

Kommentar till Göran Sjönell:

# BARNHÄLSOVÅRDEN SES ÖVER KONTINUERLIGT

**Självfallet bör folkhälsoarbetet för barn granskas kritiskt i tider av ekonomisk knapphet. Metoderna måste valideras och kvalitetssäkras. Så sker också på olika håll i Sverige. Men mödra- och barnavård är billiga folkhälsoverksamheter.**

I Läkartidningen 19/96 undrar Göran Sjönell om svensk barnhälsovård (BHV) är effektiv och »evidence based». Hans oro har väckts efter deltagande i en internationell konferens där man framför allt från USA och Kanada framfört att åtskilliga moment som idag ingår i vår svenska mödra- och barnhälsovård inte skulle ha hållit måttet – dvs att resultat av insatserna var svårt att påvisa.

Särskilt nämns längd/viktmätning, hörselprövning, tandhygienisk rådgivning, föräldragruppverksamhet, skolförberedande hälsoundersökning. Om detta vore relevant också i Sverige borde, menar Sjönell, upp till hälften av BHVs resurser kunna omdisponeras t ex till utsatta barn med stora sjukvårdsbehov.

## Sänkt spädbarnsdödlighet

När riksdagen 1937 beslutade om statsbidrag till förebyggande mödra- och barnavård var en väsentlig anledning att spädbarnsdödligheten var hög, men också att den var mycket olika i olika landsändar [1].

Syftet var att utjämna dessa skillnader bland annat genom att föra ut kunskaper om barnavård.

Sedan dess har också spädbarnsdödligheten utjämnats och successivt minskat och ligger nu bland de lägsta i världen [2]. Siffrorna för barnolycksfall är i Sverige så låga att omvärlden frågar sig hur detta har gått till [3]. De sista åren har en dramatisk sänkning av akut spädbarnsdöd åstadkommit genom information till föräldrar.

barnsdöd åstadkommit genom information till föräldrar.

Dehydrerade, chockade barn var tidigare vanliga jourfall vid diarré-epidemier men är nu mycket ovanligare. Föräldrar har lärt sig vätskebehandling – inte minst genom BVC. Listan kan göras lång men »problemet med fakta är att det finns så många» (okänd författare).

## Samverkande faktorer

Att denna utveckling enbart beror på en väl utbyggd och väl fungerande barnhälsovård är det säkert ingen som vill påstå. Många faktorer samverkar: högre levnadsstandard med bättre bostäder och kostförhållanden, höjd utbildningsnivå och avancerad medicinsk teknologi. Folkhälsoarbetet är en del i detta.

Under de år som gått sedan riksdagsbeslutet fattades 1937 har det funnits en samstämmighet mellan politiker, ansvariga myndigheter, representanter för sjukvården och allmänheten i uppfattningen att den förebyggande mödra- och barnhälsovården varit värdefull och viktig [4]. De allt högre siffrorna över barnfamiljernas anslutning till BVC – från 90 procent av alla nyfödda i början av sextioalet till nuvarande 100 procent – talar för att verksamheten upplevts som viktig och ändamålsenlig [5].

Tillsynsmyndigheten Socialstyrelsen har uttryckt sin tillfredsställelse i en rapport 1994 där man noterar att en positiv utveckling skett bl a i fråga om föräldragruppverksamhet och skolförberedande undersökning [6]. I en nyligen sammanställd nationell enkät, initierad av Barnombudsmannen, till 1 000 slumpvis utvalda föräldrar, framkom också att 90 procent uttryckte att BVC var betydelsefull för dem som föräldrar [7].

BHV uppfattas alltså som en bred medicinsk, humanistisk och social verksamhet och måste få bedömas ur alla dessa perspektiv. Den efterkommer också det ansvar som FN:s barnkonvention ålägger konventionsstaterna. Där påtalar man bl a (artikel 24) barns och föräldrars rätt att få information om och ha tillgång till undervisning om barnhälsovård och näringslära, fördelar med

## DEBATT

”En alltför stark fixering till barnets längd och vikt förekommer ibland hos både personal och föräldrar. Men andra gånger kan vägning vara en förevändning för en förälder att besöka BVC när hon/han egentligen vill tala om t ex problem i hemmet. Här krävs lyhördhet och kompetens hos personalen!”

amning, hygien, ren miljö och förebyggande av olycksfall [8].

## Svärmätbara resultat

När Sjönell nu efterfrågar belegg för att BHV lett till en bättre hälsa bland svenska barn är detta lika svårt att ge ett enkelt svar på som att visa att den husläkarverksamhet han själv företräder har minskat ohälsan i centrala Stockholm. Hans nihilistiska perspektiv på preventionsstudier skulle kräva betingelser som vid det klassiska medicinska experimentet, men ett sådant går sällan att tillämpa vid studier av folkhälsa [9]. Här måste hänsyn tas till många mellankommande och oftast svårämbara faktorer som påverkar orsak/effektförhållandet under ett utdraget tidskedde.

