

Lokala hälsoarbetare bidrar till bättre barnhälsa globalt

NÄRA KONTAKT MELLAN SAMHÄLLE OCH SJUKVÅRD AVGÖRANDE FÖR ATT NÅ GLOBALA MÅLEN FÖR BARNHÄLSA OCH AGENDA 2030

Daniel Helldén, student, Karolinska institutet; Handelshögskolan, Stockholm; studentkoordinator, Swedish Institute for Global Health Transformation

• daniel.hellden@stud.ki.se

Karin Källander, docent, institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska institutet; senior forskningsrådgivare, Malaria Consortium, London; senior hälsospecialist, hälsosektionen, Unicef

Stefan Swartling Peterson, professor, global hälsa, Uppsala universitet; Karolinska institutet, Makerere-universitetet, Kampala, Uganda; chef, hälsosektionen, Unicef

Tobias Alfvén, docent, institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska institutet; specialistläkare, barn- och ungdomsmedicin, Sachsska barn- och ungdomssjukhuset, Stockholm

Det har nu gått tre år sedan världens länder kom överens om det nya ramverket för hållbar utveckling, Agenda 2030, och de nya globala målen för hållbar utveckling (sustainable development goals; SDG) som ersatte millenniemålen lanserades.

Mål 3, »säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar«, är det övergripande målet för hälsa i Agenda 2030. Ett av delmålen rör barnhälsa specifikt (Fakta 1). Några av de andra målen nämner även explicit barns hälsa i sina delmål, t ex mål 2: »avskaffa hunger, uppnå tryggad livsmedelsförsörjning, uppnå bättre kosthållning och främja ett hållbart jordbruk«. Många av målen påverkar barnhälsa både direkt och indirekt, t ex mål 1, »avskaffa all form av fattigdom överallt«, och mål 6, »säkerställa tillgången till och hållbar vatten- och sanitetsförvaltning för alla«.

Agenda 2030 är ett ambitiöst försök att ta ett helhetsgrepp om hälsans multifaktoriella orsaker och bygger vidare på de framsteg som gjordes under millenniemålen [1]. Även om millenniemål 4, att dödligheten hos barn under 5 års ålder per 1 000 levande födda skulle minska med två tredjedelar från 1990 års nivåer till år 2015, inte nåddes i många länder så minskade barnadödligheten globalt från 90 till 43 dödsfall per 1 000 levande födda under perioden. Det totala antalet barn som dog före 5 års ålder minskade från 12,7 miljoner år 1990 till 5,9 miljoner år 2015 [2].

De ledande dödsorsakerna globalt är komplikationer till följd av prematur födsel, infektioner som pneumoni, malaria och diarré samt intrapartal död, som huvudsakligen är orsakad av asfyxi [3].

Stora framsteg har gjorts inom global barnhälsa, men det finns fortfarande stora skillnader mellan och inom länder vad gäller både orsaker till och grad av barnadödlighet. Länder i Afrika söder om Sahara och Sydostasien står för mer än 80 procent av alla dödsfall globalt; behandlingsbara infektionssjukdomar som pneumoni, diarré och malaria är där fortsatt

FAKTA 1. Agenda 2030

Barnhälsomål

SDG (sustainable development goal) 3.2:

- Senast 2030 säkerställa att inga spädbarn eller barn under 5 år dör av orsaker som hade kunnat förebyggas. Alla länder bör sträva efter att minska den neonatala dödligheten till högst 12 dödsfall per 1 000 levande födda och dödligheten bland barn under 5 år till högst 25 dödsfall per 1 000 levande födda.

Specifika indikatorer för barnhälsa

SDG (sustainable development goal) 3.2.1:

- Antal barn som dör före 5 års ålder per 1 000 levande födda (under five mortality rate)

SDG (sustainable development goal) 3.2.2:

- Antal barn som dör inom 0-27 dagars ålder per 1 000 levande födda (neonatal mortality rate)

dominerande orsaker till mortalitet och morbiditet hos barn [4].

Ett nytt sätt att se på barnhälsa

I början av 1990-talet började Världshälsoorganisationen (WHO) och FN:s barnfond (Unicef) inse att de program som fokuserar på en enskild sjukdom, s k vertikala hälsoprogram, inte var särskilt väl anpassade till den faktiska, mer komplexa kliniska bilden av det sju-

HUVUDBUDSKAP

• Även om stora framsteg har gjorts inom global barnhälsa dör ändå nästan 6 miljoner barn före 5 års ålder varje år.

