776–81.
50. Möller T, Garwicz S, Barlow L, Winther J, Glatte E, Olofsdotir G, et al. Decreasing late mortality among five year survivors of cancer in childhood and adolescence: A population-based study in the Nordic countries. *Journal of Clinical Oncology*. 2001;19:3173–81.
51. Oeffinger KC, Buchanan GR, Eshelman DA, Denke MA, Andrews TC, Germak JA, et al. Cardiovascular risk factors in young adult survivors of childhood acute lymphoblastic leukemia. *J Pediatr Hematol Oncol*. 2001 Oct;23(7):424–30.
52. Hudson MM, Mertens AC, Yasui Y, Hobbie W, Chen H, Gurney JG, et al. Health status of adult long-term survivors of childhood cancer: a report from the Childhood Cancer Survivor Study. *Jama*. 2003 Sep 24;290(12):1583–92.
53. Hjern A, Lindblad F, Boman KK. Disability in adult survivors of childhood cancer: a Swedish national cohort study. *J Clin Oncol*. 2007 Nov 20;25(33):5262–6.
54. Danielson M. *Svenska skolbarns hälsovanor 2005/2006* Statens Folkhälsoinstitut, 2006.

55. Skolverket. *Attityder till skolan 2003*. Stockholm: Skolverket, 2007. Rapport 243.
56. Hjern A, Alfven G, Östberg V. School stressors, psychological complaints and psychosomatic pain. *Acta Paediatr*. 2008 Jan;97(1):112–7.
57. Socialdepartementet. *Ekonomiskt utsatta barn*. Stockholm: 2004. Ds 2004:41.
58. Socialstyrelsen. *ADHD hos barn och vuxna*. Stockholm: 2002. Kunskapsöversikt.
59. Gaub M, Carlson CL. Gender differences in ADHD: a meta-analysis and critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997 Aug;36(8):1036–45.
60. Hjern A, Ringbäck-Weitof G, Lindblad F. Social adversity predicts medicated ADHD - a national cohort study. *submitted*. 2008.
61. Himmelmann K, Hagberg G, Beckung E, Hagberg B, Uvebrant P. The changing panorama of cerebral palsy in Sweden. IX. Prevalence and origin in the birth-year period 1995–1998. *Acta Paediatr* 2005;287–94.
62. Hjälpmedelsinstitutet. *Så många barn ...har någon långvarig sjukdom eller något funktionshinder*. 2002. Statstiksammansättning januari 2002.
63. Socialstyrelsen. *Personer med funktionsnedsättning/funktionshinder – insatser enligt LSS år 2007*. Statistik Socialtjänst. Stockholm: 2008.
64. Weitof-Ringbäck G, Hjern A, Haglund B, Rosén M. Mortality, severe morbidity, and injury in children living with single parents in Sweden: a population-based study. *Lancet*. 2003 Jan 25;361(9354):289–95.
65. Weitof-Ringbäck G. *Lone parenting, socioeconomic conditions and severe ill health* [Doktorsavhandling]. Umeå: Umeå universitet, Medicinskodontologiska fakulteten; 2003.
66. Brolin Låftman S, Östberg V. Barn och ungdomars sociala relationer och psykiska välbefinnande. I: Bygren M, Gähler M, Neremo M, red. *Familj och arbete – vardagsliv i förändring*. Stockholm: SNS förlag; 2004.
67. Ekblom Ö, Oddson K, Ekblom E. Health-related fitness in Swedish adolescents between 1987 and 2001. *Acta Paediatrica*. 2004;93:681–86.
68. K:son Blomquist H, Bergström E. Obesity in 4-year-old children more prevalent in girls and in municipalities with a low socio-economic level. *Acta Paediatr* 2007;96:113–6.
69. Boström M, Garback A, Nyberg G, Wikzén M, Karpmyr M, Marcus C. STOPP: Stockholm Obesity Prevention Project. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2004;28(suppl 1).
70. Petersen S, Brulin C, Bergström E. Increasing prevalence of overweight in young schoolchildren in Umea, Sweden, from 1986 to 2001. *Acta Paediatr*. 2003 Jul;92(7):848–53.
71. Socialstyrelsen. *Folkhälsa – Lägesrapport 2006*. Stockholm: 2007. Lägesbeskrivningar.
72. Lager A. *Övervikt bland barn – system för nationell uppföljning: 2005–2006 års uppföljning* Statens folkhälsoinstitut och Centre for Health Equity Studies (CHESS), Stockholms universitet/ Karolinska Institutet, 2007.
73. Mossberg HO. 40-year follow-up of overweight children. *Lancet*. 1989 Aug 26;2(8661):491–3.
74. Dietz W. Childhood obesity: Susceptibility, cause and management. *J Pediatr*. 1983;103:676–86
75. Summerbell CD, Waters E, Edmunds LD, Kelly S, Brown T, Campbell KJ. Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005(3):CD001871.
76. Pollak A, Birnbacher R. Preterm male infants need more initial respiratory support than female infants. *Acta Paediatr*. 2004 Apr;93(4):447–8.

77. Elsmen E, Hansen Pupp I, Hellström-Westas L. Preterm male infants need more initial respiratory and circulatory support than female infants. *Acta Paediatr.* 2004 Apr;93(4):529–33.
78. Jennische M, Sedin G. Gender differences in outcome after neonatal intensive care: speech and language skills are less influenced in boys than in girls at 6.5 years. *Acta Paediatr.* 2003;92(3):364–78.
79. Hjern A, Thorngren-Jerneck K. Perinatal complications and socio-economic differences in cerebral palsy in Sweden – a national cohort study. *BMC Pediatrics.* 2008 Oct 30;8:49.
80. UNICEF Innocenti Research Centre. *Child poverty in perspective: An overview of child well-being in rich countries 2007.* Report Card 7.
81. European Child Safety Alliance (Eurosafe). *Child safety report card 2007 – Sweden.* Amsterdam, Netherlands: 2007.
82. Staehelin K, Berteau PC, Stutz EZ. Length of maternity leave and health of mother and child—a review. *Int J Public Health.* 2007;52(4):202–9.
83. Currie C, Gabhainn SN, Godeau E, Roberts C, Smith R, Currie D, et al., red. *Inequalities in young people's health. Health Behaviour in school-aged children (HBSC) study. International report from the 2005/2006 survey.* Copenhagen: World Health Organization, The Regional Office for Europe; 2008. Health Policy for Children and Adolescents, No. 5.
84. WHO Europe. *Young people's health in context. Health Behaviour in school-aged children (HBSC) study. International report from the 2005/2006 survey.* Copenhagen: WHO, 2008.