Som exempel kan vi välja BVCs synprövning. Det är känt att andelen barn med grav synnedsättning (amblyopi) fallit från 1,5 procent till under 0,1 procent sedan rutinmässig synprövning av 3,5–4-åringar införts i Danmark och Sverige [10].

Mycket talar alltså för att det är den tidiga upptäckt av skelning och hyperopi hos spädbarn och äldre som sker genom barnhälsovården som åstadkommit detta. Men det kan också hävdas att vi inte säkert vet om prevalensen verkligen varit densamma under tidsperioden.

Behandlingen av barn med synnedsättning har förbättrats. Föräldrars öka-

## Författare

GÖRAN AURELIUS

docent, barnhälsovårdsöverläkare, Stockholm.

de kunskaper kan ha gjort dem mera vaksamma på sina barns utveckling och beteende (bl a kanske till följd av information från BVC). Indicierna för att synprovning inom barnhälsovården haft effekt är dock sammantaget så starka att ingen på allvar skulle föreslå att ta bort metoden.

### Barns tillväxt bra indikator

Barns tillväxt återspeglar deras hälsotillstånd bättre än något annat enstaka index [11]. Med hjälp av längd- och viktcurvor kan vi tidigt upptäcka barn med en lång rad allvarliga sjukdomar, genetiska, infektiösa, hormonella, malnutritiva och med omvårdnadssvikt [12-14].

I en studie från Newcastle kunde screening genom »growth monitoring» användas för att beskriva barns hälsa i olika områden [15]. Möjligheten att tidigt upptäcka bygger dock på att mät-tillfällena ej ligger för glest, särskilt inte under de första två levnadsåren.

De antal som enligt Sjönell rekommenderas i USA (nio) och Kanada (åtta) stämmer ganska väl med våra riktlinjer enligt Socialstyrelsens basprogram liksom med registrerat antal mättillfällen (nio) vid en nyligen publicerad studie över svenska förskolebarns längd och vikt [16, 17].

### Förevändning för annat

Även om vägning och längdmätning är föga tids- och personalkrävande (ofta görs det av föräldrarna) och utförs i samband med flera andra åtgärder inom ramen för basprogrammet såsom vaccinationer och kostrådgivning, bör ett frekvent och okritiskt vägande av annars friska barn naturligtvis undvikas.

En alltför stark fixering till barnets längd och vikt förekommer ibland hos både personal och föräldrar. Men andra gånger kan vägning vara en förevändning för en förälder att besöka BVC när hon/han egentligen vill tala om t ex problem i hemmet. Här krävs lyhördhet och kompetens hos personalen!

Föräldrargruppverksamhet åligger mödra- och barnhälsovården enligt ett beslut av Sveriges riksdag. Det genomfördes med bred politisk majoritet, även om remissinstanser framförde att dess effekt på folkhälsan kunde bli svår-mätbar.

Åtskilliga utvärderingar har visat att verksamheten fått ett stort genomslag bland barnfamiljerna och uppskattats som kunskapshöjande beträffande barns utveckling och behov, familje-psykologiska förhållanden och »egen-vård» av sjukt barn [18 m fl].

### Måste ses i sitt sammanhang

Hörselprovning av fyraåringar har varit rutinmetod på BVC sedan 1960-

talet. Flera utvärderingar har gjorts på senare år varvid, som Sjönell påpekar, tvivel framkommit om metodens effektivitet.

Metoden måste dock bedömas i sammanhang med övriga hörselundersökningar under uppväxten – BOEL eller annan provning vid 8–10 mån, uppföljningen efter otiter (konsensus om akut mediaotit) och hörselprovning i skolorna.

En nationell översyn pågår på initiativ av Svensk medicinsk audiologisk förening. Studien bör inom en snar framtid kunna vara vägledande för ett samlat ställningstagande till hörselprovning under barn- och ungdomsåren.

### Kontinuerlig utvärdering

Självfallet behöver folkhälsoarbetet för barn granskas kritiskt i tider av ekonomisk knapphet. Olika delar av verksamheten måste utvärderas så långt möjligt vad avser deras effekt på dödlighet, sjuklighet och skadefrekvens. Metoder för primärprevention och screening måste valideras och kvalitetssäkras genom utbildning av personal och registrering av täckningsgraden i barnpopulationen, och erfarenheter från andra länder måste tas till vara.

Det är uppgifter för barnhälsovårdsöverläkare och barnhälsovårdens vårdutvecklare/samordnare. Så sker också på olika håll i Sverige.

