

ÄR BARNHÄLSOVÅRDEN VERKLIGEN EFFEKTIV?

Resurser kan omfördelas till utsatta barn

Den svenska barnhälsovården (BHV) framhålls ofta som ett bra exempel på en preventiv vård med hög kvalitet och effektivitet. Även mödrahälsovården inkluderas i dessa exempel på framgångsrik förebyggande medicin. Men hittills har en kritisk granskning av dessa verksamheters verkliga resultat till stor del lyst med sin frånvaro i Sverige.

I principprogrammet för mödra- och barnhälsovård (Socialstyrelsen redovisar 1979:4) skrivs bl a:

»Från praktisk synpunkt är barnhälsovården inriktad på att minska dödlighet, sjuklighet, förekomst av handikapp och skadlig stress hos barn och bidra till en tryggare vardagstillvaro för barnfamiljerna.» Uppnår BHV dessa resultat och är verksamheten kostnadseffektiv? Kostnaden för BHV i Sverige är svår att beräkna, men den ligger sannolikt kring 1 miljard kronor per år.

Många nya moment

Svensk BHV har under min egen aktiva tid som allmänläkare utvecklat med många nya moment och program. Jag skulle gissa att verksamheten har fördubblats på tjugo år. Min egen kliniska erfarenhet, efter att under tjugo år ha följt ca 5 000 barn genom BVC, har gett mig flera konkreta bevis på hur viktigt det är att BHV når alla barn.

De flesta barnen är friska, men jag har sett flera fall där våra metoder varit effektiva genom att en tidig diagnos har kunnat ställas, t ex höftledsluxation, testisretention, pylorusstenos, cp-skador, hjärtfel, malnutrition, hörselnedsättning, skelning och synnedsättning. Särskilt utsatta familjer har fått ett viktigt extra stöd för barnens utveckling.

Samtidigt har jag inte kunnat låta bli att fråga mig vad t ex vägning och mät-

ning av friska barn flera gånger per månad, tandhälsainformation, föräldrautbildningsgrupper, hörselkontroller av fyraåringar, hälsokontroller vid 4 resp 5,5 års ålder egentligen har för betydelse. Jag kan inte direkt erinra mig att jag sett några fall där dessa metoder »hjälp». Kanske jag inte ser effekterna från min utsiktspunkt och att de ändå finns – om så är fallet måste de vara mycket sällsynta.

Många nya moment har introducerats i barnhälsovården de senaste decennierna och de har självklart, i god svensk specialistanda, inneburit introduktion av nya personalkategorier. Från att från början ha varit bemannade med sjuksköterska och läkare har vi successivt åsatt en introduktion av psykologer, tandläkare/tandhygienister, hörselvårdsassistenter, oftalmologassistenter, barnhälsovårdsöverläkare och -samordnare. Har denna subspecialisering betytt att BHV nått sina mål bättre än med den gamla basbemanningen?

Håller inte måttet

Vid en konferens i november 1995 i Santiago de Compostela i Spanien, »The First International Conference on Prevention in Europe», var en bred internationell expertis samlad. Som van-

Vad har vägning och mätning av friska barn flera gånger i månaden för betydelse?

DEBATT

»Har denna subspecialisering betytt att barnhälsovården nått sina mål bättre än med den gamla bemanningen?»

ligt dominerade de aktiva hälsoplanerarna vid ett dylikt möte, men även en del mer neutrala experter gavs tillfälle att delta.

En representant från Kanada visade att åtskilliga moment som idag ingår i vår svenska barna- och mödrahälsovård utvärderats på olika håll i världen, framför allt i USA och Kanada, och att dessa vid kritisk granskning inte håller måttet, dvs resultaten är svåra att visa eller obefintliga. Denna forskning var ny för mig och många europeiska deltagare, men överensstämde ändå rätt väl med mina egna dubier och farhågor. En kritisk granskning av våra insatser borde kanske ske. Utländsk forskning kan ge oss ledtrådar om vad vi bör utvärdera eller åtminstone visa var vi kan börja.

Hörselkontroller

Många barnfamiljer har idag en hög frekvens besök på BVC, även stabila familjer med friska barn. BHV-sköters-

Författare

GÖRAN SJÖNELL

med dr, husläkare, Kvartersakuten Matteus, Stockholm.

