

Barnhälsovårdens betydelse för barns hälsa

Möjligheter och begränsningar i ett framtidsperspektiv

Barnhälsovårdens successivt utvecklade metodik bygger dels på vetenskap och beprövad erfarenhet, dels på inarbetade traditioner och mönster. I många utvecklade industriländer pågår en intensiv debatt om hur man bäst skall förvalta det förebyggande arbetets förtroendekapital och resurser med hänsyn till dagens viktigaste folkhälsoproblem. Psykologisk och socialvetenskaplig forskning har gjort framsteg som öppnar nya vägar till prevention, och inom medicinen kräver man i ökad utsträckning att verksamheten skall vara evidensbaserad.

Det var mot denna bakgrund som barnhälsovården blev föremål för en state-of-the-art-konferens i september 1999 efter en årslång förberedelse. Bland de ca 40 deltagarna fanns forskare från alla professioner med anknytning till barnhälsovården. Förutsättningarna för denna konferens skilde sig från de flesta andra konferenser i Medicinska forskningsrådets regi. Här gällde det att granska en verksamhet, inte ett avgränsat medicinskt problem, en teknisk procedur, eller någon väldefinierad behandlingsmetod.

Under konferensen belystes vissa i förväg utvalda delar av verksamheten. De områden som ställdes i centrum var

sådana där det bedömdes både väsentligt och möjligt att granska den vetenskapliga grunden för dagens praxis.

Hälsoövervakning – identifikation av avvikelser

Barnhälsovården har ända sedan starten lagt stor vikt vid regelbunden hälsoövervakning och kontroll av barns utveckling. De metoder som använts står nära den kliniska verksamheten inom sjukvården och innefattar vid vissa nyckelåldrar klinisk undersökning från topp till botten av läkare kombinerad med en kontroll av att barnet följer den normala utvecklingen.

Trots att såväl hälsoundersökningar som utvecklingsscreening av läkare funnits i bruk mycket lång tid saknas vetenskapligt belägg för att dessa metoder leder till bättre hälsa i barnpopulationen. Enstaka studier och praktisk erfarenhet visar dock att för enstaka barn innebär programmet att avvikelser, även allvarliga, ibland identifieras innan föräldrarna själva uppmärksammat att något inte står rätt till. Ifråga om utvecklingsförseningar av generell natur identifieras grav mental retardation vanligen tidigt oberoende av hälsoövervakningsprogram och utvecklingskontroller. Lättare utvecklingsavvikelser och förseningar är vanliga, men de är i de flesta fall övergående.

Förändringar av problempanoramata hos barn, god tillgång på hälso- och sjukvård för alla, låg prevalens av nytillkomna allvarliga tillstånd efter nyföddhetsperioden samt avsaknad av kunskap om positiva effekter av traditionell läkarbaserad hälsoövervakning motiverar andra sätt att arbeta än de gängse och etablerade. Barnhälsovården bör ändra fokus från upptäckt av avvikelser hos barn till ett hälsoperspektiv innefattande mobilisering av föräldrars resurser, tilltro till deras förmåga och kompetens samt riktade insatser i syfte att stödja barn och barnfamiljer med särskilda behov.

Vårt förslag är att läkarens undersökning av barn efter 2-månaderskontrollen ersätts med ett fastställt program för besök hos BVC-sjuksköterskan. Detta program bör bygga på det nyckelåldersprogram som gäller idag, tills veten-

Sammanfattat

- Barnhälsovården når nästan alla barnfamiljer och har därmed stor betydelse för folkhälsan.
- Vid en state-of-the-art-konferens granskades det vetenskapliga underlaget för dagens praxis och utformades rekommendationer för framtiden.
- Barnhälsovården bör fokusera på barnets två första levnadsår, barnfamiljerna själva bör aktivt medverka i det förebyggande arbetet, och nya inslag i verksamheten bör vara kunskapsbaserade.
- Det krävs en väl avvägd kombination av: generella insatser som når alla; riktade förstärkta insatser till sårbara grupper; individuellt utformade insatser till föräldrar och barn med nedsatt hälsa.

Författare

ANDERS HÅKANSSON

docent, distriktsläkare, Samhällsmedicinska institutionen, Universitetssjukhuset MAS, Malmö

CLAES SUNDELIN

professor, barnläkare, Barnhälsovården, Akademiska barnsjukhuset, Uppsala.

