

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 Sjönnells 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 utvecklingsscreening 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.

dömningarna på BVC, främst vid 6 och 10 månaders ålder, är motiverade. Den svenska studie har dock gjorts först efter det att utvecklingsscreening funnits som rutin på BVC i flera decennier.

Exemplen kan mångfaldigas. Helt uppenbart krävs det flera undersökningar av de program som tillämpas inom BVC.

Viktig interaktion

En kanske viktigare del av barnhälsovården är det »stöd» till föräldrar som erbjuds inom barnhälsovården, genom enskilda kontakter med olika vårdgivare och i gruppverksamhet. De metoder som använts har varit föremål för ett flertal studier.

Flera författare har redan på 1970-talet visat att samtal med föräldrar om barns utveckling och vikten av interaktion förbättrar interaktionen mellan föräldrar och barn [6-8] och understödjer barnens utveckling [7]. Andra studier av korta pedagogiska program direkt inriktade på föräldra-barninteraktion har också visat på påtagliga effekter [9].

En påverkan i detta avseende är mycket relevant eftersom det finns tydliga samband mellan brister i föräldra-barninteraktion och senare störningar av barns mentala utveckling [7, 10, 11].

De omfattande studier som gjorts inom ramen för de amerikanska Headstartförsöken, är också viktiga för en analys av svensk BVC. I upprepade studier har man visat att hembesök av sjuksköterska hos socialt missgynnade familjer, i kombination med senare daghemsplacering, gynnsamt påverkar barnens utveckling [12-14].

I skollådern påvisas minskning av beteendeproblem och förbättrade skolprestationer. I några av studierna har barn följts ända till de senare tonåren. Man har då kunna visa på fortsatta effekter, bl a i form av bättre social anpassning med lägre arbetslöshet och lägre kriminalitet.

För att nå dessa effekter förefaller det krävas både tidigt stöd till föräldrar och placering på daghem – enbart daghem ger inte den positiva effekt som kombinationen ger [15].

Dessa studier har i USA under 1990-talet resulterat i expanderande BVC-liknande program för socialt missgynnade familjer, med hembesök som central komponent [16]. Även engelska studier av »stöd» givet i BVC-liknande former till socialt missgynnade familjer har visat sig kunna ge påtagliga effekter under barnens första levnadsår [17].

Den preventiva paradoxen

Insatserna inom svensk barnhälsovård är mindre intensiva än i de angivna studierna, men de riktas i gengäld till alla familjer. Vid prevention av många

folkhälsoproblem kan man visa att – på befolkningsnivå – lågintensiva insatser riktade till stora grupper är effektivare än omfattande insatser enbart riktade till högriskgrupper.

Det är ett förhållande som ofta benämns den preventiva paradoxen. Det är rimligt att anta att detta förhållande även gäller för »stöd» givet till föräldrar under barnens första levnadsår.

En studie som relativt nära belyser effekter av »stöd» givet inom BVC genomfördes i Köpenhamn under 1980-talet, då delar av staden på grund av en strejk ej hade tillgång till BVC-sjuksköterskor. Socialt likvärdiga områden, med och utan BVC-sjuksköterska, kunde jämföras.

I de områden där BVC-sjuksköterskan saknades påvisades försämrad amning, större osäkerhet bland föräldrarna i rollen som förälder samt ett ökat antal akutkontakter med primärvårdsläkare [18].

Billig stödform

Den sista iakttagelsen i den danska studien tyder på att »stöd» även sjukvårdsekonomiskt är effektivt. BVC-verksamhet är påfallande billig. Från svenska studier vet vi att föräldrar vid hälsoproblem i första hand vänder sig till BVC-sjuksköterskan [19].

BVC-sjuksköterskan, å sin sida, ägnar en väsentlig del av sin tid till råd och stöd. I den tidigare refererade tidsstudien använder sjuksköterskan 16 procent av arbetstiden åt telefonrådgivning och 22 procent åt egen mottagningsverksamhet.

Det är sannolikt att om BVC-verksamhet 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.

Preventiv information

Sjönell behandlar också effekter av den hälsorådgivning som bedrivs på BVC. I en aktuell översikt analyseras vilka olycksfallspreventiva insatser som under förskoleåren, i experimentella studier, visats ha effekt [20].

Ett flertal av de metoder som används inom svensk BVC hör till denna grupp, exempelvis hembesök av sjuksköterska och information om vissa avgränsade frågor såsom användning av cykelhjälm. Även inom andra områden finns studier som verifierar effekt på specifika beteenden, exempelvis inom kostområdet.

Effekten av flera av de hälsopedagogiska insatser som bedrivs är dock ej studerad. För en del frågor skulle det vara möjligt att göra experiment. Såda-

na analyser är dock ofta ej möjliga att göra, eftersom många informationsinsatser på BVC ingår som komponenter i samhällsinterventiva program där många olika samhällsaktörer samtidigt är engagerade. Sådana breda program är betydligt effektivare än insatser som enbart utgår från en aktör, men studier av effekterna erbjuder påtagliga forskningsproblem [21].

Viktigt med återföring

Barnhälsovårdens tredje uppgift är att uppmärksamma förhållanden i närmiljön som kan utgöra hälsorisker. På individnivå gör BVC detta bl a genom att uppmärksamma enskilda barn som lever under påtagligt ogynnsamma förhållanden.

På gruppnivå kan sådan information också användas som indikatorer för barns uppväxtmiljö. Här är det värdefullt att återföra informationen till samhällsorgan med inflytande på förskolebarnens miljö, främst primärkommunerna [22].

Effekterna av sådan återföring av information om barns hälsa är ännu ej studerad. Det är rimligt att anta att den kan ge resultat som motsvarar dem man nått med liknande system inom olycksfalls-skadeområdet [23].

Litteratur

1. Kvalitetssäkring inom barnhälsovården. Stockholm: Socialstyrelsen, 1994.
3. Hall D, ed. Health for all children. A programme for child health surveillance (2nd ed). Oxford: Oxford University Press, 1991.
7. Casey PH, Whitt JK. Effect of the pediatrician on the mother-infant relationship. Pediatrics 1980; 65: 815-20.
8. Whitt JK, Casey PH. The mother-infant relationship and infant development: the effect of pediatric intervention. Child Dev 1982; 53: 948-56.
12. Schorr LB. Within our reach. Breaking the cycle of disadvantage. New York: Doubleday, 1989.
13. Price RH, Cowen EL, Lorion RP, Ramos-McKay J. 14 ounces of prevention. Washington: American Psychological Association, 1988.
15. Weissberg RP, Caplan M, Harwood RL. Promoting competent young people in competence-enhancing environments: a systems-based perspective on primary prevention. J Consult Clin Psychol 1991; 59: 830-41.
18. Guldager E. The effect of visits by community nurses on families with small children – a survey of two population groups with normal and reduced number of visits. Ugeskr Laeger 1990; 152: 1972-7.
20. Townner E. The role of health education in childhood injury prevention. Injury Prevention 1995; 1: 53-8.

En fullständig litteraturförteckning kan erhållas från Sven Bremberg, Barnkliniken, Huddinge sjukhus, 141 86 Huddinge.