I Stockholm har vi i flera undersökningar validerat BVCs första hembesök, 4-årsundersökningen och den skol-förberedande undersökningen vid 5 1/2 år [19-21]. Studierna talar för att den fortlöpande psykomotoriska bedömning som görs inom barnhälsovården ger möjlighet att tidigt identifiera barn med psykosociala och psykomotoriska svårigheter.

Nästa steg måste bli att, i samverkan med föräldrar, förskola, socialtjänst, ge dessa barn förutsättningar till en bättre utveckling. Flera studier i USA visar att sådana insatser för utsatta barn verkligen kan få effekt [22, 23].

### Varför just hälften?

Men möjligheten att tidigt upptäcka och hjälpa barn med risk för mental och somatisk ohälsa bygger på att alla får del av de generella programmen. När Sjönell ifrågasätter om inte hälften av BHVs resurser (varför just hälften?) kunde omdisponeras till utsatta barn med stora sjukvårdsbehov kan man undra vem som skall definiera vilka barn som inte är utsatta?

Att undersöka friska barn är det pris vi får betala för att tidigt identifiera de sjuka. Detta är ju den bärande idén med all sekundär prevention. Sjönell anger

själv att han sett flera fall där BHVs metoder varit effektiva – t ex höftluxation, CP-skada och hjärtfel.

Vet Sjönell var gränsen går för rimlig säkerhet – vi försöker ju verkligen att finna det optimala programmet och förändra det på vetenskaplig grund. En svepande radikalkritisk hållning leder inte framåt.

### Närheten är viktig

Sjönell ifrågasätter också den verksamhet som bedrivs inom BHV av tandläkare/tandhygienister, ortoptister och psykologer. För att för tillfället nöja mig med de organisatoriska aspekterna på frågan kan sägas att den utredning, diagnostik och – till begränsad del – behandling som dessa professioner bedriver sker på BVC i stället för på sjukhusmottagning eller motsvarande.

Detta är helt i linje med aktuella sjukvårdsekonomiska strävanden att förlägga alltmer av vården ut i primärvården. Detta är något som också underlättar för barnfamiljerna att komma i åtnjutande av vården i närheten av bostaden.

Sparsamhet är visserligen en dygd, men vi bör »ha rejält på fötterna» innan vi börjar skära i de grundläggande folkhälsoprogrammen för mödrar och barn som dessutom är billiga. Barnhälsovård kostar runt 1 000 kr per barn och år inkluderat vaccinkostnader enligt aktuellt vaccinationsprogram [24]. Det motsvarar 0,5–1 procent av landstingens totala hälso- och sjukvårdsutgifter.

Man kan jämföra med kostnaderna för en plats i barnomsorgen, cirka 57 000 kr per år. Det svenska BHV-programmet är resurssnålt – få läkarbesök – jämfört med många andra länder, t ex USA och Holland. Skall det sparas kan man börja med att se över organisationen och exempelvis slå ihop små BVC-enheter till större.

### Litteratur

1. Kungörelse angående statsbidrag till förebyggande mödra- och barnvård. Kungl. Maj:ts proposition nr 39, 1937.
2. The state of the world's children 1994. Unicef, Oxford University Press.
3. Bergman AB, Rivara FP. Sweden's experience in reducing childhood injuries. *Pediatrics* 1991; 88: 69-74.
4. Höjer B. Sjuksköterskan i barnhälsovården. Studier av genomförandet av reformer vid barnvårdscentraler i Stockholms förorter. Stockholm: Karolinska institutet, pediatriiska institutionen, Huddinge, 1986. Avhandling.
5. Mödra- och barnhälsovård. Socialstyrelsen redovisar 1979:4.
6. Barns villkor i förändringstider. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1994:4.
7. Jansson AK. Bra barnhälsovård – ett föräldraperspektiv. Barnombudsmannen, Stockholm 1996. Stencil.
8. Mänskliga rättigheter. Konventionen om barnets rättigheter. UD informerar 1990:6.