Arbetsgruppen för State-of-the-art-konferensen:

Claes Sundelin, ordförande, Uppsala

Sven Bremberg, Huddinge

Gisela Dahlqvist, Umeå

Kerstin Hedberg Nyqvist, Uppsala

Anders Håkansson, Malmö

Gunilla Lindmark, Uppsala

Birgitta Wickberg, Göteborg

Maria Nyström Peck, sekreterare, Stockholm.

skaplig grund finns för något annat. Den frigjorda läkartiden måste komma barnen till godo i form av kvalificerade konsultinsatser av erfaren allmänläkare eller barnläkare beroende på problemens art. Denna förändring av hälsoundersökningarna inom barnhälsovården bör initialt ske under kontrollerade betingelser, så att effekterna kan värderas. Klara mål, metoder och kriterier för innehållet i sjuksköterskans undersökning bör utarbetas av barnhälsovårdens ledning.

Den kartläggning som föregått konferensen visar att screening eller undersökning med särskilt fokus på ADHD/DAMP förekommer på många håll i landet. Det saknas emellertid vetenskapligt stöd för screening av denna störning, varför nationell screening för närvarande inte kan rekommenderas och redan pågående screening bör följas upp. På många håll finns inte till-

räckliga diagnostiska resurser, och effekten av insatt behandling, bortsett från farmakologisk behandling med centralstimulantia, är svårvärderad.

Om ett utvecklat samarbete med skolan leder till att barn med uppmärksamhets- och koncentrationsstörningar redan vid skolstarten får särskilt pedagogiskt stöd är det rimligt att räkna med positiva effekter av tidig identifikation för barn med ADHD/DAMP. Behovet av särskilda resurser i skolan för dessa barn måste dock vägas mot alla barns behov av en lugn, trygg och i övrigt bra skolmiljö samt mot risker förenade med särbehandling.

Otoakustisk emissionstest i nyföddhetsperioden har visat god sensitivitet och acceptabel specificitet, och metoden uppfyller även i övrigt kraven på en god screeningmetod. Det föreslås därför att denna metod införs successivt i landet. Konsekvensen för barnhälsovårdens nuvarande program är att distraktionstest vid 8–9 månader på sikt kan upphöra.

Särskilda forskningsinsatser bör göras för att studera effekterna på både barn och föräldrar vid falskt positiva svar. Det bör ytterligare klarläggas vilka kort- och långsiktiga effekter som är förenade med diagnos i nyföddhetsperioden i jämförelse med senare identifikation.

Samspel mellan föräldrar och barn

Det finns idag övertygande bevis för att det tidiga samspelet mellan föräldrar och barn har stor betydelse för barnets fortsatta utveckling, både vad avser den allmänna sociala och känslomässiga utvecklingen och utvecklingen av psykiska störningar. Frekvensen problem i samspelet mellan barn och föräldrar under spädbarnsåret är tillräckligt stor för att utgöra en viktig del inom barnhälsovårdens verksamhet. Det finns emellertid för närvarande inga evidensbaserade moment i basverksamheten som rör samspelet mellan föräldrar och barn.

Barnhälsovårdens hembesöksverksamhet bör förstärkas och utvecklas i riktning mot en tillämpning av anknytningsteori. Amningsrådgivningen kan vara en utgångspunkt. En långsiktig relation till BVC-sjuksköterskan kan vara särskilt betydelsefull för föräldrar med egna otrygga anknytningserfarenheter och utgöra ett viktigt stöd i föräldrarollen. Föräldragrupsverksamheten är ytterligare en generell verksamhet som kan stärka föräldrars kompetens.

En fokusering av barnhälsovårdens verksamhet mot barnets två första levnadsår, och erbjudande om utökad stöd till barnfamiljer med särskilda problem, skulle öka barnhälsovårdens möjlighet att förebygga psykisk ohälsa. Ett exem-

pel där en relativt liten insats givit god effekt är vid depression hos nyblivna föräldrar. På vissa barnavårdscentraler i landet förekommer screening och behandling av postnatal depression, en verksamhet som bör utökas under förutsättning att barnhälsovårdens personal ges adekvat fortbildning, samt att vårdkedjan till allmänläkare och psykiater är etablerad. Innan allmän screening kan rekommenderas bör en sådan prövas och utvärderas i exempelvis ett landsting.

Att identifiera barn som riskerar att fara illa på grund av föräldrarnas bristande omsorgsförmåga är en viktig uppgift för barnhälsovården. En svårighet är emellertid oklarhet om vilka barn som egentligen avses. Ett annat problem är bristen på metoder, inte minst då det gäller att samtala med föräldrar om sin oro för deras barn och att motivera adekvata insatser.

En omfattande internationell forskning har visat att intensiva insatser, som baserar sig på hembesök till avgränsade högriskgrupper, kan ha goda effekter. Därför föreslås att strukturerade program, där hembesök utgör en viktig del, anpassas till svenska förhållanden och utprövas i definierade målgrupper.