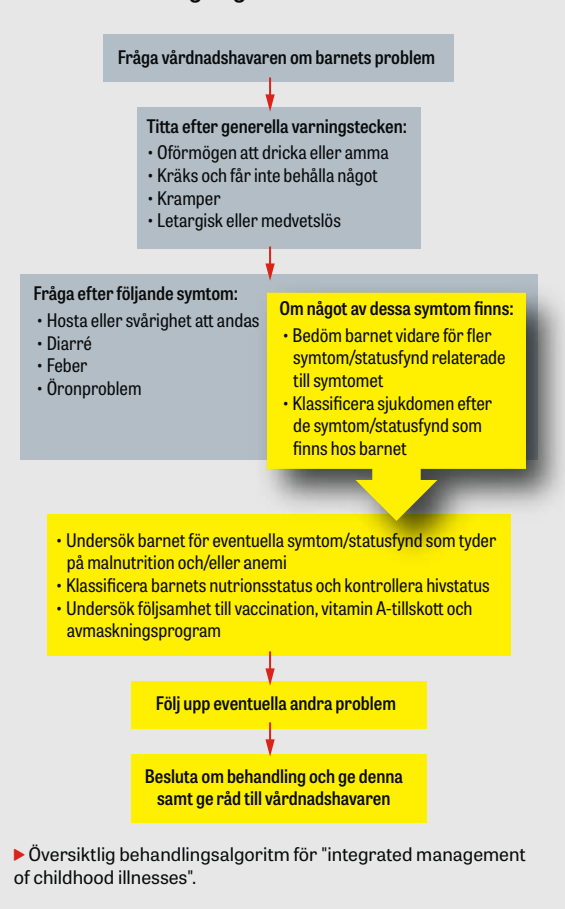
• »Integrated community case management of childhood illnesses« är en strategi som bygger på att lokala hälsoarbetare identifierar, diagnostiserar och behandlar de vanligaste sjukdomarna hos barn under 5 år.

• Strategin använder lokala hälsoarbetare som en brygga mellan det lokala samhället och sjukvården. Flera studier har visat att konceptet kan minska barnadödligheten på ett framgångsrikt sätt.

• Denna typ av strategier, som bygger på lokalt engagemang och nära kontakt mellan samhälle och sjukvård, är avgörande om vi ska nå de globala målen för barnhälsa och Agenda 2030.

»Inom ramen för utvecklingen av primärvård som bas för jämlik och universell sjukvård – som starkt premieras av WHO och Unicef – har lokala hälsoarbetare en nyckelroll.«

FIGUR 1. Behandlingsalgoritm



FAKTA 2. WHO:s definition av lokal hälsoarbetare

WHO definierar lokala hälsoarbetare (community health worker) som »...members of the communities where they work, should be selected by the communities, should be answerable to the communities for their activities, should be supported by the health system but not necessarily a part of its organization, and have shorter training than professional workers« [7, 8].

Den sistnämnda komponenten kom sedermera att utvecklas till att fokusera på att utveckla hälsoprogram som bygger på lokala hälsoarbetare (Fakta 2) [6]. Lokala hälsoarbetares utbildning, kompetenser och arbetsuppgifter varierar stort mellan olika sådana program och länder. De kan arbeta med generell sjukvård av det sjuka barnet (vilket exemplifieras längre ned) eller genomföra smalare preventiva insatser, och ibland både och. Gemensamt för lokala hälsoarbetare inom IMCI är att de har en stark förankring i det samhälle de verkar i, de har vanligtvis ingen formell utbildning över grundskolenivå, och de agerar som en brygga mellan samhället och den formella sjukvården [7].

Som ett led i att motverka den stora bristen på hälsopersonal, ett globalt fenomen som är särskilt framträdande i låginkomstländer, har utbildning och implementering av lokala hälsoarbetare blivit ett av de viktigaste fokusområdena för barnhälsa i resurssvaga länder med hög mortalitet [7, 8]. Inom ramen för utvecklingen av primärvård som bas för jämlik och universell sjukvård – som starkt premieras av WHO och Unicef – har lokala hälsoarbetare en nyckelroll.