9. Jerdén L. Preventionsmyter. Allmänmedicin 1996; 17: 22-3.
10. Lennerstrand G, Jakobsson P, Kvarnström G. Screening for ocular dysfunction in children: approaching a common program. Acta Ophthalmol Scand 1995; 73 (Suppl 214): 26-38
11. MacFarlane A, Sefi S, Cordeiro M. Child health. The screening tests. Oxford: Oxford University Press, 1990.
12. Kristiansson B. Low rate of weight gain in infancy and early childhood. Göteborg: University of Göteborg, Dept of Pediatrics, 1980. Thesis.
13. Hjalmer I. Viktdeviation. Ett mått på psykosocial hälsa hos barn till mödrar med förståndshandikapp. Läkartidningen 1993; 90: 475-8.
14. Voss LD, Mulligan J, Betts PR, Wilkin TJ. Poor growth in school entrants as an index of organic disease: the Wessex growth study. BMJ 1992; 305: 1400-2.
15. Wright CM, Waterston A, Aynsley-Green A. Effect of deprivation on weight gain in infancy. Acta Paediatr 1994; 83: 357-9.
16. Hälsoundersökningar inom barnhälsovården. Allmänna råd från Socialstyrelsen 1991: 8.
17. Lindgren G, Aurelius G, Tanner JM, Healey M. Standards for height, weight and head circumference from one month to six years based on Stockholm children born in 1980. Acta Paediatr 1994; 83: 360-6.
18. Bjugård I, Widlund G. Föräldrautbildning inom mödra- och barnhälsovården. Rapport nr 12. Primärvårdens utvecklingsenhet, Sydvästra sjukvårdsområdet, Stockholms läns landsting 1987. Stencil.
19. Aurelius G, Nordberg L. Home visiting to families with a newborn child. Scand J Prim Health Care 1994; 12: 106-12.
20. Larsson JO, Aurelius G, Nordberg L, Rydelius PA, Zetterström R. Developmental screening at four years of age. Relation to home situation, perinatal stress, development and behaviour. Acta Paediatr 1994; 83: 46-53.

*En fullständig litteraturförteckning kan erhållas från Göran Aurelius, Utvecklingsenheten för mödra- och barnhälsovård, Kvartersakuten Serafen, 112 83 Stockholm.*

# BARNHÄLSOVÅRD ÄR EFFEKTIV

– men fler studier behövs

**Olika studier, både svenska och utomlands, antyder att barnhälsovård är viktig och kostnadseffektiv. Det handlar bl a om tidig upptäckt av utvecklingsstörningar, stöd till föräldrarna i deras föräldraroll samt olycksfallsprevention.**

Göran Sjönell diskuterar i Läkartidningen 19/96 effekterna av svensk barnhälsovård. Göran Aurelius har ovan tagit upp flera av Sjönell's argument. Jag vill här ge några kompletterande synpunkter.

Barnhälsovårdens tre huvudmål är att

1. minska dödlighet och sjuklighet bl a genom hälsoövervakning,
2. stödja och aktivera föräldrar i deras föräldraskap, samt
3. uppmärksamma och förebygga förhållanden i närmiljö och samhälle som kan hota mödrars och barns hälsa [1].

Sjönell diskuterar främst hälsoundersökningarnas värde. Det är förstärkt eftersom hälsokontrollerna, för en läkare, kan förefalla dominera verksamheten.

Sjuksköterskan – och inte läkaren – är dock huvudpersonen på BVC. Från hennes perspektiv gäller inte detta. En aktuell tidsstudie visar att sjuksköterskan endast ägnar 11 procent av arbetstiden åt screeningundersökningar [2]. I en värdering av barnhälsovården är det därför viktigt ta fasta på de två övriga, mer svårstuderade, målen.

Hälsokontrollerna är dock värda en kritisk diskussion. Två breda europeiska översikter har publicerats under de senaste åren – en engelsk [3] och en holländsk [4]. Där ifrågasätts värdet av flera av de moment som ingår i det svenska rutinprogrammet. Några konklusiva slutsatser går dock ofta inte att dra eftersom studier av de olika momenten saknas.

## Varierande åsikter

Inställningen till utvecklingscreening får exemplifiera förhållandet. Amerikanska pediatriker rekommenderar sådana undersökningar som rutin [5],

## DEBATT

**”Det är sannolikt att om BVC-verksamheten upphörde skulle detta generera ett avsevärt antal betydligt dyrare kontakter med läkare. Så är också förhållandet i stora delar av Europa och i USA där BVC-sjuksköterskor saknas. Antalet läkarbesök för förskolebarn är där mångdubbelt större än i Sverige.”**

medan brittiska kolleger är mer tveksamma [3]. Ett huvudsyfte med undersökningarna är att påvisa cerebral pares tidigt, för att man därigenom snabbt skall kunna påbörja rehabiliteringen av barnet.

För att kunna avgöra värdet av utvecklingsbedömningar krävs studier av relativt stora grupper, eftersom cerebral pares är ett relativt lågprevalent tillstånd. I många länder är befolkningsundersökningar svåra att genomföra. Studier har därför inte gjorts.

I Sverige har det emellertid funnits stor enighet om utvecklingsbedömningens värde. Det kan ha varit skälet till att studier ej genomförts här. Dock – nyligen har en retrospektiv befolkningsbaserad undersökning genomförts i den södra delen av Stockholms län.

Vi har funnit att medianåldern för diagnos av svår och medelsvår CP är 6 månader (Lindström, personligt meddelande 1996). Uppgiften kan jämföras med fynd i utländska undersökningar där man uppger en medianålder för diagnos om 10 månader eller mer.

Detta tyder på att utvecklingsbe-

## Författare

SVEN BREMBERG

docent, barnhälsovårdsöverläkare, barnkliniken, Huddinge sjukhus.