Risk- och skyddsfaktorer – hälsofrämjande insatser

Det är angeläget att de metoder som används i det hälsofrämjande arbetet har huvudinriktningen att stärka föräldrars kompetens och sålunda integreras i barnhälsovårdens huvudsakliga uppgift att ge stöd till familjerna.

Hur rådgivningen för att främja amning fungerar har inte studerats i Sverige. För närvarande ges såväl generell information i föräldragrupper som individuell information till enskilda föräldrar. Genom att utgå från kvinnans situation, och genom att underlätta för kvinnan att sätta upp egna mål, skulle man framöver kunna förbättra denna rådgivning.

Det behöver klargöras hur hälso- och sjukvården på bästa sätt tillförsäkrar barnet och mamman ett gott stöd omedelbart efter den tidiga hemgång som flertalet förlösningsavdelningar tillämpar. Vi behöver mer kunskaper om hur ett optimalt amningsstöd bör utformas, liksom om eventuella skillnader i behov mellan olika etniska grupper.

Åtskilliga barn utsätts för tobaksrök. På barnavårdscentralen tillfrågas föräldrarna om de är dagligrökare då barnen är 1 respektive 8 månader gamla. Personalen samtalar med rökande föräldrar enligt metoden »Rökfria barn», som innebär att man utgår från föräldrarnas synpunkter samt försöker stärka deras tilltro till att vidta åtgärder för att förhindra att barnen utsätts för tobaksrök. Metoden, som är utvärderad

i USA, har spritts i Sverige under senare år.

Framöver bör barnhälsovården ge ökat stöd till mödrar som slutat röka under graviditeten, för att förebygga återfall. Man bör också medverka i rökförebyggande insatser på de platser där barn vistas, exempelvis daghem och skolor. Hur sjuksköterskorna använder metoden »Rökfria barn» i sitt dagliga arbete måste studeras, liksom metodens förmåga att bidra till minskad rökexponering också av svenska barn.

Vad gäller allergi och astma verkar primärpreventiva insatser inte ha någon effekt, medan sekundärpreventiva åtgärder riktade till högriskfamiljer kan vara framgångsrika genom att senarelägga symtomdebuten och minska och lindra symtomen. Till familjer där båda föräldrarna har svår allergi, eller där en förälder och ett syskon har sådana besvär, kan barnhälsovården sålunda ge råd om barnets kost och inomhusluften. Det behövs kunskap om i vilken utsträckning föräldrar följer sådana råd, och det är önskvärt att barnhälsovården registrerar nyinsjuknande i astma och eksem.

Sammanfattande kommentarer

Genom att man har kontakt med så gott som alla blivande mödrar och familjer med barn i förskoleåldern, och har nått en hög acceptans i alla socialgrupper, har mödra- och barnhälsovården kommit att spela en viktig roll för folkhälsan. Upprepade studier visar att barnhälsovården används vid både små och stora problem, även av grupper som annars kan vara svåra att nå. En viktig förklaring kan vara att man som nybliven förälder hos barnhälsovården i första hand blir sedd som just förälder. Med eller utan egna speciella problem deltar man i en verksamhet som av tradition vänder sig till hela befolkningen och som har ett gott renommé.

Kostnaderna för barnhälsovård uppgår till ca 1 500 kronor per barn och år i åldrarna 0 till 7 år, vaccinationskostnader inkluderade. Denna kostnad är marginell i förhållande till övriga samhällsinsatser för förskolebarn i form av till exempel direkta bidrag till familjen, kostnader för förskola och kurativ sjukvård.

Den syn på framtidens barnhälsovård som kommer till uttryck i konferensrapporten innebär att tre principiella förhållningssätt får en framträdande plats och kommer att påverka det praktiska arbetet. För det första att barnfamiljerna själva blir mer aktivt medverkande i det preventiva arbetet och att detta får en klarare syftning mot att stärka föräldrars självkänsla och kompetens. Som led i detta förutsätts föräld-

rarna tillsammans med personalen fatta beslut angående intensiteten av hälsoövervakningen och andra moment i arbetet. Barnhälsovården bör tillämpa hälsopedagogiska metoder som bygger på ett klarare partnerskap mellan personal och föräldrar.

För det andra att barnhälsovården får ett mycket starkt markerat ansvar för att uppmärksamma behovet av insatser under barnets två första levnadsår, det vill säga under den period då andra samhällsinstitutioner saknar täckande kontakter med populationen. Särskild uppmärksamhet på metodutveckling, för att stödja anknytningsprocessen och ge tidigt stöd i föräldrarollen i övrigt, är angelägen.