Förenklat flödesschema för lokala hälsoarbetare

Även om de integrerade riktlinjerna för IMCI har välkomnats och implementerats vid första linjens sjukvårdsinrättningar, har flera studier visat att detta inte är tillräckligt för att nå de mest socioekonomiskt utsatta mödrarna och barnen, särskilt inte i geografiskt svårtillgängliga områden [9, 10].

WHO och Unicef har därför vidareutvecklat IMCI till »integrated community case management« (iCCM). iCCM bygger på att utbilda lokala hälsoarbetare så att de med hjälp av en förenklad version av IMCI-flödesschemat ska kunna identifiera sjuka barn, remittera dem som är svårt sjuka till närmaste sjukvårdsinrättning eller ge behandling till dem med lindrigare sjukdom samt genom utbildning och preventiva åtgärder förebygga sjukdom.

De tillstånd som de utbildade lokala hälsoarbetarna kan identifiera utifrån flödesschemat varierar mellan olika program och länder, men vanligen ingår pneumoni, diarré, malaria och undernäring [11]. De senaste åren har röster höjts för att man bör lägga större vikt vid att insatser av lokala hälsoarbetare också ska vara en delkomponent vid vård av mammor och nyfödda.

Exempelvis har Uganda inkluderat vård av och identifiering av varningstecken hos barn i åldern 0-7 dagar som en komponent i sina iCCM-riktlinjer [12]. Flödesschemat är uppbyggt så att den lokala hälsoarbetaren

ka barnet. Dessutom såg man att det var första linjens hälsoarbetare inom primärvården som under resurssvaga förhållanden först mötte patienterna och att dessa hälsoarbetare var i stort behov av lätthanterliga riktlinjer för att bedöma, diagnostisera och behandla de vanligaste dödsorsakerna hos barn under 5 år (pneumoni, diarré, malaria, mässling och undernäring).

Man integrerade och utvecklade därför de dåvarande sjukdomsspecifika riktlinjerna till ett mer lätthanterligt sammanhängande flödesschema, som lanserades år 1995 under namnet »integrated management of childhood illnesses« (IMCI) och vars huvudsakliga komponenter kan urskiljas i Figur 1 [5]. År 2003 lade man till vård av nyfödda (0-7 dagar) i flödesschemat, som då kom att gå under benämningen »integrated management of newborn and childhood illnesses« (IMNCI). Många länder behöll dock IMCI, och den faktiska implementeringen av riktlinjerna för vård av nyfödda enligt IMNCI varierar mellan olika länder.

Konceptet med IMCI riktar sig framför allt till låginkomstländer där dödligheten hos barn under 5 års ålder per 1 000 levande födda är över 40. Strategin har tre övergripande komponenter:

- öka kapaciteten hos första linjens hälsoarbetare
- stärka de nationella hälsosystemen
- förbättra familjers och lokala samhällets kunskap om sjukdomarna.

bedömer det sjuka barnet baserat på anamnestiska uppgifter från familjen och kliniska tecken såsom förekomst av feber, diarré och/eller hög andningsfrekvens.

Den lokala hälsoarbetaren utbildas också i diagnostiska hjälpmedel, t ex band för mätning av överarmsomkrets (mid-upper arm circumference; MUAC) för att bedöma nutritionsgrad och snabbtest för malaria. Starkt fokus läggs på att identifiera akuta varningstecken som kramper, letargi, svåra kräkningar, blodig diarré och svår undernäring hos barn, vilket då medför akut påbörjan av behandling och remittering till närmaste sjukinrättning.

Vid identifiering eller diagnostisering av sjukdom hos barn som inte har några akuta varningstecken ger flödesschemat tydliga riktlinjer för behandling. Den lokala hälsoarbetaren har då oftast tillgång till perorala antibiotika (amoxicillin) mot pneumoni, malaria-behandling (artemeter-lumefantrin) och vätskeersättning mot diarré. Vidare ger den lokala hälsoarbetaren rekommendationer om nutrition och vad familjen ska göra om barnets tillstånd hastigt försämras om uppföljning av behandlingen efter 3 dagar [13].

Flera studier har undersökt i vilken grad lokala hälsoarbetare som använder flödesschemat identifierar rätt tillstånd jämfört med utlåtanden av läkare. Resultaten varierar stort beroende på vilken av sjukdomarna som identifieras, men i ungefär 50–80 procent av fallen upptäcks och behandlas sjukdomen på ett korrekt sätt [14, 15]. Detta trots de lokala hälsoarbetarnas korta utbildning och att flödesschemat baseras på trubbiga parametrar.