ANNONS

ANNONS

korna bejakar denna utveckling i brist på andra direktiv. Frekventa besök (16–18 st) de första två åren, då vägning och mätning utförs som rutin, är idag standard på många håll inom svensk BHV. I USA rekommenderas nio besök, i Kanada åtta under barnets första 24 månader inklusive vaccinationer. En nyligen genomförd randomiserad kontrollerad studie i Kanada fann ingen skillnad mellan sex eller tio besök de första två levnadsåren avseende fysisk status, utveckling, mödrakunskap, olycksfall eller sjukvårdsutnyttjande [1].

Hörselnedsättning är ett allvarligt handikapp som drabbar 2–3 procent av våra barn. Tidig upptäckt, före ett års ålder, är viktig och kan minska vissa barns problem med språkutveckling och kommunikation. Detta påstående är underbyggt av empiriska data och accepteras av de flesta.

Några randomiserade kontrollerade studier har av etiska skäl inte utförts. Däremot anses inte hörselkontroll av alla fyraåringar enligt svensk standard vara till nytta för barnen. Zielhuis och medarbetare visade 1989 att hörsel-screening av förskolebarn inte hade någon effekt på senare utveckling av hörsel eller språk [2].

Feldman respektive O'Mara kunde inte heller via cohortstudier av barn i 3–4-årsåldern finna några belägg för att hörselkontroller i dessa åldrar innebar några påtagliga fördelar för de barn som befanns ha hörselnedsättning [3, 4]. Tvivel om denna metods lämplighet framkom även i Augustsson's studie 1990 [5]. Såväl American Academy of Family Physicians som Canadian Task Force on Periodic Health Examination rekommenderar inte längre hörselkontroller av fyraåringar.

Föräldragrupper

Föräldragrupper inom BHV, som i Sverige anses ha stort värde, borde även de utvärderas. Ger dessa grupper något påtagligt avseende barnens hälsa för dem som deltar jämfört med dem som ej deltar? Olycksfallsprevention, information till föräldrarna om risker och hur dessa kan förebyggas fungerar väl, såväl individuellt som i grupp. Detta påstående stöds av svenska erfarenheter med minskade barnolycksfall de sista 15 åren och forskningsrapporter [6-8]. De flesta redovisade studierna gäller enskild information av läkare, men även gruppinformation av sköterska har utvärderats med goda resultat [7].

Huruvida den övergripande målsättningen (bortsett från olycksfallprevention) att genom föräldragrupper öka föräldrarnas kunskaper om barnavård och därmed reducera den »psykosociala sjukligheten» har uppfyllts, är inte

lika uppenbart. Flera utländska rapporter talar för dåliga resultat avseende t ex prevention av barnmisshandel, sexuella övergrepp och social anpassning [9-12]. En så omfattande och kostsam verksamhet som föräldrautbildningen i svensk BHV borde ha utvärderats innan den introducerades. Gjordes det – eller har det skett i efterhand, eller har det inte gjorts alls?

Tandhygien

En av de senast tillkomna specialistkompetenserna inom svensk barnhälsovård är tandläkare och/eller tandhygienister. Före barnets ettårsdag ger dessa information både muntligen och skriftligen till föräldrarna (ofta i grupp). »Goda» kostvanor, godisrestriktioner, fluortillskott och tandborstning är några av de sedvanliga rekommendationerna.

Bortsett från fluortillskottet (tabletter eller tandkräm) saknas goda belägg för nyttan av tandhygienisk prevention, genom information enskilt eller i grupp, till barnföräldrar, enligt tillgänglig forskning [13]. Till och med tandborstning har ifrågasatts som kariesförebyggande metod [14, 15].

Avslutande kontroll

Den avslutande reguljära hälsokontrollen i BHV sker när barnet fyllt 5,5 år. Vid denna kontroll inriktas intresset framför allt på barnets psykiska och motoriska utveckling. Några studier som stöder att denna kontroll skulle identifiera något som skulle gagna barnen finns enligt mitt sökande inte. Utländska erfarenheter [16-18] är så otydliga att de enligt kanadensisk expertis ej kan rekommenderas, medan American Academy of Pediatrics anser att hälsokontroll bör göras på alla barn innan de börjar skolan.