För det tredje att se icke evidensbaserade inslag i verksamheten som provisoriska och att framtida nya inslag skall vara kunskapsbaserade. Det innebär att till exempel screening för ADHD/DAMP bör utvärderas med hänsyn till effekter på lång och kort sikt. Allergiprofylax till högriskgrupper måste studeras med hänsyn både till om gynnsamma miljöförändringar kommer till stånd som en följd av programmet och till om dessa förändringar leder till minskad risk för allergi. Även traditionella inslag som amningsrådgivning bör utvärderas med hänsyn till effekter.

Behovet av promotiva och primärpreventiva insatser, i syfte att minska incidensen av utvecklingsrelaterade störningar, sjukdomar och skador i befolkningen genom risk- och skyddsfaktorpåverkan, måste vägas mot behovet av sekundärpreventiva insatser för individer och högriskgrupper. Både generella program som når alla barnfamiljer och mer riktade insatser behövs, men hur en optimal kombination ska utformas finns det ingen vetenskaplig grund för. Programmen bör vara flexibla och kan variera med hänsyn till lokala behov och förhållanden samt över tid. Policy och programinnehåll måste därför utformas i en dialog mellan forskningsinstitutioner, regionala centra och lokala barnhälsovårdsenheter på länsnivå.

Det som krävs av barnhälsovården är en väl avvägd kombination av:

- generella insatser som når alla;
- riktade förstärkta insatser till sårbara grupper på områdes- och gruppnivå;
- individuellt utformad hjälp till föräldrar och barn som löper särskilt stor risk att drabbas av ohälsa, eller indikerar nedsatt hälsa.

Förstärkta nätverk mellan barnhälsovården och primärkommunala strukturer som förskola och socialtjänst är önskvärda. De utvecklingslinjer som föreslås i detta dokument, till exempel delvis nya hälsopedagogiska metoder, en mer individualiserad och målorienterad hälsoövervakning och medveten

prioritering mellan primär- och sekundärpreventiva insatser, kräver mer kvalificerade insatser av i första hand BVC-sjuksköterskan. Personalutveckling måste därför ges en central plats, samtidigt som ledningsfrågor och behov av konsultinsatser ses över. Stödet kring barnfamiljen från hälso- och sjukvården måste ses som ett teamarbete, där olika kompetenser som sjuksköterska, allmänläkare, barnläkare och psykolog bör ingå.

Bristen på epidemiologisk och annan kunskap om barns hälsa, utveckling, sjukdomar och exponering för risk- och skyddsfaktorer, har varit uppenbar på ett flertalet punkter under state-of-the-art-konferensen. Det vore utomordentligt värdefullt, såväl hälsopolitiskt som vetenskapligt, om det nuvarande medicinska födelseregistret kompletterades med ett anslutande register över viktiga exponeringar och hälsorelaterade händelser för alla barn mellan 0 och 7 år.

Referens

Medicinska forskningsrådet. Barnhälsovårdens betydelse för barns hälsa – en analys av möjligheter och begränsningar i ett framtidsperspektiv. A state of the art document. Stockholm: MFR, 1999.

Rapporten kan beställas kostnadsfritt från Medicinska forskningsrådet.

E-post: mfradmin@mfr.se eller fax: 08-4544303. Den finns även att läsa på MFRs hemsida (www.mfr.se).

Se även medicinsk kommentar i detta nummer.

Det stillasittande liv som präglar alltför många i de rika nationerna har negativa följder för hälsan. Fetma har blivit en folksjukdom, benskörhet blir allt vanligare och hjärt - kärlsystemet "äldras" snabbare än nödvändigt. Motion på recept är ofta en bra medicin.

Det är bakgrunden till den serie på 24 artiklar som Läkartidningen samlat i särtrycket av serien "Människan i rörelse". Den har tagits fram i samarbete med Svensk idrottsmedicinsk förening med syftet att redovisa de praktiskt viktiga erfarenheter och kunskaper som är av värde i läkarens vardagsarbete med inaktiva patienter, med motionärer som fått besvär av träningen, med astmatiker och gravida som undrar om de kan fortsätta motionera eller tävla. Här får läkaren hjälp att besvara de vanliga frågor som patienter ställer om motion och träningskador, och serien tar också upp de långsiktiga följderna samt etiska kontroverser kring idrott och idrottsmedicin. Priset är 150 kronor.

Människan i rörelse



Beställer härmed.....ex av "Människan i rörelse"

.....
namn

.....
adress

.....
postnummer

.....
postadress

Insändes till LÅKARTIDNINGEN
Box 5603
114 86 Stockholm

Faxnummer: 08-20 74 35

www.lakartidningen.se
under särtryck, böcker