Identifiering av barn med icke-allvarlig pneumoni har visat sig vara särskilt svårt, till största del på grund av att det är kliniskt svårt att korrekt räkna andningsfrekvens hos barn [11, 16, 17]. Möjligheter för lokala hälsoarbetare att bättre kunna identifiera pneumoni, t ex genom åtkomst till tillförlitliga snabbtest och andra hjälpmedel som pulsoximetrar, är under utveckling [18].

Ett ramverk under utveckling

iCCM är ett ramverk som är under utveckling, och det fungerar bäst när det finns en tydlig orsak till symtomen. Vid exempelvis oklassificerad febersjukdom, där barnet har feber men ingen bakomliggande orsak går att finna, rekommenderar iCCM att barnet ska undersökas på nytt efter 3 dagar, oavsett om febern finns kvar eller inte. Oklassificerbar febersjukdom är dock vanlig hos barn, vilket gör att andelen som tvingas att söka vård efter 3 dagar är hög, vilket i sin tur sätter press på familjer och hälsosystem. Vi har nyligen visat att en rekommendation om att söka åter endast om besvären kvarstår eller andra symtom framträder inte ger någon ökad risk jämfört med obligatorisk uppföljning dag 3 enligt iCCM-riktlinjerna [19].

Få studier har utvärderat om iCCM har effekt på övergripande mortalitet och morbiditet i de länder där riktlinjerna implementerats; dessa studier lider dessutom i hög grad av metodologiska svagheter. Det som dock har visats är att iCCM är ett koncept som fungerar väl i liten skala, men som är desto svårare att implementera i stora nationella program. Utvärderingar i Malawi, Burkina Faso och Etiopien ger t ex inget stöd för att iCCM har bidragit till att reducera barnadödligheten nationellt.

»Det finns numera även stora möjligheter att med nya innovationer och hjälpmedel förbättra lokala hälsoarbetares förmåga att sätta rätt diagnos och ge korrekt behandling.«

Det är tydligt att undermålig utbildning och brist på uppföljning av lokala hälsoarbetare, särskilt i nationella program där många tusen hälsoarbetare utbildas samtidigt, leder till sämre vårdkvalitet. Även om många enskilda studier har visat på 30–60 procents minskning av barnadödligheten i avgränsade geografiska områden är det således svårt att avgöra om och i vilken grad iCCM kan bidra till att minska den övergripande barnadödligheten i ett land [20, 21].

Vidare är otillräcklig tillgång på mediciner och material samt brist på regelbunden tillsyn av handledare ofta ett stort problem som underminerar effektiviteten av iCCM. Även om dessa problem minimeras, såsom man lyckats göra i Etiopien och Malawi, har man dock inte sett någon påverkan på mortaliteten. En trolig orsak till detta är att många familjer söker vård hos informella vårdgivare; i Etiopien söker t ex endast 20–30 procent av mödrarna vård för sitt sjuka barn inom det formella sjukvårdssystemet. Om en stor del av befolkningen i ett land inte söker vård inom det formella sjukvårdssystemet, vilket tyvärr är fallet i många låginkomstländer, blir det därför svårt att i studier visa på statistiskt signifikanta effekter av iCCM [22].

Ett antal framgångsfaktorer som har visat sig kunna bidra till bättre effekt av iCCM har identifierats. Dessa inkluderar bl a att iCCM måste vara integrerat i det övergripande nationella hälsosystemet och inkluderas i hälsobudgeten, att det finns ett väl utvecklat stöd till och kontinuerlig uppföljning av lokala hälsoarbetare och att programmet regelbundet utvärderas och förbättras. Vidare måste implementeringen av iCCM ackompanjeras av åtgärder för att upplysa och informera befolkningen om vad de lokala hälsoarbetarna kan och inte kan hjälpa till med samt bygga tillit för att få fler familjer att uppsöka en lokal hälsoarbetare när de misstänker att deras barn är sjukt [23, 24].