Det förefaller mig som om en hel del av de dagliga aktiviteterna inom svensk barnhälsovård kan vara ineffektiva och till och med onödiga. Alla metoder inom BHV har introducerats med den goda ambitionen att de skall minska sjuklighet och handikapp hos svenska barn, men det är kanske så att vissa program mest har grundat sig på fromma sjuttioårsförhoppningar. Om fler än denna artikels författare har denna uppfattning borde en granskning ske å det snaraste.

Omdisponera resurser

I tider av minskande sjukvårdsresurser kan vi inte använda skattebetalarnas medel till ineffektiva åtgärder och undersökningar inom barnhälsovården. Vidare kan det knappast vara i enlighet med Helsingforsdeklarationens etiska rekommendationer att utsätta friska barn för överksamma undersökningar och åtgärder.

Skulle de i denna artikel åberopade studierna visa sig vara relevanta även för svenska förhållanden, skulle upp till hälften av BHVs resurser kunna omdisponeras t ex till utsatta barn med stora sjukvårdsbehov.

Litteratur

- Gilbert JR, Feldman W, Siegal LS et al. How many well-baby visits are necessary in the first 2 years of life? *Can Med Assoc J* 1984; 130: 857-61.
- Zeilhuis GA, Rach GH, Van Den Broek P. Screening for otitis media with effusion in pre-school children. *Lancet* 1989; 1: 311-4.
- Feldman W, Milner RA, Sackett B et al. Effects of pre-school screening for vision and hearing on prevalence of vision and hearing problems 6-12 months later. *Lancet* 1980; 2: 1014-6.
- O'Mara LM, Isaacs S, Chambers LW. Follow-up of participants in a pre-school hearing screening program in child care centres. *Can J Public Health* 1992; 83(5): 375-8.
- Augustsson I, Nilsson C, Engstrand I. The preventive value of audiometric screening of pre-school and young school-children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1990; 20: 51-62.
- Bass J, Christoffel K, Widome M et al. Childhood injury prevention counselling in primary care settings. *Pediatrics* 1993; 92: 544-53.
- Spyker DA. Submersion injury, epidemiology prevention and management. *Pediatr Clin North Am* 1983; 31(1): 113-25.
- Thomas KA, Hassanein RS, Christophersen ER. Evaluation of group well child care for improving burn prevention practices in the home. *Pediatrics* 1984; 74(5): 879-82.
- Siegel E, Bauman KE, Schaefer ES et al. Hospital and home support during infancy: impact on maternal attachment, child abuse and neglect, and health care utilization. *Pediatrics* 1980; 66: 183-90.
- O'Connor S, Vietze PM, Sherrod KB et al. Reduced incidence of parenting inadequacy following rooming-in. *Pediatrics* 1980; 66: 176-82.
- Lealman GT, Haigh D, Phillips JM et al. Prediction and prevention of child abuse – an empty hope? *Lancet* 1983; 1: 1423-4.
- Wolfe DA, Edwards B, Manion I et al. Early intervention for parents at risk of child abuse and neglect: a preliminary investigation. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56: 40-7.
- Burt BA, Eklund SA, Morgan KJ et al. The effects of sugars intake and frequency of ingestion on dental caries increment in a three-year longitudinal study. *J Dent Res* 1988; 67: 1422-9.
- Weinstein P, Milgrom P, Melnick S et al. How effective is oral hygiene instruction? Results after 6 and 24 weeks. *J Pub Health Dent* 1989; 49: 32-8.
- Andlaw RJ. Oral hygiene and dental caries – review. *Int Dent J* 1978; 28: 1-6.
- Cadman D, Walter SD, Chambers LW et al. Predicting problems in school performance from preschool health, developmental and behavioural assessments. *Can Med Assoc J* 1988; 139: 31-6.
- Cadman D, Chambers LW, Walter SD et al. Evaluation of public health preschool child developmental screening: the process and outcome of a community program. *Am J Public Health* 1987; 77: 45-51.
- Gittelman R, Feingold I. Children with reading disorders – I. Efficacy of reading remediation. *J Child Psychol Psychiatry* 1983; 23: 167-91.