En delförklaring till varför implementeringen varierar så mycket mellan olika länder kan vara oklarheter kring den faktiska kostnaden att genomföra stora nationella iCCM-program. Även om de studier

»Vidare kan lokala hälsoarbetare agera preventivt och förebygga inte bara smittsamma sjukdomar utan också livsstilssjukdomar, som är en växande sjukdomsburda även i låginkomstländer.«

som finns visar på att identifiering och behandling enligt iCCM är mer kostnadseffektivt än ett besök vid en sjukvårdsinrättning, behövs mer forskning för att ge regeringar med liten hälsobudget en möjlighet att göra korrekta avvägningar och skraddarsy programmet efter lokala behov [25].

Ger möjlighet för Sverige att ta efter

Till skillnad från vertikala hälsointerventioner tar iCCM ett helhetsgrepp kring de vanligaste dödsorsakerna i låginkomstländer. Konceptets svagheter är därför nära sammankopplade med de övergripande brister som finns i ett resurssvagt hälsosystem. De åtgärder som syftar till att stärka iCCM ger därför också möjlighet att gagna de nationella hälsosystemen i stort. Det finns numera även stora möjligheter att med nya innovationer och hjälpmedel förbättra lokala hälsoarbetares förmåga att sätta rätt diagnos och ge korrekt behandling. Vidare kan lokala hälsoarbetare agera preventivt och förebygga inte bara smittsamma sjukdomar utan också livsstilssjukdomar, som är en växande sjukdomsbörda även i låginkomstländer.

Det finns ett stort internationellt stöd [26] för användning av lokala hälsoarbetare och andra strategier som bygger på nära samarbete med lokala samhällen för att öka tillgången på vård lokalt och nå ut till annars svårtillgängliga grupper. Dessa strategier har potential att accelerera arbetet med de globala målen för hållbar utveckling. När länder nu på allvar börjar arbetet för att nå de ambitiöst satta målen i Agenda 2030 kan iCCM spela en allt större roll för att nå delmålet för barnhälsa [27].

Detta gäller inte bara låginkomstländer: flera medel- och höginkomstländer använder olika former av lokala hälsoarbetare för att nå ut till utsatta grupper eller för att genomföra viktiga folkhälsinterventioner, t ex hivprevention [28]. I Sverige har Folkhälsomyndigheten använt lokala sk kunskapsspridare för att nå svårtillgängliga grupper med information om barnhälsa och vaccinationer [29]. Med de stora teknologiska framsteg som gjorts inom digital vård de senaste åren har sådana projekt en stor potential att förbättra den fysiska och psykiska hälsan hos barn och ungdomar. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen. 2019;116:FHDT*

REFERENSER

- Health in 2015. From MDGs to SDGs. Geneva: World Health Organization; 2015.
- The Millennium development goals report 2015. New York: United Nations; 2015.
- Liu L, Oza S, Hogan D, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet*. 2016;388(10063):3027-35.
- Committing to child survival: a promise renewed. Progress report 2015. New York: United Nations Children's Fund (Unicef); 2015.
- WHO. Integrated management of the sick child. *Bull World Health Organ*. 1995;73(6):735-40.
- Towards a grand convergence for child survival and health. A strategic review of options for the future building on lessons learnt from IMNCI. Geneva: World Health Organization; 2016.
- Lehmann U, Sanders D. Community health workers: what do we know about them? The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers. Report. Geneva: World Health Organization; 2007.
- Management of sick children by community health workers. Intervention models and programme examples. New York/Geneva: United Nations Children's Fund (Unicef)/World Health Organization; 2006.
- Victoria CG, Wagstaff A, Schellenberg JA, et al. Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough. *Lancet*. 2003;362(9379):233-41.
- Schellenberg JA, Victoria CG, Mushi A, et al. Tanzania Integrated Management of Childhood Illness MCE Baseline Household Survey Study Group. Inequities among the very poor: health care for children in rural southern Tanzania. *Lancet*. 2003;361(9357):561-6.
- Young M, Wolfheim C, Marsh D, et al. World Health Organization/United Nations Children's Fund Joint Statement on integrated community case management: an equity-focused strategy to improve access to essential treatment services for children. *Am J Trop Med Hyg*. 2012;87(5 Suppl):6-10.
- Kayemba CN, Sengendo HN, Ssekitooleko J, et al. Introduction of Newborn Care within Integrated Community Case Management in Uganda. *Am J Trop Med Hyg*. 2012;87(5 Suppl):46-53.
- Caring for for the sick child in the community. Participant's manual. New York/Geneva: United Nations Children's Fund (Unicef)/World Health Organization; 2011.
- Miller N, Amouzou A, Tafesse M, et al. Integrated community case management of childhood illness in Ethiopia: implementation strength and quality of care. *Am J Trop Med Hyg*. 2014;91(2):424-34.
- Gilroy K, Callaghan-Koru J, Cardemil C, et al. CCM-Malawi Quality of Care Working Group. Quality of sick child care delivered by health surveillance assistants in Malawi. *Health Policy Plan*. 2013;28(6):573-85.
- Druetz T, Siekmans K, Goossens S, et al. The community case management of pneumonia in Africa: a review of the evidence. *Health Policy Plan*. 2015;30(2):253-66.
- Kalyango J, Alfvén T, Peterson S, et al. Integrated community case management of malaria and pneumonia increases prompt and appropriate treatment for pneumonia symptoms in children under five years in Eastern Uganda. *Malar J*. 2013;12:340.
- Spence H, Baker K, Wharton-Smith A, et al. Childhood pneumonia diagnostics: community health workers' and national stakeholders' differing perspectives of new and existing aids. *Glob Health Action*. 2017;10(1):1290340.
- Källander K, Alfvén T, Funk T, et al. Universal versus conditional day 3 follow-up for children with non-severe unclassified fever at the community level in Ethiopia: a cluster-randomised non-inferiority trial. *PLoS Med*. 2018;15(4):e1002553.
- Bosch-Capblanch X, Marceau C. Training, supervision and quality of care in selected integrated community case management (iCCM) programmes: a scoping review of programmatic evidence. *J Glob Health*. 2014;4(2):020403.
- Lewin S, Munabi-Babigumira S, Glenton C, et al. Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010; (3):CD004015.
- Hazel E, Bryce J, IIP-JHU iCCM Evaluation Working Group. On bathwater, babies, and designing programs for impact: evaluations of the integrated community case management strategy in Burkina Faso, Ethiopia, and Malawi. *Am J Trop Med Hyg*. 2016;94(3):568-70.
- Daelmans B, Seck A, Nsona H, et al. Integrated community case management of childhood illness: what have we learned? *Am J Trop Med Hyg*. 2016;94(3):571-3.
- Kalyango J, Ruteberberwa E, Alfvén T, et al. Performance of community health workers under integrated community case management of childhood illnesses in eastern Uganda. *Malar J*. 2012;11:282.
- Collins D, Jarrah Z, Gilmartin C, et al. The costs of integrated community case management (iCCM) programs: a multi-country analysis. *J Glob Health*. 2014;4(2):020407.
- Zambruni J, Rasanathan K, Hipgrave D, et al. Community health systems: allowing community health workers to emerge from the shadows. *Lancet Glob Health*. 2017;5(9):e866-7.
- Bhutta Z. Community-based primary health care: a core strategy for achieving sustainable development goals for health. *J Glob Health*. 2017;1(1):010101.
- Najafizada SAM, Bourgeault IL, Labonte R, et al. Community health workers in Canada and other high-income countries: a scoping review and research gaps. *Can J Public Health*. 2015;106(3):e157-64.
- Folkhälsomyndigheten. Projekt för kunskap om barns hälsa och vaccinationer. 23 apr 2018 [citerat 23 sep 2018]. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/vaccinkunskap/>

SUMMARY

Integrated Community Case Management – one piece of the puzzle to achieve the ambitious global goals for child health

Remarkable achievements have been made in global child health, with the global under-five mortality halved between 1990 and 2015. However almost 6 million children die every year before their 5th birthday; mostly due to preventable causes. Acknowledging that the clinical presentation of the sick child is complex and does not match individual guidelines of specific diseases, WHO and Unicef have developed an integrated approach for case management of the sick child by community health workers. The approach, called Integrated Community Case Management (iCCM), is meant to be used in areas lacking access to formal health care in low income settings. The concept has several strengths, such as linking the community to the health facilities, improving quality of care, promoting rational use of drugs, enabling health promotion and has been shown to reduce mortality in studies. However, due to barriers within the broader health system, iCCM has been difficult to implement in large-scale national programs. With the world stepping up its action to reach the Sustainable Development Goals (SDGs), community-based interventions such as iCCM promise to accelerate the progress when implementation is part of an approach to strengthen health systems.